

รายงานฉบับสมบูรณ์

การทบทวนกระบวนการ พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562

พฤศจิกายน 2563



รายงาน
การทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562*

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
พฤศจิกายน 2563**

* ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้โครงการ “การศึกษาหัวข้อที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและพัฒนาคู่มือสำหรับคัดเลือกมาตรการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (UCBP)”

** แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทบทวน (reviewers) เดือนเมษายน 2564

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (benefit package) หรือการกำหนดให้มาตรการ/บริการใดเป็นสิทธิประโยชน์ เป็นการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชนและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และมีการตัดสินใจบนฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ที่เรียกว่ากระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) โดยมอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) เป็นผู้รับผิดชอบ ในช่วงปลาย พ.ศ. 2559-2560 สปสช. ได้ปรับปรุงกระบวนการ UCBP โดยเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่สำคัญ คือ สปสช. ทำหน้าที่ดำเนินงานทั้งหมด รวมทั้งมีการปรับปรุงเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อและเพิ่มกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ

ใน พ.ศ. 2563 สปสช. พิจารณาเห็นว่าเกิดปัญหาบางประการขึ้นในกระบวนการ UCBP เช่น ความไม่ชัดเจนของหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ บางหัวข้อค้างอยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีหัวข้อรอการประเมินหรือศึกษาวิจัยอยู่ถึง 19 หัวข้อ (ในเดือนมิถุนายน 2563) จึงมอบหมายให้ HITAP ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- (1) ทบทวนกระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- (2) จัดทำแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ที่มีความชัดเจน เป็นที่ยอมรับของ สปสช. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- (3) บริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ อยู่ระหว่างรอการประเมิน หรือการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินงานตั้งแต่เดือน มิถุนายน-พฤศจิกายน 2563 โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร (เช่น รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุม คู่มือดำเนินงาน รายงาน/บทความวิจัย) และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการ และบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยจัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการ UCBP

2. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประโยชน์ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ

และการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ยังแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการ สาธารณสุข (คณะกรรมการกำหนดประเภทฯ) และคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนด ประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุข (คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ) คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข (คณะทำงานด้านสาธารณสุขฯ) คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะทำงาน ประเมินประสิทธิผลฯ) และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก (คณะทำงานโรคหายาก)

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ UCBP โดยตรง คือ “ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการ สาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564” ซึ่ง ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 9 ยุทธวิธี เพื่อดำเนินการตามพันธกิจ 4 ประการ คือ 1) รวบรวม ประเมินความ ต้องการประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 2) พัฒนาและผลักดันให้เกิดประเภทและขอบเขตฯ ใหม่ที่เหมาะสม และปรับปรุงประเภท และขอบเขตฯ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดการเข้าถึงมากขึ้น 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชน เข้าถึงการบริการตามประเภทและขอบเขตฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 4) ร่วมขับเคลื่อน การพัฒนาประเภทและขอบเขตฯ และระบบบริการของ 3 กองทุนให้มีความเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม การ นำยุทธศาสตร์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ ยังขาดตัวชี้วัดและเป้าหมาย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการติดตามและ ประเมินผล

นอกจาก สปสช. แล้ว ยังมีหน่วยงานและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ UCBP ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีสิทธิเสนอหัวข้อ 9 กลุ่ม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่จัดหาทุนวิจัยสำหรับการ ประเมินเทคโนโลยีที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ นักวิชาการในหน่วยงานวิจัยและมหาวิทยาลัยที่ช่วย สนับสนุนการจัดทำข้อเสนอของภาคประชาชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนวรรณกรรม เพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ และดำเนินการประเมินและศึกษาวิจัย

กระบวนการ UCBP ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การเสนอหัวข้อฯ 2) การจัดลำดับ ความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อฯ 3) การประเมินเทคโนโลยี (HTA) การประเมินประสิทธิผลของความ ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage) หรือการประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to Care) และ 4) การพิจารณาและตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย ในแต่ละขั้นตอนมีข้อกำหนด เกณฑ์ และแนวทางการ พิจารณา สำหรับข้อเสนอแต่ละประเภท เช่น ข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ มีเกณฑ์คัดกรองเบื้องต้น เกณฑ์ จัดลำดับความสำคัญเพื่อนำเข้าสู่การประเมิน และแนวทางการตัดสินใจว่าจะบรรจุมาตรการ/บริการในชุดสิทธิ ประโยชน์หรือไม่ ส่วนการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณ ให้ดำเนินการตามคู่มือการ ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย

3. ผลกระทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การทบทวนกระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

(1) การเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กลุ่มราชวิทยาลัย/สมาคมแพทย์ เสนอหัวข้อฯ เป็นจำนวนมากที่สุด และได้รับคัดเลือกเข้าสู่การประเมินมากที่สุดด้วย ส่วนหัวข้อที่เสนอโดยภาคประชาสังคม และเครือข่ายผู้ป่วยในรอบ 3 ปี มีจำนวนลดลง และมีจำนวนข้อเสนอที่ผ่านเข้าสู่การประเมินน้อยมาก กลุ่ม

ประชาชนทั่วไป ไม่เสนอหัวข้อใน พ.ศ. 2561 และ 2562 หัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน 33 หัวข้อ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) เกี่ยวข้องกับมาตรการบำบัดรักษาโรค และมีหัวข้อด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เพียงร้อยละ 12 (รวมกับการคัดกรองโรค เป็นร้อยละ 27) อุปสรรคที่สำคัญในการเสนอหัวข้อฯ ของภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ได้แก่ การมีความรู้/ความสามารถด้านวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำกัด ทำให้การเตรียมเอกสารและข้อมูลประกอบข้อเสนอ รวมทั้งการอภิปรายในที่ประชุมเป็นไปได้ยาก

(2) หัวข้อฯ/ข้อเสนอที่ไม่ชัดเจน ลักษณะของหัวข้อฯ ที่ไม่ชัดเจน คือ ไม่ระบุมาตรการที่ต้องการเสนอหรือระบุมาตรการแต่ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายและข้อบ่งชี้ เช่น ทันตกรรมรักษารากฟันแท้ การคัดกรองสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นอกจากนี้ การตัดสินใจว่าหัวข้อใดไม่ชัดเจนนั้น เป็นการใช้ดุลพินิจของผู้พิจารณา และเกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ UCBP อีกทั้งการปฏิบัติต่อหัวข้อที่ไม่ชัดเจน ก็แตกต่างกันไป เช่น ในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญ ซึ่งมีนักวิชาการจากหลายหน่วยงานและมีประสบการณ์ที่มาก-น้อย ไม่เท่ากัน เข้ามาเกี่ยวข้อง

(3) การจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ ปัญหาหลักอยู่ที่คุณภาพของการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ของผู้ทบทวน การเข้าถึงแหล่งข้อมูล (วารสารวิชาการ และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา เช่น การสอบถามผู้เสนอหัวข้อ ปรีกษา/ขอคำแนะนำจากผู้อื่น ผลการทบทวน (รายละเอียด/คำอธิบายในรายงาน) คะแนนที่ให้ตามเกณฑ์แต่ละข้อ และการคัดเลือก/ไม่คัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน

(4) หัวข้อฯ รอกการประเมิน/ทำวิจัย ในเดือนตุลาคม 2563 มีหัวข้อมาตรการที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน ในรอบปี พ.ศ. 2560-2562 แต่ยังไม่มีการประเมินหรือทำวิจัยรวม 13 หัวข้อ จำนวนหัวข้อคงค้างในขั้นตอนนี้เพิ่มขึ้นอีก 15 หัวข้อ ซึ่งเป็นข้อเสนอใน พ.ศ. 2563 ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุหลักจากงบประมาณที่ใช้เป็นทุนวิจัยไม่เพียงพอ และการขาดแคลนนักวิจัยที่มีคุณภาพที่สามารถประเมินมาตรการหรือศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมประเด็นตามความต้องการของผู้ตัดสินใจ

(5) คุณภาพของการประเมิน/การวิจัย งานวิจัยที่ไม่มีคุณภาพ และไม่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการ UCBP แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ มีข้อบกพร่องของวิธีวิจัย/การทำวิจัย และไม่ครอบคลุมประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ตัดสินใจต้องการ ตั้งแต่ตุลาคม 2559-กุมภาพันธ์ 2563 คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ พิจารณาผลการประเมินมาตรการทั้งหมด 21 หัวข้อ และมีมติขอให้นักวิจัยศึกษา/ประเมิน/ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากผลการประเมินไม่ถูกต้อง และ/หรือ ไม่ได้ศึกษาในบางประเด็นถึง 13 หัวข้อ (ร้อยละ 62) รวมทั้งพบว่า หัวข้อที่มีมติให้นักวิจัยนำไปศึกษา/ประเมิน/ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติมจำนวนหนึ่ง ไม่ได้กลับไปนำเสนอผลต่อคณะทำงานอีก

(6) ระยะเวลาดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ กระบวนการ UCBP กำหนดกรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริงในขั้นตอนการเสนอหัวข้อ และการจัดลำดับความสำคัญ ขั้นตอนหลังจากนี้ แต่ละหัวข้อใช้เวลาแตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถเริ่มการศึกษาวิจัย (ขาดงบประมาณและ/หรือ ขาดนักวิจัย) หรือใช้เวลาการทำวิจัยที่แตกต่างกัน การคัดเลือกผลการศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอผู้กำหนดนโยบายก็มีผลต่อระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากบางหัวข้อที่มีผลการประเมินแล้ว

แต่ต้องรอนำเสนอผลการประเมินต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ เป็นเวลายาวนานกว่าหัวข้ออื่น เช่น 4-5 ปี ในขณะที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) ใช้เวลารอน้อยกว่า 1 ปี

(7) การสื่อสารกับผู้เสนอหัวข้อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป การสื่อสารประสานงานระหว่าง สปสช. กับผู้ที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญ ทั้งในแง่ที่จะทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จด้วยความราบรื่น และเป็นการแสดง accountability ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักธรรมาภิบาล ผู้ที่เสนอหัวข้อย่อมต้องคาดหวังว่าข้อเสนอของตนจะได้รับการพิจารณาและตัดสินใจอย่างโปร่งใส เป็นธรรม ตามกฎระเบียบและเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันกับข้อเสนอของกลุ่มอื่น อีกทั้งต้องการทราบความคืบหน้าและมติการตัดสินใจเกี่ยวกับหัวข้อฯ ที่ตนเสนอ พร้อมทั้งเหตุผล ในปัจจุบัน มีเว็บไซต์เกี่ยวกับกระบวนการ UCBP 2 เว็บไซต์ แต่ทั้งสองเว็บไซต์ไม่ได้มีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และให้ข้อมูลได้อย่างจำกัด

4. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

การศึกษานี้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักร และสวีเดน ซึ่งพบว่าทุกประเทศมีหลักการคล้ายกับ UCBP ของประเทศไทย กล่าวคือ มีการใช้ข้อมูล/หลักฐาน (เช่น ความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณ) ที่ได้จากการประเมิน (assessment) เพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ (appraisal) และเป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการมีส่วนร่วม ส่วนที่แตกต่างกัน คือ ทั้งสี่ประเทศมีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และเปิดเผยข้อมูลความก้าวหน้าของการพิจารณาข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ รวมทั้งข้อมูลกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยผู้ยื่นข้อเสนอและผู้สนใจสามารถค้นหาข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสารที่อาจเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการ UCBP ได้แก่ การปรับปรุงการปฏิบัติงานของ Medical Services Advisory Committee ตามผลการทบทวนที่ดำเนินการใน ค.ศ. 2014 (ออสเตรเลีย) การใช้เครื่องมือ “environmental scans” เพื่อจัดทำรายงานซึ่งให้ข้อมูลแจ้งเตือน (alerts) แก่ผู้ตัดสินใจ (decision makers) เกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่และที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีผลต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศ (แคนาดา) การประเมินเทคโนโลยีแบบเร่งด่วน (Fast-track Technology Appraisal) สำหรับเทคโนโลยีที่มีประสิทธิผลใกล้เคียงหรือดีกว่าเทคโนโลยีเดิม แต่มีต้นทุนต่ำกว่า (สหราชอาณาจักร) และการประเมิน companion diagnostic tests (ออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักร)

5. ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้น

(1) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเสนอให้ สปสช. เลือกใช้มาตรการ/จัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม เช่น สำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านวิชาการ ควรให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับมาตรการ/ปัญหา และมอบให้นักวิชาการจัดเตรียมข้อเสนอที่ชัดเจน พร้อมทั้งช่วยทบทวนเอกสาร รวบรวมข้อมูล/หลักฐาน เพื่อให้ข้อมูลที่กรอกในแบบเสนอหัวข้อและเอกสารประกอบเป็นไปตามข้อกำหนด อนึ่ง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบนอกเหนือจากการเสนอหัวข้อ เช่น จัดการประชุม

ปรึกษาหารือ (consultation) หรือสำรวจความคิดเห็นต่อการตัดสินใจหรือมติที่สำคัญ โดยอนุญาตให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากเข้าร่วม หรือหารือโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย

(2) ปรับแก้หัวข้อ/ข้อเสนอให้ชัดเจน ก่อนการทบทวนวรรณกรรมเพื่อจัดลำดับความสำคัญ สปสช. กำหนดแนวทางการตรวจรับข้อเสนอ โดยพิจารณาความชัดเจนของหัวข้อ พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ ในการกำหนดแนวทาง ควรรวบรวมหัวข้อที่ถูกต้องออกหรือถูกปรับแก้ อันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจน เพื่อนำมาศึกษาและใช้เป็นตัวอย่างของความไม่ชัดเจนลักษณะต่าง ๆ ก่อนแจกจ่ายหัวข้อให้นักวิชาการที่จะทบทวนวรรณกรรม เช่น หากพบหัวข้อที่ไม่ชัดเจน ให้ประสานกับผู้เสนอหัวข้อ และให้คำแนะนำในการปรับแก้ ทั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาและวิธีปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

(3) หัวข้อด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สปสช. ควรจัดกระบวนการเสนอหัวข้อและคัดเลือกหัวข้อมาตรการ P&P เป็นการเฉพาะ แยกออกจากมาตรการ/บริการสุขภาพประเภทอื่น หรือปรับปรุงกระบวนการบางส่วน เช่น กำหนดหน่วยงานผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ โดยพิจารณาหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้าน P&P หรือมีความสนใจในการพัฒนานโยบายและบริการด้าน P&P และปรับปรุงเกณฑ์รวมทั้งกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อให้เหมาะสม (relevant) กับมาตรการ P&P

(4) การจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ ปรับปรุงคุณภาพของการทบทวนวรรณกรรม เช่น โดยการกำหนด template ของรายงานผลการทบทวน/ให้คะแนน จัดทำเอกสาร/คู่มือ และจัดการประชุมนักวิชาการ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ เกณฑ์ แนวทางการทบทวน และการจัดทำรายงาน (พร้อมตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย และวิธีแก้ไข) จัดให้มีที่ปรึกษาที่สามารถให้คำอธิบายและตอบคำถามแก่นักวิชาการได้ ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของรายงานก่อนนำเสนอคณะทำงานคัดเลือกฯ

(5) ลดจำนวนหัวข้อฯ ที่รอการประเมิน/ทำวิจัย การศึกษานี้เสนอวิธีแก้ปัญหาเป็น 2 แนวทาง คือ 1) ลดความต้องการงานวิจัย โดยคัดเลือกหัวข้อที่จำเป็นต้องทำวิจัยจริง ๆ และระบุหัวข้อที่ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินเต็มรูปแบบ (full HTA) ลดจำนวนหัวข้อที่เลือกจากการจัดลำดับความสำคัญในแต่ละปี และกำหนดจำนวนหัวข้อตามความพร้อมของระบบวิจัย และ 2) บริหารจัดการทรัพยากรสำหรับการวิจัย โดยหาแหล่งทุนวิจัยอื่น ๆ เป็นทางเลือก (alternatives) จัดทำบัญชีรายชื่อนักวิจัยในประเทศไทยที่เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ และมีคุณสมบัติตามที่ต้องการ และฝ่ายเลขานุการเป็นผู้ประสานงานสร้างทีมวิจัยสหสาขา ในการประเมินมาตรการบางหัวข้อ ที่ไม่มีนักวิจัยขอรับทุนโดยให้เหตุผลว่ามีความเชี่ยวชาญไม่ครบทุกด้าน

(6) การควบคุมคุณภาพของการประเมิน/การวิจัย ก่อนนักวิจัยเริ่มการประเมิน คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ (หรือคณะทำงานโรคหายาก หรือคณะทำงาน Effective Coverage) ให้ความเห็นชอบต่อโครงร่างงานวิจัย โดยพิจารณาทั้งคุณภาพทางวิชาการ และขอบเขต/ความครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นต่อการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ เมื่อการประเมินแล้วเสร็จ คณะทำงานที่รับผิดชอบจัดการทบทวนผลการประเมิน โดยพิจารณาทั้งคุณภาพทางวิชาการ และความครอบคลุมประเด็นตามที่ระบุใน proposal ทั้งนี้ ควรทบทวนผลการประเมินทันทีที่แล้วเสร็จ

(7) การจัดทำแนวทาง/คู่มือการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน สปสช. และฝ่ายเลขานุการคณะทำงานต่าง ๆ ควรจัดทำแนวทาง/คู่มือการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน (guidelines/work manuals) ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ชัดเจน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม นิยามศัพท์ การดำเนินกิจกรรม ข้อกำหนด และกรอบเวลา (timeframe) ในกระบวนการ UCBP ทุกขั้นตอน แนวทาง/คู่มือดังกล่าวควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เป็น

ปัจจุบัน และเผยแพร่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบ การมีแนวทาง/คู่มือที่ชัดเจน นอกจากจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ถักถัก ยังเป็นประโยชน์ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนอีกด้วย

(8) การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประชาสัมพันธ์ สปสช. แจ้งความคืบหน้าและการตัดสินใจแต่ละขั้นตอน ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกหัวข้อ พร้อมทั้งเหตุผลหรือคำชี้แจง โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (ฐานข้อมูล เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์) มาใช้ประโยชน์ เพื่อให้ผู้เสนอหัวข้อเข้าถึงและสามารถสืบค้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ด้วยตนเอง ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนี้ ควรใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกระบวนการ UCBP และให้ข้อมูลสถิติด้านต่าง ๆ สำหรับประชาชนทั่วไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักวิจัย/นักศึกษา ตลอดจนใช้เป็นช่องทางรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ฯ รวมทั้งการหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder consultation)

(9) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สปสช. ควรจัดให้มีการติดตามและประเมินผล (M&E) การดำเนินงานพัฒนาสิทธิประโยชน์ฯ แต่ละขั้นตอน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อทบทวนกระบวนการกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ ข้อกำหนด และเกณฑ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานในเวลาที่เหมาะสม โดยเน้นที่การดำเนินงานโดยทั่วไป และส่วนที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อประเภทใหม่ (หัวข้อด้าน Effective coverage และโรคหายาก).

(10) การเชื่อมโยงระหว่าง UCBP กับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ กระบวนการ UCBP ควรให้ความสำคัญกับข้อเสนอมาตรการที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ และดำเนินการพัฒนาสิทธิประโยชน์เชิงรุก (proactive) โดยใช้ environmental scans เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้เกิดความต้องการให้บริการ/บริการใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น วิเคราะห์ความจำเป็นของมาตรการ/บริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ในระยะ x ปีข้างหน้า หรือพิจารณา co-dependent interventions ของมาตรการที่กำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่

6. การบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมินและการศึกษาวิจัย

หัวข้อเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพ หรือมาตรการสุขภาพ ที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 19 หัวข้อที่ยังไม่ได้รับการประเมินและศึกษาวิจัย (ข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2563) ประกอบด้วยหัวข้อที่เป็นมาตรการ/บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2 หัวข้อ และหัวข้อที่เป็นบริการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ 17 หัวข้อ การศึกษานี้จัดกลุ่มหัวข้อเหล่านี้เป็น 3 กลุ่ม เพื่อการดำเนินงานขั้นต่อไป ดังนี้

กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ

หัวข้อส่วนใหญ่ที่รอการประเมินและศึกษาวิจัย เป็นหัวข้อที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 คือเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่มีการดำเนินการศึกษาวิจัยและประเมินมาตรการเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีทั้งสิ้น 15 หัวข้อ ได้แก่ 1) การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ 2) การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย (Obese patients with type II diabetes) ด้วยการผ่าตัด

แบบส่องกล้อง (Laparoscopic bariatric surgery) 3) ลิ้นหัวใจเทียม Aortic ชนิดไม่ต้องเย็บสำหรับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมในผู้สูงอายุ (Aortic sutureless heart valve for elderly patients) 4) การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูดของท่อปัสสาวะบกพร่องในเพศชาย 5) Percutaneous epidural adhesiolysis catheter 6) การเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มแกะสลักหิน 7) Automated HBPM usefulness and applications 8) สนับสนุนการให้อุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมในโรงงาน 9) การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด 10) การใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy) 11) สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (peripheral drug-eluting stent) 12) Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง (Spinal) หรือช่องเหนือไขสันหลัง 13) อุปกรณ์ช่วยพูด (electrolarynx) เครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นเสียง 14) การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง และ 15) Radiofrequency ablation สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง

กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือปัญหาด้านคุณภาพของบริการ

หัวข้อที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้เกี่ยวข้องกับมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือบริการที่จัดให้ประชาชนมีปัญหาด้านคุณภาพ ดังนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และคณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะทำงาน Effective Coverage) ควรประสานกับหน่วยงานภายใน สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาหรือถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการศึกษาวิจัยในกรณีที่เป็น มีจำนวน 2 หัวข้อ ได้แก่ 1) ค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ embolization และ 2) ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care

กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน

ในจำนวนหัวข้อเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมิน 19 หัวข้อ มี 2 หัวข้อที่คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรพิจารณาช่องทางดำเนินการอื่น นอกเหนือจากการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ หัวข้อเหล่านี้ ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการบริหารเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายในกรณีที่มีโรคร่วม HIV ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 2) การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ซึ่งการศึกษาและประเมินหัวข้อเหล่านี้ อาจไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาหรือถึงแนวทางการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานเรื่อง “การทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562” ได้ถูกจัดทำขึ้นภายใต้โครงการ “การศึกษาหัวข้อที่ได้จากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและพัฒนาคู่มือสำหรับคัดเลือกมาตรการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (UCBP)” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้จัดการงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นักวิชาการ นักวิจัยจากหลายหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ที่รวบรวมและจัดส่งเอกสารซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น รายงานการประชุมและเอกสารประกอบการประชุม คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณประธานคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ประธานคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขฯ ประธานคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและปัญหาสุขภาพภายใต้กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประธานคณะทำงานพัฒนาสิทธิประโยชน์ กลไกการจัดการและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ที่เข้าร่วมการประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษานี้

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ที่แบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ณ
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฐ
สารบัญรูปภาพ.....	ท
บทที่ 1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ	1
1. ความเป็นมา.....	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. วิธีดำเนินการ	2
4. การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	4
5. โครงสร้างของรายงาน.....	4
บทที่ 2 การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562: ข้อมูลภูมิหลัง	5
1. ระบบอภิบาล.....	5
2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	14
3. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคหายาก (RARE DISEASES).....	18
4. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ กรณีหัวข้อด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (EFFECTIVE COVERAGE) และหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ (ACCESS TO CARE).....	19
เอกสารอ้างอิง	21
บทที่ 3 ผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	23
1. ขอบเขตและหลักการของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	23
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ.....	24
3. หัวข้อ ที่เสนอเข้าสู่กระบวนการในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และความคืบหน้าของการดำเนินงาน	25
4. คุณภาพของการวิจัย/ประเมิน	27
5. ผลการดำเนินงาน: มาตรการที่ประกาศเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และการพัฒนาหรือปรับปรุงบริการ.....	29
6. วิเคราะห์ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 4 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในต่างประเทศ.....	43
ประเทศออสเตรเลีย.....	44
1. ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ.....	44
2. การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์.....	46
3. การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT: HTA).....	46
4. การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์	48
ประเทศแคนาดา.....	52
1. หลักการทั่วไปของระบบหลักประกันสุขภาพ.....	52
2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์.....	54
3. การปรับปรุงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์.....	60
สหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์).....	62

1. ระบบประกันสุขภาพ	62
2. การประเมินเทคโนโลยีและจัดทำคำแนะนำต่อ NHS.....	62
3. การแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานของ NICE ในช่วง พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน.....	68
ประเทศสวีเดน.....	70
1. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ.....	70
2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพโดยทั่วไป	70
3. การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดย SWEDISH AGENCY FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OF SOCIAL SERVICES (SBU).....	72
เอกสารอ้างอิง.....	74
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2563.....	80
1. ร่างข้อเสนอแนะที่จัดทำโดยคณะผู้วิจัย.....	80
2. ข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ.....	91
3. แนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563	93
เอกสารอ้างอิง.....	96
บทที่ 6 การบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมิน และการศึกษาวิจัย.....	97
1. กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิ ประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ.....	97
2. กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึง บริการหรือปัญหาด้านคุณภาพของบริการ.....	98
3. กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน	98
บทที่ 7 อภิปรายผลการศึกษา.....	100
เอกสารอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก ก หัวข้อปัญหามาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560- 2562 ที่รอการประเมิน ณ เดือนมิถุนายน 2563.....	110
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563	111
ภาคผนวก ค อ่างานหน้าที่ของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	113
ภาคผนวก ง ข้อกำหนดของ สปสช. เกี่ยวกับหลักฐานวิชาการที่ใช้ประกอบการเสนอหัวข้อฯ โดยกลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	118
ภาคผนวก จ เกณฑ์การคัดเลือกข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่เข้าสู่การประเมิน และการให้คะแนนตาม เกณฑ์ฯ	120
ภาคผนวก ฉ เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (SELECTION CRITERIA) ด้านความครอบคลุมอย่างมี ประสิทธิผล (EFFECTIVE COVERAGE)	128
ภาคผนวก ช เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (SELECTION CRITERIA) ด้านการเข้าถึงบริการ (ACCESS TO CARE).....	131

ภาคผนวก ซ หัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562	132
ภาคผนวก ฅ หัวข้อการประเมิน/ศึกษาวิจัยที่นำเสนอคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ในการประชุม ครั้งที่ 1/2559-1/2563 จำแนกตามมติคณะกรรมการ	135
ภาคผนวก ญ มาตรการ/บริการที่คณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ พิจารณาผลการประเมิน/การวิจัย ในช่วง พ.ศ. 2559-2562: ปีที่เสนอหัวข้อ ปีที่ประเมินแล้วเสร็จ และปีที่พิจารณาผลการประเมิน.....	137
ภาคผนวก ฎ สรุปประเด็นจาก “การประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” วันพุธที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00-12.30 น.....	139
ภาคผนวก ฏ ผลการทบทวนเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาจัดกลุ่มหัวข้อมาตรการ/บริการ สุขภาพ	146

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564.....	7
ตารางที่ 2 กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในกระบวนการ UCBP พ.ศ. 2561-2562	13
ตารางที่ 3 จำนวนหัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน พ.ศ. 2560-2562 จำแนกตามประเภทของข้อเสนอ.....	26
ตารางที่ 4 สถานะของหัวข้อฯ ที่เสนอใน พ.ศ. 2560-2562 จำแนกตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ (ณ เดือนมิถุนายน 2563).....	27
ตารางที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอของคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการ และหน่วยงานอื่น	29
ตารางที่ 6 รายการมาตรการ/บริการสุขภาพที่ประกาศเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และบริการที่มีการพัฒนาหรือปรับปรุง ในช่วง พ.ศ. 2560-2562.....	30
ตารางที่ 7 การปฏิบัติในกรณีที่พบ “หัวข้อที่ไม่ชัดเจน” ในกระบวนการ UCBP.....	33
ตารางที่ 8 ตัวอย่างข้อเสนอแนะและมติเกี่ยวกับ “การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์” ในกระบวนการ UCBP	39
ตารางที่ 9 ประเทศและหน่วยงานหลักที่ทบทวน	43
ตารางที่ 10 คณะกรรมการที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง (11)	47
ตารางที่ 11 เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ ภายหลังจากคัดกรองความเหมาะสม (30).....	56
ตารางที่ 12 การประเมินเทคโนโลยีและการจัดทำข้อเสนอแนะ (NICE’s guidance) ของโครงการภายใต้ NICE	63
ตารางที่ 13 เกณฑ์คัดออกและเกณฑ์คัดเข้า สำหรับข้อเสนอแต่ละประเภท.....	82
ตารางที่ 14 ข้อเสนอแนะเพื่อลดจำนวนหัวข้อฯ ที่รอการประเมิน/ทำวิจัย	84
ตารางที่ 15 สรุปข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ.....	91
ตารางที่ 16 แนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563	93

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562.....	8
ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562.....	15
ภาพที่ 3 จำนวนหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ พ.ศ. 2560-2562	25
ภาพที่ 4 มติคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ จากการพิจารณาผลการประเมินมาตรการหรือบริการด้านสุขภาพ ตุลาคม 2559–กุมภาพันธ์ 2563 (จำนวนหัวข้อ).....	28
ภาพที่ 5 กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในประเทศออสเตรเลีย (11)	48
ภาพที่ 6 กระบวนการประเมิน co-dependent technologies โดย PBAC และ MSAC	51
ภาพที่ 7 กระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่ไม่ใช่ยา (34)	59

บทที่ 1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ

1. ความเป็นมา

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ (benefit package) หรือกำหนดให้มาตรการ/บริการใดเป็นสิทธิประโยชน์ เป็นการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เนื่องจากเป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสถานะสุขภาพของประชาชน ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐจะต้องรับผิดชอบ นอกจากนี้ การคัดเลือกหรือไม่คัดเลือกมาตรการใด ๆ เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ยังมีผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ เช่น ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพ/บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ประกอบการธุรกิจด้านการวิจัยและพัฒนา หรือการผลิตผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงให้ความสำคัญกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ใน พ.ศ. 2552 สปสช. ได้ริเริ่มกระบวนการที่มีความโปร่งใส มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา และมีการตัดสินใจบนฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ ภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP)

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹ ได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในแง่ขั้นตอน กระบวนการ เกณฑ์การลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาสุขภาพและมาตรการสุขภาพที่จะนำเข้าสู่การประเมิน รวมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคล่องตัว ใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดการกับการขัดกันของผลประโยชน์ (conflict of interests) อย่างเหมาะสม และสร้างความเชื่อมั่นต่อการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ของกองทุน ในช่วงปลาย พ.ศ. 2559-2560 สปสช. ได้ปรับปรุงกระบวนการ UCBP โดยเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่สำคัญ คือ สปสช. ทำหน้าที่ดำเนินงานทั้งหมด ตั้งแต่การเสนอหัวข้อ การคัดเลือกหัวข้อเบื้องต้น ปรับปรุงเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ เพิ่มกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สามารถเสนอหัวข้อ อีกทั้งมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพิ่มเติม เช่น คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและปัญหาสุขภาพภายใต้กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น สำหรับการดำเนินงานด้านการศึกษาหรือการประเมินเทคโนโลยีของหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือก รับผิดชอบการจัดสรรเงินทุนและบริหารจัดการงานวิจัยโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ใน พ.ศ. 2563 สปสช. พิจารณาเห็นว่า ได้เกิดปัญหาบางประการขึ้นในกระบวนการ UCBP เช่น ความไม่ชัดเจนของหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ บางหัวข้อเป็นสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมโดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว บางหัวข้อไม่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม บางหัวข้อค้างอยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นเวลานาน ซึ่งรวมทั้งการรอการประเมินมาตรการ หรือการศึกษาวินิจฉัย เช่น การประเมินความคุ้มค่า การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการ

¹ ในเอกสารนี้จะเรียกว่า UCBP

ให้บริการหรือนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ สปสช. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว

2. วัตถุประสงค์

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงกระบวนการ UCBP โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- 1) ทบทวนกระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ที่มีความชัดเจน เป็นที่ยอมรับของ สปสช. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 3) บริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ อยู่ระหว่างรอการประเมิน หรือการศึกษาวิจัย

3. วิธีดำเนินการ

นักวิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 และ 2 และบางส่วนของวัตถุประสงค์ที่ 3² โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ทบทวนกระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ เช่น แนวทาง/คู่มือปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการประชุม/การฝึกอบรม รายงานการประชุม รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงาน/บทความวิชาการ เพื่อศึกษาประเด็นต่อไปนี้

- ระบบอภิมภ (โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- แนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ (กระบวนการ ขั้นตอน เกณฑ์) ในปัจจุบัน ตั้งแต่การเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพ จนถึงการนำเสนอหัวข้อหรือผลการประเมินมาตรการต่อผู้ตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ฯ
- หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ถูกเสนอเข้าสู่กระบวนการ
- ผลผลิต (outputs) และผลสัมฤทธิ์ (achievement)
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ รวมถึงปัญหาอุปสรรค

2) สัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของ สปสช. สวรส. และนักวิชาการ/นักวิจัย รวมทั้งสิ้น 23 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2563 นักวิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face) หรือสัมภาษณ์ทาง

² โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการศึกษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งสามข้อ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ รายงานฉบับนี้ นำเสนอผลการศึกษา และผลการดำเนินงานในระยะที่ 1 สำหรับการดำเนินงานในระยะที่ 2 (ส่วนที่เหลือของวัตถุประสงค์ที่ 3) HITAP จะพัฒนาข้อเสนอโครงสร้างการศึกษาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ในโอกาสต่อไป

โทรศัพท์ หรือ สัมภาษณ์ทางแอปพลิเคชัน Zoom ตามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลและความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลและความคิดเห็น/ข้อมูล ในประเด็นต่อไปนี้

- ลักษณะที่พึงประสงค์ของกลไกการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในทางปฏิบัติ (ที่เกิดขึ้นจริง)
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัญหาอุปสรรค ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต
- ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ

3.2 จัดทำแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ

1) ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับหลักการ กระบวนการ และเกณฑ์การกำหนดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ออสเตรเลีย แคนาดา อังกฤษและเวลส์ และสวีเดน) โดยมีประเด็นที่ทบทวน คือ

- หลักการ กระบวนการ และเกณฑ์ที่เพิ่งเริ่มนำมาใช้หรือมีการปรับปรุงแก้ไขจากเดิมในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา พร้อมทั้งเหตุผล
- หลักการ กระบวนการ และเกณฑ์ที่ใช้ในการค้นหาหัวข้อ ประเมินมาตรการ และคัดเลือกมาตรการที่มีความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ (มี health need) และมีลักษณะเฉพาะ เช่น มาตรการที่ซับซ้อน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า
- ขอบเขตของการทบทวนเอกสาร ไม่รวมกระบวนการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and disease prevention: P&P)³ และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก (rare diseases)⁴

2) ยกร่างข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการ UCBP โดยนำผลการทบทวนกระบวนการ การวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ข้อ 3.1) รวมทั้งผลการทบทวนเอกสารในข้อ 1) มาประกอบการพิจารณา

3) จัดการประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการ UCBP⁵ ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ประธานและสมาชิกคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรของ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มหาวิทยาลัย ตัวแทนราชวิทยาลัย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสิ้น 41 คน (ภาคผนวก ก) ทั้งนี้ ผู้ดำเนินโครงการได้จัดส่งเอกสารสรุปผลการศึกษาและร่างข้อเสนอแนะให้ผู้เข้าร่วมการประชุมพิจารณาและให้ความเห็นก่อนการประชุม

³ ดำเนินการภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

⁴ สปสช. เริ่มเปิดรับข้อเสนอเกี่ยวกับโรคหายากใน พ.ศ. 2563 จึงไม่ได้ทบทวนกระบวนการ UCBP สำหรับโรคกลุ่มนี้

⁵ การประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดขึ้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เวลา 9.00-12.30 น. ณ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทารา แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

4) นำข้อเสนอแนะจากข้อ 2) และ 3) มาจัดทำแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563

3.3 การบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมินและการศึกษาวิจัย

ทบทวนวรรณกรรมและจัดกลุ่มหัวข้อมาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอต่อ สปสช. และผ่านการจัดลำดับความสำคัญ ใน พ.ศ. 2560-2562 โดยคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ซึ่งไม่มีนักวิจัยรับไปดำเนินการ ณ เดือนมิถุนายน 2563 จำนวนรวม 19 หัวข้อ (ภาคผนวก ข) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1) ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม รวมถึงสอบถามเพิ่มเติมไปยังผู้เสนอหัวข้อหรือผู้ที่เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์และจำแนกหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพ ทั้ง 19 หัวข้อ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ

กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือปัญหาด้านคุณภาพ

กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน

2) ให้คำแนะนำในการบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพแต่ละหัวข้อ ในข้อ 1) สำหรับการดำเนินการในขั้นต่อไป

4. การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) (www.ihrp.or.th) และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาตามหนังสืออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย ลงวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

5. โครงสร้างของรายงาน

รายงานนี้แบ่งออกเป็น 7 บท ดังนี้

บทที่ 1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ

บทที่ 2 การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562: ข้อมูลภูมิหลัง

บทที่ 3 ผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 4 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในต่างประเทศ

บทที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

บทที่ 6 การบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมินและการศึกษาวิจัย

บทที่ 7 อภิปรายผลการศึกษา

บทที่ 2 การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562: ข้อมูลภูมิหลัง

บทนี้นำเสนอข้อมูลภูมิหลัง (Background) ซึ่งเป็นผลจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 ประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้ 1) ระบบอภิบาล 2) กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ 3) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคหายาก (rare diseases) และ 4) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ กรณีหัวข้อด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) และหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ (access to care) ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจระบบอภิบาลและกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในภาพรวม ก่อนจะนำเสนอผลการทบทวนกระบวนการดังกล่าวในบทต่อไป

1. ระบบอภิบาล

1.1 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 บัญญัติให้การได้รับบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิของประชาชน ดังมาตรา 47 ที่ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และรัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยเป็นบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย (1) สำหรับผู้มีสิทธิที่จะได้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวถึง “สิทธิประโยชน์” ไว้ในมาตรา 5 ว่า “ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยกฎหมายฉบับนี้ ทั้งนี้ ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด”(2)

ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กล่าวข้างต้น “บริการสาธารณสุข” หมายถึง “บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ” นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดนิยามของ “สถานบริการ” ว่า “สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม”

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งได้แก่บริการต่อไปนี้ 1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การตรวจวินิจฉัยโรค 3) การตรวจและรับฝากครรภ์ 4) การบำบัดและบริการทางการแพทย์ 5) ยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 6) การทำคลอด 7) การกินอยู่ในหน่วยบริการ 8) การบริบาลทารกแรกเกิด 9) รถพยาบาลหรือพาหนะรับส่งผู้ป่วย 10) พาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ 11) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ และ 12) บริการอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด (2) สำหรับรายละเอียดของบริการเหล่านี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่กำหนดประเภทและ

ขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยจัดทำเป็นประกาศ เช่น ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 กำหนดประเภทและขอบเขตของบริการหรือกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นต้น

อนึ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสาธารณสุข รวม 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน เช่น การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 2) กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เป็น การเฉพาะหรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น ได้แก่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด⁶ และการบาดเจ็บจากการประสพภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย และ 3) กลุ่มบริการอื่น ๆ ได้แก่ บริการสำหรับโรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน⁷ และการปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation)⁸

ใน พ.ศ. 2560 ได้มีการประกาศใช้ “ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564” (3) ซึ่งประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 9 ยุทธวิธี (ตารางที่ 1) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นการดำเนินการตามพันธกิจ 4 ประการ คือ 1) รวบรวม ประเมินความต้องการประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [มาตรา 18 (10), (13)]; 2) พัฒนาและผลักดันให้เกิดประเภทและขอบเขตฯ ใหม่ที่เหมาะสม และปรับปรุงประเภทและขอบเขตฯ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดการเข้าถึงมากขึ้น [มาตรา 5, 18 (3)]; 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการตามประเภทและขอบเขตฯ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [มาตรา 5]; และ 4) ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเภทและขอบเขตฯ และระบบบริการของ 3 กองทุนให้มีความเท่าเทียมกัน [มาตรา 9, 10, 11]

⁶ ยกเว้นผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนที่สมัครใจ เข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด ให้ได้รับสารทดแทนยาเสพติด (เมทาโดน) จากหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

⁷ ยกเว้น กรณีที่จำเป็นต้องรักษาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

⁸ ยกเว้น การปลูกถ่ายไต เพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด และโรคอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย การปลูกถ่ายหัวใจ

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ขยายประเภทและขอบเขต	ยุทธศาสตร์ที่ 2: เข้าถึงประเภทฯ กันถ้วนหน้า	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาให้เท่าเทียม	ยุทธศาสตร์ที่ 4: พร้อมเพรียงประเมินผล
<p>ยุทธวิธี:</p> <p>1) พัฒนากลไกการศึกษาชุดสิทธิประโยชน์ใหม่ บนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>2) สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพครบวงจร</p>	<p>ยุทธวิธี:</p> <p>3) กำหนดกลุ่มบริการที่มีความสำคัญสูง จะเพิ่ม effective coverage</p> <p>4) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน</p> <p>5) กำหนดมาตรการในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย</p>	<p>ยุทธวิธี:</p> <p>6) ร่วมมือกับ 3 กองทุน เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ และระบบบริหารจัดการ ให้มีทิศทางที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความกลมกลืน</p>	<p>ยุทธวิธี:</p> <p>7) กำหนดเป้าหมายชุดสิทธิประโยชน์ (effective coverage)</p> <p>8) มีระบบข้อมูลที่สามารถตอบเป้าหมาย</p> <p>9) Active communication</p>
<p>เป้าหมาย: เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์</p>	<p>เป้าหมาย: เพิ่มการเข้าถึงบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ</p>	<p>เป้าหมาย: บูรณาการสิทธิประโยชน์ 3 กองทุน เพื่อให้เกิดความกลมกลืน</p>	<p>เป้าหมาย: นโยบายด้านประเภทและขอบเขตฯ ที่ประกาศใช้สู่การปฏิบัติ</p>

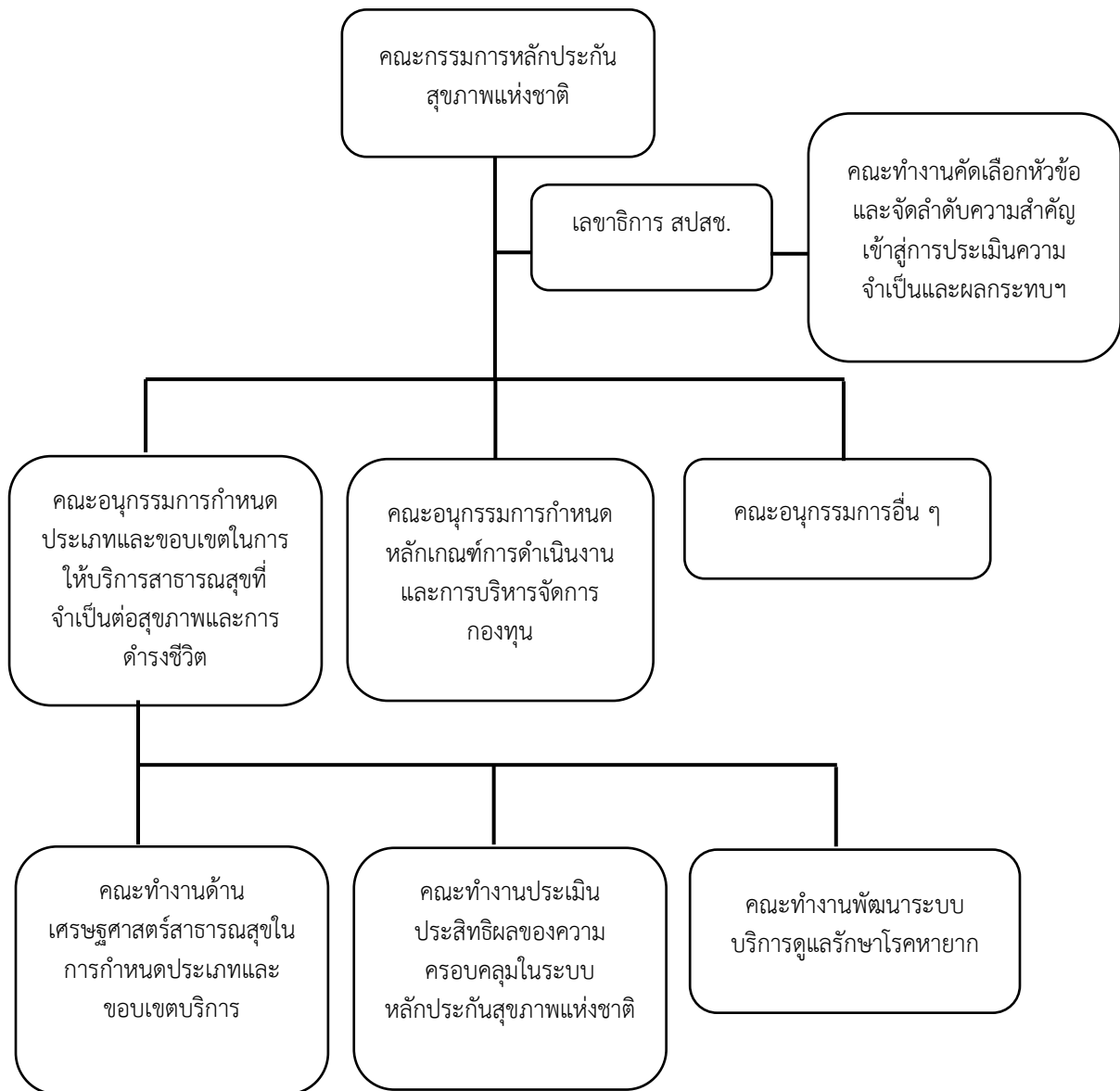
ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 เป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้ถูกกล่าวถึงในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน 2 คณะ⁹ โดยระบุให้คณะทำงานมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดังกล่าว (ดูข้อ 1.2) นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2562) กล่าวถึงประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขและสิทธิประโยชน์ ในยุทธศาสตร์ที่ 1 “สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ” (Ensure coverage and access for vulnerable and underutilization groups) ภายใต้ยุทธวิธีที่ 1.4 “ทบทวนประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (Review proper benefit package) ที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเปราะบาง และบริการที่ยังมีปัญหาค่าเข้าถึงบริการ”(4)

1.2 คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

การดำเนินการและการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน (ภาพที่ 1)

⁹ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข และ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก

ภาพที่ 1 คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562



1.2.1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นคณะกรรมการตามที่ระบุในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย ปลัดกระทรวงต่าง ๆ¹⁰ ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ ผู้แทนเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมี

¹⁰ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.

วัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไร¹¹ ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพด้านสาธารณสุข ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ โดยมีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นเลขานุการ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่หลายประการ ซึ่งรวมทั้งกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และจัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจาก ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

1.2.2 คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปัจจุบัน (มิถุนายน 2563) มีผู้แทนแพทยสภาในคณะกรรมการดังกล่าว เป็นประธานอนุกรรมการ และผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการฯ เป็นรองประธาน (5) คณะอนุกรรมการฯ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ผู้แทนหน่วยงานบริหารสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยมีรองเลขาธิการหรือผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. เป็นเลขานุการ

คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ มีอำนาจหน้าที่จัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กำหนดอัตราค่าบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำข้อเสนอในการพัฒนาประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ที่ยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

1.2.3 คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปัจจุบัน (มิถุนายน 2563) มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานอนุกรรมการ และปลัดกระทรวงการคลัง หรือผู้แทนในคณะกรรมการฯ เป็นรองประธาน (5) คณะอนุกรรมการฯ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้แทนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สมาคมโรงพยาบาล

¹¹ องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านเด็กหรือเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ใช้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกร และงานด้านชนกลุ่มน้อย (คัดเลือกกันเองจำนวน 5 คน)

เอกชน และชมรมหรือผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แพทย์ชนบท โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีรองเลขาธิการหรือผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. เป็นเลขานุการ

คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน มีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนากองทุน เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความเป็นธรรม จัดทำคำขอของงบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุน ประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 มีคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวม 4 คณะ ได้แก่ 1) คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข 2) คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรครายาก และ 4) คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข คณะทำงานแต่ละคณะมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.2.4 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข แต่งตั้งโดยเลขาธิการ สปสช. ประกอบด้วยประธาน 1 ท่าน รองประธาน 1 ท่าน คณะทำงาน 26 ท่าน ประกอบด้วยองค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยมีสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. เป็นฝ่ายเลขานุการ (6)

คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีอำนาจหน้าที่จัดทำข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ คัดเลือกหัวข้อฯ และจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก) ทั้งนี้ สมาชิกคณะทำงานเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย ลงมติดัดสินใจด้วยคะแนนข้างมาก ส่วนสมาชิกนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเท่านั้น แต่ไม่มีสิทธิอภิปรายแสดงความคิดเห็นและไม่มีส่วนในการตัดสินใจ

1.2.5 คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข แต่งตั้งโดยคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ ประกอบด้วยประธาน 1 ท่าน รองประธาน 2 ท่าน และผู้ทำงาน (หรือคณะทำงาน) 12 ท่าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. เป็นคณะทำงานและเลขานุการ โดยมีเจ้าหน้าที่ของสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. เป็นฝ่ายเลขานุการ (7)

คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการและกำกับดำเนินการตามกรอบแนวทางการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งกลไกและกระบวนการที่คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ ให้

ความเห็นชอบแล้ว พัฒนาเกณฑ์การประเมินความจำเป็นและผลกระทบของเทคโนโลยี เพื่อการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น และจัดให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าและประเมินผลจากการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัย สรุปผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบ และความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นและเสนอคณะกรรมการฯ พิจารณา (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก) ทั้งนี้ การดำเนินงานของคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ จะต้องสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564

1.2.6 คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ ประกอบด้วยประธาน 1 ท่าน รองประธาน 2 ท่าน และ ผู้ทำงาน 15 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. นักวิชาการและผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยมีผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช. เป็นผู้อำนวยการและเลขานุการ (8) คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมฯ มีอำนาจหน้าที่ พัฒนากลไกการประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มโรคหรือกลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ และรายงานผลการประเมินดังกล่าว รวมทั้งรายงานผลกระทบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

1.2.7 คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ ประกอบด้วยประธาน 1 ท่าน รองประธาน 2 ท่าน และผู้ทำงาน 31 ท่าน ได้แก่ ประธานราชวิทยาลัยและนายกสมาคมด้านการแพทย์ (6 หน่วยงาน) ผู้อำนวยการสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ผู้อำนวยการสำนักบริหารยาและเวชภัณฑ์ และผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการ โดยมีผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. เป็นคณะทำงานและเลขานุการ รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ (9)

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก มีอำนาจหน้าที่พิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรคหายาก (ทั้งยา/ไม่ใช้ยา) เข้าสู่การประเมินเทคโนโลยี/การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในกระบวนการ UCBP จัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก และข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการที่มีความชัดเจนและเชื่อมโยงกันทั้งระบบ และ 3 กองทุน จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูลบริการ การกำกับติดตาม การบูรณาการระบบบริหารจัดการ เป็นต้น และติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค) ทั้งนี้ คณะทำงานจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการตาม

ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560–2564

1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สปสช. มีอำนาจหน้าที่หลายประการ เช่น บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข เป็นต้น (2) นอกจากนี้ สปสช. ยังรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ตลอดจนคณะกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว ดังนั้นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. จึงทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งรวมทั้งการจัดประชุม

ในทางปฏิบัติ สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ของ สปสช. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ตั้งแต่การจัดกระบวนการเสนอหัวข้อฯ รวมทั้งจัดประชุมกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ จัดทำรายงานสรุปหัวข้อฯ ที่กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอเข้าสู่การพิจารณา ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและรายละเอียดอ้างอิงตามเกณฑ์การประเมินฯ และตัดสินใจรับ/ไม่รับข้อเสนอ แล้วเสนอต่อคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รวมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะในแต่ละรอบของการเปิดรับข้อเสนอ (10) นอกจากนี้ ยังรับผิดชอบการแจ้งหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินไปยังสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อสรรหานักวิจัยหรือนักวิชาการ เพื่อทำการประเมินหรือศึกษาวิจัยด้านอื่น ๆ รวมทั้งรวบรวมผลการประเมินที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วจาก สวรส. จากนั้น เชิญนักวิจัยหรือนักวิชาการนำเสนอผลการประเมินต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ

1.4 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเป็นผู้ดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ตามที่กำหนดเป็นอำนาจหน้าที่แล้ว ยังมีการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานอื่น ๆ ดังนี้

1.4.1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ เข้ามาในกระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2561-2562 ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่าง ๆ 9 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 3) กลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุข 4) ภาคประชาสังคม 5) กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย 6) ประชาชนทั่วไป 7) ภาคอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ 8) กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์ และ 9) คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง (11) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในกระบวนการ UCBP พ.ศ. 2561-2562

กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ	หน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม
1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	หน่วยงานระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	ราชวิทยาลัยและสมาคมด้านการแพทย์
3) กลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุข	คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ที่มีหลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
4) ภาคประชาสังคม	องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5) กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย	เครือข่ายผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6) ประชาชนทั่วไป	กลุ่มประชาชนจากเวทีประชุมรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปี
7) ภาคอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย
8) กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
9) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	

1.4.2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยมีเป้าหมายในการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ (Better Knowledge Management for Better Health Systems) (12) ผู้อำนวยการ สวรส. ได้รับการแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (5) นอกจากนี้ ผู้จัดการงานวิจัยของ สวรส. ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการในคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข (7) ในกระบวนการ UCBP สวรส. ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดำเนินการ ดังนี้

- 1) ประสานงานกับนักวิชาการ/นักวิจัย เพื่อทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน และให้คะแนนเบื้องต้น (13)¹²
- 2) สรรหานักวิชาการ จากองค์กรหรือหน่วยงานวิชาการที่ไม่แสวงหากำไรเพื่อทำการประเมินเทคโนโลยีหรือบริการตามหัวข้อที่ได้รับการคัดเลือก (หรือการทำ HTA) (14)
- 3) สนับสนุนงบประมาณในการประเมินตามข้อ 2) และจัดให้มีการตรวจสอบคุณภาพของการวิจัย/ประเมินที่แล้วเสร็จ โดยประสานกับผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาให้ทบทวนผลการประเมิน (peer-review)

¹² เป็นข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ ใน พ.ศ. 2560 แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานของ สปสช. พบว่า สปสช. รับผิดชอบดำเนินการตามข้อนี้ (ไม่ใช่ สวรส.)

4) พัฒนาประเด็นการศึกษาในหัวข้อฯ ที่ถูกตัดออก เนื่องจากข้อมูลไม่ชัดเจนและเพียงพอ รวมทั้งให้พัฒนาและสรรหาเครือข่ายนักวิชาการเพิ่มเติม และสนับสนุนกระบวนการจัดทำข้อเสนอโดยเฉพาะกลุ่มประชาชน (15)

1.4.3 นักวิชาการและนักวิจัย อาจารย์ นักวิชาการ และนักวิจัยจากหน่วยต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับการแต่งตั้งเป็นทำงานในคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ นอกจากนี้ นักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการ UCBP ในขั้นตอน/กิจกรรม ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมิน และให้คะแนนเบื้องต้นเพื่อจัดลำดับความสำคัญ

2) ดำเนินการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีหรือบริการ เช่น ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบความเป็นไปได้ และการเข้าถึงบริการ เป็นต้น จากนั้นเสนอผลการศึกษาต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ เพื่อพิจารณาคุณภาพของการวิจัย/ประเมิน รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (16)

3) สนับสนุนกระบวนการเสนอหัวข้อฯ ของกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยจัดอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพ การจัดทำข้อเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 กระบวนการ UCBP ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การเสนอหัวข้อฯ 2) การจัดลำดับความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อฯ 3) การประเมินเทคโนโลยี (HTA) การประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage) หรือการประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to Care) และ 4) การพิจารณาและตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย (ภาพที่ 2)

2.1 การเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

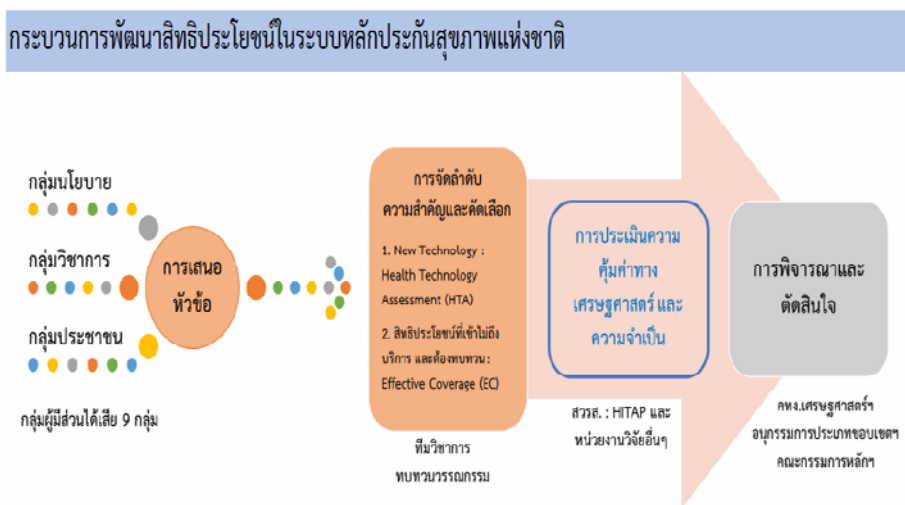
สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. ร่วมกับหน่วยงานวิชาการ เช่น คณะเภสัชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้รับผิดชอบจัดกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นข้อเสนอมาตรการ/บริการเป็นสิทธิประโยชน์ หรือปัญหาการเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว ดังที่กล่าวแล้วในข้อ 1.4.1 กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องรวม 9 กลุ่ม (ตารางที่ 2) โดยผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อสามารถเสนอหัวข้อผ่านทางเว็บไซต์ <http://register.nhso.go.th/ucbp/> (เบราว์เซอร์ google chrome) ส่วนกลุ่มภาคประชาชน¹³ เสนอหัวข้อผ่านการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปประจำปี

¹³ ในการเสนอหัวข้อ สปสช. รวมกลุ่มภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป เป็นกลุ่มเดียวกัน

และ สปสช. จะนำข้อเสนอ “ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข”¹⁴ มาคัดกรองเบื้องต้น ต่อจากนั้น สปสช. จัดประชุมระดมสมองให้ทั้งสามกลุ่มจัดลำดับความสำคัญภายในกลุ่มจนเหลือ 5 หัวข้อ ซึ่งจะนำเสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ทางอีเมล (สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน สปสช.)

ในแต่ละปี ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม¹⁵ เสนอหัวข้อได้ไม่เกินกลุ่มละ 5 หัวข้อ ในจำนวนนี้ ต้องเป็น หัวข้อด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อย 1 หัวข้อ และหัวข้อด้านประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage) หรือการเข้าถึงบริการ (Access to care) อย่างน้อย 1 หัวข้อ นอกจากนี้หัวข้อที่เสนออาจเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ หรือสิทธิประโยชน์ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ หรือสิทธิประโยชน์ที่ต้องทบทวน/ติดตามประเมินผล

ภาพที่ 2 กระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562



ที่มา: รายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ครั้งที่ 2/2562 วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ในส่วนของการกำหนดสำหรับการเตรียมหลักฐานทางวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา คัดเลือกหัวข้อฯ นั้น มีข้อเสนอแนะให้ใช้ผลงานวิชาการในประเทศที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (ทั้งในและ ต่างประเทศ)¹⁶ เป็นลำดับต้น หากไม่มีผลงานวิชาการดังกล่าว ให้ใช้ผลงานวิชาการในต่างประเทศหรือ เอกสารจากหน่วยงานภาครัฐหรือสถาบันวิจัย เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงาน กลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) สวรส. IHPP หรือ HITAP ตามความเหมาะสม และเอกสารอื่น ๆ ตามที่ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เห็นสมควร (17) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง)

¹⁴ ข้อเสนอจากการรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปี แบ่งออกเป็น 10 กลุ่ม ได้แก่ 1) ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข 2) มาตรฐานบริการสาธารณสุข 3) บริหารกองทุน 4) บริหารสำนักงาน 5) กองทุนท้องถิ่น LTC กองทุนฟื้นฟู 6) การมีส่วนร่วม 7) การรับรู้ 8) คุ้มครองสิทธิ 9) กลุ่มเปราะบางและพระสงฆ์ และ 10) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ข้อมูลจาก <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTI5MA==>)

¹⁵ สปสช. รวมกลุ่มภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป เป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีสิทธิเสนอหัวข้อรวม 7 กลุ่ม

¹⁶ เอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการ ต่างประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง PubMed

การคัดกรองหัวข้อเบื้องต้น เป็นการพิจารณาโดยเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ตามเกณฑ์การคัดหัวข้อออก (exclusion criteria) (18) ดังนี้

- 1) ยา/วัคซีน/อาหารเสริม (หากเป็นยาและวัคซีน จะส่งเรื่องให้คณะกรรมการบัญญัติยาหลักแห่งชาติ)
- 2) ขาดหลักฐาน efficacy และ accuracy
- 3) เคยมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์และได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตมาแล้ว และยังมีข้อมูลที่ควรพิจารณาใหม่

เนื่องจาก สปสช. เปิดรับข้อเสนอจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพียงปีละ 1 ครั้ง และกระบวนการคัดเลือกหัวข้อก็ใช้เวลานาน คณะกรรมการกำหนดประเภทฯ จึงกำหนดให้มีการเสนอหัวข้อผ่านช่องทางเร่งด่วน (Green channel) ในกรณีข้อเสนอเกี่ยวกับโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะเร่งด่วนรุนแรง รวมทั้ง Emerging infectious diseases โดยให้เข้าในขั้นตอนการประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้น (โดยการประเมินเทคโนโลยี และการศึกษาวิจัยอื่น ๆ) (19) ส่วนกรณีหัวข้อที่มีผลการศึกษาวิจัยจากหน่วยงานภาครัฐ หรือสถาบันวิจัยแล้ว ให้นำเสนอคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ตามขั้นตอน

2.2 การจัดลำดับความสำคัญ และคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เมื่อข้อเสนอผ่านการพิจารณาเบื้องต้นแล้ว จะเข้าสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน และให้คะแนนเบื้องต้น โดยทีมนักวิชาการในคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ (13) สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน (Topic selection criteria) มี “หลักการทั่วไป” ในการพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน โดยให้คำนึงถึงบริการหรือเทคโนโลยีคู่แข่งด้วยและนำมาพิจารณาในเกณฑ์ที่จำเป็น เพื่อประเมินความแตกต่างและให้คะแนนได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง (14) ดังนี้

- เปรียบเทียบระหว่างบริการ/เทคโนโลยีที่ศึกษา กับ บริการ/เทคโนโลยีเดิมที่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ อยู่แล้ว หรือ
- เปรียบเทียบบริการ/เทคโนโลยีที่ศึกษา กับ การไม่เคยมีบริการ/เทคโนโลยีนั้น โดยให้มีการระบุชื่อบริการ/เทคโนโลยีคู่แข่งให้ชัดเจน

ในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อที่เป็นการเสนอมาตรการ/บริการใหม่ เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์¹⁷ มีการให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์ 6 ข้อ (14) ได้แก่ 1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of population affected by disease or health problem) 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem) 3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology) 4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice) 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

¹⁷ การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ เกี่ยวกับเทคโนโลยีหรือบริการสำหรับโรคหายาก ดูข้อ 3. และการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ ด้านประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage) หรือการเข้าถึงบริการ (Access to care) ดูข้อ 4.

ของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure) และ 6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ethical and social implication) เกณฑ์แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ยกเว้นเกณฑ์ข้อ 4 อาจมีคะแนนเป็น 1 หรือ 3 หรือ 5 คะแนน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ)

เมื่อได้ผลการทบทวนวรรณกรรมแล้ว นักวิชาการจะนำเสนอผลการทบทวนและการให้คะแนนตามเกณฑ์ต่อคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่กระบวนการประเมิน จากนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เสนอหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ พิจารณาลำดับ เมื่อได้หัวข้อสำหรับการศึกษาวิจัย/ประเมินแล้ว สวรส. จะทำหน้าที่สรรหาเครือข่ายนักวิชาการ จากองค์กรหรือหน่วยงานวิชาการที่ไม่แสวงหากำไร เพื่อเสนอโครงการวิจัย และทำการศึกษาวิจัย/ประเมินมาตรการตามหัวข้อที่ถูกคัดเลือก ภายใต้การกำกับและควบคุมคุณภาพโดย สวรส.

2.3 การประเมินหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

นักวิชาการและนักวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย IHPP และ HITAP เป็นผู้ดำเนินการศึกษาวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีและบริการตามที่ระบุในข้อเสนอที่ผ่านการคัดเลือก (หรือการทำ HTA) โดยอ้างอิงคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (20, 21)¹⁸ ซึ่งเป็น “method guidelines” สำหรับคู่มือกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ “process guideline” ที่ HITAP จัดทำขึ้นนั้น แนะนำให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการประเมินโดยมีการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนต่าง ๆ การประเมินมาตรการ/บริการ และการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ UCBP บางโครงการ ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) นักวิจัยทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น จากนั้นจัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดคำถามวิจัย และขอบเขตของการศึกษาวิจัย/ประเมิน
- 2) พัฒนาโครงการศึกษาวิจัย/ประเมิน และจัดให้มีการประเมินคุณภาพของโครงการวิจัยโดยผู้ทบทวนภายนอก (external reviewers) ก่อนเริ่มดำเนินงานวิจัย ส่วนใหญ่แหล่งทุนเป็นผู้ส่งโครงการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทบทวน ก่อนจะอนุมัติทุนวิจัยให้แก่แต่ละโครงการ
- 3) ดำเนินการศึกษาวิจัย/ประเมินมาตรการ/บริการ ระหว่างนี้บางโครงการอาจมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อรวบรวมและตรวจทานข้อมูล หรือตรวจสอบ models และสมการที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น
- 4) จัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น และร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย
- 5) นักวิจัยส่งรายงานผลการศึกษาวิจัย/ประเมิน ให้ผู้ทบทวนประเมินคุณภาพของงานวิจัย ส่วนใหญ่แหล่งทุนเป็นผู้ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทบทวน ก่อนจะอนุมัติให้จ่ายเงินงวดสุดท้าย

¹⁸ เป็นคู่มือที่ได้รับการยอมรับจากคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ของ UCBP

2.4 การตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์

นักวิจัยที่รับผิดชอบการประเมิน นำเสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ คณะทำงานดังกล่าวจะตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพ จากนั้น คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ จะสรุปผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบ และความเป็นไปได้ในการจัดบริการ เพื่อเสนอคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาให้ความเห็นชอบ โดยมีแนวทางการพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์ ดังนี้ (17)

1) ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ต้นทุน-ประสิทธิผล) โดยใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าหรือเพดานของความเต็มใจที่จะจ่ายเช่นเดียวกับคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กล่าวคือ ยาหรือเทคโนโลยีใดที่มีต้นทุนต่ำกว่า 160,000 บาทต่อ 1 ปีสุขภาวะ จัดว่าเป็นยาหรือเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่า

2) มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) มีเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของภาวะหรือโรคต่าง ๆ ครอบคลุมหัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และเป็นเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์

3) ความพร้อมของระบบบริการ มีความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือในการให้บริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ หรือระบบบริหารจัดการการส่งต่อ

4) ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาจากงบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มเติมหากมีเทคโนโลยีใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์ และการลดภาระงบประมาณเดิม (Cost Saving)

5) ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม (Ethical issues) พิจารณาประเด็น ความเป็นธรรม ความสมเหตุสมผลในการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการที่จำเป็น เช่น การใช้/ไม่ใช้เทคโนโลยีนี้ในการดูแลสุขภาพมีผลกระทบอย่างไร เป็นต้น

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งตัดสินใจขั้นสุดท้ายจะเป็นผู้ประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (สิทธิประโยชน์ใหม่และ/หรือสิทธิประโยชน์เดิมที่ขยายขอบเขตหรือเงื่อนไขบริการ) หรือมอบหมาย สปสช. ให้ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคหายาก (Rare diseases)

ใน พ.ศ. 2561 ได้มีการริเริ่มการพัฒนาระบบสุขภาพและสิทธิประโยชน์สำหรับโรคหายาก (Rare diseases) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก ซึ่งมีอำนาจหน้าที่หลายประการ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ คณะทำงานพิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรคหายาก (ทั้งยา/ไม่ใช่นยา) เข้าสู่การประเมินเทคโนโลยีในกระบวนการ UCBP และจัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ

คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ ได้กำหนดนิยามของ “โรคหายาก” ของประเทศไทยว่า 1) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อย (Rare disease น้อยกว่า 10,000 คน และ Ultra rare disease น้อยกว่า 1,000 คน) 2) เป็นโรคเรื้อรังที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 3) การคัดกรอง และ/หรือ การวินิจฉัย และ/หรือ การรักษาจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญขั้นสูง หรือ มีต้นทุนสูง หรือ เข้าถึงยาก หรือ

มีแนวโน้มที่ต้องใช้ไปตลอดชีวิต และ 4) การดูแลรักษาส่งผลอย่างมากต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563 ใช้เกณฑ์การพิจารณาเทคโนโลยี/บริการ สำหรับโรคหายากไว้ดังนี้ (22)

1) **เกณฑ์คัดเข้า (Eligible criteria)** เป็นเทคโนโลยี/บริการ สำหรับโรคหายาก ตามนิยามโรคหายากของประเทศไทย

2) **เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (Selection criteria)** ใช้เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เฉพาะเกณฑ์ข้อ 2-4 ได้แก่ 2) ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ 3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีในการรักษาและป้องกันโรค 4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ¹⁹ และ 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ส่วนเกณฑ์ข้อ 1 และ 6 ไม่ได้นำมาใช้ในกรณีข้อเสนอเกี่ยวกับเทคโนโลยี/บริการสำหรับโรคหายาก

3) **เกณฑ์พิจารณา/ตัดสินใจ (Decision criteria)** ประกอบด้วย 1) ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ส่วนกรณีที่ประเมินแล้วพบว่าเป็นเทคโนโลยี/บริการที่ไม่คุ้มค่า ให้ใช้เกณฑ์ Rule of Rescue (ROR)²⁰ 2) ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) มีแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และ 4) ความพร้อมของระบบบริการหรือความเป็นไปได้ในการพัฒนาความพร้อมของระบบบริการ และ 5) ข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม (Ethical issues)

4. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ กรณีหัวข้อด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) และหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ (access to care)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ได้มีความพยายามที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ กำหนดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเสนอหัวข้อด้านประสิทธิภาพของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (effective coverage) หรือการเข้าถึงบริการ (access to care) อย่างน้อย 1 หัวข้อ จากจำนวนทั้งหมด 5 หัวข้อที่แต่ละกลุ่มเสนอได้ในแต่ละปี นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการได้แต่งตั้งคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มโรคหรือกลุ่มเป้าหมายของการประเมิน และดำเนินการประเมิน เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบบริการและปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น ๆ

หัวข้อด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ และหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ จะถูกพิจารณาเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่ สปสช. และนักวิชาการในคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพของความครอบคลุมฯ ต่อจากนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ร่วมกับคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพของความครอบคลุมฯ จะจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ เพื่อเข้าสู่การประเมินโดยนักวิชาการ แล้วจึงนำผลการประเมินเสนอคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพของความครอบคลุมฯ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ คณะอนุกรรมการ

¹⁹ พิจารณาเฉพาะความแตกต่างในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน

²⁰ Rule of Rescue (ROR): 1) ไม่มีทางเลือกอื่น ทั้งการรักษาโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา 2) เป็นยา/เทคโนโลยีที่ใช้ช่วยรักษาชีวิต [ปรับจาก RoR guideline: The Pharmaceutical Benefit Advisory Committee (PBAC), Australia]

กำหนดประเภทและขอบเขตฯ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามลำดับ ในการดำเนินการตามกระบวนการดังกล่าว มีการกำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้ (22)

4.1 เกณฑ์เกี่ยวกับหัวข้อด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage)

1) **เกณฑ์คัดเข้า (Eligible criteria):** 1) เป็นบริการสุขภาพโดยรวมสำหรับโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ (disease or health condition based) 2) มีหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการไม่ได้รับประโยชน์หรือได้รับประโยชน์น้อยกว่าการใช้บริการสุขภาพ และ 3) มีข้อมูลจำนวนผู้ที่เป็นเป้าหมายของบริการ เช่น ประชากรเป้าหมาย ความชุก อุบัติการณ์

2) **เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (Selection criteria):** 1) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3) ภาระงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพ 4) ความสอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาพของประเทศหรือเป้าหมายสุขภาพสากล 5) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม และ 6) ศักยภาพในการเก็บข้อมูลและติดตามข้อมูลในระยะยาว (เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา และไม่คิดคะแนน) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

3) **เกณฑ์พิจารณา/ตัดสินใจ (Decision criteria):** 1) ความแตกต่างจากเป้าหมายในการเข้าถึงบริการ 2) ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบ (ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการ ระบบการจ่ายชดเชย ฯลฯ) และ 3) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

4.2 เกณฑ์เกี่ยวกับหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ (access to care)

1) **เกณฑ์คัดเข้า (Eligible criteria):** 1) เป็นบริการสุขภาพเดี่ยว ๆ (single interventions) เช่น การคัดกรอง การส่งเสริมป้องกัน ยา วัคซีน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เป็นปัญหาเข้าถึงบริการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ 2) มีหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือ ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้

2) **เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (Selection criteria):** 1) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3) ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ 4) ช่องว่าง (Gap) ของการเข้าถึงบริการ และ 5) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรมในการเข้าถึงบริการ (Inequity in access) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ช)

3) **เกณฑ์พิจารณา/ตัดสินใจ (Decision criteria):** 1) ความแตกต่างจากเป้าหมายในการเข้าถึงบริการ 2) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และ 3) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560.
2. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
3. ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564.
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560-2564 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2562).
5. คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 4/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2562.
6. คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2560 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ลงวันที่ 10 เมษายน 2560.
7. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ที่ 7/2562. เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข ลงวันที่ 15 มีนาคม 2562.
8. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ที่ 5/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 4 มีนาคม 2562.
9. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ที่ 4/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (เพิ่มเติม) ลงวันที่ 19 กันยายน 2562.
10. สิรินาถ นิภาพร, อาณัติ วรรณศร. รายงานแนวทางการบริหารจัดการมาตรการใหม่ที่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
11. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 2 ตุลาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ประวัติความเป็นมา. นนทบุรี; 2562 [updated 1 พฤศจิกายน 2562]. Available from: <https://www.hsri.or.th/about/history>.
13. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 19 เมษายน 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
14. คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 4 มิถุนายน 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

15. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 17 ตุลาคม 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
16. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการทบทวนเอกสารเรื่อง การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี; 2561.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เณฑ์การประเมินเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร; 2563.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4.1 ข้อเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (UCBP62) เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 4 มิถุนายน 2562. กรุงเทพมหานคร; 2562.
19. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
20. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2550.
21. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557.
22. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.

บทที่ 3 ผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การทบทวนแผนงาน/โครงการอาจเกิดขึ้นหลังจากการดำเนินงานแผนงาน/โครงการแล้วเสร็จ (post implementation) หรือในช่วงเวลาหรือขั้นตอนกิจกรรมที่สำคัญของแผนงาน/โครงการ ในบางโครงการมีการทบทวนเมื่อครบครึ่งหนึ่งของระยะเวลาดำเนินการ (mid-term review) หรือทบทวนเป็นประจำตามระยะเวลาที่กำหนด ประเด็นหลักของการทบทวนอาจอยู่ที่กระบวนการปฏิบัติงาน (operation issues) ประสิทธิภาพของโครงสร้างของระบบอภิปาลและการบริหารจัดการ และในบางกรณีอาจมีการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย (1) ผลการทบทวนจะช่วยให้ผู้จัดการแผนงาน/โครงการเข้าใจว่า เพราะเหตุใดปัจจัยนำเข้าจึงไม่ทำให้เกิดผลผลิตหรือผลลัพธ์ตามที่คาดการณ์หรือวางแผนไว้ (2) สำหรับการทบทวน “กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะนำผลการทบทวนไปใช้ประกอบการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนการดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2560-2562

1. ขอบเขตและหลักการของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ “การกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต” เป็นกระบวนการนโยบายซึ่งกฎหมายบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากการคัดเลือกมาตรการหรือบริการสุขภาพเพื่อเป็นสิทธิประโยชน์แล้ว ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 (ดูบทที่ 2 ตารางที่ 1) ให้ความสำคัญต่อ “การเข้าถึงบริการ” (access to care) และ “ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ” (effective coverage) ของบริการที่มีความสำคัญสูงอีกด้วย (3)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นระบบ และสนับสนุนให้เกิดความโปร่งใส กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ หรือ กระบวนการ UCBP แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเสนอหัวข้อปัญหาหรือมาตรการด้านสุขภาพเข้าสู่การพิจารณา 2) การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ เพื่อนำเข้าสู่การประเมิน 3) การประเมินมาตรการด้านสุขภาพในหัวข้อที่สำคัญ และ 4) การพิจารณาผลการประเมิน และการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย (4) ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยกิจกรรมย่อย โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบหลัก หน่วยงานสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้ ยังมีเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ เกณฑ์จัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ เพื่อนำเข้าสู่การประเมิน และเกณฑ์การตัดสินใจของคณะทำงานและคณะกรรมการ โดยแยกเป็นเกณฑ์สำหรับข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ หัวข้อเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการและประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ และหัวข้อเกี่ยวกับบริการสำหรับผู้ป่วยโรคหายาก (5) การที่กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี ก็เป็นโอกาสหนึ่งที่ประชาชนทั่วไปจะนำเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไข รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และระบบบริการ การจัดให้มีการวิจัยเพื่อประเมินมาตรการและบริการด้านสุขภาพ เช่น ต้นทุน-ประสิทธิผล ผลกระทบ

ด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ในการให้บริการ สะท้อนหลักการของการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐาน (evidence-based decisions)

นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข อีกทั้งยังถูกกำหนดให้ “ปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักธรรมาภิบาล²¹ และการบริหารราชการที่ดี²²” อีกด้วย (6) (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)

2. การมีส่วนร่วมของผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง รวม 9 กลุ่ม มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (7) และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีผู้แทนได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานคัดเลือกฯ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมิน ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 มีข้อเสนอจากกลุ่มผู้มีสิทธิรวมทั้งสิ้น 177 หัวข้อ²³ เป็นข้อเสนอใน พ.ศ. 2560 จำนวน 88 หัวข้อ พ.ศ. 2561 จำนวน 29 หัวข้อ และ พ.ศ. 2562 จำนวน 60 หัวข้อ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์เป็นกลุ่มที่เสนอหัวข้อจำนวนมากที่สุด (53 หัวข้อ) รองลงมา คือ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 39 หัวข้อ และภาคประชาสังคม 30 หัวข้อ (ภาพที่ 3) ส่วนกลุ่มที่เสนอหัวข้อฯ จำนวนน้อยที่สุด ได้แก่ นักวิชาการด้านสาธารณสุข 3 หัวข้อ หน่วยงานด้านนวัตกรรมทางการแพทย์ 4 หัวข้อ และประชาชนทั่วไป 6 หัวข้อ ซึ่งทั้งสามกลุ่มเสนอหัวข้อฯ เหล่านี้ใน พ.ศ. 2560 และหลังจากนั้นก็ไม่ได้เสนอหัวข้ออีกเลย

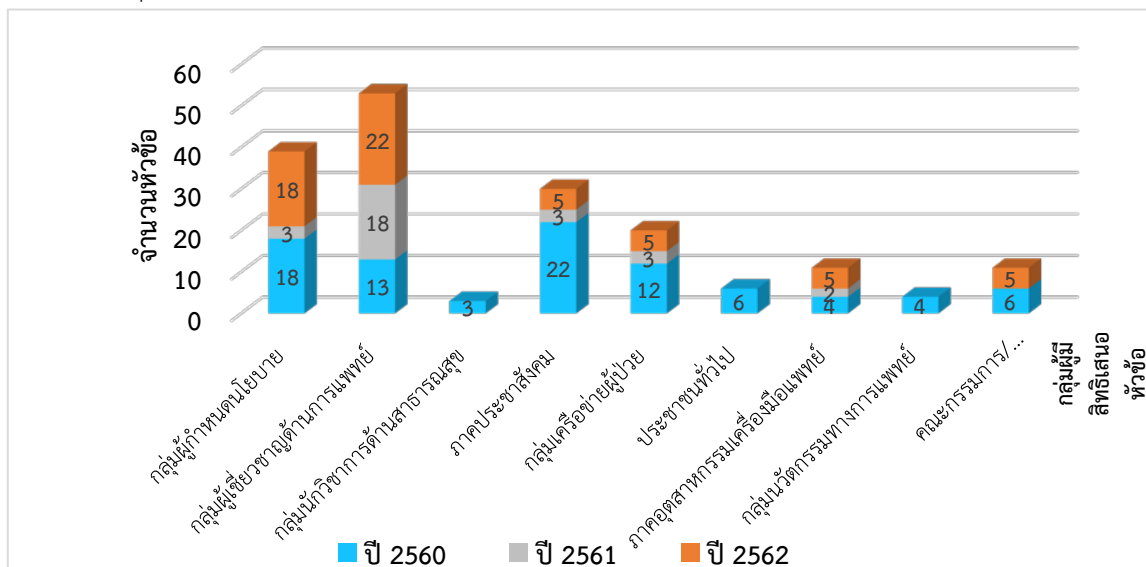
²¹ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า

²² 1) เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4) ไม่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น 5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ และ 7) มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

²³ ไม่รวมหัวข้อที่นำเสนอผ่านการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (public hearing) ที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยสำนักงานเขตของ สปสช. 13 เขต หัวข้อฯ ที่ สปสช. รวบรวมผ่านช่องทางนี้มีจำนวนประมาณ 300-400 เรื่อง ต่อปี (personal communication) และไม่รวมข้อเสนอมาตรการ/บริการ และปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงที่นำเสนอผ่านช่องทางอื่น นอกเหนือจากการเปิดรับหัวข้อฯ ประจำปี

ภาพที่ 3 จำนวนหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ พ.ศ. 2560-2562

หมายเหตุ: พ.ศ. 2561-2562 มีการเสนอหัวข้อซ้ำปีละ 1 หัวข้อ



3. หัวข้อฯ ที่เสนอเข้าสู่กระบวนการในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และความคืบหน้าของการดำเนินงาน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2562 มีหัวข้อเทคโนโลยีและปัญหาด้านสุขภาพที่เสนอโดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน รวม 33 หัวข้อ²⁴ ในจำนวนนี้เป็นหัวข้อที่เสนอใน พ.ศ. 2560 จำนวน 11 หัวข้อ พ.ศ. 2561 จำนวน 12 หัวข้อ และ พ.ศ. 2562 จำนวน 10 หัวข้อ (ภาคผนวก ข) ในจำนวนข้อเสนอ 33 หัวข้อดังกล่าว มีหัวข้อเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ 2 หัวข้อ²⁵ ส่วนที่เหลือ 31 หัวข้อเป็นข้อเสนอมาตรการหรือบริการเพื่อพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ ได้แก่ มาตรการ/บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) 4 หัวข้อ²⁶ การคัดกรองโรค 5 หัวข้อ²⁷ และการบำบัดรักษาโรค 22 หัวข้อ

²⁴ มีข้อกำหนดให้คัดเลือกหัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุดเพื่อประเมินประมาณ 10 หัวข้อ ต่อปี

²⁵ การเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล และการเข้าถึงมอร์ฟีนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

²⁶ บริการป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี การให้อุปกรณ์ในการให้นม (เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่) ที่อยู่ในสถานประกอบการ ในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้าน

²⁷ ชุดคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน การตรวจกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค (Expanded Newborn Screening) และการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Inborn Error of Metabolism, IEM)

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เสนอหัวข้อฯ ที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่การประเมินจำนวนมากที่สุด ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 14 หัวข้อ (ราชวิทยาลัย 8 หัวข้อ สมาคมผู้เชี่ยวชาญ 5 หัวข้อ และคณะแพทยศาสตร์ 1 หัวข้อ) รองลงมาคือ ผู้กำหนดนโยบายรวมทั้งกรมวิชาการ 8 หัวข้อ สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ 4 หัวข้อ ภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ป่วย 3 หัวข้อ และคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ 2 หัวข้อ ส่วนที่เหลือเป็นการเสนอร่วมกันของกรมวิชาการกับภาคประชาสังคม 1 หัวข้อ และสถาบันการแพทย์เฉพาะทางกับสมาคมอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ 1 หัวข้อ ข้อเสนอมาตรการ/บริการบำบัดรักษาโรคที่ผ่านเข้าสู่การประเมิน ถูกเสนอโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์คิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คือ 11 หัวข้อ จากทั้งหมด 22 หัวข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนหัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน พ.ศ. 2560-2562 จำแนกตามประเภทของข้อเสนอ

ผู้เสนอ	การเข้าถึงบริการ	P&P	คัดกรองโรค	บำบัดรักษา	รวม
(1) ราชวิทยาลัย/สมาคมแพทย์	-	1	2	11	14
(2) ผู้กำหนดนโยบาย/กรมวิชาการ	-	2	2	4	8
(3) สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์	-	-	-	4	4
(4) ภาคประชาสังคม	1	1	-	1	3
(5) คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ	1	-	-	1	2
(6) ข้อเสนอรวม	-	-	1	1	2

แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในเดือนมิถุนายน 2563 หัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือกส่วนใหญ่ (19 หัวข้อ) อยู่ในขั้นตอนการเชิญชวนนักวิชาการและนักวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ มาทำการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ หรือการประเมินด้านอื่น ๆ (ดูรายละเอียดในบทที่ 1 และ ภาคผนวก ก) รองลงมาอยู่ในขั้นตอนการพัฒนาโครงสร้างวิจัยหรือทำสัญญาระหว่างसरส. กับหน่วยงานวิจัยหรือทีมนักวิชาการเพื่อวิจัย/ประเมิน 7 หัวข้อ และเป็นหัวข้อที่ทำการศึกษา/ประเมินแล้วเสร็จ อยู่ระหว่างรออนำเสนอผลต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ 6 หัวข้อ (ตารางที่ 4) มีเพียงหัวข้อเดียวที่ผ่านการพิจารณาบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ บริการป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)

ตารางที่ 4 สถานะของหัวข้อฯ ที่เสนอใน พ.ศ. 2560-2562 จำแนกตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ (ณ เดือนมิถุนายน 2563)

ปีที่เสนอหัวข้อ	สถานะปัจจุบัน (จำนวนหัวข้อ)				
	หาทีมนักวิชาการ	พัฒนาโครงร่างวิจัย/อยู่ระหว่างทำสัญญา	อยู่ระหว่างทำ HTA	ทำ HTA แล้วเสร็จ และรอนำเสนอผล	บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์
2560	3	1	0	6	1
2561	8	4	0	0	0
2562	8	2	0	0	0
รวม	19*	7	0	6	1

หมายเหตุ * ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2563 มีหัวข้อฯ ที่อยู่ระหว่างเชิญชวนผู้ประเมิน 13 หัวข้อ แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. คุณภาพของการวิจัย/ประเมิน

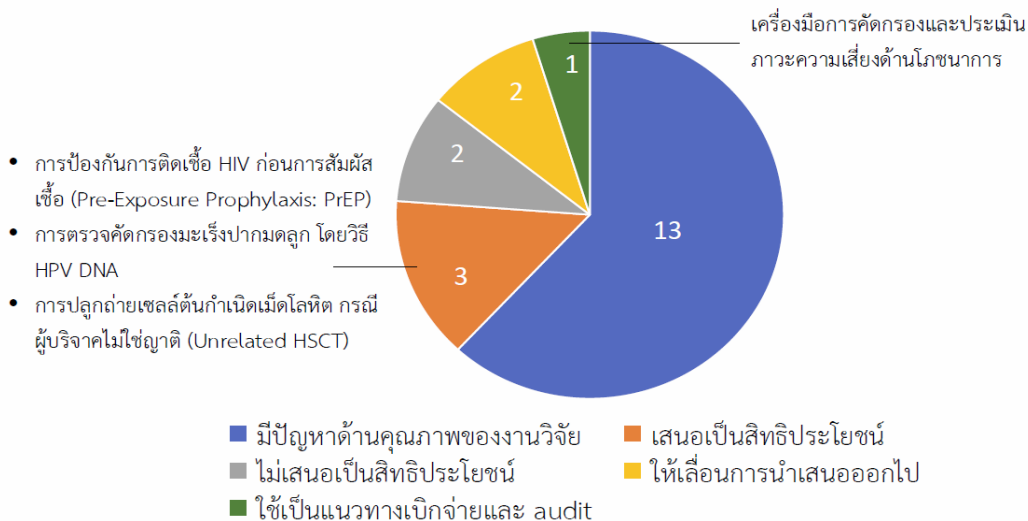
คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในกระบวนการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐาน เนื่องจากมีอำนาจหน้าที่จัดให้มีการประเมินความคุ้มค่า การศึกษาวิจัยประเมินผล รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพ สรุปผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบ และความเป็นไปได้ในการจัดบริการในประเด็นปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ก่อนเสนอคณะอนุกรรมการฯ พิจารณา

การทบทวนรายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ตั้งแต่ครั้งที่ 1/2559 (5 ตุลาคม พ.ศ. 2559) ถึงครั้งที่ 1/2563 (11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)²⁸ พบว่า คณะทำงานฯ พิจารณาผลการวิจัย/ประเมินมาตรการหรือบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 21 หัวข้อ และมีมติซึ่งจัดกลุ่มได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ข้อมูลไม่เพียงพอให้นักวิจัยศึกษา/ประเมิน/ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติม 13 หัวข้อ (ร้อยละ 62) 2) เสนอให้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ พิจารณากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ 3 หัวข้อ 3) ไม่เสนอให้คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ 2 หัวข้อ 4) เห็นชอบมาตรการ ให้เสนอคณะอนุกรรมการ และให้ สปสช. ใช้ข้อมูลผลการประเมินเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายและ audit 1 หัวข้อ (เครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะความ

²⁸ การประชุมครั้งที่ 1/2559, 2/2560 และ 4/2562 ไม่มีการพิจารณาผล HTA คณะผู้วิจัยไม่ได้รับรายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2560, 4/2561 และ 5/2562 จาก สปสช.

เสี่ยงโภชนาการ) และ 5) ให้เลื่อนการนำเสนอต่อคณะทำงานฯ ออกไป 2 หัวข้อ (ภาพที่ 4) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ฉ)

ภาพที่ 4 มติคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ จากการพิจารณาผลการประเมินมาตรการหรือบริการด้านสุขภาพ ตุลาคม 2559–กุมภาพันธ์ 2563 (จำนวนหัวข้อ)



สำหรับหัวข้อที่คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ มีมติว่าข้อมูลไม่เพียงพอ และขอให้นักวิจัยศึกษา/ประเมิน/ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติม (หรือ นักวิจัยควรศึกษา/ประเมิน/ทบทวนข้อมูลเพิ่มเติมตามความเห็นของคณะทำงาน) นั้น คณะทำงานได้มอบให้ สปสช. “พิจารณาค่าใช้จ่ายสำหรับการศึกษาเพิ่มเติม” 1 หัวข้อ ได้แก่ การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*5801 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรงจากยา allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์ (8) และมอบให้ สวรส. ศึกษาวิจัยเพิ่มเติม²⁹ 3 หัวข้อ ได้แก่ “ทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ยกเว้นความสวยงาม) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”³⁰ (9) “การตรวจด้วยเครื่องเพท ซีที”³¹ (10) และ “การรักษาด้วยออกซิเจนความกดบรรยากาศสูง”³² (11, 12) ส่วนที่เหลืออีก 9 หัวข้อ คณะทำงานไม่ได้มีมติหรือแนะนำให้หน่วยงานใดสนับสนุนทุนวิจัยในส่วนที่ต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

²⁹ หมายความว่าให้ สวรส. ให้ทุนวิจัยในส่วนที่ต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

³⁰ (มติ) มอบให้ สวรส. ทำ implementation research เกี่ยวกับสถานการณ์การรับบริการทันตกรรม และการบริหารจัดการงบประมาณทันตกรรม

³¹ (มติ) มอบให้ สวรส. ศึกษาเพิ่มเติมในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

³² (มติคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ) มอบ สปสช. ประสานแจ้งหัวข้อฯ ต่อ สวรส. เพื่อสนับสนุนการประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้นของการรักษาด้วยเครื่องมือ hyperbaric chamber ใน arterial insufficiencies ในข้อบ่งใช้ myocardial infarction และ neck and head carcinoma after radiation therapy

ส่วน “ข้อเสนอการเพิ่มสิทธิประโยชน์การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)” (13) และ “การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA” (14) นั้น แม้คณะทำงานมีความเห็นว่าควรปรับปรุงแก้ไขการประเมินในรายละเอียดหลายประเด็น แต่ก็มีมติให้ผู้ประเมิน/นักวิจัยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม แล้วนำเสนอคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ พิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์

ในบางหัวข้อ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ มีความคิดเห็นและข้อเสนอไปยังคณะทำงานและหน่วยงานอื่น (ตารางที่ 5) ผลการดำเนินงานตามความคิดเห็นและข้อเสนอดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจกรณีหัวข้อที่คล้ายกัน และการปรับปรุงกระบวนการ UCBP ในภาพรวม (ต้องการการติดตามผลการดำเนินงาน กลับมานำเสนอคณะทำงาน)

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอของคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับคณะทำงาน และหน่วยงานอื่น

หัวข้อการประเมิน	ความคิดเห็นและข้อเสนอของคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ
การศึกษาการเข้าถึงบริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธี spirometry ที่มีประสิทธิภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ● คณะทำงาน effective coverage ควรจัดทำแนวทางการเข้าถึงบริการ และควรมีการจัดลำดับความสำคัญการเข้าถึงสิทธิประโยชน์เพื่อให้คณะทำงาน effective coverage ศึกษารายละเอียด (15) ● เสนอให้ HITAP ร่วมกับ IHPP จัดทำ National guideline ในการศึกษา effective coverage (15)
การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) ของการตรวจกรองและรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในกลุ่มสารโมเลกุลเล็ก	(มติ) รับทราบผลการศึกษาเบื้องต้น หากเป็นไปได้ อาจต้องศึกษาเพิ่มเติม ... อย่างไรก็ตาม หากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ ขอให้ชะลอไว้ก่อน และรอผลการดำเนินงานและข้อเสนอของคณะทำงานโรคหายาก เพื่อให้พิจารณาการดูแลผู้ป่วยโรคหายากอย่างเป็นระบบและมีความเป็นธรรม โดยไม่พิจารณาโรค (16)

หมายเหตุ: คณะทำงาน Effective Coverage หมายถึง คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะทำงานโรคหายาก หมายถึง คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก

5. ผลการดำเนินงาน: มาตรการที่ประกาศเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และการพัฒนาหรือปรับปรุงบริการ

ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 มีการประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และพัฒนาหรือปรับปรุงบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวม 17 รายการ (ตารางที่ 6) ดังที่ได้กล่าวข้างต้น “บริการป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)” เป็นหัวข้อเทคโนโลยีที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอเข้าสู่กระบวนการ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 เพียงหัวข้อเดียวที่ได้รับการรับรองเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อีก 16 รายการเป็นหัวข้อที่ค้างพิจารณาจากช่วงก่อน พ.ศ. 2560 หรือมีการนำเสนอเทคโนโลยีผ่านช่องทางอื่น อนึ่ง เจ้าหน้าที่ สปสช. ให้ข้อมูลว่า ในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีการนำเสนอหัวข้อฯ ผ่านช่องทางเร่งด่วน หรือ Green Channel (personal communication)

ตารางที่ 6 รายการมาตรการ/บริการสุขภาพที่ประกาศเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และบริการที่มีการพัฒนาหรือปรับปรุง ในช่วง พ.ศ. 2560-2562

1) ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ และวัคซีน	10) บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT) สำหรับผู้ป่วย thalassemia
2) การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA colon)	11) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (CA cervix) ด้วย HPV DNA test
3) การพัฒนาบริการบำบัดทดแทนไต	12) การดูแลผู้ป่วยโรคหายากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4) การตรวจยีนแพ้ยา HLA-B*1502 ก่อนเริ่มยา carbamazepine	13) การปรับอายุเด็กที่ได้รับวัคซีน MMR เข็มที่ 2
5) บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS)	14) การตรวจภาวะ PKU ในทารกแรกเกิด
6) บริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (HSCT) สำหรับกลุ่ม Allogenic กรณีผู้บริจาคที่ไม่ใช่ญาติ	15) การปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ CA colon ด้วย FIT test
7) บริการตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ในสตรีตั้งครรภ์	16) การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมของทารกในครรภ์ ทุกอายุ
8) บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP)	17) บริการแว่นตาสำหรับเด็กที่มีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ ในเด็กอายุ 3-12 ปี
9) ปรับปรุงบริการผู้ป่วยวัณโรค	

แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ และวัคซีนนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการคัดเลือก ได้พิจารณาความจำเป็น ความคุ้มค่า และความเหมาะสมด้านอื่น ๆ แล้ว จะจัดส่งผลการศึกษาผลกระทบต่องบประมาณ (budget impact) ให้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเมินความสามารถในการจ่าย และแจ้งความเห็นกลับไปยังคณะอนุกรรมการฯ หากทั้งสามกองทุนมีงบประมาณเพียงพอ ก็จะประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับนั้น ๆ (17)

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหายาก ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ นับเป็นผลการดำเนินงานที่สำคัญ โดยคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาและพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก (18) ให้มีหน้าที่จัดทำข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูลบริการ การกำกับติดตาม การบูรณาการระบบบริหารจัดการ นอกจากนี้ คณะทำงานฯ มีหน้าที่พิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรคหายาก ทั้งที่เป็นยา/ไม่ใช่ยา เข้าสู่กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) โดยประยุกต์ใช้ Rule of Rescue และการศึกษาผลกระทบต่องบประมาณ คณะอนุกรรมการประเภทและขอบเขตฯ จะพิจารณาความเหมาะสมในการจัดลำดับความสำคัญและการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และเสนอมาตรการหรือบริการสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหายากต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ดูรายละเอียดเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ คัดเลือกหัวข้อฯ และการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ในบทที่ 2)

6. วิเคราะห์ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 การเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

6.1.1 การมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การศึกษานี้พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์³³ เสนอหัวข้อฯ เข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ เป็นจำนวนมากที่สุด และหัวข้อที่เสนอผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินคิดเป็นจำนวนมากที่สุดเช่นเดียวกัน รองลงมาคือกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งกรมวิชาการ ส่วนหัวข้อที่เสนอโดยภาคประชาสังคมและเครือข่ายผู้ป่วยในรอบ 3 ปี มีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด จึงมีจำนวนข้อเสนอที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินน้อยมาก นอกจากนี้ กลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุข³⁴ กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป ไม่เสนอหัวข้อใด ๆ ใน พ.ศ. 2561 และ 2562 ลักษณะเช่นนี้สะท้อนความไม่เท่าเทียมกันของการมีส่วนร่วมในกระบวนการ ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ

ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปนั้น มีข้อสังเกตจากกระบวนการ UCBP ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2559 ว่า อุปสรรคที่สำคัญในการเสนอหัวข้อฯ และเข้าร่วมการประชุมจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ ได้แก่ การมีความรู้ความสามารถด้านวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำกัด ทำให้การเตรียมเอกสารและข้อมูลประกอบข้อเสนอ รวมทั้งการอภิปรายในที่ประชุมเป็นไปได้ยาก (4, 19) อย่างไรก็ตาม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้มีความรู้เกี่ยวกับสภาพปัญหาความเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการ จากประสบการณ์ตรงทั้งในชุมชนและครอบครัว และบางกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันในเวทีต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาสังคมหลายองค์กร ดังนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จึงมอบให้นักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งเป็นผู้ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะนั้น ให้การสนับสนุนด้านวิชาการแก่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม (19) การที่ สปสช. ร่วมกับทีมนักวิชาการจัดการประชุม โดยมีกระบวนการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ และให้การสนับสนุนด้านการค้นคว้ารวบรวมข้อมูลหลักฐานที่จำเป็น น่าจะช่วยลดปัญหาลงได้

6.1.2 การเสนอหัวข้อฯ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ข้อกำหนดประการหนึ่งในการเสนอหัวข้อฯ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม เสนอหัวข้อได้ไม่เกิน 5 หัวข้อต่อปี และในจำนวนนี้ ต้องเป็นหัวข้อด้าน P&P อย่างน้อย 1 หัวข้อ หรือร้อยละ 20 (เป็นข้อกำหนดที่ใช้ต่อเนื่องมาก่อน พ.ศ. 2560) (4) และหัวข้อด้านประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (Effective coverage) หรือการเข้าถึงบริการ (Access to care) อย่างน้อย 1 หัวข้อ (เริ่มใช้ตั้งแต่การเสนอหัวข้อฯ พ.ศ. 2563) (20) ปัญหาที่พบคือ หัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินในช่วง พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 33 หัวข้อ เป็นข้อเสนอด้าน P&P เพียง 4 หัวข้อ (ร้อยละ 12) หากรวมกับข้อเสนอมาตรการคัดกรองโรคจะมีจำนวน 9

³³ ราชวิทยาลัย สมาคมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์

³⁴ นักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ ที่มีหลักสูตรสาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

หัวข้อ (ร้อยละ 27) ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ รับทราบปัญหาเรื่องจำนวนข้อเสนอด้าน P&P มาเป็นเวลานาน เช่น ใน พ.ศ. 2560 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เสนอแนะให้กำหนดสัดส่วนระหว่างข้อเสนอด้านการส่งเสริมป้องกัน และการรักษาฟื้นฟู ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่จำนวนข้อเสนอ วิธีการประเมิน และจำนวนเรื่องที่ผ่านมาการคัดเลือก และคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ในการประชุมครั้งที่ 2/2560 มีมติมอบคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ทบทวนกระบวนการคัดเลือกหัวข้อ การปรับปรุงเกณฑ์ และการกำหนดสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างข้อเสนอด้านการส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู เป็นต้น (21)

ปัญหาที่กล่าวข้างต้นอาจเกิดจากการที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสนอหัวข้อฯ เข้าสู่การพิจารณาเป็นจำนวนมากที่สุด ให้ความสำคัญต่อมาตรการด้านการบำบัดรักษาและคัดกรองโรค (secondary prevention) เป็นหลัก จึงมีข้อเสนอมาตรการด้าน P&P ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินเพียง 1 หัวข้อ ในขณะที่อีก 3 หัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนนี้เป็นข้อเสนอจากกรมวิชาการ/ผู้กำหนดนโยบาย และภาคประชาสังคม

6.2 หัวข้อฯ/ข้อเสนอที่ไม่ชัดเจน

ด้วยเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ทั้งสามข้อ (ดูบทที่ 2) หัวข้อที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น น่าจะมีความชัดเจนในระดับหนึ่ง รวมทั้งมีข้อมูลประกอบและเอกสารอ้างอิงครบถ้วน แต่กลับพบว่าในขั้นตอนของคณะทำงานคัดเลือกฯ บางหัวข้อถูกคัดออก เนื่องจากรูปแบบของมาตรการไม่ชัดเจน และมีข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการเพื่อให้คะแนนตามเกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ เช่น “ทันตกรรมรักษารากฟันแท้” และ “ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และเพิ่มการบริหารจัดการการรับส่งผู้ป่วยจิตเวชในเขตเมือง” อีกทั้งมีบางหัวข้อที่คณะทำงานเห็นว่าควรส่งให้คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ ได้แก่ “การพอกยาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในบริการแพทย์แผนไทย” (22)

จากการสัมภาษณ์ในการศึกษานี้ นักวิชาการที่ทำหน้าที่ทบทวนวรรณกรรมเพื่อประกอบการจัดลำดับความสำคัญ มีความเห็นว่า ลักษณะของหัวข้อที่ไม่ชัดเจน คือ ไม่ระบุมาตรการที่ต้องการเสนอ หรือระบุมาตรการแต่ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายและข้อบ่งใช้ การทบทวนรายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ในการศึกษาพบว่า มีการกล่าวถึงข้อเสนอบางหัวข้อที่ไม่ชัดเจน ทั้งในประเด็นกลุ่มเป้าหมาย ประเภท และรูปแบบการบริการหรือเทคโนโลยี ไม่มีการศึกษาวิจัยที่แสดงว่ามีประสิทธิผล (efficacy) อย่างชัดเจน และบางเรื่องไม่มีข้อมูล (11, 23) อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจว่าหัวข้อใดไม่ชัดเจนนั้น เป็นการใช้อดุลพินิจของผู้พิจารณา ซึ่งมีหลักการ/วิธีคิดที่แตกต่างกัน จึงเกิดความลักลั่น (ไม่ consistent) และเกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ UCBP นอกจากนี้ การปฏิบัติต่อหัวข้อที่ไม่ชัดเจน ก็แตกต่างกันไป (ตารางที่ 7) เช่น ในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญ ซึ่งเกิดจากการมีนักวิชาการจากหลายหน่วยงานและมีประสบการณ์ที่มาก-น้อย ไม่เท่ากัน เข้ามาเกี่ยวข้อง นอกจากการ “คัดหัวข้อฯ ออก” ในกรณีที่มีข้อเสนอไม่ชัดเจนหรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน คณะทำงานคัดเลือกฯ เคยมีมติมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการ จัดกระบวนการหรือแจ้งผลการพิจารณาสำหรับหัวข้อที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนไปยังกลุ่มผู้เสนอหัวข้อเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป (24) และบางหัวข้อมีมติให้ สวรส. จัดกระบวนการหรือเพิ่มเติมระหว่างนักวิจัยกับผู้เสนอหัวข้อ

ตารางที่ 7 การปฏิบัติในกรณีที่พบ “หัวข้อที่ไม่ชัดเจน” ในกระบวนการ UCBP

ขั้นตอนการเสนอหัวข้อ	การปฏิบัติโดยผู้รับผิดชอบคัดหัวข้อนั้นออก
การทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● ปรับแก้หัวข้อในการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกฯ (มีผู้เสนอหัวข้อเข้าร่วม) ● นักวิชาการทบทวนวรรณกรรมไปตามความเข้าใจของตนเอง ● ปรีกษาเพื่อนร่วมงาน (peer) บุคลากรในหน่วยงาน ที่มีประสบการณ์มากกว่า ● ศึกษาจากเอกสารประกอบข้อเสนอที่ผู้เสนอหัวข้อจัดส่งให้ ● ติดต่อสอบถามผู้เสนอหัวข้อ
การจัดลำดับความสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> ● คัดหัวข้อนั้นออก และแจ้งให้ผู้เสนอปรับแก้หัวข้อและเอกสารประกอบ แล้วนำมาเสนอในปีถัดไป ● ปรับแก้หัวข้อ ในการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกฯ (มีผู้เสนอหัวข้อเข้าร่วม) ● (หลังจากคัดเลือกหัวข้อแล้ว) มอบหมาย สวรส. จัดประชุมระหว่างผู้เสนอหัวข้อ และนักวิจัย “เพื่อให้ข้อเสนอมีความชัดเจนมากขึ้น มีความเข้าใจตรงกัน และสามารถศึกษาวิจัยได้จริง”
การพัฒนาโครงร่างวิจัย	ปรับแก้หัวข้อในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ และแหล่งทุน โดยมีผู้เสนอหัวข้อเข้าร่วมการประชุม

วิธีปฏิบัติเมื่อพบหัวข้อที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวข้างต้น มีผลต่อการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอน เช่น การติดต่อสอบถามผู้เสนอหัวข้อจนเกิดความชัดเจน ทำให้ได้ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ถูกต้อง สะท้อนคุณลักษณะของมาตรการที่ต้องการเสนอ อาจทำให้หัวข้อนั้นได้คะแนนสูง หรือต่ำกว่าหัวข้อดั้งเดิม มาตรการที่ควรเป็นสิทธิประโยชน์ อาจถูกคัดออกในขั้นตอนแรก ๆ หากผู้รับผิดชอบและผู้ทบทวนวรรณกรรมไม่ติดต่อสอบถามผู้เสนอหัวข้อ หรือผู้เสนอหัวข้อไม่สามารถให้คำอธิบายหรือจัดทำเอกสารประกอบที่ชัดเจน

ผู้รับผิดชอบกระบวนการ UCBP บางท่านเห็นว่า แม้หัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ (ได้คะแนนสูง) จะไม่ชัดเจน ก็ไม่ส่งผลต่อการกำหนดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากยังมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยที่จำเป็นต้องระบุมาตรการ กลุ่มเป้าหมาย และข้อบ่งชี้ให้ชัดเจน รวมทั้งจะมีการประเมินต้นทุนประสิทธิผล และผลกระทบด้านงบประมาณ ก่อนการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การมีหัวข้อที่ไม่ชัดเจนผ่านเข้าสู่การประเมินเพราะได้คะแนนสูงนั้น หมายถึง หัวข้อที่ชัดเจน แต่ได้คะแนนต่ำกว่าในรอบการเสนอเดียวกันถูกคัดออก นอกจากนี้ การมีหัวข้อที่ไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักวิจัยบางท่านไม่สนใจที่จะประเมินมาตรการนั้น ๆ

6.3 การจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ

6.3.1 หลักการและวัตถุประสงค์

การจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ เป็นการเปรียบเทียบคุณลักษณะของมาตรการที่เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ในปีเดียวกัน บางหัวข้อที่ถูกคัดออกในขั้นตอนนี้อาจมีความสำคัญ แต่ได้คะแนนต่ำกว่าหัวข้ออื่น วัตถุประสงค์ของการจัดลำดับความสำคัญ คือ เพื่อควบคุมจำนวนหัวข้อที่จะนำไปประเมินไม่ให้มากเกินไป เนื่องจากประเทศไทยมีข้อจำกัดด้านศักยภาพการทำวิจัยเพื่อประเมินมาตรการสุขภาพ (ทุนวิจัย นักวิจัยที่มี

คุณภาพ) ทำให้ไม่สามารถประเมินมาตรการที่ถูกเสนอทั้งหมดในแต่ละปี และการจัดลำดับความสำคัญด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ทุกฝ่ายยอมรับ ยังทำให้เกิดความโปร่งใสและยุติธรรมในการคัดเลือกหัวข้อ

6.3.2 เกณฑ์

เกณฑ์ที่ใช้จัดลำดับความสำคัญ 6 ข้อ (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)³⁵ ถูกนำมาใช้กับทั้งข้อเสนอมาตรการเพื่อเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และหัวข้อปัญหาการเข้าไม่ถึงมาตรการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว อีกทั้งยังใช้กับมาตรการบำบัดรักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพทุกชนิด ทั้งนี้ มีความแตกต่างของเกณฑ์บางข้อเมื่อนำมาใช้กับมาตรการ P&P และมาตรการคัดกรองโรค คะแนนที่แต่ละหัวข้อได้รับ จะถูกนำมาใช้เป็นแนวทางจัดลำดับความสำคัญ และคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน โดยคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ อาจเสนอให้เพิ่มจำนวนหัวข้อที่คัดเลือก (กำหนดไว้ 10 หัวข้อ ต่อปี) เช่น หัวข้อที่ได้คะแนนใกล้เคียงกับหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือก หรือเห็นว่าเป็นมาตรการ/บริการที่มีความสำคัญ

6.3.3 คุณภาพของการทบทวนวรรณกรรม

คุณภาพของการทบทวนวรรณกรรม เป็นปัญหาที่ผู้ให้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้กล่าวถึงมากที่สุด (ส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการที่ผู้ทบทวนไม่ตระหนักว่า กำลังจะทบทวนหัวข้อที่ไม่ชัดเจน และความแตกต่างในการปฏิบัติในกรณีที่พบหัวข้อที่ไม่ชัดเจน – ดูปัญหา/อุปสรรคข้อ 6.2) ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการที่นักวิชาการมาจากหลายหน่วยงาน และมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อ

- การเข้าถึงแหล่งข้อมูล (วารสารวิชาการ และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เช่น จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ/จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างในการเข้าถึงบริการ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อครัวเรือน)
- การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (เช่น การสอบถามผู้เสนอหัวข้อ ปริญญา/ขอคำแนะนำจากผู้อื่น ตรวจสอบข้อมูล)
- ผลการทบทวน (รายละเอียด/คำอธิบายในรายงาน) คะแนนที่ให้ตามเกณฑ์แต่ละข้อ และการคัดเลือก/ไม่คัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน

6.4 หัวข้อฯ รอกการประเมิน/ทำวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับมอบหมายจากคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ ให้ประสานงานกับนักวิชาการและนักวิจัยในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนให้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ ความเป็นไปได้ของการให้บริการหรือดำเนินมาตรการที่มีผู้เสนอเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ รวมทั้งงานวิจัยสาขาอื่นที่จำเป็นในการแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและประสิทธิภาพของบริการ เช่น implementation research ในเดือนมิถุนายน 2563 มีหัวข้อมาตรการ/บริการด้านสุขภาพและปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่ผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน ในรอบ พ.ศ. 2560-2562 ที่ยังไม่มีผู้ประเมินหรือ

³⁵ ครอบคลุมขนาดของปัญหาสุขภาพ ประสิทธิภาพของมาตรการ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อครัวเรือน ความเท่าเทียมในการได้รับบริการ และประเด็นด้านสังคมและจริยธรรม

ทำวิจัย รวม 19 หัวข้อ (ภาคผนวก ก) ในขณะที่จัดทำรายงานนี้ (พฤศจิกายน 2563) จำนวนหัวข้อที่ยังไม่มีผู้ประเมินหรือทำวิจัยลดลงเหลือ 13 หัวข้อ

ความล่าช้าในการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมสุขภาพ ได้ถูกนำมาอภิปรายในการประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ ใน พ.ศ. 2561 และ 2562 (25, 26) ว่า ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดแคลนนักวิจัย และมีทีมอภิมหา สปสช. และ สวรส. พัฒนาและขยายเครือข่ายนักวิชาการ/นักวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health technology assessment: HTA) และสาขางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ได้เสนอ (ร่าง) “การขึ้นทะเบียนเป็นผู้วิจัยในโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ในการประชุมครั้งที่ 1/2559 แต่คณะกรรมการมีมติให้ชะลอการพิจารณาไปก่อน และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหน่วยงานวิจัยอื่น ๆ (27) อย่างไรก็ตามจนถึงปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2563) ไม่ปรากฏว่ามีการนำความก้าวหน้าในเรื่องการขึ้นทะเบียนเป็นผู้วิจัยกลับไปเสนอคณะกรรมการฯ อีก

การศึกษานี้พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้มีหัวข้อค้างอยู่ที่ สวรส. รอให้นักวิจัยนำไปประเมิน/ศึกษาวิจัยจำนวนมาก แบ่งออกเป็น 2 ประการ ดังนี้

1) **งบประมาณที่ใช้เป็นทุนวิจัยไม่เพียงพอ** สวรส. ต้องจัดสรรให้งานวิจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากหัวข้อวิจัยจากกระบวนการ UCBP การจัดทำคำขอของงบประมาณตามระเบียบราชการมีความซับซ้อน (ต้องการหัวข้อวิจัยและรายละเอียดของการวิจัย/ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า) และความล่าช้าในการบริหารจัดการหาก สวรส. ต้องหาทุนวิจัยจากแหล่งอื่นมาให้

2) **ข้อจำกัดด้านจำนวนนักวิจัยที่มีคุณภาพ** ได้แก่ การขาดแคลนนักวิจัยที่สามารถประเมินมาตรฐานการหรือศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมประเด็นตามความต้องการของผู้ตัดสินใจ รวมทั้งนักวิจัยที่มีคุณภาพในสาขาที่เกี่ยวข้องมีภาระงานมาก และการทำงานวิจัยตามความต้องการของกระบวนการ UCBP จำเป็นต้องมีนักวิจัยสหสาขาอยู่ในโครงการ นักวิจัยที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จะไม่เสนอโครงร่างงานวิจัยเพื่อรับทุน หากไม่สามารถตอบคำถามของผู้กำหนดนโยบายได้ทั้งหมด

6.5 คุณภาพของการประเมิน/วิจัย

งานวิจัยที่ไม่มีคุณภาพ และไม่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการ UCBP แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีข้อบกพร่องของวิธีวิจัย และการทำวิจัย (การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล และสรุปผล) และ 2) ไม่ครอบคลุมประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ตัดสินใจต้องการ

คณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ได้กล่าวถึงแนวทางการตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพการประเมินมาตรฐานการ/บริการ เป็น “ข้อสังเกต” ว่าการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) ต้องดำเนินการตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (13) นอกจากนี้ ยังต้องจัดให้มีการทวนสอบข้อมูลที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้ทบทวน (peer reviewers) และผู้ตรวจสอบภายนอก (external auditors) ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย

“การประเมิน HTA ต้องดำเนินการตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย และการจัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อนำเสนอเข้าสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย ขอให้เคร่งครัดกระบวนการทวนสอบ ทั้ง parameters ที่ใช้ และการวิเคราะห์ข้อมูล (ตาราง Excel) โดย peer review และ external audit ที่ไม่มีส่วนได้เสีย เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลและผลการศึกษามีความถูกต้องตามมาตรฐานและเชื่อถือได้” (13)

ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ พิจารณาผลการประเมิน/วิจัยมาตรการและบริการด้านสุขภาพทั้งหมด 21 เรื่อง และมีความเห็นว่าการประเมิน/วิจัย 13 หัวข้อ มีปัญหาด้านคุณภาพ กล่าวคือ ข้อมูลที่นำมาใช้ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่ครบถ้วน บางหัวข้อไม่ได้ทำการศึกษาวิจัยที่จำเป็น เช่น ไม่มีการประเมินต้นทุนประสิทธิผล ไม่มีการประเมินผลกระทบต่อด้านงบประมาณ คณะทำงานจึงมีมติให้นักวิจัยรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม และ/หรือศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในขณะเดียวกัน มีการประเมิน 2 หัวข้อ ที่คณะทำงานมีมติให้นักวิจัยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม แล้วนำเสนอคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ พิจารณา ต่อมา คณะอนุกรรมการมีมติเห็นชอบให้มาตรการหรือบริการทั้งสองหัวข้อดังกล่าวเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ แสดงว่าผลการประเมินที่นำเสนอคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ มีปัญหาด้านคุณภาพเพียงเล็กน้อย หลังจากแก้ไขเพิ่มเติมภายในระยะเวลาอันสั้น ก็สามารถนำเสนอคณะกรรมการได้ ซึ่งแตกต่างจากการประเมิน/วิจัย 13 หัวข้อที่กล่าวข้างต้น

หมายเหตุ: จากการทบทวนรายงานการประชุมตามกรอบเวลาของการศึกษานี้ ไม่พบว่ามี การนำ การประเมิน/วิจัย 13 หัวข้อที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาเสนอคณะทำงานอีก

การควบคุมคุณภาพงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของคณะนักวิจัยในแต่ละโครงการ อีกทั้งแหล่งทุนและหน่วยวิจัยมักจะมีแนวทาง/วิธีการควบคุมคุณภาพงานวิจัยเพื่อให้ผู้รับทุนและนักวิจัยในสังกัดปฏิบัติตาม เช่น จัดให้มีการทบทวนโครงสร้างการวิจัย (protocols) ก่อนอนุมัติทุน/เริ่มทำวิจัย และการทบทวนรายงานผลการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ (peer reviewers) อนึ่ง นักวิจัยสามารถดำเนินการตามแนวทางในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (HTA guidelines) ทั้งในแง่วิธีวิจัย (methods) (28, 29) และกระบวนการ (process) (30) เช่น การจัดการประชุมเพื่อพัฒนาโครงสร้างการวิจัย กำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย การจัดประชุมนำเสนอ/ขอความคิดเห็นต่อผลการวิจัยเบื้องต้น (preliminary results) เนื่องจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยเพื่อให้ข้อมูลและข้อเสนอเชิงนโยบาย (analysis for policy) HTA guidelines จึงแนะนำให้เชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้กำหนดนโยบายที่จะใช้ประโยชน์จากผลการประเมินเข้าร่วมการประชุมด้วย

งานวิจัยที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ ในกรณีการวิจัยเพื่อสนับสนุนกระบวนการ UCBP ส่งผลกระทบต่อหลายประการ เช่น ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เสนอหัวข้อ คณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ และ สปสช. ไม่ได้ประโยชน์เชิงนโยบายจากงานวิจัย (ซึ่งใช้เงินทุนวิจัยของประเทศ) และสะท้อนความไม่น่าเชื่อถือของงานวิจัยอื่น ๆ ที่หน่วยวิจัยและนักวิจัยกลุ่มนั้น ๆ ผลิตขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดข้อสงสัยต่อวิธีควบคุมคุณภาพงานวิจัย ซึ่งรวมทั้งการทบทวนโครงสร้างการวิจัย และรายงานฉบับสมบูรณ์ สำหรับหัวข้อที่นักวิจัยไม่ได้กลับไปนำเสนอผลการศึกษาวินิจฉัยที่แก้ไขปรับปรุงแล้วต่อคณะทำงาน เป็นการยากที่จะแจ้งผลการพิจารณาต่อผู้เสนอหัวข้อ หรืออธิบายว่ามาตรการตามที่เสนอจะได้รับการพิจารณา/ตัดสินใจเป็นสิทธิประโยชน์เมื่อใด เพราะเหตุใดจึงล่าช้า

6.6 ระยะเวลาดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ

กระบวนการ UCBP กำหนดกรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริงในขั้นตอนการเสนอหัวข้อ และการจัดลำดับความสำคัญ รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนดังกล่าว (เช่น การคัดกรองหัวข้อที่ได้จากการประชุมรับฟังความคิดเห็นประจำปี การจัดประชุมภายในของกลุ่มภาคประชาชน³⁶ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และผู้กำหนดนโยบาย เพื่อคัดเลือกหัวข้อก่อนเสนอเข้าสู่กระบวนการ การประชุมนักวิชาการก่อนการทบทวนวรรณกรรม การประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ และการนำเสนอหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ และคณะอนุกรรมการให้ความเห็นชอบ) ส่วนขั้นตอนหลังจากนี้ แต่ละหัวข้อใช้เวลาแตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ไม่สามารถเริ่มการศึกษาวิจัย (ขาดงบประมาณและ/หรือ ขาดนักวิจัย) และอีกสาเหตุหนึ่ง ได้แก่ ระยะเวลาการทำวิจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภท/ขอบเขตของการประเมิน และความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

ระยะเวลาการรออนำเสนอผลการประเมินต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ก็เป็นประเด็นสำคัญ ตั้งแต่ ตุลาคม 2559–กุมภาพันธ์ 2563 คณะทำงานพิจารณาผลการประเมิน รวม 21 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นประเมินหัวข้อที่มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอในกระบวนการ UCBP³⁷ 18 หัวข้อ ส่วนใหญ่เป็นหัวข้อที่เสนอใน พ.ศ. 2557 (5 หัวข้อ³⁸) รองลงมาเป็นหัวข้อที่เสนอใน พ.ศ. 2558 (4 หัวข้อ) พ.ศ. 2556 (3 หัวข้อ) พ.ศ. 2554 (2 หัวข้อ) ที่เหลือเป็นหัวข้อที่เสนอใน พ.ศ. 2553, 2555, 2560 และ 2562 (ปีละ 1 หัวข้อ) หากพิจารณาระยะเวลาดังแต่ปีที่การประเมินแล้วเสร็จ ถึงปีที่คณะทำงานพิจารณาผลการประเมินที่ยาวนานที่สุด คือ 7 ปี (2 หัวข้อ) รองลงมา คือ 6 ปี (2 หัวข้อ) 4 ปี (1 หัวข้อ) 2 ปี (2 หัวข้อ) และตั้งแต่ 1 ปี ลงมา (10 หัวข้อ หรือร้อยละ 56). (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ญ)

หมายเหตุ: การพิจารณาระยะเวลารออนำเสนอผลการประเมิน/การศึกษาวิจัยต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ควรนำข้อมูลต่อไปนี้มาประกอบ

1) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นข้อเสนอนใน พ.ศ. 2553 ซึ่งผู้วิจัยศึกษาความเป็นไปได้แล้วเสร็จใน พ.ศ. 2554 และได้นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการแล้วใน พ.ศ. 2554³⁹ การนำเสนอผลการศึกษาต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ใน พ.ศ. 2561 เป็นการนำเสนอครั้งที่สอง

³⁶ ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ภาคประชาสังคม (NGOs/CSOs) และกลุ่มผู้ป่วย

³⁷ หัวข้อที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ตามเวลาที่กำหนด ในแต่ละรอบปี

³⁸ หนึ่งในจำนวนนี้ คือ ผลการประเมินหัวข้อ “ระบบบริการหลังการให้เครื่องช่วยฟังและการใช้เครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน” ถูกจัดอยู่ในกำหนดการประชุมใน พ.ศ. 2559 แต่คณะทำงานมีมติให้เลื่อนการนำเสนอ จนถึงปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2563)

³⁹ หัวข้อ “การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เริ่มจากการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณ เมื่อนำเสนอผลการประเมิน คณะอนุกรรมการฯ ขอให้

2) ผลการประเมินระบบบริการหลังการให้เครื่องช่วยฟังและการใช้เครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน (ข้อเสนอใน พ.ศ. 2557 การประเมินแล้วเสร็จใน พ.ศ. 2558) อยู่ในระเบียบวาระการประชุมคณะทำงานใน พ.ศ. 2559 แต่ถูกเลื่อนการนำเสนอ (31) จนถึงปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2563) ก็ยังไม่มีผลการประเมินในเรื่องดังกล่าวกลับไปบรรจุในระเบียบวาระการประชุมคณะทำงาน

3) การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*5801 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรงจากยา allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์ เป็นหัวข้อที่เสนอผลการประเมินความคุ้มค่าต่อคณะทำงาน เนื่องจากมีผลการประเมินความคุ้มค่าอยู่ก่อนแล้ว และพบว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า ทำให้หัวข้อนี้ได้รับการพิจารณาผลการประเมินในปีเดียวกับปีที่เสนอหัวข้อ (พ.ศ. 2562)

ข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ก่อน พ.ศ. 2560 ที่มีผลการประเมินแล้ว แต่ยังไม่ได้นำเสนอต่อคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การตรวจติดตาม PT-INR ด้วยระบบ Point of Care เพื่อปรับยาและเฝ้าระวังยาในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (วอร์ฟาริน) (ปีที่เสนอหัวข้อคือ พ.ศ. 2555 ปีที่การประเมินต้นทุนหรือประโยชน์แล้วเสร็จคือ พ.ศ. 2556) และ 2) การสนับสนุนสายสวนปัสสาวะสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

การใช้เวลาดำเนินการอย่างยาวนาน เป็นระยะเวลาที่ผู้เสนอหัวข้อต้องรอคอยผลการพิจารณาว่ามาตรการตามข้อเสนอของตนจะได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์หรือไม่ สำหรับผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการอาจมีข้อสงสัยถึงความเหมาะสมของการนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เนื่องจากทุกหัวข้อได้ผ่านการจัดลำดับความสำคัญภายในปีที่เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP แต่การวิจัยและการนำเสนอผลต่อผู้กำหนดนโยบายเกิดขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ซึ่งมีบริบทหรือสถานการณ์ในระบบสุขภาพที่แตกต่างไปจากเดิม ลำดับความสำคัญของบางหัวข้ออาจเปลี่ยนแปลงไป ข้อมูลที่รวบรวมได้และผลการประเมินอาจล้าสมัย (ในทางวิชาการอาจจำเป็นต้องปรับปรุง parameters และข้อมูลบางส่วน และวิเคราะห์ใหม่ ซึ่งจะส่งผลต่อสรุปผลการประเมินและข้อเสนอเชิงนโยบาย) ในขณะที่เดียวกัน ระยะเวลาในการดำเนินการแต่ละหัวข้อที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน อาจทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งคำถามถึงสาเหตุของความแตกต่างของระยะเวลาที่ใช้ กรอบเวลาที่ผู้รับผิดชอบกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผลการประเมินมาตรการเพื่อนำเสนอต่อคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ เป็นต้น

6.7 การสื่อสารกับผู้เสนอหัวข้อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ เป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะในขั้นตอนการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การสื่อสารประสานงานระหว่าง สปสช. ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน กับผู้ที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญ ทั้งในแง่ที่จะทำให้การดำเนินงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ประสบผลสำเร็จด้วยความราบรื่น และเป็นการแสดงภาระรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งเป็นหนึ่งในหลักการของธรรมาภิบาล ผู้ที่เสนอหัวข้อฯ เข้าสู่กระบวนการนี้ ย่อมต้องคาดหวังว่าประเด็นปัญหาและข้อเสนอของตนจะได้รับการพิจารณาและ

ศึกษาความเป็นไปได้เพิ่มเติม ผู้วิจัยศึกษาความเป็นไปได้แล้วเสร็จใน พ.ศ. 2554 และได้นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะอนุกรรมการฯ แล้ว ใน พ.ศ. 2561 คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ขอให้นำเสนอผลการศึกษาอีกครั้งหนึ่ง

ตัดสินใจอย่างโปร่งใส เป็นธรรม ตามกฎระเบียบและเกณฑ์ที่ใช้ร่วมกันกับข้อเสนอของกลุ่มและหน่วยงานอื่น อีกทั้งต้องการทราบความคืบหน้าและมติการตัดสินใจเกี่ยวกับหัวข้อฯ ที่เสนอ การไม่ทราบข้อมูลดังกล่าว พร้อมทั้งเหตุผลประกอบการตัดสินใจ อาจทำให้ผู้เสนอหัวข้อรู้สึกถึงความไม่โปร่งใส และไม่เห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในอนาคต นอกจากนี้ ประชาชนทุกกลุ่มและหน่วยงานต่าง ๆ มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนดระเบียบ ขั้นตอนการดำเนินงานในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ที่เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้ ปัญหาด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เป็นประเด็นที่มีการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ และคณะทำงานคัดเลือกฯ หลายครั้ง (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ตัวอย่างข้อเสนอแนะและมติเกี่ยวกับ “การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์” ในกระบวนการ UCBP

หน่วยงาน	ข้อเสนอแนะและมติ
คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ	<ul style="list-style-type: none"> ● เสนอให้จัดทำ Diagram ของขั้นตอนการดำเนินการ ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องรับทราบการดำเนินงาน รวมทั้งประชาสัมพันธ์ ผลการดำเนินงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข เพื่อเป็นการนำร่องกระบวนการใน พ.ศ. 2561 และให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม และเพื่อความโปร่งใสในกระบวนการ (มติ) มอบ สปสช. ประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อสารให้ทราบผลการคัดเลือกหัวข้อ และให้ข้อมูลเรื่องกระบวนการคัดเลือก เพื่อสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อในปีต่อไป (32) ● การพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องใช้ระยะเวลาในการพิจารณาและดำเนินการ ควรมีการสื่อสารและแจ้งผลกลับให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพทราบความคืบหน้าการดำเนินงาน ให้จัดทำผลงาน Best Practice ของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ เป็นตัวอย่างที่เป็นต้นแบบ พร้อมทั้งอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินการ และให้มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ (มติ) มอบ สปสช. จัดทำผลงาน Best Practice การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ และให้มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลงานต่อไป (25)
คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ	<ul style="list-style-type: none"> ● (มติ) มอบ สปสช. จัดทำเอกสาร/คู่มือ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ต่อไป (11) ● (ข้อเสนอจากนักวิชาการในคณะทำงานคัดเลือกฯ) ควรให้ความสำคัญกับ “การคืนข้อมูล” เช่น แจ้งกลุ่มผู้เสนอหัวข้อ ให้ทราบผลคัดเลือกและความคืบหน้าการดำเนินการ เพื่อประกอบการพิจารณาเสนอหัวข้อในปีต่อไป (มติ) เห็นชอบข้อเสนอเพื่อการพัฒนาตามที่คณะทำงานฯ และนักวิชาการเสนอ เช่น การให้ความสำคัญกับการคืนข้อมูล (33)

ในปัจจุบัน มีเว็บไซต์เกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ 2 แห่ง ได้แก่ www.ucbp.net และ <http://register.nhso.go.th/ucbp/>. เว็บไซต์แรกเป็นของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCBP) ซึ่งสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. ในช่วง พ.ศ. 2552-2559 เมื่อสิ้นสุดโครงการ ก็ไม่ได้มีการปรับปรุงข้อมูลบนเว็บไซต์ให้เป็นปัจจุบัน ส่วนอีกเว็บไซต์ เป็นส่วนหนึ่งของเว็บไซต์ สปสช. ในปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2563) อยู่ระหว่างการทดสอบและพัฒนา จึงให้ข้อมูลได้อย่างจำกัด

เอกสารอ้างอิง

1. Department of the Prime Minister and Cabinet (Australia). Cabinet Implementation Toolkit 5. Monitoring, Review and Evaluation. Canberra2013.
2. UNICEF. UNICEF. A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation - Making a Difference? New York, NY1990.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร; 2560.
4. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 2. นนทบุรี; 2554.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 4.2 การปรับเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพชาติ (UCBP) ปี 2563 เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563. กรุงเทพมหานคร; 2563.
6. คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 4/2562. เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2562.
7. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 7/2561 วันที่ 4 ธันวาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
8. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.
9. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2559 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
10. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 16 มกราคม 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
11. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
12. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 6/2561 วันที่ 4 กันยายน 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.

13. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2562 วันที่ 28 มีนาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
14. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2562 วันที่ 31 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
15. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 5/2561 วันที่ 18 ธันวาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
16. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
17. อัญชลี จิตรกันทิ, ศักคนางค์ โตสงวน, วรสุดา ยุงทอง, จุฑาทิพย์ มาตรอ, วินิต อัครกิจวิโร, ยุทธนา ดวงใจ, และคณะ. บทที่ 3 การคัดเลือกยา. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สรชัย จำเนียรดำรงการ, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
18. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ที่ 4/2562 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (เพิ่มเติม) ลงวันที่ 19 กันยายน 2562.
19. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 1. นนทบุรี; 2552.
20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 5.1 ข้อเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (UCBP 2563) เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563. กรุงเทพมหานคร; 2563.
21. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 17 ตุลาคม 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
22. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
23. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
24. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 12 มีนาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.

25. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
26. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 4 มิถุนายน 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
27. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2559 วันที่ 5 ตุลาคม 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
28. อุษา ฉายเกิ้ลัดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2550.
29. อุษา ฉายเกิ้ลัดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557.
30. Health Intervention and Technology Assessment Program. Health Technology Assessment Process Guidelines. Nonthaburi; 2012.
31. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2559 วันที่ 19 ธันวาคม 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
32. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขต ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 8/2560 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
33. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 18 มิถุนายน 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

บทที่ 4 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ในต่างประเทศ

ผู้วิจัยทบทวนเอกสารเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ใน 4 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์) และสวีเดน โดยกำหนดประเด็นที่ทบทวนดังต่อไปนี้

- 1) หลักการ วัตถุประสงค์ และหน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
- 2) กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพ เช่น การเสนอหัวข้อ ปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การจัดลำดับความสำคัญ และการคัดเลือกหัวข้อ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) การพิจารณาผลการประเมิน/ข้อมูลอื่น ๆ และการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์
- 3) การแก้ไขปรับปรุงหลักการ กระบวนการ และเกณฑ์ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในช่วง พ.ศ. 2557 ถึง ปัจจุบัน และสาเหตุของการแก้ไขปรับปรุง เน้นประเด็นที่จะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงกระบวนการ UCBP ของประเทศไทย

การทบทวนเอกสารในบทนี้ ครอบคลุมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี มาตรการ และบริการ สำหรับการตรวจวินิจฉัย การรักษา บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย แต่ไม่รวมมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ยา และวัคซีน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกทบทวนการดำเนินงานของหน่วยงานในแต่ละประเทศ ที่ทำหน้าที่ประเมินปัญหาและหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำเสนอผู้กำหนดนโยบายเป็นหลัก⁴⁰ (ตารางที่ 9) ในการทบทวน ผู้วิจัยสืบค้นเอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษจากเว็บไซต์หน่วยงานนั้น ๆ และจากฐานข้อมูล PubMed ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน)

ตารางที่ 9 ประเทศและหน่วยงานหลักที่ทบทวน

ประเทศ	หน่วยงานหลัก
1) ออสเตรเลีย	The Medical Services Advisory Committee (MSAC)
2) แคนาดา	Canadian Agency for Drug and Technologies in Health (CADTH)
3) อังกฤษ และเวลส์	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
4) สวีเดน	Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)

⁴⁰ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

ประเทศออสเตรเลีย⁴¹

1. ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

ใน พ.ศ. 2527 ออสเตรเลียจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพที่เรียกว่า เมดิแคร์ (Medicare) ซึ่งบริหารโดย Health Insurance Commission (HIC) โครงการเมดิแคร์ครอบคลุมพลเมืองออสเตรเลีย ผู้ถือวีซ่าถาวร และผู้ถือวีซ่าชั่วคราวบางกลุ่ม เช่น ผู้ลี้ภัย (1) ประชาชนอาจซื้อประกันสุขภาพเอกชนแบบสมัครใจ หากต้องการบริการอื่น ๆ ที่เมดิแคร์ไม่ครอบคลุม เช่น บริการด้านทันตกรรม เครื่องช่วยฟัง แว่นตา ศัลยกรรมพลาสติก และบริการฉุกเฉิน รวมทั้งรพพยาบาล ในปัจจุบันชุดสิทธิประโยชน์ของเมดิแคร์ครอบคลุมมากกว่า 5,700 บริการ รวม 8 ประเภท ได้แก่ 1) Professional attendances 2) Diagnostic procedures and investigations 3) Therapeutic procedures 4) Oral and maxillofacial services 5) Diagnostic imaging services 6) Pathology services 7) Cleft lip and cleft palate services และ 8) Miscellaneous services ซึ่งทุกปีจะมีการประกาศรายการบริการพร้อมราคาที่รัฐบาลจ่ายเงินสนับสนุน (subsidy) (2) บริการดังกล่าวอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ (Medicare Benefits Scheme: MBS) และชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา/วัคซีน (Pharmaceutical Benefit Package: PBS)

1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ของเมดิแคร์ หรือ MBS ได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบ “MBS Quality Framework” ควบคู่กับการปฏิรูประบบสุขภาพในด้านอื่น เช่น การประเมินเทคโนโลยี และการทบทวนมาตรฐานการรักษารพพยาบาลต่าง ๆ (3) ใน ค.ศ. 2009 รัฐบาลออสเตรเลียได้จัดทำกรอบแนวคิดนี้ เพื่อให้ทุกขั้นตอน ทุกกระบวนการในการคัดเลือกบริการ การกำหนดราคา และการทบทวนสิทธิประโยชน์ มีหลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุน และทำให้บริการสุขภาพใน MBS มีความทันสมัย คุ่มค่า และให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด กรอบแนวคิดนี้มีสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่

- 1) ทุกบริการที่อยู่ในรายการชุดสิทธิประโยชน์ต้องได้รับการประเมิน (assessment) โดย Medical Services Advisory Committee (MSAC)
- 2) สร้างความเข้มแข็งและเพิ่มความเหมาะสมในกระบวนการกำหนดราคา (pricing) และการเพิ่มบริการใหม่เข้าไปในรายการชุดสิทธิประโยชน์
- 3) กำหนดระบบในการติดตามและประเมินผลในกระบวนการคัดเลือกบริการออก และการปรับแก้บริการในรายการ

MSAC เป็นคณะกรรมการอิสระ แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรกใน ค.ศ. 1998 ทำหน้าที่ทบทวนรายการสิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่ยา และให้คำแนะนำแก่รัฐบาลว่าควรให้บริการทางการแพทย์อะไรบ้าง รวมทั้งประเมินบริการทางการแพทย์ชนิดใหม่ เพื่อให้ข้อมูลและหลักฐานแก่รัฐบาลก่อนการตัดสินใจ การ

⁴¹ ข้อมูลเกี่ยวกับประเทศออสเตรเลีย คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากผลการทบทวนเอกสาร โดย สุธีษฐา ตั้งสฤติย์กุลชัย

ลงทุน และการดำเนินโครงการใด ๆ การพิจารณาของ MSAC ใช้เกณฑ์เรื่องความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และราคา รวมถึงบริการที่มีอยู่แล้วใน MBS (4) ผู้ที่ต้องการเสนอบริการเพื่อเพิ่มเข้าไปใน MBS จะต้องกรอกแบบฟอร์ม PICO Confirmation ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลตามกรอบ PICO คือ Population (กลุ่มประชากร) Intervention (มาตรการ) Comparator (กลุ่มเปรียบเทียบ) และ Outcome (ผลลัพธ์) รวมทั้งเสนอแนวทางการประเมินความคุ้มค่า (Proposed economic evaluation)

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อีกหนึ่งกลุ่มคือ Medical Benefits Schedule Review Taskforce (The Taskforce) แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ใน ค.ศ. 2015 เป็นคณะทำงานที่ทำหน้าที่ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ MBS (5) The Taskforce ได้แต่งตั้งคณะทำงานย่อยทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ สหวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ ประมาณ 70 คน เพื่อให้คำแนะนำและความเห็นในด้านต่างๆ รวมถึงมีหน้าที่ร่วมรับผิดชอบกับคณะกรรมการและคณะทำงานอื่น ๆ เช่น ปฏิบัติงานร่วมกับ MSAC ในการพิจารณาเพิ่มบริการใหม่เข้าไปใน MBS เป็นต้น

การมีส่วนร่วมขององค์กรผู้บริโภคเป็นหัวใจสำคัญของการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ ใน ค.ศ. 2016 รัฐบาลแต่งตั้งคณะทำงานย่อย ที่เรียกว่า Consumer Panel (6) ซึ่งประกอบด้วยองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับผู้บริโภค และ Consumers Health Forum of Australia (CHF)⁴² นอกจากนี้ยังเปิดให้ประชาชนทั่วไปส่งอีเมลไปแสดงความคิดเห็นได้ รัฐบาลจะรับข้อเสนอแนะจากคณะทำงานและผู้บริโภคไปพิจารณาและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ คณะทำงานนี้มีส่วนช่วยในการปรับแก้ เพิ่ม ถอนบริการต่าง ๆ จากชุดสิทธิประโยชน์หลายร้อยรายการ (7)

1.2 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS)

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (PBS) หรือ บัญชียา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายแห่งชาติด้านยา (National Medicines Policy) ของออสเตรเลีย (8) จุดประสงค์ของ PBS คือ การปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยเน้นการเข้าถึงยาและวัคซีน รวมถึงการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ PBS มีโครงสร้างและทำงานร่วมกับ MBS หลายด้าน แต่ใช้กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์แยกจากกัน บัญชียานี้จะได้รับการทบทวนและปรับแก้รายการ 4 ครั้งต่อปี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ PBS ได้แก่

1) Therapeutic Goods Administration (TGA) ทำหน้าที่กำกับดูแลการนำเข้า ประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของยา เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ

2) Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) เป็นคณะกรรมการที่แนะนำการพิจารณาคัดเลือกยาเข้า PBS มีการประชุมสามครั้งต่อปี ข้อมูลที่พิจารณาคือ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่า PBAC ประกอบด้วยคณะกรรมการย่อยด้านต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการทำหน้าที่ทบทวนเรื่องการใช้ยา คณะกรรมการที่ทำหน้าที่ทบทวนเรื่องเศรษฐศาสตร์ของยา

⁴² CHF เป็นหน่วยงานระดับประเทศ ที่เป็นผู้แทนผู้บริโภคในระบบการดูแลสุขภาพ (หรือผู้รับบริการด้านสุขภาพ) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ในเวลาที่เหมาะสม โดยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและระบบสุขภาพ

3) Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (PBPA) ทำหน้าที่กำหนดราคายาใหม่ และทบทวนราคายาที่มีอยู่เดิม

ทั้งนี้ MBS และ PBS ทำงานร่วมกับ HIC ในเรื่องของการเบิกจ่ายเงินค่าบริการและยาให้แก่โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา แพทย์ เภสัชกร และผู้ให้บริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์

ตามที่กล่าวข้างต้น Medicare Benefits Schedule Review Taskforce (The Taskforce) ทำหน้าที่ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ คณะทำงานนี้มีพันธกิจหลัก 4 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า แนวปฏิบัติของการบริการสุขภาพที่ดี การเสนอบริการที่มีคุณค่าแก่ผู้ใช้บริการ และความคุ้มค่าในระบบสุขภาพ ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก จึงควรจัดให้มีการทบทวนเพื่อให้แน่ใจว่า บริการเหล่านี้มีความปลอดภัย คุ้มค่า ทันสมัย และมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ การทบทวนแต่ละบริการใช้เวลาแตกต่างกัน แต่โดยรวมมักใช้เวลาถึงสองปี หรือมากกว่า โดยเริ่มจากการประชุมคณะทำงานทางคลินิก หลังจากนั้น The Taskforce จะรับรองร่างข้อเสนอแนะ รวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาข้อเสนอแนะ และจัดทำข้อเสนอแนะให้แก่รัฐบาล ทั้งนี้ ขอบข่ายหน้าที่ของ The Taskforce ยังรวมถึงการพิจารณาบริการใหม่ที่ถูกรับรองเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้วย (9, 10)

3. การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA)

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) มีบทบาทอย่างมากในการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการและเทคโนโลยีที่จำเป็นผ่านทาง MBS และ PBS รวมถึงประกันสุขภาพเอกชน หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีและให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล ได้แก่ TGA, MSAC, PBAC และ Prostheses List Advisory Committee (PLAC) (ตารางที่ 10) โดยมีแนวคิดหลักในการประเมินดังนี้

1) การประเมินความปลอดภัย และประสิทธิศักร์ (efficacy) ของเทคโนโลยี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการอนุญาตให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ในประเทศ (market regulation) เพื่อให้แน่ใจว่ายามีประสิทธิภาพ มีการควบคุมคุณภาพ ปลอดภัย มีประสิทธิศักร์ และมีการใช้ตรงตามวัตถุประสงค์

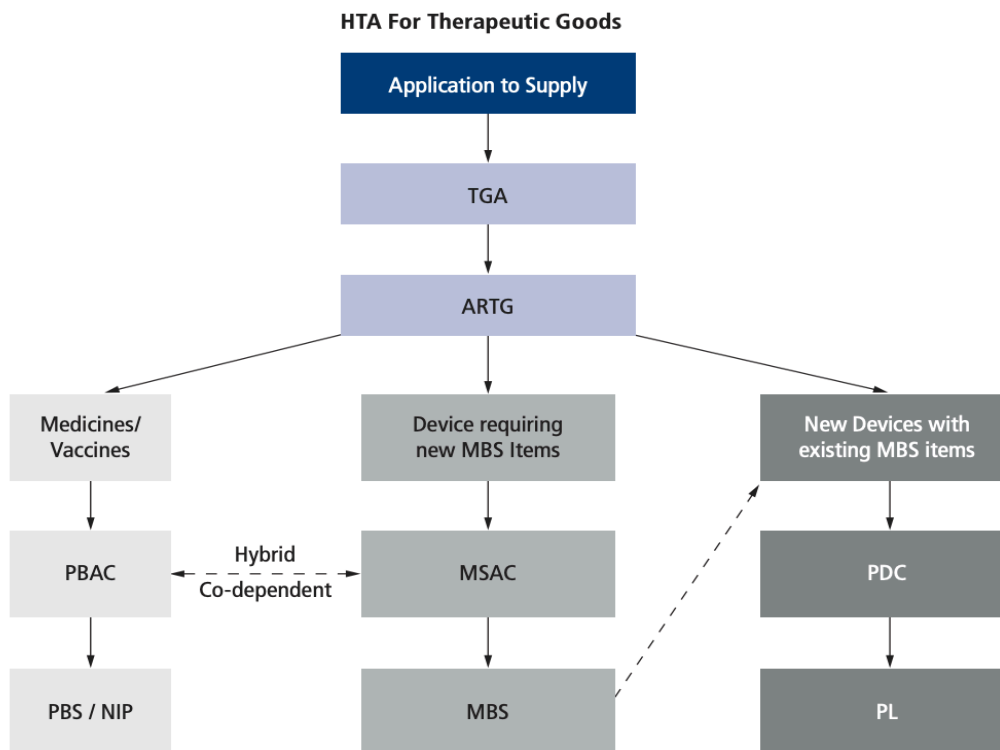
2) การตรวจสอบ ทบทวน และประเมิน (appraisal) ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้งบประมาณของรัฐ การขอเงินคืนจากประกันสุขภาพเอกชน (กรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและอวัยวะเทียม) และการติดตามประเมินผลหลังจากยา/ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพออกสู่ตลาดแล้ว

ตารางที่ 10 คณะกรรมการที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง (11)

ประเภทของเทคโนโลยี	คณะกรรมการที่ประเมินเทคโนโลยี	ชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง
อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและอวัยวะเทียม	Prostheses and Devices Committee	Prostheses List (เอกชน)
ยาและวัคซีน	PBAC	PBS/National Immunization Program
บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี (Medical services associated with technologies)	MSAC	MBS
ชุดทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic tests)	MSAC	MBS

กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เริ่มจากการขึ้นทะเบียนยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้ TGA หากได้รับอนุมัติให้อยู่ในรายการ Australian Register of Therapeutic Goods (ARTG) จึงสามารถนำออกจำหน่ายในท้องตลาด (ภาพที่ 5) หลังจากนั้นจะเป็นการแยกประเภทผลิตภัณฑ์/เทคโนโลยี เพื่อการประเมินและนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยแบ่งเป็น 1) ยาและวัคซีน 2) อุปกรณ์ที่จะเพิ่มใน MBS และ 3) อุปกรณ์ใหม่ที่อยู่ใน MBS อยู่แล้ว แต่ต้องการบรรจุในรายการอุปกรณ์เทียมจากประกันสุขภาพของภาคเอกชน ซึ่งจะทำให้สามารถขอเบิกเงินชดเชย (reimbursement) จากโครงการต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น หากจะมีการนำยาเข้า PBS ต้องผ่านการประเมินโดย PBAC ก่อน โดยดำเนินการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ ส่วนขั้นตอนหลังจากนั้นจะเป็นการติดตามและประเมินผลหลังจากยาออกสู่ท้องตลาดแล้ว (11, 12)

ภาพที่ 5 กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในประเทศออสเตรเลีย (11)



4. การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

ตัวอย่างการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในประเทศออสเตรเลีย ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการ UCBP ของไทย ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการทำงานของ MSAC และการพัฒนา framework สำหรับการประเมินเทคโนโลยีกลุ่ม personalized medicine

4.1 การปรับปรุงกระบวนการทำงานของ MSAC

ใน ค.ศ. 2014 Department of Health (DOH) จัดให้มีการทบทวนกระบวนการทำงานของ MSAC (13) ผู้ทบทวนรวบรวมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และได้จัดทำข้อเสนอแนะหลายประการ ซึ่ง DOH เห็นด้วยที่จะนำมาปฏิบัติ ดังนี้

1) DOH ยืนยันความรับผิดชอบต่อกระบวนการที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกรอบเวลา (timeframes) และวันสิ้นสุด (deadlines) สำหรับผู้ยื่นคำขอ/ข้อเสนอ (applicants) ในขณะเดียวกัน ก็จัดให้มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการของ MSAC เพื่อให้ข้อเสนอที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันได้รับการพิจารณา โดยมีช่องทางการประเมิน/

ทบทวนนอกเหนือจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเต็มรูปแบบ (full health technology assessment: full HTA)

2) จัดให้มีแนวทาง (guidelines) และคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการทำงานของ MSAC สำหรับผู้ยื่นข้อเสนอ ซึ่งรวมทั้งข้อกำหนดที่ผู้ยื่นคำขอต้องปฏิบัติ และข้อมูลที่ผู้ยื่นคำขอต้องจัดส่งให้ MSAC ตลอดกระบวนการ

3) จัดให้มีกระบวนการที่โปร่งใสมากกว่าเดิม (more transparent process) และชัดเจนสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในแง่ขั้นตอน กำหนดเวลาการพิจารณา กระบวนการย่อยภายใน (internal processes) และกรอบเวลา และกระบวนการภายหลังการดำเนินงานของ MSAC ยกเลิกขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนตลอดทั้งกระบวนการ เพื่อให้เอกสารที่จัดทำขึ้นเกิดจากการต่อยอด (build on) จากเอกสารฉบับอื่น ๆ มากกว่าปล่อยให้มีการนำเสนอข้อมูลเดียวกันซ้ำหลายครั้ง

4) จัดให้มีศูนย์ประสานงานของ DOH เพียงแห่งเดียว สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เสนอหัวข้อ เพื่อประกันว่าจะมีการส่งข่าวสาร (messaging) ที่คงเส้นคงวา (consistent)

การจัดทำ Process Framework ที่แล้วเสร็จใน ค.ศ. 2016 เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่กล่าวข้างต้น โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ช่วยให้ DOH สามารถคัดแยกข้อเสนอเพื่อส่งให้คณะกรรมการที่รับผิดชอบการประเมินเทคโนโลยีแต่ละประเภท รวมทั้ง MSAC พิจารณา และอำนวยความสะดวกให้ข้อเสนอที่เหมาะสม ผ่านกระบวนการที่มีคุณภาพ/เข้มงวด คงเส้นคงวา (consistent) และอยู่บนฐานของข้อมูลหลักฐานเชิงวิชาการ (14) Framework นี้ จะเป็นหลักประกันว่าข้อมูลที่จัดส่งให้ MSAC เชื่อถือได้เพียงพอที่จะช่วยให้ MSAC สามารถให้คำแนะนำที่มีคุณภาพต่อรัฐมนตรีได้ในเวลาที่สมควร (timeliness) ลดการนำส่งข้อเสนอซ้ำ (resubmission) และการทำงานซ้ำ (reiteration of work) ของคณะกรรมการต่าง ๆ เนื้อหาของ Process Framework ครอบคลุมประเด็นดังนี้

1) ความโปร่งใสของกระบวนการและขั้นตอน ซึ่งช่วยให้เกิดความยุติธรรมต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่สามารถชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องได้ (defensible) แต่ก็มีมายืดหยุ่นในขณะเดียวกัน

2) ความเป็นไปได้ที่จะดำเนินงานเกี่ยวกับข้อเสนอ โดยให้เป็นไปตามความพร้อมของข้อเสนอเหล่านั้นที่จะถูกส่งผ่านไปในการบวนการทำงานของ MSAC

3) คุณภาพและระบบอภิปาลของการวิเคราะห์ข้อเสนอ โดยการกำหนดพารามิเตอร์เพื่อเป็นแนวทางและให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

4) คำแนะนำและความสมเหตุสมผลเกี่ยวกับประเภทและระดับของข้อมูลที่ต้องการตลอดกระบวนการทำงานของ MSAC

5) การวางแผนที่มีประสิทธิผลเกี่ยวกับกระบวนการ กรอบเวลา และกิจกรรม ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพผ่านกิจกรรมที่ได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะ

4.2 การพัฒนา framework สำหรับการประเมินเทคโนโลยีกลุ่ม personalized medicine

ในช่วงปลายทศวรรษ 2010 Department of Health and Ageing ของรัฐบาลออสเตรเลีย เล็งเห็นความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุง models สำหรับการประเมินเทคโนโลยีกลุ่ม personalized medicine เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบายการเบิกจ่าย/ชดเชยค่ารักษา หน่วยงานดังกล่าวได้จัดทำ integrated national framework ฉบับแรก สำหรับการประเมิน co-dependent technologies⁴³ นอกจากนี้ PBAC และ MSAC พัฒนาแนวทางการประเมินเทคโนโลยีที่มีลักษณะดังกล่าว โดยพิจารณาประโยชน์ทางคลินิก ต้นทุน-ประสิทธิผล และผลกระทบด้านการเงินการคลัง เมื่อใช้เทคโนโลยีร่วมกัน (15)

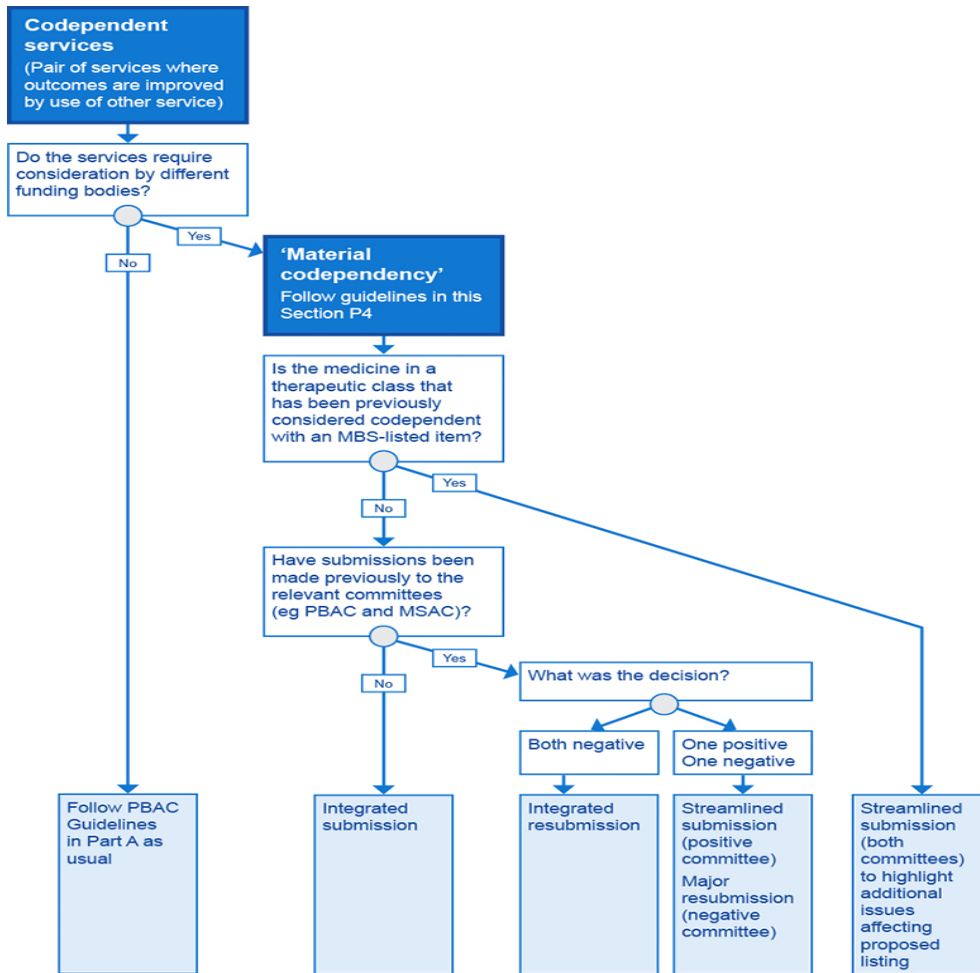
การประเมิน co-dependent technologies โดย PBAC และ MSAC แบ่งออกเป็น 2 กระบวนการ (ภาพที่ 6) (16) ได้แก่

1) Integrated codependent submission คือ การยื่นข้อเสนอ/คำขอให้พิจารณาเทคโนโลยีสองชนิด เพื่อให้ PBAC และ MSAC พิจารณาร่วมกัน ได้แก่ การยื่นคำขอให้พิจารณายาต่อ PBAC ในกรณีที่มีชุดทดสอบหรือบริการตรวจวินิจฉัยประเภทอื่นที่ต้องใช้ร่วมกับยานั้น โดยอาจเป็นชุดทดสอบหรือบริการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ใน MBS หรือ จำเป็นต้องปรับปรุงรายการใน MBS เพื่อบรรจุชุดทดสอบหรือบริการตรวจวินิจฉัยนั้นเป็นสิทธิประโยชน์ จึงจำเป็นต้องมีการพิจารณา/ประเมินเทคโนโลยีร่วมกันโดย PBAC และ MSAC

2) Streamlined codependent submissions คือ การยื่นข้อเสนอ/คำขอให้พิจารณาเทคโนโลยีแต่ละชนิดแยกจากกัน เพื่อให้ PBAC และ MSAC พิจารณา co-dependent technologies ที่เป็นยา และไม่ใช่นยาในเวลาเดียวกัน กระบวนการนี้ ใช้ในกรณีที่ในการยื่นคำขอครั้งก่อน MSAC หรือ PBAC เพียงคณะกรรมการเดียว มีแนวโน้มว่าจะเห็นชอบให้บรรจุเทคโนโลยีชนิดใดชนิดหนึ่งใน MBS หรือ PBS ตัวอย่างเช่น หาก MSAC มีแนวโน้มว่าจะสนับสนุนชุดทดสอบหรือบริการตรวจวินิจฉัย การยื่นคำขอซ้ำ (resubmission) ต่อ PBAC ให้ใช้แบบ streamlined codependent submission ควบคู่กับการยื่นคำขอต่อ MSAC เพื่อให้มั่นใจว่า คำแนะนำ หรือผลการพิจารณาจาก MSAC สอดคล้องกับบริบทที่ PBAC พิจารณายาที่เป็น co-dependent medicine

⁴³ เทคโนโลยีด้านสุขภาพจะถูกจัดเป็นเทคโนโลยีที่ต้องใช้ร่วมกัน (co-dependent) หากต้องใช้เทคโนโลยีนั้นร่วมกับเทคโนโลยีชนิดอื่น ไม่ว่าจะเป็นการใช้แบบต่อเนื่องกัน หรือ ใช้ในเวลาเดียวกัน (sequentially or simultaneously) เพื่อให้ได้ผลทางคลินิกตามที่ต้องการของเทคโนโลยีแต่ละชนิด ตัวอย่างเช่น การใช้ยาร่วมกับชุดทดสอบ (medicine-test combination) หากพิจารณาใหม่เพื่อบรรจุใน PBS ก็อาจจำเป็นต้องพิจารณาชุดทดสอบทางพยาธิวิทยา ที่จะช่วยระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยานั้น (<https://www1.health.gov.au/internet/hta/publishing.nsf/Content/co-1>)

ภาพที่ 6 กระบวนการประเมิน co-dependent technologies โดย PBAC และ MSAC



ที่มา: <https://pbac.pbs.gov.au/product-type-4-codependent-technologies.html>

ประเทศแคนาดา⁴⁴

1. หลักการทั่วไปของระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเทศแคนาดามีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรียกว่า Canadian Medicare ที่ดำเนินการตามกฎหมาย Canada Health Act of 1984 (CHA 1984) เนื่องจากประเทศแคนาดามีระบบการปกครองแบบสหพันธรัฐ ประกอบด้วย รัฐบาลกลาง และรัฐบาลระดับจังหวัด/ดินแดน (provinces/territories) กฎหมาย CHA 1984 จึงกำหนดหลักการพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพของทั้งประเทศ และรัฐบาลระดับจังหวัด/ดินแดน ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสามารถกำหนดรูปแบบได้เอง (17, 18) ระบบหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด/ดินแดน (หรือ health care insurance plan) ต้องสอดคล้องกับหลัก 5 ประการที่กำหนดไว้ใน CHA 1984⁴⁵ รัฐบาลของจังหวัด/ดินแดนจึงจะมีสิทธิได้รับการสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับระบบสุขภาพจากรัฐบาลกลาง (Canada Health Transfer) (19)

ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งของระบบสุขภาพแคนาดา คือ ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเอกชน และมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายหรือสหภาพในระดับจังหวัด/ดินแดน ดังนั้น ใน 13 จังหวัด/ดินแดน จึงมีระบบสุขภาพที่ตั้งอยู่บนหลักการเดียวกันแต่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป หลักการกว้าง ๆ ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในระดับจังหวัด/ดินแดน คือ การตกลงกันระหว่างหน่วยงานของรัฐในระดับจังหวัด/ดินแดนที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณกับเครือข่าย/สหภาพของผู้ให้บริการสุขภาพในจังหวัด/ดินแดนนั้น ๆ

การทบทวนครั้งนี้ สรุปส่วนที่เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลกลางในภาพรวม สำหรับกระบวนการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระดับจังหวัด/ดินแดน เป็นการทบทวนข้อมูลของ Ontario ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศ (ร้อยละ 38.5) เป็นที่ตั้งของเมืองหลวง Ottawa และเมืองที่มีประชากรมากที่สุด คือ Toronto (20) เป็นกรณีศึกษา

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานของรัฐบาลกลางที่มีหน้าที่กำกับให้ชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดโดยรัฐบาลของจังหวัด/ดินแดนเป็นไปตาม CHA 1984 คือ Health Canada และ Canada Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) ซึ่งมีหน้าที่จัดทำรายงานการประเมินผลเทคโนโลยี และให้คำแนะนำว่าการรักษาใดควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และหน่วยงานดูแลระบบหลักประกันสุขภาพของจังหวัด Ontario มีชื่อว่า Ministry of Health (หรือ Ministry of Health and Long-Term Care) ซึ่ง

⁴⁴ ข้อมูลเกี่ยวกับประเทศแคนาดา คณะผู้วิจัยปรับปรุงจากผลการทบทวนเอกสาร โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น.พ. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

⁴⁵ หลัก 5 ประการ ประกอบด้วย 1) Public administration การบริหารจัดการโดยรัฐแบบไม่แสวงหากำไร 2) Comprehensiveness ครอบคลุมบริการทุกประเภทที่จำเป็นไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ 3) Universality ประชาชนที่มีสิทธิ ต้องได้รับบริการทุกประเภทที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน 4) Portability มีระบบการใช้สิทธิข้ามจังหวัด/ดินแดนได้ตามเงื่อนไข (เช่น ระหว่างท่องเที่ยว หรือย้ายถิ่น) และ 5) Accessibility ไม่กำหนดเงื่อนไขที่จำกัดการเข้าถึงบริการไม่ว่าจะเป็นโดยการเก็บค่าธรรมเนียมหรือเงื่อนไขในรูปแบบอื่น

จะแต่งตั้งผู้จัดการทั่วไป (General Manager) ของระบบหลักประกันสุขภาพของ Ontario (Ontario Health Insurance Plan: OHIP) (17, 19)

ตามที่กำหนดไว้ใน CHA 1984 ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ คือ ผู้อยู่อาศัย (residents) ทุกคนในจังหวัด/ดินแดนนั้น ซึ่งนิยามของผู้อยู่อาศัยให้ยึดตามนิยามที่กำหนดโดยจังหวัด/ดินแดนนั้น ๆ ยกเว้น ทหารนักรบ ชนพื้นเมือง และผู้ลี้ภัยซึ่งได้รับการดูแลจากรัฐบาลกลางโดยตรง (17, 19, 21)

1.2 หลักการและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด Ontario

ระบบหลักประกันสุขภาพ (OHIP) ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เรียกว่า Schedule of Benefits and Fees แยกตามกลุ่มบริการ ดังนี้ 1) Physician services 2) Facility fees 3) Optometry services 4) Laboratory services และ 5) Dental services⁴⁶ โดย Physician services เป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักของ OHIP ครอบคลุมรายการบริการ พร้อมทั้งระบุค่าธรรมเนียมที่ OHIP จะจ่ายแก่ผู้ให้บริการ Facility fees และ Laboratory services เป็นรายการค่าธรรมเนียมที่จ่ายแก่สถานบริการที่อยู่นอกโรงพยาบาล เฉพาะบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ Physician services

สำหรับชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับยาสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น ไม่เป็นบริการที่จำเป็นภายใต้ CHA 1984 ในแต่ละจังหวัด/ดินแดนจึงมักจะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมในส่วนนี้ ใน Ontario มีโครงการ Ontario Public Drug Programs ซึ่งประกอบด้วย 6 ชุดสิทธิประโยชน์คือ 1) Ontario Drug Benefit Program 2) New Drug Funding Program 3) Special Drug Programs 4) Inherited Metabolic Diseases Program 5) Respiratory Syncytial Virus Prophylaxis for High-Risk Infants Program และ 6) Visudyne Program⁴⁷ (22) ชุดสิทธิประโยชน์หลักเกี่ยวกับยา คือ Ontario Drug Benefit Program ซึ่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long-term care) กลุ่มผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ และกลุ่มผู้ป่วยรายได้น้อย ส่วนชุดสิทธิประโยชน์อื่น ๆ จะครอบคลุมยาเฉพาะโรคที่มีราคาแพง เช่น โรคมะเร็ง โรคทางพันธุกรรม เป็นต้น

ผู้มีอำนาจตัดสินใจสูงสุดเกี่ยวกับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทั้งด้านบริการสุขภาพ และยา คือ Ministry of Health โดยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบริการสุขภาพนั้นได้มาจากการตกลงกันระหว่าง Ministry of Health และ Ontario Medical Association (สมาคมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในจังหวัด Ontario ซึ่งมีแพทย์ทุกคนเป็นสมาชิก) (23, 24) ส่วนการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับยานั้นอาศัยข้อมูลจาก Committee to Evaluate Drugs (CED) เป็นหลัก

กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพ เป็นการต่อรองระหว่าง Ministry of Health กับ Ontario Medical Association ผู้มีสิทธิเสนอปรับเปลี่ยนรายการในชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ แพทย์ โดยเสนอผ่าน Ontario Medical Association ซึ่งจะเสนอต่อไปยัง Physician Services Payment Committee

⁴⁶ มีการเผยแพร่ชุดสิทธิประโยชน์ผ่านเว็บไซต์ <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/sob/>

⁴⁷ Visudyne® เป็นชื่อทางการค้าของยา verteporfin มีข้อบ่งใช้ระหว่างการรักษาตาด้วยเลเซอร์ เพื่อชะลอ age-related macular degeneration และความผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้สูญเสียการมองเห็น

เพื่อให้คำแนะนำแก่ Ministry of Health ในการตัดสินใจ ทั้งนี้ ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการตัดสินใจเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพ แต่เป็นไปในลักษณะการต่อรองผลประโยชน์ระหว่างผู้จ่ายและผู้ให้บริการ (ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน) เห็นได้จากการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมเฉพาะกิจเพื่อให้ได้ข้อตกลงในแต่ละประเด็นที่ไม่สามารถตกลงกันได้ หรือการใช้กระบวนการฟ้องร้อง ที่ดำเนินการโดยคณะทำงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ภายใต้กระบวนการระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ (25-27)

สำหรับกระบวนการจัดทำข้อมูลและให้คำแนะนำด้านชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับยานั้น มีเอกสารระบุกระบวนการทำงานอย่างชัดเจน โดย Committee to Evaluate Drugs (CED) ซึ่งเชื่อมต่อกับหน่วยงานของรัฐบาลกลาง และ CADTH ทั้งนี้ CED ทำหน้าที่ประเมินว่ายาชนิดใดควรถูกนำเข้าชุดสิทธิประโยชน์ โดยใช้ผลการประเมินจาก CADTH เป็นข้อมูลนำเข้า หรือ CED ทำการประเมินเอง และให้ข้อมูลแก่ Ministry of Health เพื่อพิจารณานุมัติ ซึ่งมีการตัดสินใจตั้งอยู่บนหลัก 4 ประการ คือ

- 1) ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาโดยเปรียบเทียบกับยาตัวอื่น
- 2) ต้นทุนประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบกับยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
- 3) ข้อมูลจากผู้ป่วย ได้แก่ ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ประสบการณ์ต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และความคาดหวังต่อการรักษาที่กำลังถูกประเมิน
- 4) ผลกระทบต่อการให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น กรณีที่มาตราการการรักษาจำเป็นต้องมีตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา หรือ ผลข้างเคียง ซึ่งทำให้มีต้นทุนเพิ่มจากต้นทุนของการรักษานั้นโดยตรง

2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

2.1 การจัดลำดับความสำคัญ

2.1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเสนอมาตรการด้านสุขภาพเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระดับประเทศ เริ่มจากการเสนอให้ CADTH ประเมิน ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ คือ บริษัทยา (sponsors) และหน่วยงานดูแลชุดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดน (28) ส่วนการเสนอยาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในจังหวัด Ontario คือ บริษัทยา เท่านั้น (29) หลังจากรับหัวข้อเข้าในกระบวนการประเมินแล้ว CADTH จะเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วย แพทย์ และหน่วยงานดูแลชุดสิทธิประโยชน์ในระดับจังหวัด/ดินแดน ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการฯ นั้น

สำหรับเทคโนโลยีที่ไม่ใช่ยา เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการตรวจวินิจฉัย CADTH ไม่มีกลไกการประเมินที่เชื่อมต่อกับกลไกการพิจารณาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดนโดยตรง แต่มีกลไกเรียกว่า Health Technology Assessment and Optimal Use ที่เปิดโอกาสให้ประชาชน กลุ่ม หรือองค์กรเสนอเทคโนโลยีเพื่อขอให้ CADTH จัดทำรายงานการประเมินได้ โดยการออกแบบฟอร์มบนเว็บไซต์ของ CADTH ข้อมูลที่จำเป็นประกอบด้วย 1) ข้อมูลของผู้เสนอหัวข้อ 2) ข้อมูลพื้นฐานของเทคโนโลยี 3) คำถามวิจัยที่ต้องการให้ CADTH หาคำตอบ และ 4) ข้อมูล PICO (patient population, intervention, comparator, outcome)

รายงานประเมินที่แล้วเสร็จจะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ CADTH ซึ่งสาธารณะสามารถเข้าถึงได้ (30) ทั้งนี้ คำแนะนำการใช้งานที่เหมาะสม (Optimal use) เป็นส่วนเพิ่มเติมจากการประเมินเทคโนโลยี (HTA) คำแนะนำดังกล่าวจัดทำโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นการให้คำแนะนำในกรณีที่มีทางเลือกของการรักษาจำนวนมากสำหรับการรักษาโรคเดียวกัน จึงจำเป็นต้องจัดทำคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการเลือกใช้เทคโนโลยีเหล่านั้น (31)

2.1.2 เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อมาตรการเพื่อทำการประเมิน

สำหรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เสนอผ่านช่องทาง Health Technology Assessment and Optimal Use เพื่อให้ CADTH จัดทำรายงานการประเมิน จะถูกคัดกรอง “ความเหมาะสม” ด้วยเกณฑ์ 1) ความซ้ำซ้อน (พิจารณาว่าหน่วยงานอื่นกำลังประเมินเทคโนโลยีเดียวกันอยู่หรือไม่) 2) ความจำเป็น (การตัดสินใจเชิงนโยบาย การจัดซื้อ และการใช้เทคโนโลยีนั้นจะส่งผลมากน้อยเพียงใดต่อการดูแลผู้ป่วย) และ 3) การมีอยู่และการกระจายเทคโนโลยีนั้นในประเทศแคนาดา (30) เทคโนโลยีที่ได้คะแนนรวมใน 3 หัวข้อตั้งแต่ 200 คะแนนขึ้นไปในขั้นการคัดกรองหัวข้อ จะถูกบรรจุเข้าไปในรายการเทคโนโลยีที่จะถูกจัดลำดับความสำคัญ “การจัดลำดับความสำคัญ” ใช้เกณฑ์ดังนี้ (ตารางที่ 11) 1) ผลกระทบทางคลินิก หรือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากการใช้เทคโนโลยี 2) ผลกระทบด้านงบประมาณ 3) ผลกระทบต่อประชาชน หรือ ขนาดประชากรที่จะได้รับผลประโยชน์จากเทคโนโลยี 4) ความสนใจของจังหวัด/ดินแดน ซึ่งหมายถึง จำนวนหน่วยบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในจังหวัด/ดินแดนที่กำลังพิจารณาเทคโนโลยีดังกล่าว หรือ จะใช้ข้อมูลการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจ และ 5) ความเป็นธรรม หรือ ผลของเทคโนโลยีต่อความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ (health status)

รายการเทคโนโลยีที่ถูกจัดลำดับความสำคัญแล้ว จะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ CADTH การจัดลำดับความสำคัญตามกระบวนการข้างต้นจะดำเนินการไตรมาสละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจว่าเทคโนโลยีจะเข้าสู่กระบวนการประเมินโดย CADTH หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ 1) ลำดับความสำคัญตามรายการ 2) ทรัพยากรที่ต้องใช้ในการประเมินของเทคโนโลยีนั้น ๆ และ 3) ศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีของ CADTH (30) ผู้เสนอหัวข้อและผู้สนใจสามารถติดตามความก้าวหน้าของการประเมิน ด้วยการตรวจสอบข้อมูลบนเว็บไซต์ของ CADTH ซึ่งแบ่งหัวข้อออกเป็น 3 กลุ่ม คือ หัวข้อที่จัดทำรายงานประเมินแล้วเสร็จ (Reports) หัวข้อที่อยู่ระหว่างการประเมิน (Projects in progress) และหัวข้อที่อยู่ระหว่างการพิจารณา (Topics under consideration)

ตารางที่ 11 เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ ภายหลังจากคัดกรองความเหมาะสม (30)

Criterion	Definition and Weight	Score	Score Definition
Clinical Impact	Potential for the technology to have an impact on patient-related health outcomes (benefits and harms) 25	3	Major potential improvement in clinical outcomes
		2	Moderate potential improvement in clinical outcomes
		1	Little potential improvement in clinical outcomes
		0	No expected change in clinical outcomes
Budget Impact	Impact of the technology on health care spending 25	3	Major cost savings or expense (> \$50 M)
		2	moderate cost savings or expense (> \$10 M to \$50 M)
		1	Limited cost savings or expense (\$1 M to \$10 M)
		0	No cost savings or expense (< \$1 M)
Population impact	The size of the population that would be affected by the technology 15	3	Affects 5% or more
		2	Affects from 1% to < 5%
		1	Affects from 0.05% to < 1%
		0	Affects < 0.05%
Jurisdictional interest	The number ^a of provincial, territorial, or federal programs with a CADTH customer (such as hospital, regional health authority, or Ministry of Health) facing a decision on the technology, and which could use the HTA to inform a decision or change 20	3	Interest from ≥ 7 jurisdictions
		2	Interest from 5 or 6 jurisdictions
		1	Interest from 2 to 4 provincial jurisdictions
		0	Interest from < 2 jurisdictions
Equity	The technology has the potential to introduce, increase, or decrease equity in health status 15	3	Major potential to affect equity in health status
		2	Moderate potential to affect equity in health status
		1	Minor potential to affect equity in health status
		0	Will not affect equity in health status

HTA = health technology assessment; M = million.

^a Indicates the provincial, territorial, or federal program with any interested CADTH customer. For example: if British Columbia has 3 hospitals interested, it is scored as 1 jurisdiction.

กระบวนการจัดลำดับความสำคัญที่กล่าวข้างต้น เป็นการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อเพื่อให้ CADTH จัดทำรายงานการประเมินเท่านั้น โดยที่กระบวนการดังกล่าวสิ้นสุดที่การได้รายงานและเผยแพร่ต่อสาธารณะบนเว็บไซต์ของ CADTH (30) การนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับหน่วยงานดูแลระบบประกันสุขภาพในระดับจังหวัด/ดินแดน

2.2 การประเมินเทคโนโลยีและมาตรการด้านสุขภาพ

หลังจากได้รายการเทคโนโลยีที่จะทำการประเมินจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญแล้ว CADTH จะตัดสินใจว่าจะทำการประเมินเอง หรือว่าจ้างผู้ประเมินภายนอก รายงานการประเมินที่แล้วเสร็จจะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ของ CADTH (32)

2.2.1 การประเมินยา การรักษาด้วยเซลล์หรือยีน และ Plasma Protein Products

สำหรับการประเมินยา การรักษาด้วยเซลล์หรือยีน (Cell or gene therapy) และ Plasma Protein Products ใช้กระบวนการประเมินเดียวกัน การให้คำแนะนำว่าควรบรรจุยาโรคมะเร็ง และ Plasma Protein Products ชนิดใดในชุดสิทธิประโยชน์นั้น มี Canadian Drug Expert Committee (CDEC), pan-Canadian Oncology Drug Review Expert Review Committee และ Canadian Plasma Protein Product Expert Committee ตามลำดับ เป็นผู้รับผิดชอบ คณะกรรมการเหล่านี้ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านยาและการรักษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมิน (evaluation) ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยา (utilization) และตัวแทนจากภาคประชาชน (28) เนื้อหาต่อจากนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะ CDEC เนื่องจากกระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติงานเหมือนกับ คณะกรรมการอีกสองคณะ

การประเมินยา การรักษาด้วยเซลล์หรือยีน และ Plasma Protein Products เริ่มต้นหลังจาก CADTH คัดกรองเบื้องต้นว่า เทคโนโลยีที่เสนอเป็นไปตามเงื่อนไขแล้ว จึงจะประกาศให้กลุ่มผู้ป่วยและแพทย์เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับเทคโนโลยีนั้น ๆ ได้ หลังจากนั้น บริษัทยาสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมก่อนที่หน่วยงานดูแลสิทธิประโยชน์ระดับจังหวัด/ดินแดน (drug plan) จะส่งความคิดเห็น แล้วจึงเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจขั้นต้นโดย CDEC ต่อมาเป็นขั้นตอนที่ผู้เสนอหัวข้อและหน่วยงานดูแลสิทธิประโยชน์ระดับจังหวัด/ดินแดนให้ข้อมูลเพิ่มเติม แล้วจึงเข้าสู่การตัดสินใจขั้นสุดท้าย ข้อเสนอแนะโดย CDEC จะเป็นข้อมูลนำเข้าให้หน่วยงานดูแลสิทธิประโยชน์ระดับจังหวัด/ดินแดนไปตัดสินใจว่าจะนำยานั้นเข้าสู่สิทธิประโยชน์ในระดับจังหวัด/ดินแดนหรือไม่ (28, 33)

2.2.2 กระบวนการประเมินเทคโนโลยีที่ไม่ใช่ยา

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยา มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญ 2) การกำหนดขอบเขตของการประเมิน 3) การวางแผนโครงการประเมิน 4) การศึกษาวิจัย 5) การทบทวน 6) การจัดทำคำแนะนำการใช้ที่เหมาะสม (อาจข้ามขั้นตอนนี้ได้หากไม่จำเป็น) และ 7) การเผยแพร่ผลการประเมิน (ภาพที่ 7) ในขั้นตอนที่ 2 มีการประเมินด้วยว่าจำเป็นต้องจัดทำคำแนะนำการใช้ที่เหมาะสม (Optimal Use) ควบคู่กับการประเมินเทคโนโลยีหรือไม่ หากไม่จำเป็นก็จะข้ามขั้นตอนที่ 6 ไปได้ ทั้งนี้ คำแนะนำการใช้ที่เหมาะสมจัดทำโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่มีทางเลือกของการรักษาจำนวนมากสำหรับการรักษาโรคเดียวกันซึ่งเพิ่มเติมจากกระบวนการ HTA ตามปกติ

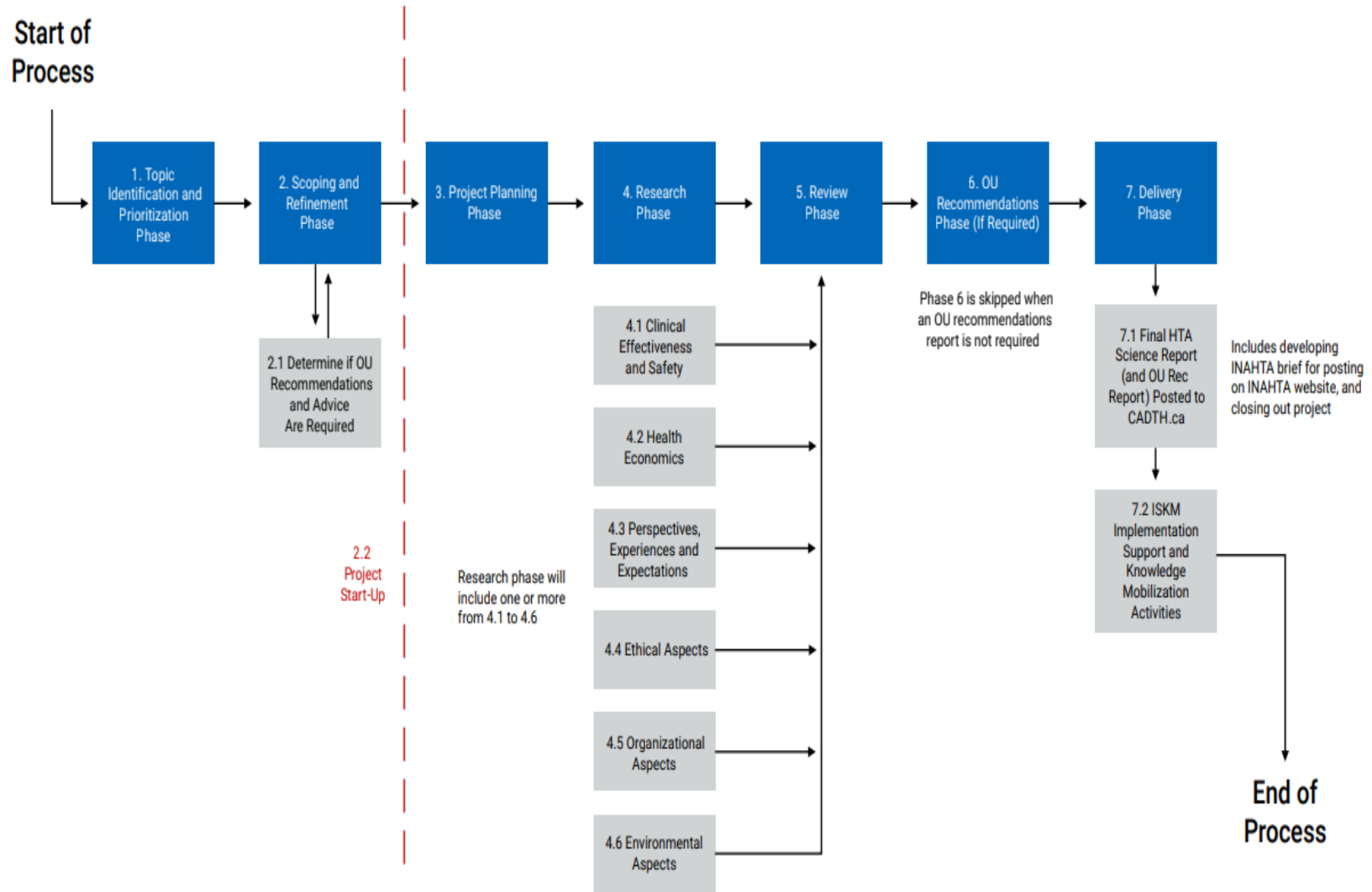
ในขั้นตอนที่ 4 มีการศึกษาวิจัยรวม 6 ประเด็น คือ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย เศรษฐศาสตร์ มุมมองประสบการณ์และความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มุมมองทางจริยธรรม มุมมองของหน่วยงาน และมุมมองทางสิ่งแวดล้อม ในขั้นตอนที่ 7 การเผยแพร่ผลการประเมิน จะกระทำผ่านเว็บไซต์ของ CADTH ซึ่งสนับสนุนการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ เช่น สรุปผลการประเมินในภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจได้ และการให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (34, 35)

2.2.3 คุณภาพของการประเมิน

ดังที่กล่าวข้างต้น CADTH ขอข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และหน่วยงานกำหนดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดน สำหรับกลุ่มผู้ป่วย จะให้นำหน้าหนักกับข้อมูลจาก

ผู้ป่วยที่มีการรวมเป็นกลุ่มหรือองค์กร หากในการรักษานั้นไม่มีกลุ่มผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องจึงจะรับข้อคิดเห็นจากผู้ป่วยที่เป็นปัจเจก ส่วนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก CADTH กำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญที่ใช้เทคโนโลยีที่จะประเมินมาร่วมในคณะกรรมการประเมินอย่างน้อย 1 คน และอาจจัดตั้ง clinical panel ในกรณีการรักษาที่จำเป็นต้องประเมินแบบด่วน นอกจากนี้ CADTH ขอให้หน่วยงานกำหนดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดนส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการนำข้อเสนอแนะจากผลการประเมินของ CADTH ไปปฏิบัติจริงในระดับจังหวัด/ดินแดน

ภาพที่ 7 กระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่ไม่ใช่ยา (34)



HTA = Health Technology Assessment; OU = Optimal Use.

ตามแนวทางการดำเนินงานของ CADTH ผู้เสนอหัวข้อต้องส่งผลการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ ผลการประเมินผลกระทบต่อด้านงบประมาณ (budget impact analysis) ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรค และอื่น ๆ เพื่อประกอบการประเมินเทคโนโลยี (28) นอกจากนี้ ยังกำหนดรายละเอียดของผลการประเมินดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ มีรายละเอียดเพียงพอ และมีข้อมูลดิบที่ CADTH สามารถทวนสอบได้ เช่น การประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ต้องเป็น cost-utility analysis ที่ประเมินในกลุ่มประชากรเป้าหมายของการรักษาทุกกลุ่มตามที่ระบุในข้อบ่งชี้ ใช้ probabilistic model เสมอ ใช้ discount rate 1.5% สำหรับทั้งต้นทุน และ QALYs และหากการรักษานั้นจำเป็นต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการควบคู่กับการรักษา ก็ให้รวมต้นทุนการตรวจเข้ามาในต้นทุนการใช้เทคโนโลยีที่ประเมินด้วย คู่มือการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สำหรับยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ CADTH แนะนำ คือ Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies Canada (36)

2.2.4 การอุทธรณ์ผลการประเมินและข้อเสนอแนะของ CADTH

เมื่อ CADTH ประเมินเทคโนโลยีจนเสร็จสิ้นแล้ว ผู้เสนอหัวข้อมีสิทธิที่จะยื่นขอให้ CADTH ประเมินเทคโนโลยีนั้นใหม่ หากมีข้อมูลใหม่ที่เข้าเงื่อนไข ดังนี้ 1) มีข้อมูลจากการวิจัยทางคลินิกใหม่ว่าการรักษามีประสิทธิผลดีกว่า หรือมีความปลอดภัยมากกว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ และ 2) มีข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญที่ส่งผลถึงผลการประเมินต้นทุนประสิทธิผลได้ (28) โดย CADTH ให้นำหนักผลการศึกษาใหม่ประเภท randomized controlled trial (RCT) มากกว่าการศึกษารูปแบบอื่น สำหรับจังหวัด Ontario หากการตัดสินใจของ CED ไม่เป็นคุณต่อบริษัทยา (sponsor) บริษัทยามีเวลา 9 เดือนในการทักท้วง/อุทธรณ์ผลการตัดสินใจของ CED

3. การปรับปรุงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

3.1 กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์โดยทั่วไป

การกำหนดสิทธิประโยชน์ของประเทศแคนาดายังคงอยู่บนหลักการ 5 ประการตาม CHA 1984 สำหรับ Ontario มีการปรับปรุงแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ครั้งล่าสุดเมื่อ ค.ศ. 2016 (ปรับปรุงจากแนวทาง ค.ศ. 2000) โดยมีรายละเอียดของการปรับปรุงหลายประการ (29) เช่น บริษัทสามารถเสนอยาใหม่เพื่อประเมินผ่านช่องทาง rapid review ก่อนที่จะได้รับการอนุมัติจาก Health Canada โดยยาดังกล่าวจะต้องมีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลต่อภาวะที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หรือสามารถทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นได้อย่างมาก หรือปลอดภัยขึ้นอย่างมาก หรือเป็นยารักษาภาวะที่ไม่มีการรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในประเทศแคนาดา หรือสามารถประหยัดงบประมาณเฉลี่ยได้อย่างน้อย 2.5 ล้านเหรียญต่อปี ในช่วง 3 ปีแรกของการรักษา นอกจากนี้ บริษัทยาต้องเสนอเอกสารเพื่อยืนยันว่ายาที่เสนอเข้าสู่การประเมินไม่มีกรณีพิพาทเกี่ยวกับสิทธิบัตร หรือได้รับสิทธิบัตรอย่างถูกต้อง รวมทั้งบริษัทยาต้องสามารถจัดหาเข้าสู่ระบบได้ ณ วันที่ยาได้รับการบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ หากยาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์แล้วแต่บริษัทไม่สามารถจัดหาได้ ก็อาจพิจารณานำยาออกจากชุดสิทธิประโยชน์ ในกรณีที่ยาหรือเทคโนโลยีผ่านการพิจารณาโดย CADTH ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลางแล้ว ไม่จำเป็นต้องผ่านการพิจารณาตามขั้นตอนอย่างละเอียดโดย CED ซ้ำอีก เพื่อลดเวลาการพิจารณา

สำหรับการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบปัญญาประดิษฐ์ มีหลักฐานของการเพิ่ม telemedicine เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ใน ค.ศ. 2015 (37) อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่า

มีช่องทางพิเศษสำหรับการพิจารณาเทคโนโลยีเหล่านี้โดยเฉพาะ แนวทางกำหนดสิทธิประโยชน์ของ Ontario เพียงแต่ระบุว่า หากมีการนำมาตรการสุขภาพประเภทใหม่ เข้ามาใช้ใน Ontario และแพทย์ต้องการให้เทคโนโลยี นั้นถูกนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ให้ยื่นเรื่องผ่าน Ontario Medical Association เพื่อให้คณะกรรมการ Public Services Procurement Canada พิจารณา หากเทคโนโลยีดังกล่าวยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง ก็จะไม่ถูก บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ถ้าผ่านการศึกษาทดลองมาแล้ว ก็จะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเพื่อเข้าสู่ชุดสิทธิ ประโยชน์ตามปกติ (23)

3.2 Environmental scans

Environmental scans เป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์/ระบุโอกาส ปัจจัยคุกคาม และประเด็นสำคัญที่เริ่ม ก่อตัว (emerging critical issues) ในบริบทด้านการเมือง กฎระเบียบ เทคโนโลยี และเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้ องค์กรสามารถคาดการณ์ ทำความเข้าใจ เตรียมการ และดำเนินการที่เหมาะสมต่อแรงกดดัน แนวโน้ม และปัญหา ที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญ เครื่องมือดังกล่าวให้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ กำหนดยุทธศาสตร์ วางแผน และ พัฒนาโครงการ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับปรุงคุณภาพ จัดลำดับความสำคัญของงานวิจัย ประกอบการตัดสินใจ กำหนดมาตรการ ให้คำแนะนำต่อผู้บริหาร และเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพ (38, 39)

CADTH ใช้เครื่องมือ “environmental scans” (40) เพื่อจัดทำรายงานซึ่งให้ข้อมูลแจ้งเตือน (alerts) แก่ผู้ตัดสินใจ (decision makers) เกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่และที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ซึ่งมี แนวโน้มที่จะมีผลต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศ CADTH ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ระบุเทคโนโลยีที่อยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนา และการพิจารณาอนุมัติการใช้ (adoption) รวมทั้งวิเคราะห์ ปัจจัยแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพ การตัดสินใจเชิงนโยบาย และการใช้ประโยชน์จากหลักฐาน (evidence) ใน การตัดสินใจและการปฏิบัติ ทั้งภายในประเทศแคนาดา (จังหวัด/ดินแดน) และประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความแตกต่างกันของการปฏิบัติ (practice variation) และช่องว่างด้านนโยบาย (policy gaps) รายงานดังกล่าว ยังถูกนำมาใช้ชี้แนะการคัดเลือกหัวข้อสำหรับการประเมินที่ดำเนินการโดย CADTH เช่น การประเมินเทคโนโลยีด้าน สุขภาพ (HTA) และ Optimal Use projects จุดมุ่งหมายของการจัดทำรายงาน environmental scan ได้แก่ การให้ข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับนโยบาย การปฏิบัติ และประเด็นวิจัย ทั้งในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีการนำมาใช้นานแล้ว และที่เพิ่งเริ่มนำมาใช้

สหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์)

1. ระบบประกันสุขภาพ

ประเทศอังกฤษและเวลส์มีระบบประกันสุขภาพในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลผ่านระบบบริการสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) ซึ่งครอบคลุมบริการที่จำเป็น โดยผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย งบประมาณของ NHS มาจากภาษี (General Tax) (41) การบริหารงานภายใต้ NHS ใช้หลักแนวคิดระบบการตลาดที่มีการแข่งขัน ซึ่งมี Clinical Commissioning Groups (CCGs) ที่เป็นการรวมกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners: GPs) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (payers) และ NHS Trusts หรือ Foundation Trusts ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ การแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ จะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น (42-44)

2. การประเมินเทคโนโลยีและจัดทำคำแนะนำต่อ NHS

ในการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ หรือการจัดทำคำแนะนำให้ใช้-ไม่ใช้เทคโนโลยีชนิดหนึ่ง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ (NHS) เทคโนโลยีต้องผ่านการประเมินโดย National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ซึ่งทำหน้าที่ประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของเทคโนโลยี และเสนอผลการประเมินและคำแนะนำต่อ NHS ในการจัดให้มีบริการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น นอกจากนี้ NICE ยังทำหน้าที่จัดทำ Guidelines สำหรับใช้เป็นแนวทางรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (41, 44) การประเมินเทคโนโลยีของ NICE มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมเทคโนโลยีหรือการรักษา/บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นการจัดสรรหรือใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) มีการตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และมีกระบวนการที่โปร่งใส (45)

NICE แบ่งการประเมินเทคโนโลยีออกเป็น 5 โปรแกรม ได้แก่ 1) Technology Appraisal Program (TAP) 2) Medical Technologies Evaluation Program (MTEP) 3) Diagnostics Assessment Program (DAP) 4) Interventional Procedures Program (IPP) และ 5) Medicines and Technologies Program (MTP) เนื่องจาก IPP มีหน้าที่ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของเทคโนโลยี ส่วน MTP ประเมินเฉพาะยา ทั้งสองโปรแกรมจึงไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษา การทบทวนในบทนี้เน้นที่โปรแกรม TAP (45) MTEP (46) และ DAP (47) ประเด็นที่ทบทวนประกอบด้วย 1) เทคโนโลยีที่ประเมิน และวัตถุประสงค์ 2) หน่วยงานที่เสนอหัวข้อ 3) เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ 4) การประเมินเทคโนโลยี 5) ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยี และ 6) ข้อเสนอแนะหลังการประเมินเทคโนโลยี (ตารางที่ 12) ทั้งนี้ NICE ไม่ประเมินเทคโนโลยีที่มีหน่วยงานอื่นรับผิดชอบโดยตรง ได้แก่ 1) การตรวจคัดกรอง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ UK National Screening Committee 2) วัคซีนสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 3) เทคโนโลยีสำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และ 4) เทคโนโลยีการรักษา Haemophilia

ตารางที่ 12 การประเมินเทคโนโลยีและการจัดทำข้อเสนอแนะ (NICE's guidance) ของโครงการภายใต้ NICE

	I. Technology Appraisal Program (TAP)	II. Medical Technologies Evaluation Program (MTEP)	III. Diagnostics Assessment Program (DAP)
1. เทคโนโลยีที่ประเมินและวัตถุประสงค์	ผลิตภัณฑ์ยา (medicinal products) เครื่องมือแพทย์ (medical devices) วิธีตรวจวินิจฉัยโรค (diagnostic techniques) วิธีการผ่าตัด (surgical procedures) ระบบการดูแลผู้ป่วย (systems of care) และเครื่องมือคัดกรองโรค (screening tools)	เครื่องมือแพทย์, active medical devices ⁴⁸ , active implantable medical devices, เครื่องมือแพทย์สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรค ที่ทำนอกร่างกายมนุษย์ (In vitro diagnostic medical devices)	เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยโรค ^{49,50} ได้แก่ การทดสอบทางพยาธิวิทยา (pathological tests) การถ่ายภาพ (imaging) การส่องกล้อง (endoscopy) อัลกอริทึม หรือการทดสอบแบบผสมผสาน (algorithms or test combinations) และการวัดด้านสรีรวิทยา (physiological measurement)
2. วัตถุประสงค์ของการประเมินเทคโนโลยี	ประเมินเทคโนโลยีและจัดทำคำแนะนำ (NICE guidance) หาก NICE แนะนำให้ใช้วิธีการรักษา/ให้บริการใด NHS ต้องจัดให้มีบริการตามคำแนะนำภายใน 3 เดือน (ยกเว้นกรณีที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว)	ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ชนิดใหม่ (ที่มีแนวโน้มจะนำมาใช้หากมีผลการประเมิน) และสนับสนุนความร่วมมือด้านการวิจัยเพื่อสร้างหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี (48)	เพื่อสนับสนุนการยอมรับเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยโรคชนิดใหม่ (ที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่า) อย่างรวดเร็ว ใน NHS ซึ่งจะช่วยปรับปรุงการเลือกวิธีการรักษา หรือปรับปรุงคุณภาพชีวิต และการรอดชีวิต รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของ NHS
3. หน่วยงานที่เสนอหัวข้อ	<ul style="list-style-type: none"> National Institute for Health Research Innovation Observatory (NIHRIO), University of New Castle 	<ul style="list-style-type: none"> การทำ horizon scan โดย National Horizon Scanning Centre, 	<ul style="list-style-type: none"> product sponsors (ผู้ผลิต ผู้พัฒนา และผู้จัดจำหน่ายเทคโนโลยี)

⁴⁸ เครื่องมือแพทย์ที่ทำงานได้โดยใช้พลังงานไฟฟ้า หรือพลังงานอื่น นอกเหนือจากพลังงานจากร่างกายมนุษย์หรือแรงโน้มถ่วง (gravity)

⁴⁹ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค (diagnosis) การติดตามผลทางคลินิก การคัดกรอง (screening) การตรวจคัดแยกผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา (treatment triage) การประเมินสถานะการดำเนินไปของโรค (assessing stages of disease progression) การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification)

⁵⁰ ทั้ง MTEP และ DAP ประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยโรค DAP เหมาะสำหรับการประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัย ซึ่งการประเมินนั้นมีความซับซ้อน เช่น การประเมินเทคโนโลยีหลายชนิดที่ใช้ร่วมกัน เทคโนโลยีที่มีหลายข้อบ่งใช้ และ companion diagnostic technologies (เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยโรคที่ใช้ระบุผู้ป่วยที่น่าจะได้ประโยชน์จากวิธีการรักษาหนึ่ง ๆ ช่วยวิเคราะห์จัดระดับความเจ็บป่วย ออกแบบวิธีการรักษา และกำหนดขนาดยาให้เหมาะสม)

	I. Technology Appraisal Program (TAP)	II. Medical Technologies Evaluation Program (MTEP)	III. Diagnostics Assessment Program (DAP)
	<p>มีหน้าที่แจ้งเตือน NICE เกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่ หรืออยู่ระหว่างการพัฒนา</p> <ul style="list-style-type: none"> บริษัทเอกชน (sponsors) 	<p>University of Birmingham (ดำเนินการในนามของNICE)</p> <ul style="list-style-type: none"> บริษัทเอกชน (sponsors) 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้เสนออื่น ๆ: National Clinical Directors⁵¹, ราชวิทยาลัยทางการแพทย์องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ และ national screening programs
4. เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประโยชน์ด้านการรักษา หรือสุขภาพของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ NHS 2) ผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพอื่น ๆ ในปัจจุบัน 3) ผลกระทบต่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของ NHS 4) ผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะสมในระดับประเทศ 5) ประโยชน์จากการจัดทำแนวทาง (guidance) และการนำไปใช้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประโยชน์ต่อผู้ป่วย 2) ประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ เช่น ลดการใช้ทรัพยากร ความสะดวกในการให้บริการ ศักยภาพที่จะแทนที่เทคโนโลยีในปัจจุบัน 3) จำนวนผู้ป่วย 4) ผลกระทบจากการเกิดโรค 5) ต้นทุนของการเริ่มดำเนินงาน (รวมต้นทุนด้านสาธารณสุขบุคคล) ต้นทุนการดำเนินงาน (การบำรุงรักษาและวัสดุสิ้นเปลือง) 6) ความยั่งยืน เช่น ใช้พลังงานน้อยลง เกิดของเสียลดลงในกระบวนการผลิตและการใช้เทคโนโลยี⁵² 	<ol style="list-style-type: none"> 1) เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่มีศักยภาพสูง แต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มภาระงบประมาณโดยรวมใน NHS อย่างมาก 2) เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นอรรถประโยชน์ (utility) และต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility) 3) เทคโนโลยีที่มีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกมากกว่า โดยใช้ต้นทุนเท่ากัน และผลลัพธ์ทางคลินิกเท่ากัน แต่ใช้ต้นทุนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน
5. การประเมินเทคโนโลยี	รูปแบบการประเมิน	Medical Technologies Advisory Committee (MTAC) ⁵³ พิจารณาว่า MTAC	<ul style="list-style-type: none"> ก่อนเริ่มการประเมิน NICE จัดกระบวนการกำหนดขอบเขต (scoping)

⁵¹ National Clinical Directors คือ แพทย์ที่ให้บริการในพื้นที่ทั่วประเทศอังกฤษ ที่ทำงานแบบ part-time กับ NHS โดยการเป็นผู้จัดการ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล หรือให้การสนับสนุนบริการในสาขาต่าง ๆ เช่น มะเร็ง สมองเสื่อม เบาหวานและโรคอ้วน เด็กและวัยรุ่น ผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

⁵² แม้เกณฑ์การคัดเลือกจะมีน้ำหนักเท่ากัน การให้ความสำคัญกับเกณฑ์แต่ละข้ออาจแตกต่างกันตามชนิดของเทคโนโลยี โดยขึ้นอยู่กับบริบทของการนำเทคโนโลยีไปใช้ และเงื่อนไขทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

⁵³ ประกอบด้วยแพทย์ผู้พัฒนาและใช้เทคโนโลยี นักวิทยาศาสตร์ ประชาชนทั่วไปที่สามารถให้ข้อคิดเห็น (lay perspective) เกี่ยวกับประเด็นที่มีผลต่อผู้ป่วยและ NHS ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมกำกับและประเมินระบบบริการสุขภาพ และประชาชนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอุตสาหกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์

	I. Technology Appraisal Program (TAP)	II. Medical Technologies Evaluation Program (MTEP)	III. Diagnostics Assessment Program (DAP)
	<p>1) Single technology appraisal (STA) การประเมินเทคโนโลยีที่มีข้อบ่งใช้เพียงข้อเดียว</p> <p>2) Fast track appraisal (FTA) การประเมินเทคโนโลยีที่มีข้อบ่งใช้เดียว แต่ใช้ระยะเวลาการประเมินสั้นกว่าปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาใหม่ ๆ ที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิผลและคุ้มค่าได้รวดเร็วขึ้น</p> <p>3) Multiple technology appraisal (MTA) การประเมินมากกว่า 1 เทคโนโลยี หรือการประเมินเพียงเทคโนโลยีชนิดเดียว แต่มีข้อบ่งใช้มากกว่า 1 ข้อ</p>	<p>จะประเมินเทคโนโลยีนั้นเอง หรือ แนะนำให้โปรแกรมอื่น ๆ ของ NICE เป็นผู้ประเมิน ตามความเหมาะสม หรือ ไม่เลือกเทคโนโลยีนั้นมาประเมิน</p>	<p>process) เพื่อให้ได้หัวข้อการประเมินที่ชัดเจนและเหมาะสม คือ การกำหนดว่าการประเมินจะครอบคลุมประเด็นใด และมีคำถามใดบ้างที่ต้องตอบ โดยที่การประเมินนั้นจะแล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด และใช้ทรัพยากรไม่เกินกว่าที่มีอยู่</p> <ul style="list-style-type: none"> • NICE ประเมินความน่าเชื่อถือด้านวิทยาศาสตร์/วิศวกรรมศาสตร์ของเทคโนโลยี ควบคู่ไปกับผลกระทบต่อต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย
6. ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยี	<p>1) การส่งหลักฐานวิชาการ ผู้เสนอหัวข้อส่งข้อมูลหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับเทคโนโลยี ทั้งด้านคลินิกและเศรษฐศาสตร์ NICE หาข้อมูลหลักฐานจากหลายแหล่ง แต่ส่วนใหญ่ได้จากบริษัทที่เป็น sponsors</p> <p>2) การทบทวนหลักฐานวิชาการ รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อมูลจากคณะที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และผู้ประกอบวิชาชีพ Evidence review group (ERG) และ technical team พิจารณาข้อคิดเห็นและข้อมูล เพื่อจัดทำรายงานวิชาการ (technical reports)</p> <p>3) การประเมินเทคโนโลยี Technology Appraisal Committee (TAC) พิจารณาข้อมูล/รายงานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น ๆ</p>	<p>1) ที่ปรึกษา (expert advisers) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเทคโนโลยีต่อ MTAC</p> <p>2) ผู้ป่วยและองค์กรของผู้ดูแลผู้ป่วย (carer organisations) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีชีวิตรอยู่ กับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และ/หรือ เทคโนโลยีเปรียบเทียบ (comparators)</p> <p>3) NICE มอบหมายหน่วยงานที่เป็น External Assessment Centers (รวมทั้ง NHS และ สถาบันการศึกษา) ให้ประเมินเทคโนโลยี</p> <p>4) MTEP รวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็น (รวมทั้งข้อคิดเห็นจากประชาชนที่สนใจ) และจัดทำ Briefing notes ซึ่งครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี ต้นทุน คำแนะนำ</p>	<p>1) External Assessment Group (EAG) เป็นผู้ประเมินเทคโนโลยี ในประเด็นความแม่นยำ ประสิทธิภาพ และต้นทุน-ประสิทธิผล โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลจาก sponsors, ผู้เชี่ยวชาญ และแหล่งอื่น ๆ จากนั้นจึงจัดทำรายงานที่เรียกว่า Diagnostics Assessment Report (DAR)</p> <p>2) NICE จัดส่ง DAR ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ขึ้นทะเบียนไว้ (registered stakeholders) เพื่อขอความคิดเห็น หลังจากนั้น รวบรวมความคิดเห็นเสนอ Diagnostics Advisory Committee ในบางกรณี EAG ปรับปรุง evidence หรือ models และวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม</p>

	I. Technology Appraisal Program (TAP)	II. Medical Technologies Evaluation Program (MTEP)	III. Diagnostics Assessment Program (DAP)
	<p>เพื่อให้ข้อเสนอแนะ⁵⁴ โดยการจัดทำ appraisal consultation document (ACD)⁵⁵ หรือ final appraisal document (FAD)</p> <p>4) Consultation หาก TAC จัดทำ ACD NICE ต้องจัดการหารือ (consultation) ผู้เชี่ยวชาญ และสาธารณะ ก่อนจัดทำ FAD ซึ่งจะเป็พื้นฐานในการจัดทำคำแนะนำต่อไป</p>	<p>จากผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย และประโยชน์ต่อผู้ป่วยและ NHS เพื่อเสนอ MTAC พิจารณา</p> <p>5) เมื่อ MTAC ยกร่างข้อเสนอแนะแล้ว จะจัดทำ consultation documents เพื่อหารือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนที่สนใจ</p>	<p>3) DAC จัดทำร่างข้อเสนอแนะใน Diagnostics Consultation Document เพื่อหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและสาธารณะ แล้วจึงพิจารณาความคิดเห็นและจัดทำข้อเสนอแนะใน Diagnostics Guidance Document</p>
7. ข้อเสนอแนะหลังการประเมินเทคโนโลยี	<p>ข้อเสนอแนะ แบ่งออกเป็น 5 รูปแบบ</p> <p>1) Recommended – แนะนำให้ใช้เทคโนโลยี เนื่องจากใช้ทรัพยากรน้อยกว่าหรือใช้ทรัพยากรเท่ากันเมื่อเทียบกับเทคโนโลยีที่ใช้ในปัจจุบัน</p> <p>2) Optimised – แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีในกรณีเฉพาะ เช่น ใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม</p> <p>3) Recommended สำหรับ Cancer Drugs Fund – แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคมะเร็ง (มีหลักฐานด้านประสิทธิผลทาง</p>	<p>ข้อเสนอแนะ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ</p> <p>1) Recommendation for use of a technology – แนะนำให้ใช้เทคโนโลยี ที่มีประโยชน์ทางคลินิกและ/หรือระบบสุขภาพ ใช้ทรัพยากรน้อยกว่าหรือใช้ทรัพยากรเท่ากันเมื่อเทียบกับเทคโนโลยีที่ใช้ในปัจจุบัน</p> <p>2) Recommendation for development of further evidence - แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีในกรณีเฉพาะ หรือแนะนำให้พัฒนาหรือทำการศึกษาเพิ่มเติม</p>	<p>ข้อเสนอแนะ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ</p> <p>1) Recommendation for use of a diagnostic test, may be limited to specific circumstances - แนะนำให้ใช้ชุดทดสอบ (อาจจำกัดการใช้ในสถานการณ์เฉพาะ)</p> <p>2) Recommendation for use of a diagnostic test as an option, may be limited to specific circumstances - แนะนำให้ใช้ชุดทดสอบเป็นทางเลือกหนึ่ง (อาจจำกัดการใช้ในสถานการณ์เฉพาะ)</p>

⁵⁴ แม้การประเมินจะเน้นที่ประสิทธิผลทางคลินิก และต้นทุน-ประสิทธิผล ของเทคโนโลยีเป็นหลัก คณะกรรมการต้องยึดหลักการ social value judgement principles ซึ่งประกอบด้วย Respect for autonomy, non-maleficence, beneficence และ distributive justice (<https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/our-principles>)

⁵⁵ TAC จัดทำ ACD เฉพาะกรณีทีร่างคำแนะนำมีความเข้มงวดกว่าสถานะ/เงื่อนไขที่กำหนดในการอนุญาตให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ในท้องตลาดอย่างชัดเจน หรือ TAC ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีนั้น

	I. Technology Appraisal Program (TAP)	II. Medical Technologies Evaluation Program (MTEP)	III. Diagnostics Assessment Program (DAP)
	<p>คลินิกชัดเจน แต่ยังคงพิจารณาหลักฐานด้านความคุ้มค่าของต้นทุนเพิ่มเติม)</p> <p>4) Only in research – ให้ใช้เทคโนโลยีในการทำวิจัยทางคลินิกเท่านั้น เนื่องจากไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะแนะนำให้ใช้ใน NHS</p> <p>5) Not recommended – เทคโนโลยีที่ประเมินมีหลักฐานทางคลินิกไม่เพียงพอหรือไม่คุ้มค่าที่จะใช้ใน NHS</p>	<p>3) Recommendation for use in a research context – แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีในการศึกษาวิจัย</p> <p>4) Case for adoption not supported – ไม่แนะนำให้ใช้เทคโนโลยี</p>	<p>3) recommendation for use only in research - แนะนำให้ใช้ชุดทดสอบในการวิจัยหรือ แนะนำให้ใช้ชุดทดสอบในสถานการณ์เฉพาะ ร่วมกับทำการวิจัย</p> <p>4) Not recommended - ไม่แนะนำให้ใช้ชุดทดสอบ</p>

3. การแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานของ NICE ในช่วง พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน

NICE ได้พัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดอย่างต่อเนื่อง เช่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา มีการเผยแพร่ความก้าวหน้าเกี่ยวกับการคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีบนเว็บไซต์⁵⁶ เพื่อเปิดเผยข้อมูลซึ่งช่วยให้เกิดความโปร่งใส (49) รวมทั้งการแยกการประเมินยารักษาโรคมะเร็งออกจาก TAP และจัดตั้ง Cancer Drugs Fund (CDF) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงยาหรือวิธีการรักษาที่เป็นเทคโนโลยีใหม่ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (50) ประเด็นที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงกระบวนการ UCBP ได้แก่ การประเมินเทคโนโลยีแบบเร่งด่วน และการประเมิน companion diagnostic tests

3.1 การประเมินเทคโนโลยีแบบเร่งด่วน (Fast-track technology appraisal: FTA)

การประเมินเทคโนโลยีแบบเร่งด่วน หรือ FTA เริ่มขึ้นใน พ.ศ. 2560 เพื่อประเมินเทคโนโลยีชนิด single technology ที่มีความคุ้มค่าอย่างมาก (offer exceptional value for money) การประเมินใช้เวลาน้อยกว่าปกติ (ภายใน 32 สัปดาห์ แทนที่จะเป็น 48 สัปดาห์ ตามกระบวนการปกติ) และ NHS ต้องจัดให้มีบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีที่ผ่านการประเมินแบบ FTA ภายใน 30 วัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ได้อย่างรวดเร็ว (45) นอกจากนี้ มีข้อกำหนดให้บริษัทที่เป็น sponsor ส่งโครงสร้างสำหรับ patient access scheme ให้ NICE พิจารณา หากมีความประสงค์จะเสนอเทคโนโลยีเข้าสู่การประเมินในช่องทางเร่งด่วน

เกณฑ์การคัดเลือกเทคโนโลยีเข้าสู่การประเมินแบบเร่งด่วน ได้แก่เทคโนโลยีที่มีคุณสมบัติดังนี้

- มีข้อมูลจากบริษัท (sponsor) ชี้ว่า เทคโนโลยีมีค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) ต่ำกว่า GBP10,000 ต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น หรือ
- มีความเป็นไปได้อย่างมากว่า เทคโนโลยีมีค่า ICER ต่ำกว่า GBP20,000 ต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น และมีความเป็นไปได้น้อยมากที่ค่า ICER จะสูงกว่า GBP30,000 ต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น หรือ
- การเปรียบเทียบต้นทุน แสดงความเป็นไปได้ว่าเทคโนโลยีที่นำมาประเมินจะให้ประโยชน์ด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน หรือ มากกว่า แต่มีต้นทุนที่ใกล้เคียงกัน หรือ ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีที่มีข้อบ่งชี้เดียวกัน ที่แนะนำให้ใช้ในปัจจุบัน

3.2 การประเมิน companion diagnostic tests

NICE ได้กำหนดนิยาม companion diagnostic tests (CDx) ว่าหมายถึง เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่ใช้ในการระบุตัวผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดรักษา การทดสอบเหล่านี้ยังอาจช่วยจัดกลุ่มของผู้ป่วยตามสถานะความรุนแรงและการดำเนินของโรค และช่วยเลือกยาและขนาดที่จะสั่งใช้ให้เหมาะสม CDx มีความสำคัญมากขึ้นต่อผู้กำหนดนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากยาในกลุ่ม personalized หรือ stratified medicines ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายในท้องตลาดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มต่อไปในอนาคต (51) การใช้ CDx ในการตรวจวินิจฉัยโรคและระบุกลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับยา นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วย

⁵⁶ ผลการคัดเลือกหัวข้อตั้งแต่กรกฎาคม 2554 ถึงธันวาคม 2557 ยังคงเก็บไว้ภายใต้ข้อตกลงการรักษาความลับ

เข้าถึงยาและใช้ยาอย่างสมเหตุผลแล้ว ยังส่งผลต่อต้นทุนและค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นหน่วยงานด้าน HTA รวมทั้ง NICE จึงมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม

NICE ได้กำหนดแนวทางการประเมิน CDx ดังนี้ 1) วิธีการทดสอบที่เกี่ยวกับยาใหม่ (New drugs) จะถูกประเมินภายใต้ Technology Appraisal Program (TAP) โดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินยาใหม่นั้น ๆ และ 2) วิธีการทดสอบที่เกี่ยวกับยาที่ไม่ใช่ยาใหม่ จะถูกประเมินภายใต้ Diagnostics Assessment Program (DAP) ทั้งสองแนวทาง ใช้ quality-adjusted life-years (QALYs) ในการเปรียบเทียบประสิทธิผลทางคลินิก และต้นทุน-ประสิทธิผลของเทคโนโลยี ในเดือนมกราคม 2013 NICE ปรับปรุงวิธีประเมินเทคโนโลยีภายใต้ TAP ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ CDx โดยเน้นการประเมินด้วย pragmatic approach ที่ไม่ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการประเมินผลิตภัณฑ์ยา (51) ในกรณีที่ CDx ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เฉพาะในการตัดสินใจเลือกใช้ยาชนิดหนึ่ง ๆ ต้นทุนของการทดสอบถูกรวมเข้ากับการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของยานั้น ตามวิธีประเมินที่ได้รับการปรับปรุงนี้ จะต้องทำ sensitivity analysis ของต้นทุน-ประสิทธิผล หากไม่รวมต้นทุนของ CDx ในการประเมิน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องผลกระทบของ CDx ต่อต้นทุน-ประสิทธิผลของยา เนื่องจากมี CDx ชนิดใหม่จำนวนมากได้รับการพัฒนาขึ้น สำหรับใช้กับยาที่ NICE แนะนำให้ใช้ใน NHS อยู่ก่อนแล้ว ผู้ผลิต/จำหน่ายชุดทดสอบเหล่านี้ อาจแจ้งต่อ NICE เพื่อพิจารณาโดย DAP ในกรณีดังกล่าว จะไม่ย้อนกลับไปประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของยา แต่จะประเมินเพื่อหา CDx ที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

ประเทศสวีเดน

1. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

ประชาชนในประเทศสวีเดนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่เป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Service system) ตามกฎหมาย Health and Medical Services Act of 1982 ซึ่งกำหนดว่า รัฐต้องจัดให้มีบริการสาธารณสุขด้วยเงื่อนไขที่เท่าเทียมกันสำหรับประชากรทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพภาครัฐจึงมีให้แก่ประชาชนทุกคนแบบอัตโนมัติ (automatic) ผ่านระบบ co-payment ที่ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ แต่ไม่เกินเพดานราคาที่รัฐกำหนดไว้ (1,100 โครนสวีเดน หรือ ประมาณ 4,000 บาท) หากเกินจากจำนวนนี้ไปภาครัฐเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย เพื่อป้องกันประชาชนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (52, 53) กลุ่มเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ได้รับการยกเว้น ไม่ต้องร่วมจ่าย (54)

การบริหารงานด้านสาธารณสุขของประเทศสวีเดนสามารถแบ่งตามบทบาทหน้าที่ของภาครัฐได้เป็น 3 ระดับ (52, 55, 56) คือ

- 1) **ระดับประเทศ** รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขและกิจการสังคม (Ministry of Health and Social Affairs) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบายผ่านหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัด
- 2) **ระดับภูมิภาค** รับผิดชอบโดยสภาเขต (County councils) จำนวน 21 แห่ง ทำหน้าที่จัดสรรและบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข รวมถึงจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมแก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 3) **ระดับท้องถิ่น** รับผิดชอบโดยเทศบาล (Municipality) ทำหน้าที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้⁵⁷

หน่วยงานระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น เป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุข โดยใช้งบประมาณที่มาจากภาษีที่เป็นรายรับของสภาเขตและเทศบาลเป็นหลัก ในขณะที่รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณเพียงบางส่วน ด้วยเหตุนี้ สภาเขตจึงเป็นผู้กำหนดราคาค่าบริการสาธารณสุขและอัตราร่วมจ่ายของประชาชน และมีชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของเครื่องมือและบุคลากรในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์ในภาพรวมครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม สุขภาพจิต การดูแลระยะยาว และยา (52-55)

2. กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพโดยทั่วไป

แม้ว่าชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน แต่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาและบริการทันตกรรม ที่สามารถเบิกจ่ายจากภาครัฐ ถูกกำหนดโดยหน่วยงานกลางในระดับประเทศ คือ Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV)

2.1 ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา และบริการทันตกรรม

⁵⁷ มีการรวมกลุ่มกันของสภามณฑลและเทศบาล จัดตั้งเป็นหน่วยงานที่เรียกว่า “The Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)” เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินนโยบายต่าง ๆ จากรัฐบาลกลาง

Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV) พิจารณาผ่านกระบวนการที่ให้บริษัทฯ เสนอรายการยาที่ได้รับการรับรองจาก Swedish Medical Products Agency หรือ European Commission และมีการจำหน่ายในประเทศสวีเดน ผู้เสนอยาต้องส่งหลักฐานทางวิชาการ ได้แก่ ข้อมูลประสิทธิผลทางคลินิก และข้อมูลต้นทุน-ประสิทธิผล จากนั้น TLV พิจารณาหลักฐานที่ได้รับเพื่อตัดสินใจบรรจุรายการยาต่าง ๆ เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยใช้มุมมองทางสังคม (societal perspective) ในการประเมินความคุ้มค่า ยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ อาจได้รับการทบทวนความคุ้มค่าอีกครั้ง หากมีรายการใหม่ออกจำหน่ายและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดประสิทธิผลทางการรักษาที่ดีกว่า ในต้นทุนที่ต่ำลง (57)

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรม⁵⁸ ที่กำหนดโดย TLV (58) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ General dental care grant (บริการทันตกรรมทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี) Specific dental care grant (สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาด้านทันตกรรม เนื่องจากโรคหรือความพิการต่าง ๆ) และ High-cost protection scheme (บริการทันตกรรมราคาแพง) ซึ่งกำหนดอัตราร่วมจ่ายไว้ตามค่าบริการ อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและเกณฑ์กำหนดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว

2.2 ชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุขอื่น ๆ

ถึงแม้ชุดสิทธิประโยชน์ที่นอกเหนือจากยาและบริการทันตกรรม จะกำหนดโดยสภาเขตของแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา TLV ได้จัดทำรายงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment: HTA) ของเครื่องมือแพทย์ (Medical devices) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของสภาเขตทั้ง 21 แห่ง ในการจัดให้มีบริการด้วยเครื่องมือแพทย์ การจัดทำรายงาน HTA ของ TLV มีวัตถุประสงค์ (59) ดังนี้

- 1) ทำให้เกิดความโปร่งใสของต้นทุนทางตรงและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแนะนำและการใช้เครื่องมือแพทย์
- 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- 3) ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรของประเทศ สำหรับการประเมินตามความรู้ที่มีให้เป็นไปอย่างเหมาะสม
- 4) สร้างความรู้และช่วยให้มีการใช้เครื่องมือแพทย์บนพื้นฐานที่เท่าเทียมกันทั่วประเทศ
- 5) ส่งเสริมให้เกิดข้อเสนอแนะด้านการจัดการเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่ในประเทศ

จุดเริ่มต้นของการประเมินเครื่องมือแพทย์ คือ ในช่วง พ.ศ. 2555 ถึง 2556 รัฐบาลสวีเดนมอบหมายให้ TLV ประเมินเครื่องมือแพทย์บางรายการ ต่อมาใน พ.ศ. 2557 รัฐบาลมีแนวคิดที่จะพัฒนาวิธีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับเครื่องมือแพทย์และนวัตกรรมใหม่ที่ยังไม่ได้วางจำหน่ายในประเทศ รวมถึงการขาดข้อมูลต้นทุน-ประสิทธิผลที่สามารถตรวจสอบและเชื่อถือได้ ใน พ.ศ. 2558 TLV ร่วมกับสภาเขตและหน่วยงานอื่น ๆ พัฒนาระบบการประเมินเครื่องมือแพทย์เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ในปีเดียวกันนี้ TLV ได้

⁵⁸ เด็กที่อายุต่ำกว่า 23 ปี ได้รับการบริการด้านทันตกรรมฟรี

เผยแพร่รายงาน “Economic evaluation of medical devices” ซึ่งรวบรวมผลการศึกษาในช่วงของการพัฒนากระบวนการฯ (60) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินประสิทธิผล ค่าใช้จ่าย และการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล ตลอดจนความไม่แน่นอนในการประเมิน (uncertainty in the assessment)

2) การประเมินผลกระทบด้านจริยธรรม กฎหมาย และหน่วยงาน รวมถึงผลกระทบด้านงบประมาณที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดให้มีบริการเครื่องมือแพทย์แก่ประชาชน

3. การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดย Swedish Agency For Health Technology Assessment of Social Services (SBU)

SBU เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เป็นลำดับแรก และใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic literature reviews) จากผลงานทางวิชาการที่มีการตีพิมพ์แล้ว เป็นจุดตั้งต้นของการประเมินแต่ละโครงการ (61, 62) อย่างไรก็ตาม การประเมินเทคโนโลยีของ SBU ไม่ได้มีผลหรือมีการนำไปใช้โดยตรงในการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ แต่ผู้กำหนดนโยบาย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา (63)

3.1 การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การประเมินเทคโนโลยีของ SBU เริ่มต้นที่การรับข้อเสนอ/หัวข้อจากหน่วยงานและบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ให้บริการทางสังคม (social services) ผู้บริหารระดับสูงในสภาเขต สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์ของ SBU (SBU Scientific Advisory Committees) (64, 65) ข้อเสนอ/หัวข้อที่ส่งเข้ามาถึง SBU จะถูกนำไปคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน โดยใช้เกณฑ์ (topic selection criteria) ดังนี้

- 1) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต (major importance for life and health)
- 2) มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก (affects many)
- 3) มีความแตกต่างกันอย่างมากในการให้บริการ/การปฏิบัติงาน (wide variation in practice)
- 4) มีความไม่แน่นอนของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (uncertainty about the strength of scientific evidence)
- 5) มีผลกระทบอย่างมากด้านเศรษฐกิจ (major economic consequences)
- 6) มีประเด็นที่สำคัญทางจริยธรรม (important ethical issue)
- 7) มีผลกระทบอย่างมากต่อองค์กรหรือบุคลากร (major impact on organization or staff)
- 8) เป็นประเด็นที่มีข้อขัดแย้ง/โต้เถียง หรือได้รับความนิยม (controversial or popular issue)

3.2 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ในการประเมินเทคโนโลยี SBU ใช้เวลาศึกษาวิจัยประมาณ 1–2 ปี ต่อโครงการ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นหลัก ทั้งนี้ มีการจัดทำแนวทาง “Assessment of methods in health care and social services” เพื่อชี้แจงรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ HTA ที่ดำเนินการโดย SBU (64)

การศึกษาวิจัยแต่ละโครงการของ SBU มีการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญทั้งทางปฏิบัติและเชิงวิชาการ ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ และบุคลากรของ SBU เอง นอกจากนี้ โครงการที่ดำเนินการแล้วเสร็จ ต้องผ่านการตรวจสอบและอนุมัติโดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการอิสระ คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิทยาศาสตร์ภายใน SBU และคณะกรรมการบริหาร SBU (66) การประเมินเทคโนโลยีภายใต้ SBU ครอบคลุมการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบ ความเสี่ยง และต้นทุน โดยคำนึงถึงประเด็นด้านสังคมและจริยธรรม การประเมินอย่างเต็มรูปแบบของ SBU จึงประกอบไปด้วยการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข รวมทั้งผลกระทบด้านสังคม และจริยธรรม (64) การดำเนินการประเมินเทคโนโลยีตามแนวทางของ SBU สามารถสรุปเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้ (64, 65)

1) กำหนดคำถามงานวิจัยที่ต้องการหาคำตอบจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PICO ได้แก่ Population, Intervention, Control และ Outcome พร้อมกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า และคัดออกของเอกสารที่เลือกมาใช้ในการทบทวน

2) กำหนดวิธีสืบค้น (Search strategies) และคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในตอนต้น โดยสืบค้นข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อลดการเกิดอคติในงานวิจัย

3) ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือก แล้วสรุปข้อมูลที่ได้จากการทบทวน ในขั้นตอนนี้ SBU ได้จัดทำรายการตรวจสอบเอกสาร (Checklist) เพื่อตรวจสอบคุณภาพ (Quality assessment) ของขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม

4) วิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปของโครงการวิจัย

การประเมินเทคโนโลยีบางรายการ อาจนำไปใช้อ้างอิงในแนวทางหรือคู่มือระดับประเทศ ที่ประกาศโดยคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare: NBHW) และ TLV (64) ถึงแม้ว่าสภาเขตได้จัดตั้งหน่วยงาน HTA ขึ้นภายใน เพื่อประเมินยาและเทคโนโลยีอื่น ๆ ในเบื้องต้น แต่การพัฒนาที่รวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้ SBU ยังคงเป็นหน่วยงานที่น่าเชื่อถือสำหรับการดำเนินงานด้าน HTA ในระดับประเทศ (56, 67)

เอกสารอ้างอิง

1. healthdirect. What is Medicare? Australia2020 [updated February 2020]. Available from: <https://www.healthdirect.gov.au/what-is-medicare#:~:text=Medicare%20is%20the%20scheme%20that,no%20cost%20or%20low%20cost>.
2. Department of Health (Australia). Medicare Benefits Schedule. Canberra; 2020 [updated July18, 2019]. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/hta/publishing.nsf/Content/mbs-1>.
3. Department of Health (Australia). The MBS Quality Framework. Canberra; 2020 [updated May16, 2011]. Available from: https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/MBS_Quality_Framework.
4. Department of Health. The MBS Quality Framework. 2011 [updated May16, 2011]. Available from: https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/MBS_Quality_Framework.
5. Department of Health (Australia). Medicare Benefits Schedule (MBS) Review. Canberra; 2020 [updated September10, 2019]. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/MBSReviewTaskforce>.
6. Department of Health (Australia). Consumer Panel of the Medicare Benefits Schedule Review Taskforce. Canberra; 2020 [updated February12, 2019]. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/MBSR-committees-consumer-panel-medicare-benefits-schedule-review-taskforce>.
7. Medicare Benefits Schedule Review Taskforce. Medicare Benefits Schedule Review Taskforce: interim report to the Minister for Health. Canberra; 2016.
8. Department of Health (Australia). Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Canberra; 2020 [updated November9, 2020]. Available from: <https://www.pbs.gov.au/pbs/home;jsessionid=1fmrl2uh0qatv1kzl673pzd85y>.
9. Robinson B. Reviews of the Medicare Benefits Schedule and the NHMRC. 2016. Available from: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E9692136581B7A90CA257F9B0002ED70/\\$File/presnhmrc.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E9692136581B7A90CA257F9B0002ED70/$File/presnhmrc.pdf).
10. Sandmann FG, Franken MG, Steenhoek A, Koopmanschap MA. Do reassessments reduce the uncertainty of decision making? Reviewing reimbursement reports and economic evaluations of three expensive drugs over time. Health policy. 2013;112(3):285-96.
11. Department of Health and Ageing. Review of Health Technology Assessment in Australia. Canberra; 2009.

12. Department of Health (Australia). Health Technology Assessment (HTA) 2017 [updated February 27, 2017]. Available from: <https://www1.health.gov.au/internet/hta/publishing.nsf/Content/home-1>.
13. Department of Health (Australia). Medical Services Advisory Committee. Canberra; 2020 [updated May 15, 2019]. Available from: <http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/FAQ-01>.
14. Medical Services Advisory Committee (MSAC). Process Framework. Medical Services Advisory Committee (MSAC) Reform Implementation. Canberra; 2016.
15. Department of Health (Australia). What is Co-dependent Technology? Canberra; 2020 [updated June 6, 2018]. Available from: <http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/Factsheet-09>.
16. Department of Health (Australia). Product type 4 – Codependent technologies. Canberra; 2020 [updated September 2016]. Available from: <https://pbac.pbs.gov.au/product-type-4-codependent-technologies.html>.
17. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles: Canada. New York City, NY: Commonwealth Fund; 2020 [updated June 5, 2020]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>.
18. Government of Canada. Canada's Health Care System. 2019 [updated September 17, 2019]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>.
19. Canada Health Act, (1984).
20. Statistics Canada. Population and demography statistics. 2020 [updated June 18, 2020]. Available from: https://www.statcan.gc.ca/eng/subjects-start/population_and_demography.
21. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *The Lancet*. 2018;391(10131):1718-35.
22. Ontario Public Drug programs. Ontario Public Drug programs: Improving Access, Ensuring Sustainability Annual report 2015-2016. Toronto, Ontario; 2016.
23. Ministry of Health and Long Term Care. Schedule of Benefits: Physician Services Under the Health Insurance Act. Toronto, Ontario; 2015.
24. Public Appointments Secretariat. Physician Services Payment Committee. Toronto, Ontario; 2020 Available from: <https://www.pas.gov.on.ca/Home/Agency/345#:~:text=The%20Committee%20has%20the%20responsibility,programs%20to%20reflect%20current%20medical>.

25. Ministry of Health. Appropriateness Working Group Recommendations. Toronto, Ontario; 2019 [updated August22, 2019]. Available from: <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2019/08/appropriateness-working-group-recommendations.html>.
26. Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*. 2016;120(7):732-8.
27. Aggarwal M, Williams AP. Tinkering at the margins: evaluating the pace and direction of primary care reform in Ontario, Canada. *BMC Family Practice*. 2019;20(1):128.
28. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Procedures for the CADTH Common Drug Review and Interim Plasma Protein Product Review. June25, 2020.
29. Ontario Public Drug Programs. Ontario Guidelines for Drug Submission and Evaluation. Toronto, Ontario; September22, 2016.
30. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Topic Identification and Prioritization Process. 2015.
31. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. About Optimal Use. 2020 Available from: <https://www.cadth.ca/about-cadth/what-we-do/products-services/optimal-use>.
32. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Guideline for Authors of CADTH Health Technology Assessment Reports. May16, 2003.
33. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. CADTH Review Process for Cell and Gene Therapies. January9, 2020.
34. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Overview of HTA and OU Medical Devices and Clinical Interventions. 2020 [updated May4, 2020]. Available from: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/Overview%20of%20HTA%20and%20OU%20Medical%20Devices%20and%20Clinical%20Interventions.pdf>.
35. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Therapeutic Review Framework and Process. 2019.
36. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada (4th edition). March 2017.
37. Digital Health Division. Virtual Care Billing Information Manual. Ontario; 2020.
38. Wilburn A, Vanderpool R, Knight J. Environmental Scanning as a Public Health Tool: Kentucky's Human Papillomavirus Vaccination Project. *Preventing Chronic Disease*. 2016;13(E109):1-6.
39. Charlton P, Doucet S, Azar R, Nagel D, Boulos L, Luke A, et al. The use of the environmental scan in health services delivery research: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019;9:e029805.

40. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Environmental scan process. Toronto, Ontario; 2015.
41. Thorlby R. International Health Care System Profiles: England. New York City, NY: Commonwealth Fund; 2020 [updated June5, 2020]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.
42. The King's Fund. How does the NHS in England work? An alternative guide. London; 2017 [updated October6, 2017]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/how-does-nhs-in-england-work>.
43. Sasse T. NHS procurement: Institute for Government; 2020 [updated April27, 2020]. Available from: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/explainers/nhs-procurement>.
44. Smith PC, Chalkidou K. Should countries set an explicit health benefits package? the case of the English National health service. Value in Health. 2017;20(1):60-6.
45. National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the processes of technology appraisal. London; 2018.
46. National Institute for Health and Care Excellence. Medical technologies evaluation programme methods guide. London; 2017.
47. National Institute for Health and Care Excellence. Diagnostics Assessment Programme manual. London; 2011.
48. National Institute for Health and Care Excellence. Medical technologies evaluation programme process guide. London; 2017.
49. National Institute for Health and Care Excellence. Topic selection: London; 2020 Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/topic-selection>.
50. National Institute for Health and Care Excellence. Cancer Drugs Fund.; 2020 Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/cancer-drugs-fund>.
51. Byron S, Crabb N, George E, Marlow M, Newland A. The Health Technology Assessment of Companion Diagnostics: Experience of NICE. Clinical Cancer Research. 2014;20:1469-76.
52. Glenngård AH. International Health Care System Profiles: Sweden. New York City, NY: Commonwealth Fund; 2020 [updated June5, 2020]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>.
53. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. A brief introduction to the Swedish system for pricing and reimbursement of pharmaceutical products. Stockholm, Sweden; 2017.

54. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Sweden: Country Health Profile 2017. Paris, France; 2017.
55. Commonwealth Fund. International Profiles of Health Care Systems. New York City, NY; 2017.
56. Shah SMB, Barron A, Klinger C, Wright JS. A regulatory governance perspective on Health Technology Assessment (HTA) in Sweden. Health Policy. 2014;116(1):27-36.
57. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. Pricing and reimbursement of medicines. 2020 [updated June16, 2020]. Available from: <https://www.tlv.se/in-english/medicines.html>.
58. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. Dental Care Benefits Scheme. 2018 [updated June12, 2018]. Available from: <https://www.tlv.se/in-english/dental-care/dental-care-benefits-scheme.html>.
59. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. Economic evaluation of medical devices. 2019 [updated December30, 2019]. Available from: <https://www.tlv.se/in-english/medical-devices/economic-evaluations-of-medical-devices.html>.
60. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. Final report of the government commission to evaluate medical devices for 2015. Stockholm, Sweden [updated February26, 2016]. Available from: <https://www.tlv.se/in-english/medical-devices/economic-evaluations-of-medical-devices/reports/arkiv/2016-02-26-final-report-of-the-government-commission-to-evaluate-medical-devices-for-2015.html>.
61. Beletsi A, Koutrafouris V, Karampli E, Pavi E. Comparing use of health technology assessment in pharmaceutical policy among earlier and more recent adopters in the European Union. Value in Health Regional Issues. 2018;16:81-91.
62. Swedish Agency for Health Technology Assessment of Social Services. About SBU. [updated September14, 2020]. Available from: <https://www.sbu.se/en/about-sbu/>.
63. Med Tech Reimbursement Consulting. [updated May26, 2017]. Available from: <https://mtrconsult.com/news/ongoing-medical-technology-and-ivd-related-hta-projects-swedish-sbu>.
64. Swedish Agency for Health Technology Assessment of Social Services. Assessment of methods in health care and social services - A handbook. 2018. Available from: https://www.sbu.se/contentassets/76adf07e270c48efaf67e3b560b7c59c/eng_metodboken.pdf.
65. Swedish Agency for Health Technology Assessment of Social Services. Information folder about SBU. 2016. Available from: https://www.sbu.se/contentassets/5d4b5f08314f4100b72df1d350134b8a/om_sbu_eng.pdf.

66. Swedish Agency for Health Technology Assessment of Social Services. Our products 2018. Available from: <https://www.sbu.se/en/about-sbu/our-mandate/our-products/>.
67. Blixt M, Södergård B, Hiort S, Nilsson C, Eckard N. Final report: Economic evaluation of medical devices. Stockholm: Dental and Pharmaceutical Benefits Agency; 2015.

บทที่ 5 ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

คณะผู้วิจัยจัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563 โดยพิจารณาผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในบทที่ 3 และผลการทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพใน 4 ประเทศ ที่ได้นำเสนอในบทที่ 4 แล้วนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอในการปรับปรุงแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ รวม 10 ประเด็น ต่อจากนั้นได้นำเสนอร่างข้อเสนอแนะดังกล่าวในการประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ส่วนสุดท้ายของบทนี้ เสนอแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563 ซึ่งนักวิจัยจัดทำขึ้น โดยการพิจารณาข้อเสนอแนะทั้งหมด และนำมาใช้ปรับปรุงแนวทางที่ สปสช. ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1. ร่างข้อเสนอแนะที่จัดทำโดยคณะผู้วิจัย

คณะผู้วิจัยจัดทำร่างข้อเสนอแนะรวม 10 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดทำแนวทาง/คู่มือการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) หัวข้อฯ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 4) หัวข้อจากการประชุมรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปี 5) การระบุหัวข้อ “ที่ไม่ชัดเจน” และการคัดแยกประเภทของข้อเสนอ 6) การเชิญชวนนักวิจัยเป็นผู้ประเมินมาตรการ/บริการตามหัวข้อฯ ที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ 7) การควบคุมคุณภาพของการประเมิน/การวิจัย 8) การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประชาสัมพันธ์ 9) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ 10) นโยบายด้านการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ มีส่วนร่วมในกระบวนการ UCBP ในระดับที่แตกต่างกัน เห็นได้ชัดจากการเสนอหัวข้อ ทั้งในแง่จำนวน ความชัดเจน และความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสารประกอบ ซึ่งส่งผลต่อโอกาสที่ข้อเสนอนั้น ๆ จะผ่านการคัดเลือก จึงเสนอให้ สปสช. เลือกลงมาตรการ/จัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม โดยดำเนินการดังนี้

1) จัดการอบรม เพื่อชี้แจง/ให้คำแนะนำ และการประชุมระดมสมองภายในกลุ่มเพื่อคัดเลือกหัวข้อที่จะเสนอ ซึ่งดำเนินการอยู่แล้วในกลุ่มประชาชน (ประชาชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย) กลุ่มราชวิทยาลัย/สมาคมแพทย์ และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

2) วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้กลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์ ไม่เสนอหัวข้อใน พ.ศ. 2561 และ 2562 เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3) สำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านวิชาการ ควรปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการ โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับมาตรการ/ปัญหา และมอบให้นักวิชาการจัดเตรียมข้อเสนอสื่อที่ชัดเจน พร้อมทั้งช่วยทบทวนเอกสาร

รวบรวมข้อมูล/หลักฐาน เพื่อให้ข้อมูลที่กรอกในแบบเสนอหัวข้อและเอกสารประกอบเป็นไปตามข้อกำหนด
หมายเหตุ: หัวข้อเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องนำมาทบทวนวรรณกรรมซ้ำอีก

4) สำหรับกลุ่มที่เสนอหัวข้อ สปสช. ควรให้ข้อมูลความคืบหน้าของการดำเนินงาน สถานะปัจจุบัน และการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อเสนอทุกหัวข้อ (พร้อมทั้งเหตุผลหรือคำชี้แจง) ตลอดจนให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปัญหา แทนการคัดข้อเสนอที่ไม่ชัดเจนออก ความโปร่งใสของกระบวนการ การปฏิบัติของฝ่ายเลขานุการและผู้ที่เกี่ยวข้องตามแนวทาง ข้อกำหนด และเกณฑ์ และทุกฝ่ายเห็นประโยชน์จากการมีส่วนร่วม จะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

5) สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนทั่วไป เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อกำหนด แนวทางการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานของกระบวนการ UCBP ในภาพรวม

อนึ่ง การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบาย เกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ⁵⁹ นอกเหนือจากการเสนอหัวข้อและการให้ความเห็นในคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงาน เช่น จัดการประชุมปรึกษาหารือ (consultation) หรือสำรวจความคิดเห็นต่อการตัดสินใจหรือมติที่สำคัญ โดยอนุญาตให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากเข้าร่วม หรือหารือโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย

1.2 ปรับแก้หัวข้อให้ชัดเจน คัดแยกหัวข้อ ก่อนการทบทวนวรรณกรรมเพื่อจัดลำดับความสำคัญ

สปสช. (ฝ่ายเลขานุการคณะทำงานคัดเลือกฯ) ควรกำหนดแนวทางการตรวจรับข้อเสนอ โดยพิจารณาความชัดเจนของหัวข้อ (ต้องระบุมาตรการ กลุ่มเป้าหมาย และข้อบ่งชี้ หากเสนอหลายมาตรการในข้อเสนอบ้างเดียวกัน ต้องมีหลักฐานว่าจำเป็นต้องใช้ทุกมาตรการร่วมกัน) พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารประกอบ ในการกำหนดแนวทางควรรวบรวมหัวข้อที่ถูกคัดออกหรือถูกปรับแก้ อันเนื่องมาจากความไม่ชัดเจน เพื่อนำมาศึกษาและใช้เป็นตัวอย่างของความไม่ชัดเจนลักษณะต่าง ๆ นอกจากนี้ แนวทางดังกล่าวควรครอบคลุมวิธีปฏิบัติของฝ่ายเลขานุการคณะทำงาน ก่อนแจกจ่ายหัวข้อให้นักวิชาการที่จะทบทวนวรรณกรรม เช่น หากพบหัวข้อที่ไม่ชัดเจน ให้ประสานกับผู้เสนอหัวข้อ และให้คำแนะนำในการปรับแก้ ทั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาและวิธีปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 มีการเสนอหัวข้อประเภทใหม่ ได้แก่ ข้อเสนอโรคร้ายาก ข้อเสนอ Effective Coverage อีกทั้งอาจมีกระบวนการสำหรับข้อเสนอมาตรการ P&P แยกออกจากมาตรการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ดูข้อเสนอแนะ ข้อ 3) ซึ่งการดำเนินงานของคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อาจมีบางส่วนที่ทับซ้อนหรือต้องการการประสานงานระหว่างกัน นอกจากนี้ “ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ” (effective coverage) เป็นประเด็นที่อธิบายให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจตรงกันได้ง่าย และมีหน่วยงานจำนวนมากที่ให้ความสนใจ (interests) ดังนั้น สปสช. คณะทำงาน และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการ และเกณฑ์คัดเลือกหัวข้อเบื้องต้น หรือเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก (ตารางที่ 13) และเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และแนวทางการ

⁵⁹ OECD. Stakeholder Engagement for Effective Water Governance; OECD Publishing: Paris, France, 2015

เกี่ยวกับข้อเสนอแต่ละประเภท ต่อจากนั้น จึงนำเกณฑ์ที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในการคัดแยกประเภทของข้อเสนอ ก่อนส่งให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ คณะทำงาน Effective Coverage และคณะทำงานโรครายก ดำเนินการต่อไป

ตารางที่ 13 เกณฑ์คัดออกและเกณฑ์คัดเข้า สำหรับข้อเสนอแต่ละประเภท

ประเภทของข้อเสนอ			
สิทธิประโยชน์ใหม่ (เกณฑ์คัดออก)	ประสิทธิผลของความปลอดภัย (เกณฑ์คัดเข้า)	การเข้าถึงบริการ (เกณฑ์คัดเข้า)	โรครายก (เกณฑ์คัดเข้า)
1) ยา วัคซีน อาหารเสริม ⁶⁰ 2) ขาดหลักฐาน efficacy และ accuracy 3) เคยมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์และได้รับการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทมาแล้ว และยังมีข้อมูลที่ต้องพิจารณาใหม่	1) เป็นบริการสุขภาพโดยรวมสำหรับโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ (disease or health condition based) 2) มีหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการไม่ได้รับประโยชน์หรือได้รับประโยชน์น้อยกว่าการใช้บริการสุขภาพ 3) มีข้อมูลจำนวนผู้ที่เป็นเป้าหมายของบริการ เช่น ประชากรเป้าหมาย ความชุกอุบัติการณ์	1) เป็นบริการสุขภาพเดี่ยว ๆ (single interventions) เช่น การคัดกรอง การส่งเสริมป้องกัน ยา วัคซีน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เป็นปัญหาเข้าถึงบริการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2) มีหลักฐานแสดงว่าผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการไม่สามารถเข้าถึงบริการ หรือผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้	เทคโนโลยี/บริการ สำหรับโรครายก ตามนิยามโรครายกของประเทศไทย ⁶¹

ที่มา: รายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ครั้งที่ 1/2563, 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ตัวอย่าง คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรครายก มีอำนาจหน้าที่พิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรครายก “ทั้งยา/ไม่ใช่ยา” เข้าสู่การประเมินในกระบวนการ UCBP ดังนั้น จึงไม่สามารถใช้เกณฑ์คัดออกข้อแรก ที่ใช้กับข้อเสนอมาตรการสำหรับโรคที่ไม่ใช่โรครายกได้ อีกทั้งการดำเนินการในกรณีข้อเสนอ “ผลิตภัณฑ์ยา” ยังต้องการประสานงานกับคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติอีกด้วย นอกจากนี้ ควรพิจารณาความสอดคล้องของเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอมาตรการในปัจจุบัน กับนิยามของ “โรครายก” ว่าจำเป็นต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

1.3 หัวข้อด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

จากปัญหาการมีข้อเสนอด้าน P&P เป็นจำนวนน้อย สปสช. ควรจัดกระบวนการเสนอหัวข้อและคัดเลือกหัวข้อมาตรการ P&P เป็นการเฉพาะ แยกออกจากการเสนอหัวข้อและคัดเลือกหัวข้อมาตรการ/บริการสุขภาพ

⁶⁰ หากเป็นยาและวัคซีน จะส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

⁶¹ 1) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อย (Rare disease น้อยกว่า 10,000 คน และ Ultra rare disease น้อยกว่า 1,000 คน) 2) เป็นโรคเรื้อรังที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 3) การคัดกรอง และ/หรือ การวินิจฉัย และ/หรือ การรักษาจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญขั้นสูง หรือ มีต้นทุนสูง หรือ เข้าถึงยาก หรือ มีแนวโน้มที่ต้องใช้ไปตลอดชีวิต และ 4) การดูแลรักษาส่งผลอย่างมากต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ประเภทอื่น หรือ ปรับปรุงกระบวนการบางส่วน เช่น กำหนดหน่วยงานผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ (โดยพิจารณาหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้าน P&P หรือมีความสนใจในการพัฒนานโยบายและบริการด้าน P&P ซึ่งรวมหน่วยงาน/สำนักภายใน สปสช. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย สถาบันการศึกษา องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคประชาชน และปรับปรุงเกณฑ์ รวมทั้งกระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อให้เหมาะสม (relevant) กับมาตรการ P&P

สำหรับหัวข้อด้าน P&P ควรจัดให้มีการประสานงานระหว่างคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข กับคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากคณะอนุกรรมการชุดหลัง มีอำนาจหน้าที่ “วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาประเภทขอบเขตการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประชาชนยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ” และ “จัดทำข้อเสนอ แนวทางการพัฒนา การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามประเภทและขอบเขตการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

1.4 การจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอ

1) ในปัจจุบัน การตัดสินใจสำคัญของข้อเสนอมาตรการเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และข้อเสนอปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ ใช้วิธีเปรียบเทียบคะแนนกับหัวข้ออื่นที่เสนอในปีเดียวกัน ด้วยข้อจำกัดของศักยภาพด้านการวิจัยของประเทศ จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้เป็นการจัดลำดับความสำคัญตามคุณลักษณะของแต่ละมาตรการ โดยตัดสินด้วยคะแนนที่สูงกว่า threshold (ไม่เปรียบเทียบกับหัวข้ออื่น ๆ) เพราะอาจจะทำให้มีหัวข้อค้างในขั้นตอนการประเมินมากกว่าที่เป็นอยู่

2) “ข้อเสนอปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ” ไม่ควรนำมาจัดลำดับความสำคัญ เนื่องจากภาครัฐมีหน้าที่แก้ไขปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ ซึ่งถือเป็นบริการที่สำคัญและจำเป็นอยู่แล้ว. เมื่อมีข้อเสนอเกี่ยวกับการเข้าไม่ถึงบริการเข้าสู่กระบวนการ UCBP⁶² ควรมอบให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งภายในและภายนอก สปสช. ร่วมกันพิจารณา (เช่นเดียวกับข้อร้องเรียนที่ได้รับผ่านช่องทางอื่น) เพราะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยการทำวิจัยเสมอไป แต่ควรใช้ข้อมูล/หลักฐานจากระบบติดตามประเมินผล ระบบรายงาน หรือฐานข้อมูลของหน่วยงานเป็นอันดับแรก และควรทำวิจัยเฉพาะในกรณีที่มีช่องว่างทางความรู้ (knowledge gap)

3) ปรับปรุงคุณภาพของการทบทวนวรรณกรรม เช่น โดยการกำหนด template ของรายงานผลการทบทวน/ให้คะแนน จัดทำเอกสาร/คู่มือ และจัดการประชุมนักวิชาการ เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ เกณฑ์ แนวทางการทบทวน และการจัดทำรายงาน (พร้อมตัวอย่าง ปัญหาที่พบบ่อย และวิธีแก้ไข) จัดให้มีที่ปรึกษาที่สามารถให้คำอธิบายและตอบคำถามแก่นักวิชาการได้ ฝ่ายเลขานุการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของรายงานก่อนนำเสนอคณะทำงานคัดเลือกฯ

⁶² ในขั้นตอนการรับข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฝ่ายเลขานุการควรตรวจสอบ และคัดแยกประเภทของหัวข้อว่า เป็นข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ หรือ หัวข้อปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว

1.5 ลดจำนวนหัวข้อฯ ที่รอการประเมิน/ทำวิจัย

การที่มีหัวข้อคงค้างสะสม (ไม่สามารถเริ่มดำเนินการวิจัยได้) นั้น เกิดจากหลายสาเหตุ ตามที่ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ วิเคราะห์ไว้ (1, 2) ซึ่งบางส่วนเป็นปัญหาเชิงระบบ การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้านการวิจัยของประเทศ มีหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบโดยตรง และต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อ ลดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ การศึกษานี้มีข้อเสนอให้ดำเนินการตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ข้อเสนอแนะเพื่อลดจำนวนหัวข้อที่รอการประเมิน/ทำวิจัย

<p>1. ลดความต้องการงานวิจัย</p>	<p>1.1 คัดเลือกหัวข้อที่จำเป็นต้องทำวิจัย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่ถึงบริการ ไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยการทำวิจัย (ดู ข้อเสนอแนะ ข้อ 3) ข้อเสนอและมาตรการบางประเภท ไม่จำเป็นต้องทำการ ประเมินเต็มรูปแบบ (full HTA) ● พิจารณาว่า มาตรการสำหรับโรคหายาก จำเป็นต้องประเมินความคุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์ หรือไม่ (มาตรการที่ไม่คุ้มค่า จะใช้ Rule of rescue ในการ ตัดสินใจ) <p>1.2 ลดจำนวนหัวข้อที่เลือกจากการจัดลำดับความสำคัญในแต่ละปี โดยกำหนดจำนวนหัวข้อ ตามความพร้อมของระบบวิจัย (แหล่งทุน นักวิจัย)⁶³</p>
<p>2. บริหารจัดการ ทรัพยากร สำหรับการวิจัย</p>	<p>2.1 หาแหล่งทุนวิจัยอื่น ๆ เป็นทางเลือก (alternatives) เช่น สปสช. (เป็นหน่วยงานที่ ต้องการใช้ประโยชน์จากการวิจัยโดยตรง) สสส. (หัวข้อ P&P) กรมบัญชีกลาง และ สำนักงานประกันสังคม (หัวข้อ P&P) หน่วยงานวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ (จัดสรรทุนวิจัยสนับสนุนการประเมิน เพื่อ implement นวัตกรรมให้ครบวงจร)</p> <p>2.2 จัดทำบัญชีรายชื่อนักวิจัยในประเทศไทย ที่เชี่ยวชาญในสาขาวิชาต่าง ๆ (และมีคุณสมบัติ ตามที่ต้องการ) เช่น สาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การเงินการคลัง ระบาดวิทยา สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ การบริหารจัดการ เพื่อใช้ในการเชิญชวนให้ขอรับทุน (call for research proposals)</p> <p>2.3 ในการประเมินมาตรการบางหัวข้อ ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการข้อมูล/หลักฐานจากหลาย สาขาวิชา หากไม่มีนักวิจัยขอรับทุนโดยให้เหตุผลว่ามีความเชี่ยวชาญไม่ครบทุกด้าน ฝ่าย เลขาธิการคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ควรเป็นผู้ประสานงานสร้างทีมวิจัยสหสาขา</p>

⁶³ Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) จัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัย ทุก 3 เดือนโดยใช้เกณฑ์ 5 ข้อ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลกระทบด้านงบประมาณ ขนาดของประชากรที่ได้รับประโยชน์ ประโยชน์ของการ ประเมินต่อผู้กำหนดนโยบาย และความเป็นธรรม การเลือกหัวข้อเพื่อประเมินจะพิจารณาลำดับความสำคัญ ร่วมกับการมีอยู่ของ ทรัพยากรที่ต้องใช้ในการประเมินของเทคโนโลยีนั้น ๆ และศักยภาพของ CADTH หัวข้อที่ค้างจะคงอยู่ในรายการที่จะนำไป ประเมินในรอบถัดไป (จนกว่าหัวข้อจะ obsolete หรือมีหน่วยงานอื่นประเมินแล้วเสร็จ) หรือนำไปดำเนินการแบบ ‘Rapid Response’ ระหว่างรอการประเมิน อาจมีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อนั้น ๆ เพื่อใช้ในการจัดลำดับความสำคัญใน รอบหน้า

1.6 การควบคุมคุณภาพของการประเมิน/การวิจัย

ปัญหาเรื่องคุณภาพของการประเมินเทคโนโลยีและการศึกษาวิจัยเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ คุณภาพเชิงวิชาการ (robustness of research) และ ความเหมาะสมเชิงนโยบาย (policy relevance) ดังนั้น การปรับปรุงคุณภาพและกลวิธีประกันคุณภาพของการวิจัยในขั้นนี้ ควรเน้นทั้งสองส่วน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง และลดความสูญเปล่าของทรัพยากรของประเทศ

เนื่องจากการกำหนดแนวทางการกำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่ที่จะพิจารณา 1) ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ต้นทุน-ประสิทธิผล)⁶⁴ 2) มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)⁶⁵ 3) ความพร้อมของระบบบริการ⁶⁶ 4) ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁶⁷ และ 5) ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม (Ethical issues)⁶⁸ การประเมิน/การวิจัยจึงควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกันการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในปัจจุบัน ยังครอบคลุมการพัฒนากระบวนการและคุณภาพบริการเพื่อแก้ไขปัญหาด้าน “ประสิทธิผลความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ” (effective coverage) “การเข้าถึงบริการ” และ “โรคหายาก” ดังนั้น การกำหนดขอบเขตการประเมิน/การวิจัย (scoping) และคำถามวิจัยให้ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของ “ผู้กำหนดนโยบาย” ได้แก่ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ คณะทำงานที่คณะอนุกรรมการแต่งตั้ง และ สปสช. การกำหนดขอบเขต (scoping) และคำถามวิจัยนี้ ควรดำเนินการก่อนเชิญชวนให้นักวิจัย/นักวิชาการในหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบประเมิน เนื่องจากนักวิจัย/นักวิชาการแต่ละคนหรือแต่ละคณะ มีความถนัดหรือความเชี่ยวชาญในสาขาที่แตกต่างกัน การที่นักวิจัย/นักวิชาการเห็นเพียงหัวข้อเทคโนโลยีหรือปัญหาสุขภาพ (ไม่ว่าจะเป็นหัวข้อที่ชัดเจนหรือไม่ชัดเจน) และให้นักวิจัย/นักวิชาการตัดสินใจรับผิดชอบประเมิน ตลอดจนกำหนดขอบเขต (scoping) และคำถามวิจัยเอง น่าจะเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ทำการประเมิน/วิจัยที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณภาพของการประเมิน/การวิจัยต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้งานวิจัยที่จะนำเสนอต่อคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการมีคุณภาพ และให้ข้อมูล/ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในกระบวนการ UCBP

⁶⁴ ใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าหรือเพดานของความเต็มใจที่จะจ่าย ที่ต่ำกว่า 160,000 บาทต่อ 1 ปีสุขภาพ

⁶⁵ มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของภาวะหรือโรคต่าง ๆ ครอบคลุมหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และเป็นเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์

⁶⁶ มีความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือในการให้บริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ หรือระบบบริหารจัดการการส่งต่อ

⁶⁷ พิจารณาจากงบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มเติมหากมีเทคโนโลยีใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์ และการลดภาระงบประมาณเดิม (Cost Saving)

⁶⁸ พิจารณาประเด็น ความเป็นธรรม ความสมเหตุสมผลในการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการที่จำเป็น เช่น การใช้/ไม่ใช้เทคโนโลยีนี้ในการดูแลสุขภาพมีผลกระทบอย่างไร เป็นต้น

1) ก่อนนักวิจัยเริ่มการประเมิน คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ (หรือ คณะทำงานโรคหายาก หรือ คณะทำงาน Effective Coverage แล้วแต่กรณี) ให้ความเห็นชอบต่อโครงร่างงานวิจัย (research proposals) โดยพิจารณาทั้งคุณภาพทางวิชาการ และขอบเขต/ความครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นต่อการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากตาม HTA process guideline ในขั้นตอนการพัฒนา proposal นักวิจัยต้องจัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแหล่งทุน เพื่อกำหนดขอบเขตและคำถามวิจัย คณะทำงานควรส่งผู้แทนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการประชุมดังกล่าว

2) เมื่อการประเมินแล้วเสร็จ คณะทำงานที่รับผิดชอบ (หรือผู้แทน) จัดการทบทวนผลการประเมิน โดยพิจารณาทั้งคุณภาพทางวิชาการ และความครอบคลุมประเด็นตามที่ระบุใน proposal ทั้งนี้ ควรทบทวนผลการประเมินทันทีที่แล้วเสร็จ เนื่องจากการทบทวนเมื่อบรรจุหัวข้อดังกล่าวในระเบียบวาระการประชุมคณะทำงาน อาจทำให้ข้อมูล/ผลการประเมิน/ข้อเสนอเชิงนโยบายล้าสมัย อีกทั้งผู้ทบทวนและนักวิจัยไม่มีเวลาพิจารณา/ประเมินคุณภาพ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ในกรณีที่ผู้ทบทวนมีความเห็นว่างานวิจัยมีข้อบกพร่อง ฝ่ายเลขานุการคณะทำงานควรติดตามการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทบทวน จนกว่าจะแล้วเสร็จ หรือนักวิจัยจัดทำคำชี้แจงครบถ้วน เพื่อให้พร้อมสำหรับการนำเสนอต่อคณะทำงาน การที่คณะทำงานและคณะอนุกรรมการขอให้นักวิจัยแก้ไขปรับปรุงงานวิจัย หลังจากโครงการศึกษาวิจัยแล้วเสร็จเป็นเวลานาน หากเป็นแบบ major amendments/revision อาจจำเป็นต้องขอทุนเพิ่มเติม

แนวทางแก้ไขปัญหาดังที่เสนอ มีการดำเนินงานอยู่ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้น สปสช. (ฝ่ายเลขานุการ) ควรศึกษา “คู่มือการดำเนินงานของคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ” และวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ (ขอบเขตของการประเมินสำหรับกระบวนการ UCBP กว้างขวางกว่าการพัฒนาบัญชียาหลักฯ) นอกจากนี้ คู่มือดังกล่าวครอบคลุมประเด็น การสรรหากณะผู้วิจัย การดำเนินงานวิจัย การตรวจสอบ/รับรองคุณภาพงานวิจัย การดำเนินงานภายหลังงานวิจัยผ่านการรับรองคุณภาพ และการประสานงานกับคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักฯ และระหว่างคณะทำงาน ซึ่งอาจเป็นประโยชน์กับกระบวนการ UCBP ในประเด็นอื่น ๆ อีกด้วย

1.7 การจัดทำแนวทาง/คู่มือการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน

การศึกษานี้เสนอให้ สปสช. และฝ่ายเลขานุการคณะทำงานต่าง ๆ จัดทำแนวทาง/คู่มือการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงาน (guidelines/work manuals) ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้ชัดเจน⁶⁹ สอดคล้องกับกฎหมายหลักการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อ

⁶⁹ Medical Services Advisory Committee (MSAC) เป็นหน่วยงานประเมินมาตรการที่ไม่ใช่ยา เพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ประเทศออสเตรเลีย ใน ค.ศ. 2014 Department of Health (DOH) ทบทวนการทำงานของ MSAC และมีข้อเสนอแนะ คือ จัดให้มีแนวทาง (guidelines) และคำแนะนำที่ชัดเจนสำหรับผู้ยื่นข้อเสนอ จัดให้มีกระบวนการที่โปร่งใสมากกว่าเดิม (more transparent process) และชัดเจนสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในแง่ขั้นตอน กำหนดเวลาการพิจารณา กระบวนการย่อยภายใน (internal processes) และกรอบเวลา และกระบวนการภายหลังการดำเนินงานของ MSAC ทั้งหมดนี้ DOH ได้นำมาปฏิบัติในเวลาต่อมา

สุขภาพและการดำรงชีวิต (ได้แก่ หลักธรรมาภิบาล⁷⁰ และหลักการบริหารราชการที่ดี⁷¹) “ยุทธศาสตร์ประเภท และขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ มติของคณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานในการประชุมที่ผ่านมา

แนวทาง/คู่มือนี้ ควรมีเนื้อหาครอบคลุมนิยามศัพท์ การดำเนินกิจกรรม ข้อกำหนด และกรอบเวลา (timeframe) ในกระบวนการ UCBP ทุกขั้นตอน แม้จะเป็นกิจกรรมที่ สปสข. หรือคณะอนุกรรมการฯ มอบหมาย หน่วยงานอื่น ๆ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย และสถาบันต่าง ๆ รวมทั้งมีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างคณะทำงาน เช่น การรวบรวมบันทึกมติที่เกี่ยวข้องกับคณะทำงานอื่น (บทที่ 3 ตารางที่ 5) และแจ้งมติไปยังคณะทำงานเหล่านั้น และการประสานงานระหว่างคณะทำงานที่มีขั้นตอน กระบวนการดำเนินงานบางส่วนร่วมกัน หรือต้องประสานงานกัน แนวทาง/คู่มือดังกล่าวควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นปัจจุบัน และเผยแพร่ให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบ การมีแนวทาง/คู่มือที่ชัดเจนนอกจากจะช่วยไม่ให้เกิดการปฏิบัติที่คลั่งแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนอีกด้วย (ข้อเสนอแนะข้อ 9 ในบทนี้)

1.8 การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประชาสัมพันธ์

ในโลกยุคปัจจุบัน การสื่อสารได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากการมีระบบอินเทอร์เน็ตและเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งหลายหน่วยงานในภาครัฐได้นำมาใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง จากการให้ข้อมูลสู่ประชาชนเพียงทางเดียว มาสู่การสื่อสารสองทาง (2-way communication) และการมีปฏิสัมพันธ์กับหลายฝ่ายในเวลาต่อมา. การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และผลการพิจารณาข้อเสนอแต่ละหัวข้อจึงสามารถทำได้แบบ real time โดยการพัฒนาฐานข้อมูลที่มีการปรับปรุงทุกครั้งที่มีความก้าวหน้า บันทึกผลการพิจารณาหรือมติ/การตัดสินใจพร้อมทั้งเหตุผลในแต่ละขั้นตอน และให้มีการแสดงผลผ่านเว็บไซต์ ซึ่งจะช่วยลดภาระของ สปสข. ที่จะต้องจัดทำหนังสือแจ้งไปยังผู้เสนอหัวข้อแต่ละราย. การมีเว็บไซต์ของกระบวนการ UCBP ยังเป็นช่องทางที่ สปสข. จะได้รับข้อมูล ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตลอดเวลาอีกด้วย. อนึ่ง เว็บไซต์เดียวกันนี้ ยังสามารถพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับนักเรียน นักศึกษาและประชาชนที่สนใจ ในประเด็นการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิจัยประเมินมาตรการ/บริการสุขภาพ ที่มีการนำมาใช้จริงในกระบวนการนโยบายของประเทศ ฯลฯ.

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ สปสข. แจ้งความคืบหน้าและการตัดสินใจแต่ละขั้นตอน ที่เกี่ยวข้องกับ ข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกหัวข้อ พร้อมทั้งเหตุผลหรือคำชี้แจง โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (ฐานข้อมูล เว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์) มาใช้ประโยชน์ เพื่อให้ผู้เสนอหัวข้อเข้าถึงและสามารถสืบค้นข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ด้วยตนเอง. ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนี้ ควรออกแบบให้ตอบวัตถุประสงค์ด้านการเผยแพร่

⁷⁰ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า

⁷¹ 1) เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4) ไม่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น 5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6) ประชาชนได้รับความอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ และ 7) มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกระบวนการ UCBP รวมทั้งข้อกำหนด เกณฑ์ ผลการดำเนินงาน และข้อมูลสถิติต่าง ๆ สำหรับประชาชนทั่วไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักวิจัย/นักศึกษา ตลอดจนใช้เป็นช่องทางรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ฯ รวมทั้งการหารือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder consultation) เมื่อมีการร่างกฎระเบียบ และมติของคณะอนุกรรมการ

หมายเหตุ: สปสช. ควรรวมเว็บไซต์ของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ (UCBP) ที่ดำเนินการโดย IHPP และ HITAP กับเว็บไซต์ของ สปสช. เข้าด้วยกัน ก่อนปรับปรุงให้มี functions ตามที่กล่าวข้างต้น

1.9 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

1.9.1 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยทั่วไป

สปสช. ควรจัดให้มีการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) ของการดำเนินงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ทุกขั้นตอน โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อทบทวนกระบวนการ กิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ ข้อกำหนด และเกณฑ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามความจำเป็นในเวลาที่เหมาะสม เช่น กรณีที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มไม่มีความประสงค์จะมีส่วนร่วม การดำเนินงานบางขั้นตอนหรือบางหัวข้อ มีความล่าช้าเกินสมควร หรือมีการใช้ดุลยพินิจ/การตัดสินใจที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ หรือไม่สม่ำเสมอ (ไม่ consistent). ประเด็นที่ติดตามและวิเคราะห์ควรเน้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เช่น

- ข้อเสนอที่มีความชัดเจน มีข้อมูลหลักฐานประกอบครบถ้วน เป็นไปตามข้อกำหนด (หัวข้อด้าน P&P และหัวข้อด้านประสิทธิภาพของความปลอดภัยครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ/การเข้าถึงบริการ)
- จำนวนและคุณภาพของข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม
- จำนวนและคุณภาพของหัวข้อฯ ที่เสนอผ่าน “ช่องทางเร่งด่วน” (Green channel) และช่องทางอื่น ๆ รวมทั้งการดำเนินงาน และการตัดสินใจเกี่ยวกับหัวข้อเหล่านี้
- ระยะเวลาดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน คือ การคัดเลือกหัวข้อโดยใช้เกณฑ์คัดออก หรือเกณฑ์คัดเข้า การทบทวนวรรณกรรมและการจัดลำดับความสำคัญ การเชิญชวนนักวิจัย การประเมิน/ทำวิจัย และการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่
- การจัดลำดับการนำเสนอผลการประเมิน/การวิจัยต่อคณะทำงาน และคณะอนุกรรมการ ทั้งกรณีหัวข้อฯ ที่เสนอผ่านขั้นตอนปกติ ช่องทางเร่งด่วน และช่องทางอื่น ๆ
- การประเมิน/การวิจัยที่คณะทำงานและคณะอนุกรรมการพิจารณาแล้ว มีมติว่ามีคุณภาพไม่เพียงพอให้ผู้ประเมิน/นักวิจัยแก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการประเมิน/การวิจัยดังกล่าว ที่ผู้ประเมิน/นักวิจัยแก้ไขปรับปรุงตามมติ และนำกลับมาเสนอคณะทำงานและคณะอนุกรรมการพิจารณาอีก

ทั้งนี้ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ตามข้อเสนอข้อ 1.8 และการจัดการฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ทั้งในภาพรวมและเป็นรายหัวข้อ

1.9.2 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับหัวข้อฯ ประเภทใหม่

การศึกษานี้ทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีหัวข้อ/ข้อเสนอด้านประสิทธิผลของครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (effective coverage) และโรคหายาก มีเพียงข้อเสนอมาตรการ/บริการเพื่อเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ และหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการ ซึ่งหัวข้อทั้งสองประเภทจะถูกนำไปคัดกรองเบื้องต้น คัดเลือกเข้าสู่การประเมิน และตัดสินใจ โดยใช้เกณฑ์เดียวกัน (แตกต่างกันเฉพาะเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อด้านการคัดกรองโรค การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และมาตรการ/บริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ต่อมาได้มีการกำหนดประเภทของหัวข้อฯ เพิ่มเติม และแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบ ได้แก่ คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก นอกจากนี้ ได้มีการเสนอเกณฑ์ต่าง ๆ สำหรับหัวข้อแต่ละประเภท ให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ พิจารณาในการประชุมครั้งที่ 1/2563 ได้แก่ เกณฑ์คัดกรองหัวข้อเบื้องต้น [เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) และเกณฑ์คัดเข้า (eligible criteria)] เกณฑ์จัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน และเกณฑ์พิจารณา/ตัดสินใจ (decision criteria) (3)

เนื่องจากเกณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ถูกกำหนดขึ้นใหม่ เพิ่งเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่รอบของการเสนอหัวข้อฯ ใน พ.ศ. 2563 อีกทั้งมีคณะทำงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานเกี่ยวกับหัวข้อแต่ละประเภท จึงควรรออกแบบการดำเนินงานรวมทั้งวิธีการประสานงานระหว่างคณะทำงาน/ฝ่ายเลขานุการ (ได้กล่าวถึงบางประเด็น ในข้อ 1.5 ของบทนี้) และจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก

1.10 การเชื่อมโยงระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ

ในระบบสุขภาพของไทย มีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศจำนวนมาก ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการจัดบริการทั้งโดยสถานพยาบาล ห้องปฏิบัติการ และหน่วยงานอื่น ๆ การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ของนโยบายเหล่านี้ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการบรรลุมาตรการ/บริการที่จำเป็นไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ และการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังเพื่อประกันการเข้าถึง ดังนั้นกระบวนการ UCBP และการตัดสินใจที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของนโยบาย เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการแห่งชาติ) ส่วนใหญ่เป็น “กรมวิชาการ” ในกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ทำงานด้านวิชาการ/วิจัยและพัฒนา (เช่น หน่วยงานด้านนวัตกรรมทางการแพทย์) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ สปสช. ดำเนินการดังนี้

1) สร้างความเข้าใจกับหน่วยงานที่รับผิดชอบฯ ในประเด็นต่อไปนี้

- หลักการและเหตุผลของกระบวนการ UCBP โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาต้นทุน-ประสิทธิผล และผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการ/บริการต่าง ๆ ทั้งนี้ เนื่องจาก

มาตรการ/บริการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ อาจถูกจัดลำดับความสำคัญมาก่อนแล้ว ด้วยหลักการหรือเกณฑ์ที่แตกต่างกัน

- กระบวนการ UCBP มีหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาระยะหนึ่งในการดำเนินงาน ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบฯ ควรเตรียมการเสนอหัวข้อมาตรการ/บริการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้การพิจารณาแล้วเสร็จทันเวลา implement มาตรการ/บริการ ตามแผนปฏิบัติการ

2) ประสานกับหน่วยงานที่เสนอหัวข้อ เพื่อขอให้แบ่งปันข้อมูลที่จำเป็นในการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ ซึ่งรวมทั้งการเข้าถึงฐานข้อมูลของหน่วยงาน (ในขั้นตอนการประเมิน) ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล และทำให้การประเมินแล้วเสร็จเร็วขึ้น หากหน่วยงานมีผลการประเมินมาตรการตามข้อเสนออยู่แล้ว ก็ขอให้เสนอให้คณะทำงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาคุณภาพและผลการประเมิน

3) กระบวนการ UCBP ควรให้ความสำคัญกับข้อเสนอมาตรการ/บริการ ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ (ไม่ว่าจะเป็นหัวข้อที่เสนอโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน หรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) โดยเพิ่มเติมเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน (เพิ่มคะแนน)

4) ดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เชิงรุก (proactive) โดยใช้ environmental scans เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมของระบบสุขภาพ เช่น ปัจจัยที่กำลังก่อตัว (emerging) หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้เกิดความต้องการให้บรรจุมาตรการ/บริการใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์⁷² เช่น

- วิเคราะห์ความจำเป็นของมาตรการ/บริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ในระยะ x ปีข้างหน้า และนำเข้าสู่กระบวนการ UCBP (อาจเริ่มจากมาตรการด้าน P&P ก่อน)
- พิจารณามาตรการสุขภาพที่ต้องใช้ร่วมกับมาตรการที่เป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ (co-dependent interventions) เช่น ศึกษาเงื่อนไขการใช้ของยาที่กำลังจะนำเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในบัญชี ๓ และ ๔(2) ซึ่งอาจต้องการการคัดกรองโรค หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สถานพยาบาลจำเป็นต้องจัดให้มีบริการควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาและใช้ยาอย่างสมเหตุผล/ปลอดภัย.⁷³

⁷² CADTH ประเทศแคนาดา จัดให้มี environmental scanning เพื่อให้ข้อมูลแจ้งเตือน (alert) แก่ผู้ตัดสินใจ เกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่และที่อยู่ระหว่างการพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีผลต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศ CADTH ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อระบุเทคโนโลยีที่อยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนา และการพิจารณาอนุมัติการใช้ (adoption) รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพ การตัดสินใจเชิงนโยบาย และการใช้ประโยชน์จากหลักฐาน (evidence) ในการตัดสินใจและการปฏิบัติ ทั้งภายในประเทศแคนาดา (provinces และ territories) และประเทศอื่น ๆ

⁷³ ช่วงปลายทศวรรษ 2010 Department of Health and Ageing ออสเตรเลียปรับปรุง models สำหรับการประเมินเทคโนโลยีกลุ่ม personalized medicine เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบายการเบิกจ่าย/ชดเชยค่ารักษา โดยได้จัดทำ integrated national framework ฉบับแรก สำหรับการประเมิน co-dependent technologies เช่น biomarker และ การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ส่วน NICE สหราชอาณาจักร ได้จัดทำแนวทางการประเมิน companion diagnostic tests (CDx)

2. ข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ

ในการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ได้มีการอภิปรายให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับร่างข้อเสนอแนะที่กล่าวข้างต้น แบ่งออกได้เป็น 5 ประเด็น ตามตารางที่ 15 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

ตารางที่ 15 สรุปข้อคิดเห็นจากการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็น	ข้อคิดเห็นจากการประชุม
1) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯเชิงรุก	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลของการดำเนินการแบบตั้งรับ: ข้อเสนอที่เป็นประเด็นเกี่ยวกับกลุ่มเฉพาะ บริการสำหรับโรคหายาก บริการรักษาพยาบาลราคาแพง มักจะผ่านการจัดลำดับความสำคัญ แต่หัวข้อปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก จะมีโอกาสน้อยที่จะได้รับการคัดเลือก แม้ผู้เสนอหัวข้อจะมีความสนใจที่หลากหลาย แต่มาตรการ/บริการที่เสนอก็กไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพทุกด้าน ● การวางแผนการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ ต้องมีความเข้าใจในพลวัตของสังคม เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้พิจารณาเทคโนโลยีที่จะเป็นสิทธิประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งปรับเปลี่ยน paradigm ในการพิจารณาและแยกบรรทัดของงบประมาณสำหรับเทคโนโลยีแต่ละประเภท (สำหรับโรคหายากและโรคอื่นๆ) อย่างชัดเจน และสมดุลในระยะยาว ● ฝ่ายเลขานุการควรติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ที่มีต้นทุนต่ำ และประสิทธิผลดีกว่า เพื่อนำมาประเมินและใช้แทนเทคโนโลยีที่เป็นสิทธิประโยชน์เดิม โดยไม่รอให้หน่วยงานภายนอกเป็นผู้เสนอ
2) การจัดทำข้อเสนอจากกลุ่มประชาชน ประชาสังคม และผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ● มอบให้นักวิชาการช่วยจัดเตรียมข้อมูลประกอบการเสนอหัวข้อ และขอให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เฉพาะเจาะจงในหัวข้อหนึ่ง ๆ เช่น ความรู้เรื่องเทคโนโลยีหรือโรคที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมในการปรับแต่งข้อเสนอให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะได้รับการยอมรับเป็นสิทธิประโยชน์ (อาจขอคำแนะนำจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกรมวิชาการด้วย) ● พัฒนาศักยภาพกลุ่มประชาชนทั่วไป ประชาสังคม และผู้ป่วย ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ UCBP ในขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม โดยออกแบบดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ● กระบวนการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) มีการนำมาใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ ข้อเสนอส่วนใหญ่ไม่มีน้ำหนัก มีโอกาสน้อยที่จะได้รับการยอมรับเป็นสิทธิประโยชน์ ควร

เป็นสองส่วน: (i) การทดสอบที่เกี่ยวกับยาใหม่ (New drugs) จะถูกประเมินภายใต้ Technology Appraisal Program (TAP) โดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินยาใหม่นั้น ๆ และ (ii) การทดสอบที่เกี่ยวกับยาที่ไม่ใช่ยาใหม่ จะถูกประเมินภายใต้ Diagnostics Assessment Program (DAP) ทั้งสองแนวทางใช้ quality-adjusted life-years (QALYs) ในการเปรียบเทียบประสิทธิผลทางคลินิก และต้นทุน-ประสิทธิผลของเทคโนโลยี (Cowling, Boucher 2016).

ประเด็น	ข้อคิดเห็นจากการประชุม
	นำข้อเสนอเหล่านี้มาศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหา/อุปสรรค และค้นหาวิธีดำเนินงานที่เหมาะสม การรับฟังความคิดเห็นควรได้รับการออกแบบและวางแผนเป็นอย่างดี มีการรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ ซึ่งนอกจากจะช่วยในการสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผลการวิเคราะห์ยังสะท้อนภาพผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพอีกด้วย
3) การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจุบันมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยี (HTA) ในมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง ที่ทำให้จำนวนนักวิจัยเพิ่มมากขึ้น สวรส. ควรเน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อหานักวิจัยมารับหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญไปดำเนินการวิจัย แทนการลดจำนวนหัวข้อ ● แบ่งแยกประเภทของงานวิจัย และจัดหาแหล่งทุนที่เหมาะสม นอกเหนือจาก สวรส. เช่น สปสช. และ สสส. ● กำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพของ rapid assessment โดยมีวิธีควบคุมความไม่แน่นอน (uncertainties) ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณที่เชื่อถือได้ แนวทางการควบคุมคุณภาพที่จะกำหนดขึ้นนี้อาจนำไปปรับใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่มหาวิทยาลัยโรงเรียนแพทย์ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทำไว้แล้ว และสอดคล้องกับข้อเสนอบางหัวข้อ ในบางกรณีอาจต้องทำวิจัยเพิ่มเติมเพียงเล็กน้อย ซึ่งจะช่วยให้หัวข้อคงค้างรอการประเมินลดจำนวนลงด้วย
4) ข้อเสนอด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	(ดูรายละเอียดในภาคผนวก ฎ และรายงานโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายไตรมาสในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2563)
5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (M&E)	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดให้มี M&E ของกระบวนการ UCBP นอกเหนือจากการทบทวนผลการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ กล่าวคือ ติดตามประเมินการเข้าถึงบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ความครอบคลุมของบริการที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สาเหตุของปัญหา รวมถึงพิจารณามาตรการที่ถูกนำมาใช้มากเกินไป (overuse) และ ถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด (misuse) ด้วย ● สปสช. ควรบูรณาการการทำงานภายใน เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์อย่างครบวงจร และเกิดความยั่งยืนทั้งในแง่คุณภาพบริการและประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณ ● เพื่อสนับสนุนระบบ M&E ควรจัดให้มี digital platform สำหรับใช้เก็บข้อมูล และช่วยให้สามารถสืบค้นข้อมูลหัวข้อที่เคยเสนอมาแล้ว ผลการประเมิน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมติ/การตัดสินใจของคณะกรรมการ/คณะทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อหาลักษณะของการเสนอหัวข้อและการดำเนินงานของฝ่ายเลขานุการที่เป็น best practice นอกจากนี้ บน platform ดังกล่าว ยังสามารถจัดทำแบบฟอร์ม หรือ template สำหรับกลุ่มผู้ป่วย หรือภาคประชาชนได้ใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นสำหรับการนำเสนอหัวข้อให้ครบถ้วน

3. แนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563

ผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ โดยสังเคราะห์จากข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานี้ (ตารางที่ 16) อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะประเด็นหนึ่งที่คณะผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญที่เข้าประชุมหารือ เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 มีความเห็นตรงกัน คือ ปรับปรุงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ให้เป็นการดำเนินงานเชิงรุก (proactive) ซึ่งหาก สปสช. เห็นชอบกับข้อเสนอแนะดังกล่าว จะต้องมีการปรับแก้ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งแนวทางในตารางข้างล่างนี้ให้สอดคล้องกัน

ตารางที่ 16 แนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ พ.ศ. 2563

แนวทาง	รายละเอียด	หมายเหตุ
1. หลักการและประเด็นทั่วไป	<p>1.1 จัดให้มีการทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กระบวนการ UCBP เป็นไปตามหลักการของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ได้แก่ หลักธรรมาภิบาล⁷⁴ และการบริหารราชการที่ดี⁷⁵ การดำเนินงานตามหลักการดังกล่าว ครอบคลุมการบริหารจัดการและประสานงานระหว่างคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างราบรื่น⁷⁶ การจัดทำนิยาม เกณฑ์ คู่มือ ที่ชัดเจน และการนำนิยาม เกณฑ์ คู่มือไปสู่การปฏิบัติ การสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสาธารณชน และการติดตามประเมินผล</p> <p>1.2 เพิ่มช่องทางการมีส่วนร่วมในกระบวนการ UCBP ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ได้แก่ การจัดการประชุมปรึกษาหารือ (consultation) หรือสำรวจความคิดเห็นต่อการตัดสินใจ/มติที่สำคัญ โดยอนุญาตให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากเข้าร่วม หรือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย</p>	

⁷⁴ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบ และหลักความคุ้มค่า

⁷⁵ 1) เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน 2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ 3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ 4) ไม่มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น 5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์ 6) ประชาชนได้รับความอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ และ 7) มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

⁷⁶ เช่น การประสานงานระหว่างคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ กับ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ในประเด็นโรคหายาก และการประสานงานระหว่างคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ กับ คณะอนุกรรมการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการทั้งสองคณะ เนื่องจากมีอำนาจหน้าที่คาบเกี่ยวกัน

แนวทาง	รายละเอียด	หมายเหตุ
	<p>1.3 แยกกระบวนการ UCBP สำหรับมาตรการ/บริการ P&P ออกจากมาตรการ/บริการประเภทอื่น (ดูขั้นตอน กระบวนการ และเกณฑ์การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ สำหรับมาตรการ/บริการ P&P ในรายงาน “โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2563)</p>	
<p>2. แนวทางการเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p>	<p>2.1 กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง รวม 9 กลุ่ม แต่ละกลุ่มเสนอหัวข้อได้ปีละ 5 หัวข้อ ยกเว้น กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ป่วย และภาคประชาสังคม ซึ่งเสนอหัวข้อรวมกันได้ปีละ 5 หัวข้อ</p> <p>2.2 สปสช. นำหัวข้อที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นทั่วไป ตามมาตรา 18(13) มาพิจารณา และจัดกระบวนการคัดเลือกที่เหมาะสม</p> <p>2.3 สปสช. และฝ่ายเลขานุการคณะทำงานแต่ละคณะ (ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คัดกรองหัวข้อเบื้องต้น ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก รวมทั้งประสานกับผู้เสนอหัวข้อในกรณีที่พบว่าเป็นข้อเสนอที่ไม่ชัดเจน ● คัดแยกหัวข้อที่เสนอผ่านช่องทางพิเศษ (เช่น Green channel, มีผลการประเมินอยู่แล้ว) หรือต้องการการประเมินแบบ rapid assessment ว่าเป็นไปตามนิยาม/เกณฑ์ของแต่ละกรณีหรือไม่ <p>2.4 สปสช. จัดส่งหัวข้อที่ปรับปรุงแก้ไขจนชัดเจนแล้ว ให้คณะทำงานที่รับผิดชอบ เพื่อดำเนินการต่อไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● สปสช. จัดกระบวนการในลักษณะที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพทางวิชาการ ให้กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ป่วย และภาคประชาสังคม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการ UCBP ของทุกภาคส่วน อย่างเท่าเทียมกัน ● คณะอนุกรรมการฯ กำหนดนิยาม/เกณฑ์การนำหัวข้อเข้าสู่กระบวนการ UCBP ผ่านช่องทางพิเศษทุกกรณี ให้ชัดเจน และกำกับดูแลการปฏิบัติตามนิยาม/เกณฑ์ อย่างเคร่งครัด
<p>3. แนวทางการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ</p>	<p>3.1 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ (รวมทั้งมาตรการ/บริการสำหรับโรคหายาก) โดยมอบหมายให้นักวิชาการทบทวนวรรณกรรม และให้คะแนนตามเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ (Topic selection criteria) ต่อจากนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ พิจารณาผลการทบทวนวรรณกรรม และการให้คะแนน (อาจมีการทบทวนวรรณกรรม</p>	<p>การแก้ปัญหาการเข้าถึงไม่ถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว จำเป็นต้องเริ่มด้วยการประเมิน หรือ ศึกษาวิจัยเสมอไป (คณะทำงานควร</p>

แนวทาง	รายละเอียด	หมายเหตุ
เพื่อนำเข้าสู่การประเมิน	เพิ่มเติมและแก้ไขคะแนน) และนำเสนอคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ ให้ความเห็นชอบผลการจัดลำดับความสำคัญ 3.2 หัวข้อปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว และหัวข้อ effective coverage คณะทำงานประเมินประสิทธิภาพผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้พิจารณาจัดลำดับความสำคัญและประเมิน ตามแนวทางที่ คณะทำงานกำหนด	พิจารณาเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป)
4. แนวทางการประเมินมาตรการ/บริการที่เป็นข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่	4.1 สวรส. หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เป็นแหล่งทุน เชิญชวนนักวิจัยในหน่วยงานต่าง ๆ เป็นผู้ประเมินมาตรการ/บริการที่เป็นข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ 4.2 นักวิจัยที่ตกลงรับเป็นผู้ประเมิน พัฒนาโครงร่างวิจัย เสนอให้คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ หรือ คณะทำงานโรคหายาก พิจารณาให้ความเห็นชอบขอบเขต/ประเด็นวิจัย และอื่น ๆ ก่อนส่งโครงร่างวิจัยให้ สวรส. ดำเนินการตามข้อกำหนดเรื่องการจัดสรรทุนวิจัย 4.3 การประเมินมาตรการ/บริการ ให้ดำเนินการตามวิธีการในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย นอกจากนี้ ควรปฏิบัติตามแนวทางเกี่ยวกับกระบวนการประเมินฯ (HTA process guidelines) ที่ HITAP จัดทำขึ้น 4.4 เมื่อการประเมินแล้วเสร็จ ให้ สปสช. (ฝ่ายเลขานุการ) ร่วมกับ สวรส. จัดให้มีการทบทวนรายงานการประเมินทันที (ไม่รอจนกว่าจะบรรลุผลการประเมินในระเบียบวาระของคณะทำงาน เช่นในปัจจุบัน) โดยมีผู้แทนคณะทำงานและนักวิชาการภายนอกเป็นผู้ทบทวน (reviewers)	<ul style="list-style-type: none"> ● การลดจำนวนหัวข้อ ค้างการประเมิน สามารถทำได้โดยการลดอุปสงค์ และเพิ่มอุปทาน ● ในกรณีที่หน่วยงานอื่น (นอกจาก สวรส.) สนับสนุนทุนวิจัย หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนนั้นจะทำหน้าที่จัดหาผู้ทบทวนโครงร่างวิจัย และรายงานวิจัย
5. แนวทางการตัดสินใจกำหนดสิทธิประโยชน์	คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ หรือ คณะทำงานโรคหายาก พิจารณาข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ รวมทั้งผลการประเมินในข้อ 4. และจัดทำข้อเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ ว่า ควร รับ/ไม่รับ มาตรการ/บริการเป็นสิทธิประโยชน์หรือไม่	

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 3/2561 วันที่ 8 พฤษภาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
2. คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต. รายงานการประชุม ครั้งที่ 4/2562 วันที่ 4 มิถุนายน 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.
3. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563.

บทที่ 6 การบริหารจัดการหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมิน และการศึกษาวิจัย

หัวข้อเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพ หรือมาตรการสุขภาพ ที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 19 หัวข้อที่ยังไม่ได้รับการประเมินและศึกษาวิจัย (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2563) ประกอบด้วยหัวข้อที่เป็นมาตรการ/บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2 หัวข้อ และหัวข้อที่เป็นมาตรการ/บริการบำบัดรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ 17 หัวข้อ จากการศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยเสนอให้จำแนกหัวข้อเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อการดำเนินงานขั้นต่อไป ดังนี้ (ดูรายละเอียดของข้อมูลที่นักวิจัยทบทวนเพื่อประกอบการจัดกลุ่ม ในภาคผนวก ก)

1. กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ

หัวข้อส่วนใหญ่ที่รอการประเมินและศึกษาวิจัย เป็นหัวข้อเกี่ยวกับมาตรการที่ควรมีการประเมินและศึกษาวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 15 หัวข้อ ได้แก่ 1) การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ 2) การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย (Obese patients with type II diabetes) ด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic bariatric surgery) 3) ลิ้นหัวใจเทียม Aortic ชนิดไม่ต้องเย็บสำหรับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมในผู้สูงอายุ (Aortic sutureless heart valve for elderly patients) 4) การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูรูดของท่อปัสสาวะบกพร่องในเพศชาย 5) Percutaneous epidural adhesiolysis catheter 6) การเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มแกะสลักหิน 7) Automated HBPM usefulness and applications 8) สนับสนุนการให้อุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมในโรงงาน 9) การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด 10) การใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy) 11) สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (peripheral drug-eluting stent) 12) Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง (Spinal) หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง 13) อุปกรณ์ช่วยพูด (electrolarynx) เครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นเสียง 14) การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง และ 15) Radiofrequency ablation สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม ก่อนเริ่มประเมินมาตรการที่กล่าวข้างต้น ควรจัดให้มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงผู้เสนอหัวข้อ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ/บริการนั้น ๆ ช่องว่างความรู้ที่สามารถเติมเต็มได้โดยงานวิจัย และกำหนดคำถามงานวิจัย รวมถึงพิจารณาลักษณะปัญหาหรือประเภทของมาตรการ/บริการเพื่อส่งต่อให้แก่คณะทำงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมฯ (คณะทำงาน Effective Coverage) และคณะทำงานโรคหายาก ดำเนินการพิจารณาและให้ความเห็นชอบต่อโครงร่างงานวิจัยต่อไป

แม้หัวข้อทั้งหมดควรต้องดำเนินการวิจัยอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ทันต่อการใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย และเกิดประโยชน์ด้านสุขภาพสูงสุดแก่ประชาชน แต่ด้วยจำนวนนักวิจัยและนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินมาตรการสุขภาพมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพใดมาทำวิจัยก่อนนั้น ควรพิจารณาตามปีที่หัวข้อเหล่านั้นถูกเสนอเข้ามา และตามคะแนนที่ได้รับจัดลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการด้วยวิธีการข้างต้นอาจทำให้ปัญหาการคงค้างของหัวข้อวิจัยไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากนักวิจัยและนักวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญเฉพาะในบางสาขาวิชา อาจจะไม่สามารถประเมินหรือวิจัยหัวข้อคงค้างตามลำดับเวลาที่เสนอหัวข้อ หรือตามลำดับคะแนน สปสช. จึงควรบริหารจัดการเรียงลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

2. กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือปัญหาด้านคุณภาพของบริการ

มาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการ รวม 2 หัวข้อ ได้แก่ 1) อุปกรณ์ที่ใช้ในการ embolization 24 รายการ และ 2) ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care

มาตรการในหัวข้อแรกมีปัญหาด้านการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์ประกอบการทำหัตถการขั้นสูงเพิ่มเติม คือ การอุดเส้นเลือด ซึ่งต้องให้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์ โดยพบว่าปัจจุบันการเบิกจ่ายอุปกรณ์เพิ่มเติมนอกเหนือจากการเบิกจ่ายจากงบเหมาจ่ายรายหัว สามารถทำได้เฉพาะในพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานครเท่านั้น. ปัญหาดังกล่าวแสดงถึงความไม่เท่าเทียมกันของการให้สิทธิการเบิกจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเอง ในกรณีนี้ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรพิจารณาทบทวนว่ามีความจำเป็นต้องดำเนินการประเมิน/ศึกษาวิจัยหรือไม่ หากเห็นว่าไม่ต้องประเมิน ให้ปรึกษาฝ่ายเลขานุการ เพื่อนำประเด็นดังกล่าวเสนอคณะกรรมการพัฒนาประเภทและขอบเขตฯ แต่หากมีความจำเป็นต้องประเมิน ควรพิจารณาประเมินอุปกรณ์สำหรับให้บริการเป็นรายโรค โดยศึกษาความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ในการให้บริการ เนื่องจากอุปกรณ์แต่ละชิ้นที่ใช้ในการ embolization มีคุณลักษณะและคุณสมบัติที่แตกต่างกัน อีกทั้งมีข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกัน

สำหรับบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เป็นมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. อยู่แล้ว แต่อาจมีปัญหาเรื่องการจัดรูปแบบบริการและการเข้าถึงบริการ หัวข้อดังกล่าวควรส่งต่อไปยังคณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คณะทำงาน Effective Coverage) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ซึ่งอาจพบว่ามีวิธีเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยไม่จำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัย

3. กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน

ในจำนวนหัวข้อเทคโนโลยี ปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่รอการประเมิน 19 หัวข้อ มี 2 หัวข้อที่คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรพิจารณาช่องทางดำเนินการอื่น นอกเหนือจากการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการหัวข้อเหล่านี้ ได้แก่ 1) การพัฒนาระบบการบริบาลเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายในกรณีที่มีโรคร่วม HIV ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 2) การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ซึ่งการศึกษาและ

ประเมินหัวข้อเหล่านี้ อาจไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไข้ปัญหาของเทคโนโลยีหรือมาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำหรับหัวข้อ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายในกรณีที่มีโรคร่วม HIV ที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีวัตถุประสงค์ให้มีการจัดระบบบริหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV เนื่องจากในปัจจุบันเกิดปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยโรคไตที่มีโรคร่วม HIV ผ่านการจัดลำดับให้ผู้ติดเชื้อ HIV พอกเลือดล้างไตเป็นคนสุดท้ายของวัน ปัญหาดังกล่าวได้มีการศึกษารวมถึงข้อเสนอแนะอยู่ในประเทศไทย อีกทั้งข้อมูลการติดตามการแพร่ระบาดของเชื้อต่าง ๆ ในศูนย์ล้างไต ยังแสดงให้เห็นว่า ไม่เคยมีรายงานการติดเชื้อ HIV ที่เกิดจากการบำบัดทดแทนไตด้วยการพอกเลือดที่ศูนย์ล้างไต. นอกจากนี้ยังไม่มีข้อเสนอแนะจากทั้งในและต่างประเทศ ที่ให้จัดผู้ติดเชื้อ HIV พอกเลือดล้างไตในลำดับสุดท้าย ดังนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรหารือกับคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ เพื่อส่งต่อเรื่องดังกล่าวไปให้แก่หน่วยงานภายใน สปสช. ได้แก่ สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและสำนักบริการและคุ้มครองสิทธิประชาชน ให้ดำเนินการประสานและหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดังกล่าว รวมถึงกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากบริการดังกล่าว เพื่อหาแนวทางการแก้ไข้ปัญหาต่อไป

การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี เป็นมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประกอบด้วยมาตรการย่อย 2 มาตรการ คือ การส่งเสริมป้องกันระดับชุมชนและการให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักและการจัดให้มีคอกกั้นเด็ก/พื้นที่เล่นที่ปลอดภัยให้แก่เด็กเล็ก ซึ่งทั้งสองโครงการเป็นโครงการที่ดำเนินงานโดยสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และมีลักษณะเป็นมาตรการที่ดำเนินงานในชุมชน ดังนั้น การนำโครงการนี้เข้าสู่กระบวนการ UCBP เพื่อพิจารณาบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์อาจเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการให้บริการที่ไม่ผ่านหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดการตายที่เกิดจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ดังนั้น คณะทำงานจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ จึงควรประสานกับคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช. กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่อหารือถึงรูปแบบบริการที่เหมาะสมและแนวทางที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนมาตรการดังกล่าวในพื้นที่

บทที่ 7 อภิปรายผลการศึกษา

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน กล่าวคือ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ได้จัดทำ “ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564” เพื่อให้บรรลุพันธกิจ 4 ประการ โดยกำหนดยุทธวิธีหรือกลวิธีดำเนินงานรวม 9 ยุทธวิธี (ดูรายละเอียดในบทที่ 2) นอกจากนี้ ระบบอภิบาลมีโครงสร้าง (structure) และการตัดสินใจในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งสามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ (functions) โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นฝ่ายเลขานุการ อีกทั้งมีการกำหนดบทบาทและความสัมพันธ์กับหน่วยงาน/องค์กรอื่น ๆ เช่น สวรส. ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ และนักวิชาการ ผลงานอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงเวลาดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มประเภทและขอบเขตของบริการสุขภาพ หรือที่เรียกว่า “การเพิ่มสิทธิประโยชน์” ให้ครอบคลุมมาตรการ/บริการที่จำเป็น รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์อยู่แล้วจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ยังขาดทั้งตัวชี้วัดระดับต่าง ๆ และเป้าหมาย ซึ่งมีความสำคัญในการติดตามและประเมินผล เนื่องจากไม่มีตัวชี้วัดและเป้าหมาย การทบทวนกระบวนการ UCBP ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งที่จะให้ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นตอน⁷⁷ ตามความต้องการของ สปสช. โดยพิจารณาผลผลิตที่เกิดจากแต่ละขั้นตอน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจส่งผลกระทบต่อประเด็นในหลักธรรมาภิบาล และการบริหารราชการที่ดี

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและปัญหา/อุปสรรคที่เกี่ยวข้อง **ลักษณะประการที่หนึ่ง** กระบวนการ UCBP เป็นการพัฒนานโยบายแบบมีส่วนร่วม (participatory policymaking) แต่ก็พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเข้าร่วมอย่างไม่เท่าเทียมกัน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ หัวข้อที่เสนอจากกลุ่มนี้และผ่านการจัดลำดับความสำคัญมีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มนักวิชาการด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างเห็นได้ชัด สาเหตุของปัญหาดังกล่าว น่าจะอยู่ที่การบริหารจัดการของ สปสช. เพื่อติดตามและกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” (experts) สองกลุ่มหลังเสนอหัวข้อมาตรการ/บริการเข้าสู่กระบวนการ UCBP มากขึ้น

สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (lay people, non-experts) นั้น มีข้อจำกัดด้านวิชาการ ทั้งในการเตรียมข้อมูล/หลักฐานเพื่อเสนอหัวข้อ และการอภิปรายแสดงความคิดเห็นในการประชุมและเวทีอื่น ๆ ปัญหาดังกล่าวได้ถูกบันทึกไว้ตั้งแต่ สปสช. เริ่มปรับปรุงกระบวนการ UCBP ใน พ.ศ. 2552 (1, 2) อีกทั้งได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาและมีการเสนอแนะแนวทางแก้ไข โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกหลายครั้ง (3, 4) เนื่องจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร และกลุ่มผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญในการตัดสินใจ

⁷⁷ 1) การเสนอหัวข้อปัญหาหรือมาตรการด้านสุขภาพ 2) การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ เพื่อนำเข้าสู่การประเมิน 3) การประเมินมาตรการด้านสุขภาพในหัวข้อที่สำคัญ และ 4) การพิจารณาผลการประเมิน และการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ รวมทั้งการประเมินเทคโนโลยีเพื่อกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ฯ (5, 6) คณะผู้วิจัยในโครงการนี้ และผู้เข้าประชุมหารือฯ (28 ตุลาคม พ.ศ. 2563) จึงเสนอให้ สปสช. ร่วมกับนักวิชาการ ในสถาบันการศึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เหล่านี้ในหลายรูปแบบ โดยคำนึงถึงการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

“การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน” เป็นหนึ่งในยุทธวิธีของยุทธศาสตร์ “ขยายประเภทและขอบเขต” ภายใต้ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 (7) ยุทธวิธีดังกล่าวถูกแปลงสู่การปฏิบัติด้วยการรวบรวมหัวข้อ หรือข้อเสนอจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการผ่านการประชุม “รับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป” ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปี⁷⁸ และถือว่าเป็น “งานประจำปีที่สำคัญของ สปสช.” (8) ใน พ.ศ. 2563 สปสช. เริ่มระบบรับฟังความคิดเห็นทางออนไลน์ (Hearing Online) ซึ่งเปิดให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นได้ตลอดเวลา⁷⁹ อย่างไรก็ตาม นักวิชาการ หลายท่านชี้ให้เห็นว่า การรับฟังความคิดเห็นประจำปีควรได้รับการปรับปรุงในหลายประเด็น เช่น ความครอบคลุม (inclusiveness) และการเป็นตัวแทนกลุ่ม (representativeness) ของผู้เข้าร่วม การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ และความโปร่งใส (9) การศึกษานี้พบว่า การประชุมรับฟังความคิดเห็นนั้นเปิดกว้างสำหรับข้อเสนอที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบและข้อกำหนดของการประชุมอาจไม่เหมาะสมกับการรวบรวมข้อเสนอเพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ ในขณะที่ผู้เข้าประชุมหารือฯ (วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563) ให้ข้อคิดเห็นว่า ข้อเสนอมาตรการ/บริการสุขภาพที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นส่วนใหญ่ไม่มีน้ำหนัก มีโอกาสน้อยที่จะได้รับการยอมรับเป็นสิทธิประโยชน์ อีกทั้งเป็นข้อเสนอที่ขาดความชัดเจน นักวิชาการที่ทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถหาประเด็นที่จะสืบค้นข้อมูลและทบทวนได้ จึงควรนำข้อเสนอเหล่านี้มาศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหา/อุปสรรค และปรับปรุงวิธีดำเนินงาน นอกจากนี้ การที่ในบางพื้นที่ต้องจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสำหรับผู้ให้บริการและประชาชนทั่วไปแยกออกจากกันเพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง (10) จะทำให้การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งสองกลุ่ม เพื่อสนับสนุนการเสนอหัวข้อสิทธิประโยชน์ใหม่นั้นเป็นไปได้ยาก ดังนั้น สปสช. ควรค้นหารูปแบบการรับฟังความคิดเห็นที่เหมาะสมกับการเสนอหัวข้อด้านประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข รวมทั้งวิธีนำเสนอประเด็นดังกล่าวที่ต้องการทั้งข้อมูล/หลักฐานทางวิชาการ และเวลาอภิปรายพอสมควร

อนึ่ง มีข้อสังเกตว่า ในต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา และสหราชอาณาจักร ผู้เสนอหัวข้อเทคโนโลยีใหม่ส่วนใหญ่เป็นบริษัทผู้วิจัยและพัฒนา ผู้ผลิต หรือจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ (sponsors) องค์กรผู้ประกอบการวิชาชีพ และหน่วยงานวิชาการ ส่วนประชาชนทั่วไป องค์กรผู้บริโภค และกลุ่มผู้ป่วย มีบทบาทหลักด้านการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมในขั้นตอนอื่น ๆ เช่น ในการหารือร่างขอบเขตการประเมิน (scoping) ร่างรายงานการประเมิน และร่างข้อเสนอแนะให้รับมาตรการ/บริการเป็นสิทธิประโยชน์ ในประเทศเหล่านี้ ก็ปรากฏความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเช่นเดียวกับในประเทศไทย (11-13) ดังนั้น การทบทวน

⁷⁸ หนึ่งในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18(13) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

⁷⁹ <https://hearing.nhso.go.th/>; ในรอบปัจจุบัน แสดงความคิดเห็นได้ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564

ประสบการณ์และวิธีแก้ไขปัญหาที่ประเทศอื่นนำมาใช้ อาจเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงกระบวนการ UCBP เช่น การมีขั้นตอนกระบวนการที่โปร่งใสและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วม การบันทึกการประชุมและจัดทำรายงานโดยมีส่วนร่วม (sections) เฉพาะที่นำเสนอความคิดเห็น/ข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดทำรายงานต่าง ๆ ในรูปแบบที่เหมาะสมและใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญและประชาชนทั่วไป

ลักษณะประการที่สอง ได้แก่ การกำหนดนโยบายบนฐานของข้อมูลหลักฐานจากงานวิจัย (evidence-based policymaking) ในขณะที่ประเทศมีข้อจำกัดของทรัพยากรด้านการวิจัยในระบบสุขภาพ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้การพิจารณาข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางหัวข้อใช้เวลายาวนาน เช่น ในขณะที่ทำการศึกษา (พ.ศ. 2563) ข้อเสนอในรอบปี พ.ศ. 2560 และ 2561 หลายหัวข้อยังคงค้างอยู่ที่ สวรส. เนื่องจากไม่มีนักวิจัยรับไปประเมิน การแก้ไขปัญหาโดยการเพิ่มอุปทาน (supply) หรือ การเพิ่มจำนวนนักวิจัยและงบประมาณเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทั้งในระบบการศึกษาและการวิจัยในภาพรวม แม้จะมีการเรียนการสอนทั้งระดับปริญญาโทและเอกภายในประเทศ ในหลายสาขาวิชาที่จำเป็นกับการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ (Health Policy and System Research: HPSR) แต่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้วมาทำงานวิจัยเต็มเวลา หรือ ประกอบอาชีพเป็นนักวิจัยนั้นมีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการข้อมูลหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ คือ การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่แต่กระจัดกระจายอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ และการควบคุมอุปสงค์ (demand) ต่องานวิจัยในกระบวนการ UCBP ด้วยการลดความต้องการงานวิจัยลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น เช่น การแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่ถึงบริการไม่จำเป็นต้องเริ่มด้วยการทำวิจัยเสมอไป การพิจารณาว่าข้อมูลความคุ้มค่าของเทคโนโลยี/มาตรการสำหรับโรคหายากจะมีประโยชน์อย่างไร หากคณะทำงานใช้ Rule of rescue และข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการตัดสินใจเสนอเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่นอกจากนี้ สำหรับข้อเสนอเทคโนโลยี/มาตรการบางประเภทที่ไม่จำเป็นต้องประเมินแบบ full HTA และใช้การประเมินแบบเร่งด่วนแทนได้ ซึ่งจะช่วยลดความต้องการนักวิจัยและระยะเวลาทำวิจัย แต่ควรมีข้อกำหนดและแนวทางการควบคุมคุณภาพงานวิจัยที่ชัดเจน

ในประเทศไทย ศักยภาพด้านการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ รวมทั้งการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) ได้รับการพัฒนามายาวนาน โดยหนึ่งในปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายเห็นความสำคัญของการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลหลักฐาน ทั้งในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (14-16) อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบประการหนึ่งในการศึกษานี้ คือ การที่คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ เห็นว่า งานวิจัยที่นำเสนอในช่วง พ.ศ. 2560-2562 ถึงกว่าร้อยละ 60 มีปัญหาด้านคุณภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะงานวิจัยเหล่านั้นไม่ครอบคลุมประเด็นที่คณะทำงานต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ การเชื่อมโยงผลงานวิจัยกับการตัดสินใจในกระบวนการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกับกระบวนการ UCBP มีส่วนที่คล้ายคลึงกัน แต่ส่วนที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด คือ ความพยายามที่จะควบคุมขอบเขต คำถามวิจัย และคุณภาพงานวิจัยอย่างใกล้ชิดโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักฯ ผ่านทางคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ซึ่งมีนักวิชาการที่สามารถทบทวนโครงร่างงานวิจัย (proposals) และรายงานวิจัย รวมทั้งมีระบบสรรหา/คัดเลือกนักวิจัยเพื่อประเมินรายการยาตามข้อเสนอ (17) แม้ขอบเขตประเด็น

ของการประเมินรายการยาแควและชัดเจนกว่าการประเมินมาตรการ/บริการในความรับผิดชอบของ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ในกระบวนการ UCBP การเรียนรู้และประยุกต์แนวทางและขั้นตอนดำเนินงาน ของคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็น่าจะช่วยลดจำนวน งานวิจัยที่มีคุณภาพไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์ลงได้ อนึ่ง สปสช. ควรพิจารณาว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2563 นอกจากคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ แล้ว ยังมีคณะทำงานอื่น ๆ ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำหนด ประเภทฯ และอาจต้องการใช้ผลการประเมินหรือศึกษาวิจัยประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ คณะทำงานประเมิน ประสิทธิภาพของความครอบคลุมฯ (ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหัวข้อด้านการเข้าถึงบริการด้วย) และคณะทำงาน พัฒนาระบบบริการสำหรับโรคหายาก ดังนั้น คณะทำงานดังกล่าวควรมีบทบาทในการควบคุมคุณภาพ รวมทั้ง กำหนดขอบเขตและประเด็นการวิจัยให้สอดคล้องกับเกณฑ์หรือแนวทางการตัดสินใจของตนด้วยเช่นกัน

ลักษณะประการที่สาม คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน (พฤศจิกายน 2563) กระบวนการ UCBP เป็นการดำเนินงานแบบตั้งรับ (reactive) เนื่องจากผู้เสนอหัวข้อเป็นกลุ่มบุคคลและหน่วยงานภายนอก สปสช. ซึ่ง ทำให้ไม่สามารถควบคุมให้มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของสิทธิประโยชน์ที่เป็นไปอย่างเหมาะสม ในมุมมองของนักวิจัย “ความเหมาะสม” หมายถึง สิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับประเทศ จึง เสนอให้ สปสช. ดำเนินงานเชิงรุก (proactive) โดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมที่เรียกว่า environmental scan ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดและปฏิบัติได้ง่ายที่สุด คือ สปสช. ระบุรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่จำเป็นต้องมี การตรวจวินิจฉัยโรคควบคู่กัน (companion diagnostics) เพื่อนำวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคนั้นมาพิจารณาบรรจุใน ชุดสิทธิประโยชน์ แม้จะไม่มีข้อเสนอจากกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อ นอกจากนี้ ผู้เข้าประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 หลายท่านสนับสนุนกระบวนการ UCBP เชิงรุก โดยเสนอให้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ มองระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์ของประชาชนในภาพรวม แยกบรรทัด/กำหนดวงเงินงบประมาณ สำหรับบริการประเภทต่าง ๆ (เช่น บริการทั่วไป บริการด้าน P&P บริการสำหรับโรคหายาก) ให้สมดุลและชัดเจน และมองหาเทคโนโลยีใหม่ที่ได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น และ/หรือ มีต้นทุนต่ำลง เพื่อนำมาทดแทน เทคโนโลยีที่เป็นสิทธิประโยชน์เดิม

แนวคิดเรื่องการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของ ประเทศ ควรนำมาปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการ UCBP รวมทั้งการประเมิน/ศึกษาวิจัย โดย สวรส. หรือ แหล่งทุนวิจัยอื่น ๆ ให้ความสำคัญกับหัวข้อมาตรการ/บริการที่เป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นลำดับแรก กรณีข้อเสนอการคัดกรองสุขภาพแรงงานนอกระบบเป็นตัวอย่างที่ดีตัวอย่างหนึ่ง เมื่อภาคประชาสังคมเสนอ บริการคัดกรองแรงงานนอกระบบเป็นสิทธิประโยชน์ใหม่ ใน พ.ศ. 2561 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้ปรับแก้ จาก “การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง⁸⁰ และเกษตรกร” เป็น “การตรวจ คัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน” เนื่องจากมีความเห็นว่า มาตรการและเทคโนโลยีที่ใช้ คัดกรองในแต่ละกลุ่มอาชีพแตกต่างกัน จึงต้องจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มอาชีพและความเร่งด่วน และกลุ่ม อาชีพแกะสลักหินมีความสำคัญมากที่สุด (18) ต่อมาใน พ.ศ. 2562 กรมควบคุมโรค เสนอหัวข้อ “การคัดกรองโรค

⁸⁰ กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแกะสลักหิน กลุ่มเก็บ-กลุ่มคนคัดแยกและรีไซเคิลขยะ กลุ่มแท็กซี่ และกลุ่ม ตัดเย็บผ้าและผลิตภัณฑ์จากผ้า

จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เน้นการคัดกรองโดยใช้คำถามคัดกรองโรคจากการทำงาน การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น และการรักษาเบื้องต้น”⁸¹ แต่คณะทำงานคัดเลือกฯ ในการประชุมครั้งที่ 1/2562 มีมติให้นำไปร่วมกับหัวข้อ “การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน” (19) ในขณะที่ทำการศึกษา (พฤศจิกายน 2563) หัวข้อดังกล่าวยังอยู่ระหว่างรอการทำวิจัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบัน มีกฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ที่กำหนดให้แรงงานนอกระบบมีสิทธิได้รับการตรวจสุขภาพ⁸² โดยใช้วิธีการที่ประกาศในกฎกระทรวง และให้จัดทำกฎกระทรวงให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปี นับแต่วันที่กฎหมายมีผลใช้บังคับ ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ กระบวนการ UCBP รวมทั้งการประเมินเทคโนโลยีเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพของแรงงานนอกระบบ หาก สปสช. ดำเนินการเชิงรุก โดยวิเคราะห์สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ไว้ล่วงหน้า ก็น่าจะช่วยให้แรงงานนอกระบบได้รับบริการที่จำเป็นรวดเร็วขึ้น

กรณีข้อเสนอการคัดกรองสุขภาพแรงงานนอกระบบ ยังสะท้อนปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายใน สปสช. กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. เป็นประธาน (ดูรายละเอียดในบทที่ 6) แต่เมื่อมีการเสนอหัวข้อการคัดกรองสุขภาพแรงงานนอกระบบเข้าสู่กระบวนการ UCBP ก็มีการดำเนินการไปตามขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน โดยไม่มีการกล่าวถึงคณะทำงานชุดนี้ในรายงานผลการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการประชุมที่เกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเลย ในทำนองเดียวกัน หาก สปสช. มีนโยบายกำหนดสิทธิประโยชน์เชิงรุก โดยพิจารณา companion diagnostics หรือ มาตรการอื่น ๆ ที่จำเป็นในการกำกับการใช้ยาในบัญชี จ(2) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็ควรจัดให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบกระบวนการ UCBP กับผู้แทน สปสช. ในคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับรายการยาที่อยู่ระหว่างการพิจารณาเงื่อนไขการสั่งใช้ยา แนวโน้มของการบรรจุยาแต่ละรายการในบัญชี จ(2) และกำหนดเวลาที่จะประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับใหม่

ตามหลักธรรมาภิบาลและการบริหารบ้านเมืองที่ดี สปสช. ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันของหัวข้อมาตรการ/บริการแก่ผู้ยื่นข้อเสนอ รวมทั้งเปิดเผยเหตุผลประกอบการตัดสินใจ และสาเหตุที่ทำให้บางหัวข้อค้างการพิจารณาเป็นเวลานานต่อสาธารณะ การที่จะมีข้อมูลดังกล่าวได้ ฝ่ายเลขานุการต้องมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่ดี มีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งมีการนำข้อมูล/ผลการทบทวนการปฏิบัติงานมาใช้ประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ เช่น วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในขั้นตอนต่าง ๆ ศึกษาสาเหตุที่ทำให้บางหัวข้อได้รับการพิจารณาตัดสินใจอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับหัวข้อที่รับเข้ามาในเวลาใกล้เคียงกัน หรือเกิดความล่าช้าในการตัดสินใจทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับนโยบาย

⁸¹ จากรายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกฯ ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 หัวข้อนี้มีข้อความ “โดยใช้แบบสอบถาม Verbal Screening แรงงานนอกระบบ 21.2 ล้านคน” ต่อท้าย

⁸² ในเบื้องต้น สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จะจัดให้แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อโรคจากพิษตะกั่ว ฝุ่นหิน แร่ใยหิน สารเคมีทางการเกษตร และการอยู่ในที่อับอากาศ ได้รับการตรวจสุขภาพ

นอกจากนี้ การวางแผนปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เชิงรุก จะช่วยให้การพิจารณาและประเมินมาตรการ/บริการแบบเร่งด่วน ตามความต้องการของผู้กำหนดนโยบายลดลง เนื่องจากมีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า

ในการศึกษานี้ นักวิจัยได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญและยังคงรอการประเมินอยู่ในเดือนมิถุนายน 2563 จำนวน 19 หัวข้อ และพบว่าในจำนวนนี้ 4 หัวข้อ อาจไม่จำเป็นต้องทำการประเมินหรือศึกษาวิจัย หัวข้อที่เกี่ยวกับปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการ embolization 24 รายการ และการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้น ควรถูกจัดส่งให้คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมฯ (คณะทำงาน effective coverage) และหน่วยงานที่รับผิดชอบการจ่ายชดเชยค่าบริการและการให้บริการร่วมกันพิจารณาหาทางแก้ไขปัญหาดังตั้ง พ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ สำหรับหัวข้อ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายในกรณีที่มีโรคร่วม HIV ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ควรนำมาเป็นกรณีศึกษาในการปรับปรุงขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมโดยนักวิชาการ กรณีการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งให้เห็นว่า หากนักวิชาการทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมประเด็น “ความจำเป็น” และ “การมีอยู่ในแนวทางปฏิบัติ (practice guidelines) ในประเทศต่าง ๆ” ของมาตรการตามข้อเสนอ ก็จะมีข้อมูลเพิ่มเติมให้กับคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อพิจารณาความจำเป็นของการศึกษาวิจัย ส่วนการป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ก่อนการประเมิน/ศึกษาวิจัย ฝ่ายเลขานุการควรเสนอให้คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ พิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการนำมาตราการลักษณะนี้ (มาตรการ P&P ที่ซับซ้อนและไม่ได้ดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการ) เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระดับประเทศ เนื่องจากมีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวให้ครอบคลุมประชากรเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายอย่างเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่ ทั้งสี่หัวข้อเป็นตัวอย่งที่ดีที่แสดงว่า คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และฝ่ายเลขานุการ ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลแวดล้อมเกี่ยวกับมาตรการ/บริการตามข้อเสนอ นอกเหนือจากข้อมูลที่ใช้ในการให้คะแนนและจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อในแต่ละปี

นอกจากการเพิ่มมาตรการ/บริการใหม่เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ และการที่ประชาชนได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพจากการเข้าถึงบริการ ดังจะเห็นได้จากการกำหนดให้การดำเนินงานเกี่ยวกับ “ประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (effective coverage)” เป็นยุทธวิธีภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ของยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขฯ และใน พ.ศ. 2560 ได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมารับผิดชอบการพัฒนาการประเมิน effective coverage ดำเนินการประเมินและรายงานผลการประเมินรวมทั้งรายงานผลกระทบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ในขณะที่ทำการศึกษานี้ คณะทำงาน effective coverage อยู่ในระยะเริ่มต้น แม้จะดำเนินการพัฒนาการประเมินและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องมาหลายปี แต่คณะอนุกรรมการเริ่มส่งหัวข้อเกี่ยวกับ effective coverage และปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการให้คณะทำงานดังกล่าวใน พ.ศ. 2563 ในทำนองเดียวกัน ใน พ.ศ. 2563 เริ่มมีการคัดเลือกหัวข้อมาตรการ/บริการสำหรับโรคหายากให้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายากดำเนินการ การแยกประเภทของข้อเสนอให้อยู่ในความรับผิดชอบของ

คณะทำงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง น่าจะช่วยให้มีการนำมาตรการ/บริการที่จำเป็นเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ในขณะที่เดียวกันการประสานงานระหว่างคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และเจ้าหน้าที่ สปสช. ที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ก็อาจจะซับซ้อนมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการกับข้อเสนอทั้งสองประเภทในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ UCBP และปัญหาอุปสรรค ไม่อยู่ในกรอบเวลาของการศึกษานี้ จึงจำเป็นต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผลต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงาน รวมทั้งสิ้นเพียง 6 เดือน ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหลายกลุ่ม และกระจายอยู่ทั่วประเทศและอยู่ในหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์คณะทำงานและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยดำเนินการจึงสะท้อนปัญหาและสาเหตุได้เพียงบางส่วน อย่างไรก็ตาม คณะทำงานและคณะอนุกรรมการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการ และผู้แทนหน่วยงานที่เข้าร่วมการประชุมเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ได้แสดงความคิดเห็นและเพิ่มเติมข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในอนาคต การติดตามและประเมิน/ทบทวนกระบวนการ UCBP ควรเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานตามปกติ (routine) ของฝ่ายเลขานุการ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน สปสช. เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบจัดการรับฟังความคิดเห็นประจำปี เป็นต้น ข้อจำกัดอีกประการหนึ่ง คือ การศึกษานี้เน้นไปที่การทบทวนกระบวนการปฏิบัติงาน (processes) และผลผลิต (outputs) ของขั้นตอนต่าง ๆ ในกระบวนการ UCBP โดยไม่ครอบคลุมการประเมินผลที่ตามมาจากการบรรลุมาตรการ/บริการเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งรวมทั้งการเข้าถึงบริการของประชาชน คุณภาพของบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงานวิจัยในอนาคต

ผู้ทบทวน (reviewers) ของรายงานฉบับนี้มีความเห็นว่า ผลการทบทวนกระบวนการ UCBP ที่นำเสนอ ยังไม่ครอบคลุมบางประเด็นที่สำคัญ คณะผู้วิจัยจึงรวบรวมความคิดเห็นดังกล่าวไว้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต ดังนี้

(1) เนื่องจากกระบวนการ UCBP เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ การเงินการคลัง และจริยธรรมอย่างชัดเจน จึงควรมีการวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis) เพื่อศึกษาบทบาทของผู้แสดงที่สำคัญ (key actors) การเจรจาต่อรอง/แรงกดดัน การใช้ข้อมูลหลักฐานประกอบการตัดสินใจ และอิทธิพลของปัจจัยบริบท (contextual factors) ต่อการออกแบบกลไก/กระบวนการ UCBP ซึ่งรวมทั้งการจัดให้มีช่องทางพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับโรคหายาก และการพัฒนาความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ (effective coverage) ตลอดจนการตัดสินใจคัดเลือก/ไม่คัดเลือกเทคโนโลยี หรือ มาตรการหนึ่ง ๆ เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(2) สำหรับคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ UCBP ควรวิเคราะห์ประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม ได้แก่ แนวคิด ผลสัมฤทธิ์ และประสิทธิภาพในการทำงานของทุกคณะ รวมทั้งคณะทำงาน effective coverage และคณะทำงานโรคหายาก (แต่งตั้งขึ้นหลังสุด และในช่วงของการทบทวนกระบวนการ UCBP ยังไม่มีข้อเสนอให้คณะทำงานทั้งสองพิจารณา) สัดส่วนและศักยภาพของภาคส่วนต่าง ๆ

ความสมดุลและเป็นธรรมในการมีส่วนร่วม และเกณฑ์การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม โครงสร้างคณะทำงานในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จำเป็นต้องแยกผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาหัวข้อด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคออกจากหัวข้อด้านการรักษาหรือไม่ ระบบสนับสนุนการทำงานของคณะทำงานชุดต่าง ๆ ศักยภาพของทีมเลขานุการและทีมวิชาการ มีผลต่อ output/achievement ของกระบวนการ UCBP หรือไม่/มากน้อยเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 1. นนทบุรี; 2552.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 2. นนทบุรี; 2554.
3. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 31 กรกฎาคม 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
4. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 17 ตุลาคม 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
5. Tantivess S, Douththipsirikul S. Leaving No One Behind: Participatory Technology Appraisal as a Platform for Agenda Setting to Address Disparities in Access to Health Services in Thailand. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2019;35:340-5.
6. Kieslich K, Bump J, Norheim O, Tantivess S, Littlejohns P. Accounting for Technical, Ethical, and Political Factors in Priority Setting. *Health Systems & Reform*. 2016;2:51-60.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร; 2560.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บทสัมภาษณ์ “การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Public Hearing)” คุณโชติรส โสมนรินทร์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนและประสานงานเขต คุณวันทา หวังเลี้ยงกลาง หัวหน้างาน สปสช.เขต จังหวัดนครราชสีมา คุณสุพรรณิ คำเพิ่มพูน หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม เมื่อ 31 สิงหาคม 2561 กรุงเทพมหานคร; 2561. Available from: <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section6/detail6.aspx>.
9. Kantamaturapoj K, Marshall A, Chotchoungchatchai S, Kiewnin K, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Performance of Thailand’s universal health coverage scheme: Evaluating the effectiveness of annual public hearings. *Health Expectations*. 2020: doi: 10.1111/hex.13142. Online ahead of print. .
10. Kantamaturapoj K, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, et al. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020; 98:117-25.
11. Oortwijn W, Determann D, Schiffers K, Tan S, Van der Tuin J. Towards Integrated Health Technology Assessment for Improving Decision Making in Selected Countries. *Value in Health*. 2017;20:1121-30.

12. Slutsky J, Tumilty E, Max C, Lu L, Tantivess S, Hauegen R, et al. Patterns of public participation: opportunity structures and mobilization from a cross-national perspective. *Journal of Health Organization and Management*. 2016;30:751-68.
13. Wale J, Sullivan M. Exploration of the visibility of patient input in final recommendation documentation for three health technology assessment bodies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2020:1-7 <https://doi.org/10.1017/S0266462320000240>.
14. Pitayangsarit S, Tangcharoensathien V. Sustaining capacity in health policy and systems research in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:72-4.
15. Leelahavarong P, Douthipsirikul S, Kumluang S, Poonchai A, Kittiratchakool N, Chinnacom D, et al. 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. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000321>).
16. Teerawattananon Y, Tantivess S, Yothasamut J, Kingkaew P. Historical development of health technology assessment in Thailand. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2009;25:241-52.
17. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานของคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ รอบปี พ.ศ. 2559-2561. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2562.
18. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 12 มีนาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.
19. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. รายงานการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

ภาคผนวก ก หัวข้อปัญหามาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 ที่
 รอกการประเมิน ณ เดือนมิถุนายน 2563

ปีที่เสนอ	หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพ
พ.ศ. 2560	1) การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ 2) การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย (Obese patients with type II diabetes) ด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic bariatric surgery) 3) ลิ้นหัวใจเทียม aortic ชนิดไม่ต้องเย็บสำหรับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมในผู้สูงอายุ (Aortic sutureless heart valve for elderly patients)
พ.ศ. 2561	4) พัฒนาระบบการบริหารเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ทำ HD 5) ค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ embolization เข้าสู่สิทธิประโยชน์ 6) การรักษาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูดของท่อปัสสาวะบกพร่องในชาย การผ่าตัดใส่หูดเทียม 7) Percutaneous epidural adhesiolysis catheter 8) การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 9) การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน 10) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้าน 11) สนับสนุนการให้อุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมในโรงงาน
พ.ศ. 2562	12) การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด (Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke from large occlusion) 13) การใช้แร่เฉพาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy) 14) สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Peripheral drug-eluting stent) 15) ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง intermediate care 16) Radiofrequency ablation สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง 17) Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง (spinal) หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง (epidural) 18) อุปกรณ์ช่วยพูด (electrolarynx) เครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นเสียง 19) การคัดกรองกลุ่มอาการตาบอดด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง

ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. รศ. พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร | ประธานคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการ
สาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต |
| 2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภท
และขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข |
| 3. นพ.โสภณ เมฆธน | ประธานคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ กลไกการจัดการและการเข้าถึง
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |
| 4. ดร. นพ.ภูษิต ประคองสาย | สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. รศ. นพ.เชิดชัย นพมณีจำรัสเลิศ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประธานคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อและ
จัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อ
กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข |
| 6. นพ.นพพร ชื่นกลิ่น | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 7. พล.อ.ต. นพ.ไกรสร วรดิถี | โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 8. รศ.ดร.ภญ. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. คุณสุนทรี ช่างกิ่ง | กลุ่มภาคประชาสังคม |
| 11. คุณเอกวัฒน์ สุวันทโรจน์ | กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย |
| 12. คุณวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | กลุ่มประชาชนทั่วไป |
| 13. คุณถนอมเกียรติ จันทร์จรัสจิต | ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) |
| 14. คุณรตีพร สุขอรุณ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 15. คุณโชติกา ชูพงษ์เสรีฐ | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |
| 16. คุณณัฐกาน์ เพชรสารัช | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ |
| 17. คุณวารุณี สุราอามาตย์ | กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ |
| 18. นพ.จักรกริช ไข้วศิริ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 19. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |

20. ภก.คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
21. คุณกฤษณา จงส่งเสริม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
22. ดร.สิรินาฏ นิภาพร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
23. คุณวนิดา จิตรวิมลรัตน์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
24. คุณนริศา มั่นทางกูร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
25. คุณอภิรดา พันธุ์สิทธิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
26. คุณฐิติมา พุ่มกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
27. คุณวารีย์ รัตมะยศ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
28. คุณรัตนา พันธุ์กุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
29. คุณปวีณา ศรีบุรณ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
30. ญ.เนตรนภิส สุขนวนิช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
31. ดร.ญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
32. ผศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
33. ดร.ญ.พัทธรา สีนหวรงค์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
34. นายทรงยศ พิลาสันต์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
35. นายวิฑูรวัช พันธุ์มงคล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
36. นายदनัย ชินคำ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
37. นางสาวกুমารี พัทณี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
38. นางสาวชลธิชา จันทร์แจ่ม	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
39. นางสาวชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
40. นายสรายุทธ ชันธะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
41. นางสาวภคินันท์ อังกาบ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ภาคผนวก ค อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต	คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
<p>1) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ</p> <p>2) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้</p> <p>3) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5</p> <p>4) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน</p> <p>5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการถอดถอนเลขาธิการตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามของเลขาธิการตามมาตรา 32</p> <p>6) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 40</p>	<p>1) ปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักธรรมาภิบาลและการบริหารราชการที่ดี</p> <p>2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการระยะ 4 ปี ให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>3) จัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามมาตรา 18(3) และอัตราค่าบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>4) วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ ที่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ และเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>5) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>1) ปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักธรรมาภิบาลและการบริหารราชการที่ดี</p> <p>2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของคณะอนุกรรมการระยะ 4 ปี ให้สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>3) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 18(4) และเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>4) วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความเป็นธรรม และเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ</p> <p>5) จัดทำคำของบประมาณรายจ่ายประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบกับรายงานความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุน เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนเสนอคณะรัฐมนตรีตามกรอบเวลาการจัดทำงบประมาณ</p> <p>6) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบกับรายงาน</p>

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
<p>7) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41</p> <p>8) สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47</p> <p>9) สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา 47</p> <p>10) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข</p> <p>11) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงทะเบียนปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน</p>	<p>6) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม</p> <p>7) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p>	<p>ความเห็นของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตลอดจนบัญชีการเงินและทรัพย์สินของกองทุน เสนอต่อกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนเสนอคณะรัฐมนตรีตามกรอบเวลาการจัดทำงบประมาณ</p> <p>7) แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม</p> <p>8) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย</p>

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน
<p>12) จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการ แล้วรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเป็นประจำทุกปีภายในหกเดือนนับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ</p> <p>13) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี</p> <p>14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย</p>		

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 1) คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข
- 2) คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข
- 3) คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความปลอดภัยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรครายาก

คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	คณะทำงานประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุม	คณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรครายาก
<p>1) ดำเนินการและกำกับกำกับการดำเนินการตามกรอบแนวทางการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์รวมทั้งกลไกและกระบวนการที่คณะอนุกรรมการฯ ให้ความเห็นชอบแล้ว โดยให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564</p> <p>2) พัฒนาเกณฑ์การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ ในประเด็นปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และจัดให้มีการประเมินความคุ้มค่า การศึกษาวิจัยประเมินผล รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อควบคุมคุณภาพ</p>	<p>1) จัดทำข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p> <p>2) ดำเนินการคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสมาชิกคณะทำงานเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย ลงมติตัดสินใจด้วยคะแนนข้างมาก ส่วนสมาชิกนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่เป็น</p>	<p>1) จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มโรคหรือกลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ตามประเภทและขอบเขตบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>2) ประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ตามประเภทและขอบเขตบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>3) รายงานผลการประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ผลกระทบและความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต</p>	<p>1) ดำเนินการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเภทและขอบเขตบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2565</p> <p>2) พิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรครายาก (ยา/ไม่ใช่นายา) เข้าสู่การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ/การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP)</p> <p>3) จัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ด้านการดูแลผู้ป่วยโรครายาก และข้อเสนอการพัฒนากระบวนการสาธารณสุขที่มีความชัดเจนและเชื่อมโยงกันทั้งระบบ และ 3 กองทุน</p>

คณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขฯ	คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ	คณะกรรมการประเมินประสิทธิผลของความครอบคลุมฯ	คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก
<p>3) สรุปผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบ และความเป็นไปได้ในการ ดำเนินการจัดบริการในประเด็นปัญหา สุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการ กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการ สาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการ ดำรงชีวิต และเสนอคณะอนุกรรมการฯ พิจารณา</p> <p>4) แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อ ปฏิบัติงานเฉพาะตามความจำเป็นและ เหมาะสมที่คณะกรรมการฯ เห็นสมควร</p> <p>5) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่อนุกรรมการฯ มอบหมาย</p>	<p>ข้อเท็จจริงเท่านั้น แต่ไม่มีสิทธิอภิปราย แสดงความคิดเห็นและไม่มีส่วนในการ ตัดสินใจ</p> <p>3) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่คณะกรรมการฯ มอบหมาย</p>	<p>4) พัฒนากลไกการประเมินประสิทธิผล ของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>5) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่ คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและ ขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่ จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต มอบหมาย</p>	<p>4) จัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ฐานข้อมูลบริการ การกำกับติดตาม การบูรณาการระบบบริหารจัดการ การวิจัยองค์ความรู้โรคหายากและการวิจัยประเมินผล และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการรวมกลุ่ม ของเครือข่ายต่าง ๆ เป็นต้น</p> <p>5) ขับเคลื่อนให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหายาก</p> <p>6) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชน เข้าถึงบริการตามประเภทและขอบเขตในการให้บริการ สาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรายงานผลต่อคณะอนุกรรมการฯ ทุก 6 เดือน</p> <p>7) ปฏิบัติภารกิจอื่นตามที่คณะอนุกรรมการฯ มอบหมาย</p>

ภาคผนวก ง ข้อกำหนดของ สปสช. เกี่ยวกับหลักฐานวิชาการที่ใช้ประกอบการเสนอหัวข้อฯ โดยกลุ่มผู้มีส่วน
ได้ส่วนเสีย

1. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ หมายถึง เอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการต่างประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง PubMed

2. เอกสารจากหน่วยงานที่นำมาอ้างอิงต้องมาจากภาครัฐทั้งหมด หรือสถาบันวิจัย เช่น

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
- สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
- โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด (อสต.)
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
- แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รสส.)
- สถาบันจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ มช. (สวรส. เหนือ)
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
- แผนงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
- สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส. อีสาน)
- เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network-CRCN)
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน (สวค.)
- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. (สวรส. ใต้)
- สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
- ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก (APAIR)
- แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA-HPP)

นอกจากนี้ สปสช. กำหนดให้เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในระดับประเทศ ต้องเป็นเอกสารที่พัฒนาจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์ ดังรายชื่อต่อไปนี้

- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
- สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
- สมาคมต่อมไทรอยด์แห่งประเทศไทย
- สมาคมออร์โธพีดิกส์แห่งประเทศไทย
- สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
- สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย
- สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย
- สมาคมรูมาตัสซึมแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
- สมาคมทันตกรรมจัดฟันและการวิจัยแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
- สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- สมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
- ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์
- ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
- สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
- สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- สมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย
- สมาคมพิษวิทยาคลินิก
- สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
- สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคติดเชื้อ
- สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
- สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
- สมาคมศัลยกรรมตกแต่งแห่งประเทศไทย
- สมาคมเวชสารสนเทศไทย
- สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย
- สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย
- สภาเทคนิคการแพทย์

ภาคผนวก จ เกณฑ์การคัดเลือกข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่เข้าสู่การประเมิน และการให้คะแนนตามเกณฑ์ฯ

เกณฑ์ข้อที่ 1: จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of population affected by disease or health problem)

คำจำกัดความ จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยี โดย

- กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ใช้จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด⁸³
- กรณีหัวข้อการคัดกรอง การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ใช้จำนวนประชากรจากข้อมูลความชุก (prevalence) ของโรค

เกณฑ์การให้คะแนน จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ หรืออาจเป็นเอกสารหรือฐานข้อมูลของหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในภาคผนวก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ	คะแนน
มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป	5
100,001-500,000 คน	4
50,001-100,000 คน	3
10,001-50,000 คน	2
0-10,000 คน	1

เกณฑ์ข้อที่ 2: ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem)

คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่ง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวกในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล รวมถึงความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ โดยไม่นับรวมถึงโรคร่วมหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดร่วมกับโรคที่สนใจ (co-morbidity)

เกณฑ์การให้คะแนน

⁸³ กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือกลุ่มเป้าหมายของเทคโนโลยีนี้ หากเป็นเทคโนโลยีที่ให้สิทธิครอบคลุมประชากรบางกลุ่มแล้ว จะไม่นับรวมประชากรเดิมที่ได้รับเทคโนโลยีนั้น ๆ เช่น ปัจจุบัน ประชากร 7 กลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แล้ว นอกจากนี้เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนตามข้อบ่งชี้ไม่สามารถให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้ ดังนั้นจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจึงเป็นประชากรไทยทั้งหมดที่กลบด้วยประชากร 7 กลุ่มเสี่ยงและเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน

ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
- เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต)	5
- ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ ^{84,85} ในระดับความพิการที่ 3-5 ⁸⁶	4
- ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจในระดับความพิการที่ 1 และ 2	3
- ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต หรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ	2
- โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ต่อผู้ป่วย	1

หมายเหตุ:

- 1) ข้อมูลความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ หรือใช้ความรู้ที่เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ
- 2) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการคัดกรอง ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการคัดกรองนั้น ๆ
- 3) สำหรับการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากไม่มีการรักษา หรือฟื้นฟูสภาพนั้น ๆ
- 4) กรณีที่กลุ่มเป้าหมายของหัวข้อหนึ่งเป็นกลุ่มคนพิการ ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ โดยไม่นับความรุนแรงจากปัญหาความพิการที่มีอยู่แล้วของกลุ่มเป้าหมาย เช่น หัวข้อปัญหาแผลกดทับของผู้พิการ ให้พิจารณาความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากแผลกดทับเท่านั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3: ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology)

⁸⁴ นิยาม “คนพิการ” ในประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อ 28 ก.พ. 2546

⁸⁵ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประกาศกระทรวงฯ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ลงวันที่ 30 เม.ย. 2552) กำหนดประเภทของความพิการไว้ 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการมองเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก 5) ความพิการทางสติปัญญา และ 6) ความพิการทางการเรียนรู้

⁸⁶ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดระดับของความพิการไว้ 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) น้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน/ขาน้อยกว่า 2 ข้าง ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) ครึ่งตัว หรือแขน/ขาเพียง 2 ข้าง ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) มากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขามากกว่า 2 ข้าง

คำจำกัดความ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้น ๆ โดยอาจพิจารณาเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นที่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

- กรณีเทคโนโลยีใดที่เป็นเพียงเทคโนโลยีทางเลือกเดียวสำหรับการบริการด้านสุขภาพหนึ่ง ๆ ขอให้มีการระบุไว้ในผลการทบทวนวรรณกรรมและแจ้งต่อคณะทำงานคัดเลือกเพื่อรับทราบและพิจารณาให้ความสำคัญกับหัวข้อนี้เพิ่มขึ้นในการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ ครั้งนั้น ๆ
- กรณีเทคโนโลยีใดที่มีข้อมูลชัดเจนว่าไม่มีประสิทธิผล หรือมีประสิทธิผลต่ำ ขอให้มีการระบุไว้ในผลการทบทวนวรรณกรรมและแจ้งต่อคณะทำงานคัดเลือกเพื่อรับทราบพิจารณาให้ความสำคัญกับหัวข้อนี้ น้อยลงในการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ ครั้งนั้น ๆ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยต้องมีหลักฐานวิชาการที่เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มตัวอย่างโดยมีกลุ่มควบคุม (Randomize Controlled Trial: RCT) อย่างน้อย 1 การศึกษา⁸⁷ กรณีที่ไม่สามารถทำการศึกษาแบบ RCT ได้ เนื่องด้วยข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ สามารถอนุมานให้ใช้การศึกษาชนิดอื่นได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนน จำแนกตามวัตถุประสงค์หลักของการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 3.1: กรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ⁸⁸ พิจารณาจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ	คะแนน
- สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ)	5
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน	4
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย หรือไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน	3
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต หรือไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย	2
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่ลดคุณภาพชีวิต	1

⁸⁷ มีข้อเสนอแนะให้ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) กรณีที่มีข้อมูล RCT มากกว่า 1 การศึกษา

⁸⁸ การพิจารณาให้คะแนน ให้พิจารณาเป็นลำดับตามระดับคะแนนจากน้อยไปมาก กล่าวคือหัวข้อที่จะได้คะแนนสูงจะต้องผ่านเกณฑ์คะแนนที่ต่ำกว่ามาก่อน เช่น การรักษารากฟัน สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ไม่ได้คะแนน 5 เนื่องจากไม่ได้ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่า (คะแนน 3 และ 4) ดังนั้นหัวข้อนี้จึงเป็นเพียงการเพิ่มคุณภาพชีวิตเท่านั้น

เกณฑ์ข้อที่ 3.2: กรณีการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค⁸⁹ พิจารณาจากความแม่นยำในการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้น ๆ ซึ่งมีวิธีพิจารณา กำหนดคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 3.2: ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาจาก ความแม่นยำ⁹⁰ (Accuracy) ในการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค เป็นความแม่นยำที่จะบอกผู้ที่เป็นโรคจริงและไม่เป็นโรคจริงจากจำนวนประชากรที่นำมาตรวจ

$$Accuracy = \frac{a + d}{a + b + c + d}$$

ระดับความแม่นยำ	คำจำกัดความ
A2	ความแม่นยำมากกว่า 80%
A1	ความแม่นยำ 60-80%
A0	ความแม่นยำน้อยกว่า 60%

เกณฑ์ข้อที่ 3.2: ส่วนที่สอง พิจารณาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้น ๆ โดยพิจารณาโรคที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้น ๆ คัดกรองและ/หรือวินิจฉัย ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่

ระดับผลกระทบ	คำจำกัดความ
D1	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้
D0	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้

ทั้งนี้ หากโรคที่คัดกรองไม่สามารถรักษาให้หายขาด และไม่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้ ให้พิจารณาตัดออกจากการคัดเลือกหัวข้อ

⁸⁹ กรณีหัวข้อที่เสนอามีหลายมาตรการที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชน ซึ่งประสิทธิผลในการตรวจคัดกรองแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน ดังนั้นขอให้กำหนดมาตรการย่อยที่ต้องการเสนอให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถระบุคะแนนได้อย่างถูกต้อง

⁹⁰ การคำนวณความแม่นยำ (accuracy) กรณีที่ข้อมูลที่อยู่ในเอกสารวิชาการไม่รายงานค่าความแม่นยำ แต่รายงานเป็นค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สามารถคำนวณดังนี้

การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย		สภาพจริงผู้ป่วยจากการตรวจมาตรฐาน	
		ผลบวก	ผลลบ
ผลการตรวจจากเครื่อง	ผลบวก	a	B
	ผลลบ	c	D

เกณฑ์ข้อที่ 3.2: ส่วนที่สาม การให้คะแนนพิจารณาจากระดับความแม่นยำ และผลกระทบจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค ให้คะแนนดังนี้ (มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2)

ระดับความแม่นยำ	ระดับผลกระทบ	คะแนน
A2	D1	5
A1	D1	4
A2	D0	3
A1	D0	2
A0	D1	2
A0	D0	1

เกณฑ์ข้อที่ 3.3: กรณีการป้องกันโรค พิจารณาจากประสิทธิผลของการป้องกันโรค ดังนี้

ประสิทธิผลการป้องกันโรค	คะแนน
มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90%	5
มีประสิทธิผลในการป้องกัน 80–89%	4
มีประสิทธิผลในการป้องกัน 70–79%	3
มีประสิทธิผลในการป้องกัน 60–69%	2
มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 %	1

เกณฑ์ข้อที่ 4: ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice)

คำจำกัดความ ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- 1) ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ ต้องมีหลักฐานเอกสารหรือระเบียบทางราชการที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษา

ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	คะแนน
ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แต่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม	5
ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แต่อยู่ในสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม	3
ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของทุกสิทธิ	1

- 2) ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี (ไม่มีคะแนน)

สำหรับบริการและ/หรือเทคโนโลยี ที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิ UCs ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูลเชิงพรรณนา

- หลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศและบางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างในการเข้าถึงบริการและการกระจายบริการและ/หรือเทคโนโลยี
- ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ข้อมูลระดับชาติของโรคที่แตกต่างในระหว่างพื้นที่ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร ข้อจำกัดทางเทคโนโลยีนั้น ๆ และระบบส่งต่อ เป็นต้น ที่มีผลต่อการกระจายบริการและ/หรือเทคโนโลยี โดยแนบหลักฐานวิชาการ (ถ้ามี)

เกณฑ์ข้อที่ 5: ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure)

คำจำกัดความ ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพและ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ จนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย (Catastrophic illness/ health catastrophe)⁹¹ โดย

- กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้พิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริม/คัดกรองและการป้องกันโรค หากโรคที่ต้องการคัดกรองและป้องกันยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคด้วย
- กรณีหัวข้อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้พิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยมีข้อสังเกตดังนี้
 - (1) หากค่าใช้จ่ายจากการใช้เทคโนโลยีเดียวกันแต่มีค่าใช้จ่ายต่างกันตามลักษณะผู้ป่วย หรือรูปแบบการใช้ ให้พิจารณาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือการรักษาส่วนใหญ่เป็นหลัก
 - (2) หากเทคโนโลยีที่ใช้เพียงครั้งเดียวแต่มีผลไปตลอดชีวิตให้คิดค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยให้ระบุเพิ่มเติมว่าเป็นค่าใช้จ่ายครั้งเดียว
 - (3) หากเป็นเทคโนโลยีที่ต้องใช้ซ้ำไปในระยะเวลาเกินหนึ่งปี ให้ประมาณค่าใช้จ่ายต่อปี

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในรูปของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ การคำนวณรายจ่ายด้านสุขภาพในที่นี้กำหนดให้ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแบ่งเป็น 5 ระดับ⁹² โดยในโครงการนี้พิจารณาเฉพาะรายจ่ายทางตรงด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและเกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐเป็นหลัก ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกิด

⁹¹ เกณฑ์ที่กำหนดเป็นภาวะการล้มละลายของครัวเรือนจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน กำหนดจากรายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองเป็นค่ายา ค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน (อ้างอิงจาก Russell, 1996; Wagstaff & Van Doorslaer, 2003 อ้างในบทความของ นพ. ภูษิต ประคองสาย และคณะ ในเรื่อง “The Equity Impact of the Universal Coverage Policy: Lessons from Thailand”)

⁹² ในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับของผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อครัวเรือน ใช้ข้อมูลจากรายงานค่าใช้จ่ายครัวเรือนจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าครัวเรือนไทยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนคิดเป็นเงิน 21,346 บาท หากใช้การกำหนดระดับที่มากกว่า 10% ของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนจะสามารถประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะก่อให้เกิดภาวะล้มละลายอยู่ที่ค่ามากกว่า 2,135 บาท/เดือนหรือ 25,620 บาท/ปี จากนั้นใช้ค่าดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการให้คะแนนตามขนาดความรุนแรงของภาวะล้มละลาย และเพิ่มขึ้นครั้งละ 5%

ขึ้นกับผู้ป่วย⁹³ โดยในการให้คะแนนใช้ข้อมูลจากรายงานค่าใช้จ่ายครัวเรือนจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 64,000 บาท/ปี	5
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 51,201-64,000 บาท/ปี	4
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 38,401-51,200 บาท/ปี	3
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 25,601-38,400 บาท/ปี	2
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพน้อยกว่า 25,600 บาท/ปี	1

เกณฑ์ข้อที่ 6: ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ethical and social implication)

คำจำกัดความ ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ต่อสังคมส่วนรวม เช่น ชนกลุ่มน้อย/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้เยาว์/กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มผู้ถูกเลือกปฏิบัติทางเพศ หรือกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีกฎหมายรองรับ เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแบ่งแยกหรือความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยี/การบริการสุขภาพของคนแต่ละกลุ่มในสังคม ในที่นี้ ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความซุกต่ำ

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้

การให้คะแนนสำหรับเกณฑ์ข้อที่ 6: ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาจากผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	คำจำกัดความ
E0	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ <u>ไม่ได้</u> เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย
E1	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย

⁹³ การคำนวณค่าใช้จ่าย ให้พิจารณาค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล (ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์) เป็นหลัก ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน เนื่องด้วยต้นทุนเหล่านี้จะถูกนำมาพิจารณาในขั้นตอนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

การให้คะแนนสำหรับเกณฑ์ข้อที่ 6: ส่วนที่สอง ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ⁹⁴ ให้พิจารณาจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพที่มีชีวิตอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ทั้งนี้ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ การพิจารณากำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คำจำกัดความ
R0	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่า 10,000 คน
R1	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบ 1,000–10,000 คน
R2	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบน้อยกว่า 1,000 คน

การให้คะแนนสำหรับเกณฑ์ข้อที่ 6: ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนน

หมายเหตุ: มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2 ดังนี้

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
E1	R2	5
E1	R1	4
E1	R0	3
E0	R2	2
E0	R1	2
E0	R0	1

⁹⁴ ประเด็นข้อที่ 6 นี้ระดับความชุกใช้ค่าสูงสุดที่ 10,000 คน ซึ่งจะเป็นระดับต่ำสุดของประเด็นข้อที่ 1 (เรื่องจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ) เนื่องจากต้องการชดเชยคะแนนกับโรคที่มีความชุกต่ำซึ่งจะได้คะแนนน้อยในประเด็นที่ 1 แต่จะชดเชยด้วยคะแนนสูงในประเด็นที่ 6 ซึ่งจะให้ความสำคัญกับโรคที่มีความชุกต่ำ ทั้งนี้ระดับความชุกในประเด็นที่ 6 ให้ใช้ตัวเลขเดียวกับประเด็นที่ 1

ภาคผนวก ฉ เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (Selection criteria) ด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage)

เกณฑ์ EC-1: จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ใช้จำนวนประชากรที่มีข้อมูลความชุก (prevalence) หรืออุบัติการณ์ (incidence) ของโรคในคนไทย

จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ	คะแนน
มากกว่า 500,000 คน	5
100,001-500,000 คน	4
50,001-100,000 คน	3
10,001-50,000 คน	2
0-10,000 คน	1

เกณฑ์ EC-2: ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ

ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต) หรือ มีผลกระทบรุนแรงต่อสาธารณสุขหรือความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ	5
ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจในระดับความพิการที่ 3-5	4
ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ ในระดับความพิการที่ 1 และ 2	3
ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต หรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ	2
โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กน้อย ๆ ต่ผู้ป่วย	1

เกณฑ์ EC-3: ภาระงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพ

งบประมาณที่ใช้	คะแนน
มากกว่า 20,000,000 บาท	5
15,000,001-20,000,000 บาท	4
10,000,001-15,000,000 บาท	3
5,000,001-10,000,000 บาท	2
0-5,000,000 บาท	1

เกณฑ์ EC-4: ความสอดคล้องกับเป้าหมายสุขภาพของประเทศหรือเป้าหมายสุขภาพสากล

ความสอดคล้องของโรคหรือปัญหาสุขภาพกับเป้าหมายประเทศ	คะแนน
เป็นเป้าหมายสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กระทรวงสาธารณสุข และ เป้าหมายสุขภาพสากล	5
เป็นเป้าหมายสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ กระทรวงสาธารณสุข และ เป้าหมายสุขภาพสากล	4
เป็นเป้าหมายสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กระทรวงสาธารณสุข	3
เป็นเป้าหมายสำคัญของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ กระทรวงสาธารณสุข	2
ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายสำคัญของประเทศไทยหรือสากล	1

เกณฑ์ EC-5: ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	คำจำกัดความ
E0	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย
E1	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย

ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คำจำกัดความ
R0	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่า 10,000 คน
R1	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบ 1,000-10,000 คน
R2	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบน้อยกว่า 1,000 คน

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
E1	R2	5
E1	R1	4
E1	R0	3
E0	R2	2
E0	R1	2
E0	R0	1

เกณฑ์ EC-6: ศักยภาพในการเก็บข้อมูลและติดตามข้อมูลในระยะยาว เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา และไม่คิดคะแนน

ศักยภาพในการติดตามข้อมูล	คะแนน
มีเป้าหมายการรักษาที่สามารถวัดได้ <u>และ</u> มีการบันทึกข้อมูลบริการลงในฐานข้อมูลกลาง <u>และ</u> มีการจัดทำข้อมูลความชุก/อุบัติการณ์เป็นประจำ	5
มีเป้าหมายการรักษาที่สามารถวัดได้ <u>และ</u> มีการบันทึกข้อมูลบริการลงในฐานข้อมูลกลาง	4
มีเป้าหมายการรักษาที่สามารถวัดได้ <u>และ</u> มีการจัดทำข้อมูลความชุก/อุบัติการณ์เป็นประจำ	3
มีเป้าหมายการรักษาที่สามารถวัดได้	1
ไม่มีเป้าหมายการรักษาที่สามารถวัดได้	0

ภาคผนวก ข เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อ (Selection criteria) ด้านการเข้าถึงบริการ (access to care)

เกณฑ์ A-1: จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ

ใช้จำนวนประชากรที่มีข้อมูลความชุก (prevalence) หรืออุบัติการณ์ (incidence) ของโรคสำหรับคนไทย

จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ	คะแนน
มากกว่า 500,000 คน	5
100,001-500,000 คน	4
50,001-100,000 คน	3
10,001-50,000 คน	2
0-10,000 คน	1

เกณฑ์ A-2: ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ

ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต) หรือ มีผลกระทบรุนแรงต่อสาธารณสุขหรือความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ	5
ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจในระดับความพิการที่ 3-5	4
ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจในระดับความพิการที่ 1 และ 2	3
ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต หรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ	2
โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กน้อย ๆ ต่อผู้ป่วย	1

เกณฑ์ A-3: ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ

กรณีที่ 1 หัวข้อเป็นบริการสุขภาพเดี่ยว ๆ (single interventions)

ประสิทธิภาพของบริการ	คะแนน
เป็นขั้นตอนการคัดกรอง หรือ การรักษา	3
เป็นขั้นตอนอื่น ๆ	1

กรณีที่ 2 หัวข้อเป็นปัญหาการเข้าถึงยา วัคซีน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์

ประสิทธิภาพของบริการ	คะแนน
เป็นทางเลือกเดียวที่มี หรือ เป็นทางเลือกมาตรฐาน (gold standard or first line) หรือ เป็นวัคซีนพื้นฐาน (EPI)	3
เป็นทางเลือกอันดับรอง (alternative or second line or third line) หรือ เป็นวัคซีนทางเลือก (non-EPI)	1

ภาคผนวก ข หัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ในช่วง พ.ศ. 2560-2562

ปีที่เสนอ	ที่	หัวข้อที่ได้รับการคัดเลือก	ผู้เสนอหัวข้อ (ประเภทของมาตรการ)
2560	1	การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล ⁹⁵	เครือข่ายผู้พิการ (Rehabilitation)
	2	การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของชุดบริการป้องกันการติดเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสเชื้อ	กรมควบคุมโรค (Prevention)
	3	การเบิกจ่ายค่าเครื่องประสาทหูเทียม 1 ซ้างไม่เกิน 850,000 บาท ให้ครอบครัวทุกสิทธิ	กรมส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ (Treatment)
	4	การประเมินความคุ้มค่าการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้ายภายใต้ UC	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (Treatment)
	5	การประเมินความคุ้มค่าการรักษาโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (OSA) ด้วยเครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก (CPAP)	คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี (Treatment)
	6	การศึกษาประสิทธิภาพและประเมินความคุ้มค่าการรักษาด้วยเครื่องพลาสมาเฟเรซิส	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (Treatment)
	7	การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ	กรมควบคุมโรค (Screening)
	8	การตรวจชั้นสุตรทางห้องปฏิบัติการวินิจฉัยโรคเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ด้วยวิธี Molecular assay	กรมควบคุมโรค (Treatment)
	9	การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย (Obese patients with type II diabetes) ด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Bariatric Surgery)	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ (Treatment)
	10	ลิ้นหัวใจเทียม Aortic ชนิดไม่ต้องเย็บสำหรับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมในผู้สูงอายุ (Aortic Sutureless Heart Valve for Elderly patients)	อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ (Treatment)
	11	การเบิกจ่ายค่าบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy)	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (Treatment)
2561	12	การใช้ Sleep Lab Test ในการวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจในผู้ป่วยนอนกรน	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก (Treatment)

⁹⁵ หัวข้อก่อนประเมิน “การศึกษาการเข้าถึงและความเป็นไปได้ในการจัดบริการการให้คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในโรงพยาบาล”

ปีที่เสนอ	ที่	หัวข้อที่ได้รับการคัดเลือก	ผู้เสนอหัวข้อ (ประเภทของมาตรการ)
	13	พัฒนาระบบการบริหารจัดการเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ทำ HD	เครือข่ายผู้ป่วยไต (Treatment)
	14	การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกแบบ Percutaneous ผ่านสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Replacement; TAVR)	อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ (Treatment)
	15	คำอุปกรณ์ ที่ใช้ในการทำหัตถการ Embolization เข้าสู่สิทธิประโยชน์	กรมส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ (Treatment)
	16	การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูดของท่อปัสสาวะ บกพร่องในชาย การผ่าตัดใส่หูดเทียม	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ (Treatment)
	17	Percutaneous epidural adhesiolysis catheter	สมาคมการศึกษาเรื่องความ ปวด (Treatment)
	18	การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	กรมควบคุมโรค (Prevention)
	19	ชุดคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก (Screening)
	20	การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน	กรมควบคุมโรค และภาค ประชาสังคม (Screening)
	21	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้าน	สมาคมความดันโลหิตสูง (Treatment)
	22	สนับสนุนการให้อุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูغبั่นนม ตู้เย็น มุมนม แม่ที่อยู่ในสถานประกอบการ ในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมใน โรงงาน	ภาคประชาสังคม (Health promotion)
	23	การเพิ่มการเข้าถึงมอร์ฟินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย	คณะทำงานด้าน เศรษฐศาสตร์ฯ (Treatment)
2562	24	การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่าน สายสวนหลอดเลือด (Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke from large occlusion)	สถาบันประสาทวิทยา สมาคม อุตสาหกรรมเทคโนโลยี (Treatment)
	25	การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาและติดตามการรักษาผู้ป่วย ไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังด้วยวิธี HCV Core Ag ทดแทนการตรวจ HCV RNA ในโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัด	สมาคมอุตสาหกรรม เทคโนโลยี (Screening/treatment)

ปีที่เสนอ	ที่	หัวข้อที่ได้รับการคัดเลือก	ผู้เสนอหัวข้อ (ประเภทของมาตรการ)
	26	การใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy)	คณะทำงานฯ (Treatment)
	27	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยา ด้านการตีบซ้ำ (Peripheral Drug-Eluting Stent)	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยี (Treatment)
	28	ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care	ผู้กำหนดนโยบาย (Treatment)
	29	Radiofrequency ablation สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง	สมาคมการศึกษาเรื่องความปวด แห่งประเทศไทย (Treatment)
	30	Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง (Spinal) หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural)	สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Treatment)
	31	อุปกรณ์ช่วยพูด (electrolarynx) เครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นเสียง	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย (Treatment)
	32	การตรวจกรองทารกแรกเกิดแบบเพิ่มจำนวนโรค (Expanded Newborn Screening) และการรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (Inborn Error of Metabolism, IEM)	สมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย (Screening/Treatment)
	33	การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Screening)

ภาคผนวก ฅ หัวข้อการประเมิน/ศึกษาวิจัยที่นำเสนอคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์ฯ ในการประชุมครั้งที่ 1/2559-1/2563 จำแนกตามมติคณะกรรมการ

มติ	หัวข้อการประเมิน/ศึกษาวิจัย
ข้อมูลไม่เพียงพอ ควรศึกษาวิจัย เพิ่มเติม	<ol style="list-style-type: none"> (1) ทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ยกเว้นความสวยงาม) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2) การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) ของการตรวจกรองและรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในกลุ่มสารโมเลกุลเล็ก (3) การประเมินข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจด้วยเครื่องเพท ซีที (4) การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยก่อนทำการรักษา และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีกับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป (5) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณประโยชน์ผลของการรักษาด้วยออกซิเจนความกดบรรยากาศสูง (6) ความคุ้มค่าการเพิ่มสิทธิประโยชน์วิธี Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) เพื่อการรักษาแผลเบาหวาน (7) การศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการสนับสนุนเครื่องช่วยหายใจสำหรับเด็กที่มีปัญหาการหายใจเรื้อรัง และต้องการพึ่งพาการช่วยหายใจที่บ้าน (8) การศึกษาความเป็นไปได้ของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (9) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Video-assisted thoracic surgery (VATS) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบเปิดช่องอก (Open thoracotomy) (10) การศึกษาการเข้าถึงบริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธี spirometry ที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลชุมชน (11) การวินิจฉัยและการรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นจากเชื้อ Helicobacter pylori เพื่อป้องกันมะเร็งกระเพาะอาหาร (12) การรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ (Motor Fluctuations/complication) ด้วยการผ่าตัดแบบการกระตุ้นสมองส่วนลึก (Deep Brain Stimulation; DBS) (13) การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*5801 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรง จากยา allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์
เสนอเป็นสิทธิประโยชน์	<ol style="list-style-type: none"> (14) ข้อเสนอการเพิ่มสิทธิประโยชน์การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) (15) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการตามที่ สปสช. กำหนด กรณีผู้บริจาคที่ไม่ใช่ญาติ (unrelated HSCT) และผู้ป่วยโรค Thalassemia

มติ	หัวข้อการประเมิน/ศึกษาวิจัย
	(16) การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA
ไม่เสนอเป็นสิทธิประโยชน์	(17) มาตรการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในกลุ่มประชากรทั่วไป (18) การตรวจ soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) และ placental growth factor (PlGF) สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ
เห็นชอบมาตรการและเสนอคณะอนุกรรมการ	(19) เครื่องมือการคัดกรองและประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับคนไทย
เลื่อนการนำเสนอ	(20) ระบบบริการหลังการให้เครื่องช่วยฟังกและการใช้เครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน (21) การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดและระงับความรู้สึกด้วยระบบ Same day surgery and anesthesia

ภาคผนวก ญ มาตรการ/บริการที่คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ พิจารณาผลการประเมิน/การวิจัย ในช่วง พ.ศ. 2559-2562: ปีที่เสนอหัวข้อ ปีที่ประเมินแล้วเสร็จ และปีที่พิจารณาผลการประเมิน

มาตรการ/บริการ	ปีที่เสนอหัวข้อ	ปีที่ประเมินแล้วเสร็จ	ปีที่ คทง. พิจารณาผลการประเมิน	หมายเหตุ
(1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ยกเว้นความสวยงาม) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2556	2558	2559	
(2) การตรวจกรองและรักษาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกในกลุ่มสารโมเลกุลเล็ก	2554	2556	2562	
(3) การตรวจด้วยเครื่องเพท ซีที ⁹⁶	n.a.	n.a.	2560	
(4) การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยก่อนทำการรักษา และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี กับผู้ป่วยและประชาชน	2557	n.a.	2561	
(5) การรักษาด้วยออกซิเจนความกดบรรยากาศสูง	2557	2559	2561	
(6) วิธี Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) เพื่อการรักษาแผลเบาหวาน	2557	2561	2561	
(7) การสนับสนุนเครื่องช่วยหายใจสำหรับเด็กที่มีปัญหาการหายใจเรื้อรัง และต้องการพึ่งพาการช่วยหายใจที่บ้าน	2557	2561	2561	
(9) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2553	2554	2561	เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในการให้บริการ
(10) การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ Video-assisted thoracic surgery (VATS) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบเปิดช่องอก (Open thoracotomy)	2558	2561	2561	
(11) บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธี spirometry ที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลชุมชน	2558	2559	2561	
(12) การวินิจฉัยและการรักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นจากเชื้อ Helicobacter pylori เพื่อป้องกันมะเร็งกระเพาะอาหาร	2554	2555	2562	
(13) การรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ (Motor Fluctuations/ complication) ด้วยการผ่าตัดแบบการกระตุ้นสมองส่วนลึก (Deep Brain Stimulation; DBS)	2557	2561	2562	

⁹⁶ ไม่ใช่มาตรการ/บริการที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ตามเวลาที่กำหนด ในแต่ละรอบปี

มาตรการ/บริการ	ปีที่เสนอ หัวข้อ	ปีที่ประเมิน แล้วเสร็จ	ปีที่ คทง. พิจารณาผล การประเมิน	หมายเหตุ
(14) การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*5801 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรง จากยา allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์	2562	2562	2563	
(15) การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP)	2560	2562	2562	เป็นสิทธิประโยชน์ใหม่
(8) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีข้อบ่งชี้และเงื่อนไขบริการตามที่ สปสช. กำหนด กรณีผู้บริจาคที่ไม่ใช่ญาติ (unrelated HSCT) และผู้ป่วยโรค Thalassemia ⁹⁷	n.a.	n.a.	2561	นำเสนอในการประชุม คทง. ครั้งที่ 3/61 และ 4/61
(16) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA	2556	2558	2562	เป็นสิทธิประโยชน์ใหม่
(17) มาตรการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในกลุ่มประชากรทั่วไป	2555	2556	2562	
(18) การตรวจ soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) และ placental growth factor (PlGF) สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ	2556	2561	2562	
(19) เครื่องมือการคัดกรองและประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับคนไทย ⁹⁸	n.a.	2556	2559	
(20) ระบบบริการหลังการให้เครื่องช่วยฟังและการใช้เครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน	2557	2558	2559	มติ 19 ธ.ค. 59 ให้เลื่อนการนำเสนอ ⁹⁹
(21) การให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดและระงับความรู้สึกด้วยระบบ Same day surgery and anesthesia	2558	2560	2561	มติ 18 ธ.ค. 61 ให้นำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป*

หมายเหตุ: * มีประกาศ สปสช. เรื่อง “หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS)” พ.ศ. 2561

⁹⁷ ไม่ใช่มาตรการ/บริการที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ตามเวลาที่กำหนด ในแต่ละรอบปี

⁹⁸ ไม่ใช่มาตรการ/บริการที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำข้อเสนอเข้าสู่กระบวนการ UCBP ตามเวลาที่กำหนด ในแต่ละรอบปี

⁹⁹ ในขณะที่เขียนรายงานนี้ (พฤศจิกายน 2563) ไม่มีการนำผลการประเมินกลับไปบรรจุในระเบียบวาระการประชุมคณะทำงานฯ

ภาคผนวก กุ สรุปประเด็นจาก “การประชุมเพื่อปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” วันพุธที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00-12.30 น.

รศ. พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร ประธาน กล่าวเปิดการประชุม และชี้แจงว่าการประชุมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการ โครงการวิจัยดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้น คุณนริศ มั่นทางกูร เจ้าหน้าที่สปสช. ได้นำเสนอกลไกและกระบวนการ UCBP ในปัจจุบัน ต่อมา นายทรงยศ พิลาสันต์ นักวิจัยนำเสนอ ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผลการทบทวนกระบวนการ UCBP รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในช่วง พ.ศ. 2560-2562 และร่างข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว (ดูรายละเอียดในเอกสารประกอบการประชุม) ที่ประชุมได้อภิปรายให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับร่างข้อเสนอแนะ โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ เชิงรุก

1.1 แนวคิดและกระบวนการ UCBP ในปัจจุบันมีลักษณะ “ตั้งรับ” (reactive) คือ รอการเสนอหัวข้อจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานภายนอก ซึ่งมีความสนใจ (interests) ที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากหัวข้อที่เสนอในแต่ละปี ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์/ผู้ประกอบการวิชาชีพ ในขณะที่หัวข้อจากภาคประชาสังคมมีน้อยมาก ผลที่ตามมาคือข้อเสนอที่เป็นประเด็นเกี่ยวกับกลุ่มเฉพาะ (มีจำนวนประชากรที่เกี่ยวข้องน้อย) ข้อเสนอบริการสำหรับโรคหายาก โรคที่มีบริการรักษาพยาบาลราคาแพง มักจะผ่านการจัดลำดับความสำคัญ แต่หัวข้อปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก จะมีโอกาสน้อยที่จะได้รับการคัดเลือกและนำไปประเมิน นอกจากนี้ แม้ผู้เสนอหัวข้อจะมีความสนใจที่หลากหลาย แต่มาตรการ/บริการที่เสนอก็มักครอบคลุมปัญหาสุขภาพทุกด้าน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้ปรับปรุงกระบวนการ UCBP ให้เป็นแบบเชิงรุก (proactive) โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่มองภาพรวมว่า สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเป็นอย่างไร การมียุทธศาสตร์ดังกล่าว จะช่วยให้มีการเตรียมการและกำหนดเป้าหมายล่วงหน้าไว้ในแต่ละปี ซึ่งส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพแต่ละด้านที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

1.2 กระบวนการ UCBP เป็นการต่อรองเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ในอนาคตควรกำหนดว่าจะจัดสรรทรัพยากรทั้งที่เป็นเงิน กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และอื่น ๆ ให้กับบริการแต่ละด้านอย่างไร เช่น บริการสำหรับโรคหายาก และเทคโนโลยีใหม่แต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การที่จะวางแผนการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพได้ ต้องมีความเข้าใจในพลวัตของสังคมและบริบท เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความต้องการการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน เพื่อให้พิจารณาเทคโนโลยีที่จะเป็นสิทธิประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม การเน้นที่วงเงินงบประมาณ อาจมีส่วนทำให้เทคโนโลยีสำหรับโรคหายากมีโอกาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ได้มาก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนน้อย ผลกระทบด้านงบประมาณจึงต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีที่มีประโยชน์กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีจำนวนมากกว่า ดังนั้น จึงมีข้อเสนอให้ปรับเปลี่ยน paradigm ในการพิจารณา และแยกบรรทัดของงบประมาณสำหรับเทคโนโลยีแต่ละประเภท (สำหรับโรคหายากและโรคอื่น ๆ) อย่างชัดเจน และสมดุลในระยะยาว

1.3 ในการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์มีการดำเนินการเชิงรุก และเป็นระบบ ควรแต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมารับผิดชอบ โดยให้กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกรมวิชาการมีบทบาทมากขึ้น นอกจากนี้ คณะทำงานดังกล่าวควรติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาเทคโนโลยี เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง บางชนิดอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเทคโนโลยีใหม่ ที่ทำให้ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายลดลงอย่างมาก¹⁰⁰ ซึ่งรวมทั้งกรณีเทคโนโลยีที่ซับซ้อน ราคาแพง และมีการนำมาใช้/ให้บริการเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ ต่อมาเมื่อมีเทคโนโลยีใหม่ที่ราคาถูกลง แม้จะมีประสิทธิภาพไม่เทียบเท่าเทคโนโลยีเดิมที่โรงเรียนแพทย์ใช้ หากนำมาประเมิน ก็เป็นโอกาสที่จะทำให้ประชาชนจำนวนมากขึ้น สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

2. การจัดทำข้อเสนอจากกลุ่มประชาชน ประชาสังคม และผู้ป่วย

2.1 หัวข้อที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) มีความสำคัญมาก แต่ส่วนใหญ่ขาดความชัดเจน นักวิชาการที่ทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถหาประเด็นที่จะสืบค้นข้อมูลและทบทวนได้ จึงเสนอให้แต่งตั้งคณะทำงานอีกคณะหนึ่งให้มีหน้าที่พัฒนาหัวข้อปัญหาที่ภาคประชาชน ประชาสังคม และผู้ป่วยต้องการเสนอ โดยนำประเด็นปัญหาการศึกษาเพิ่มเติม ตั้งคำถามให้ชัดเจน และช่วยจัดทำข้อมูลทางวิชาการซึ่งจะเพิ่มโอกาสที่ประเด็นปัญหาจะผ่านการคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน และเลือกมาตรการเพื่อจัดการกับปัญหาตามข้อเสนอที่เป็นมาตรการที่คุ้มค่า มีโอกาสได้รับการพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์

2.2 ข้อเสนอแนะของนักวิจัย ข้อ 1. ที่มอบให้นักวิชาการจัดเตรียมข้อมูลประกอบทางวิชาการที่ชัดเจน พร้อมทั้งช่วยในการทบทวนเอกสาร การรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่กรอกในแบบเสนอหัวข้อปัญหา มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากนักวิชาการที่ช่วยจัดเตรียมข้อมูลทางวิชาการ ส่วนใหญ่จะเน้นเฉพาะการสืบค้นข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) จึงควรเพิ่มนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เฉพาะเจาะจงในหัวข้อนั้น ๆ เช่น ความรู้เรื่องเทคโนโลยี หรือโรคที่เกี่ยวข้อง ในคณะทำงานตามข้อ 2.1 เพื่อให้ช่วยปรับแต่งข้อเสนอให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะได้รับการยอมรับเป็นสิทธิประโยชน์ (อาจขอคำแนะนำจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกรมวิชาการด้วย) นอกจากนี้ ไม่ควรจัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ปัจจุบันมี 7 กลุ่ม แยกออกจากกัน เนื่องจากทำให้ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม บางครั้งทำให้พิจารณาประเด็นเดียวกันในคนละแง่มุม และเห็นว่าข้อเสนอของตนขาดน้ำหนัก แต่หากรวบรวมความคิดเห็นและเหตุผลสนับสนุนหัวข้อนั้น ๆ อย่างรอบด้าน อาจช่วยให้ได้ข้อเสนอที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ในตนเองเดียวกัน ข้อมูล/คำชี้แจงจากกลุ่มอื่น อาจช่วยสร้างความเข้าใจต่อปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จนเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องเสนอบางหัวข้อเข้าสู่กระบวนการ UCBP ทั้งนี้ นักวิชาการที่จะทบทวนวรรณกรรมควรเข้าไปรับฟัง เพื่อทำความเข้าใจและให้คำแนะนำหรือสอบถามผู้เสนอหัวข้อ ซึ่งจะช่วยในการปรับแก้หัวข้อจนชัดเจน

2.2 ในปัจจุบัน กระบวนการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) ยังมีการนำมาใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ หัวข้อที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นเป็นแบบ sporadic ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการ/ทีมงานรับฟังความคิดเห็นทุกปี ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการวิเคราะห์ว่าปัญหาจากปีที่แล้วคืออะไร มี

¹⁰⁰ ในกรณีดังกล่าว ควรประเมินแบบ rapid assessment

แนวโน้มอย่างไร และปัจจัยใดเป็นตัวกำหนด ข้อเสนอส่วนใหญ่เป็นหัวข้อที่ไม่มีน้ำหนัก มีโอกาสน้อยที่จะได้รับการยอมรับเป็นสิทธิประโยชน์ ดังนั้น ควรนำข้อเสนอเหล่านี้มาศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหา/อุปสรรค และค้นหาวิธีดำเนินงานที่เหมาะสม การรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว ควรได้รับการออกแบบและวางแผนเป็นอย่างดี เพื่อรวบรวมข้อมูลไปวิเคราะห์ให้มากขึ้น (รวมทั้งข้อมูลจากฝ่ายผู้ให้บริการด้วย) ซึ่งนอกจากจะช่วยในการสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ผลการวิเคราะห์ยังสะท้อนภาพผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพอีกด้วย

2.3 ออกแบบกลไกการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มภาคประชาชน ประชาสังคม และผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการ UCBP รวมถึงการจัดอบรมเพื่อชี้แจงหรือให้คำแนะนำเรื่องการเสนอหัวข้อ โดยให้มีการดำเนินงานแบบต่อเนื่องในระยะยาว เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างเครือข่ายให้ขยายสู่วงกว้าง นอกจากนี้ มีข้อเสนอให้สร้าง patient leadership และส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้ป่วยแต่ละโรคและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม เนื่องจากหลายกลุ่มโรคอาจมีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี/บริการชนิดเดียวกัน การจัดทำข้อเสนอจะใช้เวลาน้อยลง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวต้องการคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และนักวิชาการ

2.4 งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกประสบปัญหาในการเสนอหัวข้อเข้าสู่กระบวนการ UCBP เนื่องจากนักวิชาการในกรมการแพทย์แผนไทยฯ บางส่วนไม่สามารถสนับสนุนกลุ่มที่ต้องการเสนอหัวข้อ รวมทั้งการจัดทำข้อกำหนดและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ มีรายละเอียดของงานวิชาการที่แตกต่างออกไปจากบริการสุขภาพ/การแพทย์แผนปัจจุบัน ข้อเสนอจากภาคประชาชนจึงตกไป ในเรื่องดังกล่าว ควรจัดให้มีระบบ coaching ขึ้นภายใน สปสช. และจัดส่งทีมที่ยืดหยุ่น คล่องตัวออกไปให้ความช่วยเหลือภาคประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งอาจขยายให้ครอบคลุมข้อเสนอด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากบริการการแพทย์แผนไทยฯ

3. การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยี

3.1 กระบวนการจัดทำคำขอของงบประมาณเพื่อนำมาใช้เป็นทุนวิจัย ตามระเบียบราชการมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน โดยนักวิจัยต้องเสนอโครงการวิจัยฉบับเต็ม (full proposal) ล่วงหน้าถึง 2 ปี แต่ สวรส. ก็อาจบริหารจัดการทุนวิจัยได้ในระดับหนึ่ง จึงมีข้อเสนอ ดังนี้ 1) ของงบประมาณ/กำหนดวงเงินสำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับ UCBP โดยเฉพาะ ซึ่งก็ยังต้องการโครงการวิจัยที่มีรายละเอียดพอสมควร และ 2) สำหรับหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญมาแล้ว ให้นักวิจัยเตรียมโครงการวิจัยไว้ และเสนอให้ สวรส. จัดกระบวนการทบทวน (peer review process) ให้เรียบร้อย เมื่องบประมาณผ่านสภา สวรส. สามารถอนุมัติงบประมาณเป็นทุนวิจัยได้ภายในเดือนตุลาคม (เดือนแรกของปีงบประมาณ) อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามข้อเสนอนี้ ต้องการการทำงานล่วงหน้าทั้งโดยนักวิจัย และ สวรส.

3.2 ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่าน เสนอว่าไม่ควรลดจำนวนหัวข้อที่คัดเลือกจากการจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำไปประเมินในแต่ละปี เนื่องจากในปัจจุบันมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยี (HTA) ในมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง ที่ทำให้จำนวนนักวิจัยเพิ่มมากขึ้น สวรส. จึงควรเน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้นักวิจัยมารับหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญไปดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่ดีกว่าการลดจำนวนหัวข้อ นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนเสนอให้แบ่งแยกประเภทของงานวิจัย และจัดหาแหล่งทุนที่

เหมาะสม เช่น จาก สปสช. สวรส. สสส. ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ไปยังนักวิจัยให้กว้างขวางขึ้น อาจช่วยให้จำนวนหัวข้อที่ค้างอยู่ลดลงได้

3.3 ควรกำหนดแนวทางการควบคุมคุณภาพของการวิจัยประเภท rapid assessment (ใช้เวลา 1-2 เดือน) ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพเทียบเท่ากับการประเมินแบบ full assessment แต่ต้องมีวิธีควบคุมความไม่แน่นอน (uncertainties) ให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ รวมทั้งต้องมีการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณที่เชื่อถือได้ แนวทางการควบคุมคุณภาพที่จะกำหนดขึ้นนี้ อาจนำไปปรับใช้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่มหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทำไว้แล้ว และสอดคล้องกับข้อเสนอบางหัวข้อ (ขอให้นักวิจัยส่งข้อมูล และ models ที่ใช้มาให้ตรวจสอบ) ในบางกรณีอาจต้องทำวิจัยเพิ่มเติมเพียงเล็กน้อย โดยไม่ต้องเริ่มทำการวิจัยใหม่ทั้งหมด ซึ่งจะช่วยให้หัวข้อค้างรอการประเมินลดจำนวนลงด้วย

4. ข้อเสนอด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

4.1 สนับสนุนให้แยกกระบวนการ UCBP ที่เกี่ยวกับมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ออกจากการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากการดำเนินงาน health promotion กว้างขวางมาก และที่ผ่านมา มีข้อเสนอเรื่อง P&P อยู่น้อย เช่นเดียวกับสัดส่วนงบประมาณสำหรับบริการ P&P ในขณะที่ประเทศไทยมีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จึงควรกำหนดสิทธิประโยชน์แบบมุ่งเป้า ร่วมกับกำหนดงบประมาณให้ชัดเจน

4.2 กรมอนามัย/กรมควบคุมโรค/สปสช. ควรร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์ หรือแผนหลัก (Master Plan) สำหรับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P ในภาพรวม การรอให้ภาคประชาชนเสนอหัวข้อด้าน P&P ไม่ได้ผล เพราะโดยทั่วไปประชาชนมีความเข้าใจเรื่องสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาล มากกว่าจะเห็นความสำคัญของบริการด้าน P&P การหารือ สสส. ซึ่งมีแผนงาน/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นจำนวนมาก จะช่วยขับเคลื่อนการขยายแผนงาน/โครงการ ผ่านการนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ และการปฏิบัติงานของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ประชาชนจึงจะเข้าถึง (สอดคล้องกับข้อเสนอเรื่อง กระบวนการ UCBP แบบ proactive)

4.3 ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P ควรแยกมาตรการ prevention และ promotion ออกจากกัน โดยกำหนดคำนิยามของมาตรการ disease prevention, disease protection¹⁰¹ และ promotion แต่ระดับหรือแต่ละรูปแบบให้ชัดเจน เช่น primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, counseling, information & education ซึ่งต้องการการหารือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากยังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน นอกจากนี้ ยังสามารถแยกบริการ P&P ออกเป็นบริการที่ให้กับประชาชนทั่วไป กับบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้ป่วย แรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพบางอย่าง เมื่อมีความชัดเจนในเรื่องนิยามและขอบเขตของบริการ/สิทธิประโยชน์ด้าน P&P แต่ละประเภทแล้ว จึงจะสามารถกำหนดเกณฑ์ และแนวทางการประเมิน/ตัดสินใจได้

4.4 ควรเลือกใช้คำที่เหมาะสม โดยเฉพาะ “ชุดสิทธิประโยชน์” อาจสื่อให้เข้าใจว่า มาตรการที่ไม่ได้ระบุในประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นมาตรการที่ไม่สามารถเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

¹⁰¹ มาตรการทางกฎหมาย เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค - ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของ สปสช.

ดังนั้นควรพิจารณาใช้คำอื่น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมมาตรการที่ไม่ได้ระบุในประกาศของคณะกรรมการฯ แต่สถานพยาบาลได้รับการชดเชยค่าบริการจาก สปสช. แบบเหมาจ่ายรายหัว และการจ่ายตามค่า DRG

4.5 การดำเนินงานด้าน P&P ไม่ได้เป็นบทบาทและภารกิจของ สปสช. ทั้งหมด แต่ยังมีหน่วยงานและภาคีอื่น ๆ ที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมแสดงบทบาทในการพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบ และผลักดันมาตรการที่เหมาะสมเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ เช่น สสส. หน่วยงานวิจัย กรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้ง international organizations เช่น WHO, UNAIDS นอกจากนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้าน P&P อีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ ผู้ให้บริการทุกระดับ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอื่น ๆ แม้แต่ภาคเอกชน จึงควรเพิ่มเติม “ผู้ให้บริการ” ในกลุ่มผู้ที่จะได้รับเชิญให้เสนอหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญ

4.6 ควรติดตามประเมินความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ด้าน P&P โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และมาตรการ disease prevention อื่น ๆ ที่มีหลายหน่วยงานรับผิดชอบสิทธิประโยชน์สำหรับคนไทยและแรงงานต่างด้าว เนื่องจากเป็นมาตรการที่มี externality ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการเหล่านี้จึงมีความสำคัญ

4.7 ข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการ P&P จะเป็นสิทธิประโยชน์ได้ ต้องมีแนวทางปฏิบัติ (practice guidelines) ที่ชัดเจน และมีหลักฐานว่ามีประสิทธิผลและคุ้มค่า แต่มาตรการที่เสนอมาร่วมใหญ่ขาดหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน นักวิชาการควรเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่การเสนอหัวข้อปัญหา เพื่อลดขั้นตอนและช่วยให้ได้หัวข้อที่มีความชัดเจน และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ผู้เข้าประชุมเสนอให้จัดสรรทุนให้หน่วยบริการที่ต้องการพัฒนาบริการด้าน P&P สำหรับใช้ในการประเมินประสิทธิผล เพื่อให้หน่วยบริการนั้นเป็น role model ที่สามารถให้บริการที่เป็น prototype ซึ่งจะช่วยประหยัดเวลาในการทำวิจัย

4.8 ควรกำหนดเกณฑ์ แนวทาง และวิธีการประเมินมาตรการด้าน P&P แต่ละประเภท (รวมทั้งบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก) เช่น จะใช้ cost utility analysis หรือ cost benefit analysis หากประเมิน cost effectiveness จะใช้ค่าอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER threshold) เท่ากับที่ใช้สำหรับมาตรการที่ไม่ใช่ P&P ได้หรือไม่ ในเรื่องดังกล่าว นักวิชาการให้ความเห็นว่า การประเมินมาตรการด้าน P&P ทำได้ยาก ตั้งแต่การประเมินประสิทธิผล และการทำให้การให้บริการตามมาตรการเป็นมาตรฐานเดียวกัน (standardization)

4.9 ได้มีความพยายามเสนอบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P มาเป็นเวลานาน แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องยังยึดติดอยู่ในกรอบความคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้น จึงสนับสนุนให้แยกกระบวนการ UCBP สำหรับมาตรการด้าน P&P และเริ่มพิจารณาให้ครอบคลุมบริการการแพทย์แผนไทยฯ อย่างเป็นระบบ แม้ สสส. จะมีหน้าที่สนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่บริการการแพทย์แผนไทยฯ ไม่อยู่ในแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านระบบบริการสุขภาพ การขับเคลื่อนให้บริการการแพทย์แผนไทยฯ เป็นสิทธิประโยชน์ จึงควรประสานงานกับสสส. เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

4.10 กระบวนการ UCBP สำหรับมาตรการด้าน P&P รูปแบบใหม่ตามที่นักวิจัยเสนอ ยังขาดความชัดเจนของ 1) วิธีการประสานงานระหว่าง คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข

กับ คณะอนุกรรมการพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 2) ส่วนที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม ที่มีการให้บริการตามหลักการและวิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก

4.11 ในระบบบริการสุขภาพ นอกจากจะให้ความสำคัญกับการดูแลด้านกายภาพแล้ว ควรพิจารณาการดูแลมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณร่วมด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

5. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

5.1 ให้มีการติดตามและประเมินผล (M&E) ของกระบวนการ UCBP นอกเหนือจากการทบทวนผลการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่าง ๆ กล่าวคือ ให้ติดตามประเมินการเข้าถึงบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมของบริการที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/สาเหตุของปัญหา (ซึ่งสอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ของคณะทำงาน Effective Coverage) เนื่องจากการดำเนินการภายหลังบรรจุมาตรการ/บริการเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ เกี่ยวข้องกับหลาย clusters ของ สปสช. จึงควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการ UCBP หรือให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เสนอหัวข้อปัญหา ได้ร่วมเสนอแผนการติดตามและประเมินผลในหัวข้อปัญหานั้น ๆ ด้วย ทั้งนี้ หัวข้อปัญหาที่เป็นสิทธิประโยชน์ใหม่และใช้งบประมาณสูง ควรออกแบบระบบติดตามและประเมินผลไว้ตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการดำเนินงาน

5.2 เดิมใน สปสช. มีหน่วยงาน disease management center ที่จะทำงานด้าน M&E รวมทั้ง audit คุณภาพของบริการเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ มี case managers ที่ช่วยประสานงานระหว่าง สปสช. กับผู้ป่วย ต่อมาถูกยกเลิกไป ดังนั้น สปสช. ควรบูรณาการการทำงานภายใน (horizontal) รวมถึงติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์อย่างครบวงจร และเกิดความยั่งยืนทั้งในแง่คุณภาพบริการและประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณ

5.3 ควรติดตามและประเมินการเข้าถึงมาตรการที่อยู่ในสิทธิประโยชน์แล้ว รวมถึงพิจารณามาตรการที่ถูกนำมาใช้มากเกินไป (overuse) และถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด (misuse) ด้วย ความสูญเสียในส่วนนี้เป็นต้นทุนที่สูงมาก (อาจเริ่มด้วยการประเมินมาตรการใหม่ เทคโนโลยีราคาแพง และบริการที่จ่ายชดเชยแบบ fee schedule) เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์ และระบบการเบิกจ่ายชดเชยของ สปสช.

5.4 เพื่อสนับสนุนระบบ M&E ควรจัดให้มี digital platform เพื่อใช้เก็บข้อมูล และช่วยให้สามารถสืบค้นข้อมูลหัวข้อที่เคยเสนอมาแล้ว ผลการประเมิน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมติ/การตัดสินใจของคณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อหาลักษณะของการเสนอหัวข้อและการดำเนินงานของฝ่ายเลขานุการที่เป็น best practice นอกจากนี้ บน platform ดังกล่าว ยังสามารถจัดทำแบบฟอร์ม หรือ template สำหรับกลุ่มผู้ป่วย หรือภาคประชาชนได้ใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการนำเสนอหัวข้อให้ครบถ้วน

6. การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

ขอให้คณะผู้วิจัยทำงานร่วมกับ สปสช. (ฝ่ายเลขานุการ) เพื่อให้มีการนำผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นทั้งหมดไปพิจารณา/ดำเนินการให้เกิดประโยชน์ และมอบ สปสช. พิจารณาและสรุปประเด็นหลักที่ สปสช. เห็นว่าควรดำเนินการเพื่อปรับปรุงกลไกกระบวนการ UCBP (ความยาว 1 slide ไม่ต้องลงรายละเอียด) และนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ

ภาคผนวก ก ผลการทบทวนเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาจัดกลุ่มหัวข้อมาตรการ/บริการสุขภาพ

หัวข้อที่ 1 การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ

รายละเอียดของหัวข้อ	การจัดบริการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับในประเทศไทย	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2560	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี	
ลักษณะมาตรการ	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การใช้แบบสอบถามเพื่อซักประวัติเบื้องต้น ร่วมกับการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระและการอัลตราซาวด์ในกรณีที่มีความเสี่ยง	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วยการตรวจอุจจาระอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ไม่เป็นข้อห้ามในการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	17
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	2
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	3
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	พยาธิใบไม้ในตับเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศไทยและในโลก ¹⁰² ในปัจจุบันประชากรประมาณ 6 ล้านคน จากทั้งหมด 20 ล้านคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ เพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเริ่มใน พ.ศ. 2555 และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และ สปสช. ¹⁰³	

¹⁰² โกศล รุ่งเรืองชัย. พยาธิใบไม้ตับ...ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; [updated 11 พฤศจิกายน 2553]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=779>.

¹⁰³ สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. สธ. เดินหน้ายุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ระยะที่ 2: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [updated 28 มิถุนายน 2561]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/04/112799/>.

	<p>การดำเนินงานใน พ.ศ. 2562 มีกิจกรรมเพื่อคัดกรองและป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2 กิจกรรม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมรักษาพยาธิใบไม้ในสุนัข แมว ในชุมชน และ 2. การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ในรายที่สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่งต่อรับการตรวจด้วย CT/MRI ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป <p>ปัจจุบันการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี สามารถทำได้ผ่านการซักประวัติเบื้องต้น เพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี การซักประวัติประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับหรือการรับประทานปลาเค็มสดๆดิบ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และอาการที่แสดงถึงความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผู้ที่มีเกณฑ์ความเสี่ยงจะได้รับการส่งตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ (การคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ) และตรวจอัลตราซาวด์ (การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี)¹⁰⁴</p> <p>ปัจจุบัน การระบาดของพยาธิลดลงและมีความแปรปรวนสูง ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความหนาแน่นของพยาธิในอุจจาระน้อยลง ทำให้การตรวจอุจจาระที่เคยใช้ได้ดีมีประสิทธิภาพต่ำลง นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจรูปแบบใหม่ คือการหา antigen ของพยาธิใบไม้ในตับที่อยู่ในปัสสาวะของผู้ป่วยด้วยวิธี ELISA ซึ่งพบว่า มีค่าความไวอยู่ที่ร้อยละ 81 และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งล่าสุดได้มีการพัฒนาและปรับปรุงวิธีการตรวจปัสสาวะจากวิธี ELISA เป็นวิธีการตรวจแบบ rapid test ซึ่งสามารถลดเวลาการตรวจลงได้จาก 5 ชั่วโมง เป็น 10 นาที¹⁰⁵</p> <p>การผลิตชุดตรวจ antigen ของพยาธิใบไม้ในตับ ได้รับการสนับสนุนจากโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในตับและมะเร็งท่อน้ำดี (CASCAP) ใน พ.ศ. 2560 มีการผลิตชุดตรวจในเชิงอุตสาหกรรมจำนวน 150,000 ชุด ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษา นำไปสู่การควบคุมและการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามยุทธศาสตร์ของประเทศ</p>
ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วยแบบสอบถามยังมีความเหมาะสมในการหาผู้ที่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ - การคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับด้วยวิธีตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ในอุจจาระเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมอีกต่อไป เนื่องจากระบาดวิทยาโรคพยาธิใบไม้ในตับในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป

¹⁰⁴ โรงพยาบาลบ้านหลวง. แบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลบ้านหลวง; 2562 [updated 8 ตุลาคม 2562]. Available from: http://www.banluanghospital.com/images/column_1529297718/OPD-0001%20แบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี.pdf.

¹⁰⁵ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยกกระดับคุณภาพงานวิจัยบัณฑิตศึกษา เพื่อการใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและพัฒนาเชิงพื้นที่; 2559. Available from: <https://app.gs.kku.ac.th/images/img/news/kanok/detail2559.pdf>.

	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจ antigen ของพยาธิใบไม้ในตับในปัสสาวะของผู้ป่วย แทนการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2560 - เทคโนโลยีการตรวจ antigen ของพยาธิใบไม้ในตับในปัสสาวะของผู้ป่วย กำลังวิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มความแม่นยำของชุดตรวจ รวมถึงมีความพยายามผลิตชุดตรวจในเชิงอุตสาหกรรม เพื่อให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการควบคุมและการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามยุทธศาสตร์ของประเทศ
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดขอบเขตของคำถามงานวิจัย และปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับให้เป็นปัจจุบันก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา - ควรศึกษาพิจารณาเปรียบเทียบมาตรการระหว่างการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วย antigen ของพยาธิใบไม้ในตับจากปัสสาวะของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ในตับในอุจจาระ - เนื่องจากการคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับด้วย antigen ของพยาธิใบไม้ในตับในปัสสาวะของผู้ป่วย ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน ยังไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยดำเนินการร่วมกับ CASCAP หรือนักวิชาการ/นักวิจัยในท้องถิ่น

* หัวข้อนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาข้อเสนองานวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนสำหรับดำเนินการวิจัย (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2563)

หัวข้อที่ 2 การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย (Obese patients with type II diabetes) ด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic bariatric surgery)*

รายละเอียดของหัวข้อ	การรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่เป็นเบาหวานร่วมด้วยด้วยการผ่าตัดแบบส่องกล้อง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2560	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคอ้วนที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมด้วย	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การผ่าตัดเพื่อแก้ปัญหาโรคอ้วนด้วยการส่องกล้อง (laparoscopic bariatric surgery)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	22
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	4
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	5
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	5
ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1	
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยผู้ป่วยเป็นโรคอ้วนร่วมกับเบาหวานประเภทที่ 2 (type II diabetes) มักจะมีโรคเรื้อรังอย่างอื่นแทรกและรักษาได้ยาก หากไม่รักษาภาวะอ้วน ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การรักษาโรคอ้วนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การรักษาโดยใช้ยา การใช้พฤติกรรมบำบัด โภชนบำบัดด้วยการให้อาหารที่มีพลังงานต่ำ ร่วมกับการออกกำลังกาย ซึ่งมักจะได้ผลในระดับหนึ่ง ช่วยให้น้ำหนักได้บ้าง แต่การรักษาเหล่านี้จะไม่สามารถคงสภาพการลดน้ำหนักไปได้ตลอด ผู้ป่วยมักจะมีน้ำหนักมากขึ้นเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมเมื่อเวลาผ่านไป¹⁰⁶</p> <p>ผู้ป่วยชาวเอเชียที่ดัชนีมวลกาย ≥ 32.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าเป็นโรคอ้วนชนิด morbid obesity ซึ่งหากมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมด้วย มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลระยะยาวและยั่งยืน การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วน (bariatric surgery) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) restrictive procedure คือการผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะ เพื่อให้รับประทานอาหารได้น้อยลงและอิ่มเร็วขึ้น 2) malabsorptive procedure คือ การผ่าตัดเพื่อลดการดูดซึมสารอาหาร โดยการผ่าตัดเพื่อลดทางเดินอาหาร ให้อาหารไหลลัดผ่านไปพบกับน้ำย่อยที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย ซึ่งจะไม่มีการ</p>	

¹⁰⁶ นิชา สมหล่อ. การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนในเวชปฏิบัติ. Available from: http://www.rcot.org/datafile/_file/_doctor/a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf.

	<p>ดูดซึมสารอาหาร และ 3) combination restrictive and malabsorptive procedures¹⁰⁷</p> <p>ปัจจุบันเทคโนโลยีการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนพัฒนาโดยสามารถผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง (laparoscopic bariatric surgery) ได้แล้ว ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิผลของการรักษาดีเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (open bariatric surgery) แล้ว ยังพบว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดด้วยการส่องกล้องมีความเสี่ยงของการติดเชื้อในแผลต่ำกว่า โดยที่ผู้ป่วยจะมีผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เกิดภาวะไส้เลื่อนจากการผ่าตัดน้อยกว่า แต่พบว่าอัตราการต้องผ่าตัดซ้ำและการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องอาจปลอดภัยมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง^{108, 109}</p>
ประเด็นสำคัญ	การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนด้วยการส่องกล้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลเทียบเท่าหรือดีกว่าและอาจมีความปลอดภัยมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องอื่น ได้แก่ ผู้เสนอหัวข้อ ผู้สนับสนุนทุนวิจัย และผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อกำหนดขอบเขตของคำถามงานวิจัย และเพื่อปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา - ควรศึกษามาตรการระหว่างการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนด้วยการส่องกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง - เนื่องจากการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนด้วยการส่องกล้อง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน ยังไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบต่อด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

* หัวข้อนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาข้อเสนองานวิจัยเพื่อขอทุนสนับสนุนสำหรับดำเนินการวิจัย (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2563)

¹⁰⁷ ปวัน ไกรนรา. Nutritional management after Gastric and Bariatric Surgery. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559 [Available from: [http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2559/24.Nutritional_management_after_Gastric%20%20\(Pawan%2015.11.59\).pdf](http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2559/24.Nutritional_management_after_Gastric%20%20(Pawan%2015.11.59).pdf)].

¹⁰⁸ Weller WE, Rosati C. Comparing outcomes of laparoscopic versus open bariatric surgery. *Ann Surg.* 2008; 248(1): 10-5.

¹⁰⁹ Reoch J, Mottillo S, Shimony A, Filion KB, Christou NV, Joseph L, et al. Safety of laparoscopic vs open bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Arch Surg.* 2011; 146(11): 1314-22.

หัวข้อที่ 3 ลิ้นหัวใจเทียม Aortic ชนิดไม่ต้องเย็บสำหรับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมในผู้สูงอายุ (Aortic Sutureless Heart Valve for Elderly patients)*

รายละเอียดของหัวข้อ	การผ่าตัดแบบแผลเล็กเพื่อเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic ชนิดไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อของผู้ป่วยในผู้สูงอายุที่มีภาวะลิ้นหัวใจตีบ	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มอุตสาหกรรม	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2560	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	ภาวะลิ้นหัวใจ aortic ตีบ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดพิเศษชนิดไม่ต้องเย็บ	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - เทคโนโลยีใหม่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไขรายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ - เทคโนโลยีนี้ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ของทั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2560	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	21
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	5
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	5
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>ภาวะตีบของลิ้นหัวใจ aortic (aortic sclerosis) เป็นภาวะที่ลิ้นหัวใจเกิดการแข็งตัวและหนาขึ้น ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของลิ้นหัวใจและการเกาะของหินปูนที่ลิ้นหัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจเปิดได้ลำบากมากขึ้น ในรายที่เป็นมาก อาจทำให้คนไข้เป็นลม เพราะเลือดผ่านลิ้นหัวใจที่แคบได้ลำบาก เป็นเหตุให้เลือดไม่ได้ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ รวมถึงยังอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เพราะหัวใจต้องทำงานหนัก ไม่สามารถบีบเลือดผ่านลิ้นหัวใจที่ตีบแคบได้ตามปกติ¹¹⁰</p> <p>แนวทางการรักษาภาวะลิ้นหัวใจ aortic ตีบในปัจจุบัน สามารถทำได้ 2 วิธี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic โดยการผ่าตัด เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษา โดยเป็นการผ่าตัดเปิดหน้าอกเพื่อตัดลิ้นหัวใจเก่าออกและเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่เข้าไปแทนที่ โดยแบ่งได้เป็น 2 วิธีย่อย คือ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic โดยการเย็บเปิดกระดูก 	

¹¹⁰ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. โรคลิ้นหัวใจเสื่อม/ซราภาพ - โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ (aortic valvular stenosis) ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2016 [updated 10 เมษายน 2559]. Available from: <http://www.chulacardiaccenter.org/th/component/content/article/270-2016-04-10-03-58-50>.

	<p>อกออกทั้งหมด (aortic valve replacement via full sternotomy, SAVR) และการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic แบบแผลผ่าตัดเล็ก (minimally aortic valve replacement, MIAVR)</p> <p>2. การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic ผ่านสายสวน โดยไม่ต้องผ่าตัด transcatheter aortic valve implantation หรือ TAVI) เป็นการใส่ลิ้นหัวใจเทียมผ่านสายสวนเข้าไปทางหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบ หรือเจาะผ่านผิวหนังส่วนยอดหัวใจ เมื่อสายสวนไปถึงตำแหน่งของลิ้นหัวใจ aortic แพทย์จะทำการปล่อยลิ้นหัวใจที่มีวนพับอยู่ออกจากระบบนำส่ง (delivery system) เพื่อให้กางออกกลายเป็นลิ้นหัวใจใหม่แทนของเดิมที่เสื่อมสภาพ¹¹¹</p> <p>ลิ้นหัวใจที่ใช้เปลี่ยนให้กับผู้ป่วยสามารถแบ่งได้หลัก ๆ ออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบที่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อของผู้ป่วยเองกับแบบที่ไม่จำเป็นต้องทำการเย็บติด (sutureless prosthesis valve) ในปัจจุบัน ลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องทำการเย็บติดกับเนื้อเยื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาให้สะดวกและใช้งานง่าย โดยสามารถยึดติดกับขอบลิ้นหัวใจ aortic เดิมของผู้ป่วย โดยไม่ต้องเย็บ ซึ่งแพทย์จะใช้วิธี MIAVR ในการเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องเย็บ โดยมีรายงานที่แสดงให้เห็นว่าการใช้ลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อ จะสามารถลดระยะเวลาในการคีบหนีบ aorta (aortic cross clamp) ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมลงได้ รวมถึงมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจที่สั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยลิ้นหัวใจแบบต้องเย็บติด อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีนี้ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการ รวมถึงต้องดำเนินการในห้องผ่าตัดที่ทันสมัยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น¹¹²</p>
ประเด็นสำคัญ	การผ่าตัดแบบแผลเล็กเพื่อเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic ชนิดที่ไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อของผู้ป่วย เป็นเทคโนโลยีใหม่ที่อาจมีความปลอดภัยมากกว่าและให้ประสิทธิผลที่ดีกว่าวิธีที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เสนอหัวข้อ ผู้สนับสนุนทุนวิจัย และผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อกำหนดขอบเขตของคำถามงานวิจัย และเพื่อปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันก่อนเริ่มดำเนินการศึกษา - ควรศึกษาเปรียบเทียบเทคโนโลยีลิ้นหัวใจแบบเย็บติดกับเนื้อเยื่อ กับลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อด้วยวิธี MIAVR - เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic ด้วยลิ้นหัวใจแบบไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อ ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน ไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย จึงควรประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การวิเคราะห์ต้นทุน และการประเมินผลกระทบต่อด้านงบประมาณ นอกจากนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ aortic ด้วย

¹¹¹ National Institute for Health and Care Excellence. Transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis. London; 2017.

¹¹² Sadad Z, Kanoksin S. Minimally invasive aortic valve replacement. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2018; 62(3): 235-44.

	<p>ลินหัวใจแบบไม่ต้องเย็บติดกับเนื้อเยื่อยังเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงที่ต้องการความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดและความพร้อมของสถานพยาบาล ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ จึงอาจทำให้เกิดการกระจุกตัวของบริการอยู่ในพื้นที่เพียงบริเวณใดบริเวณหนึ่ง รวมถึงการให้บริการอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงควรต้องประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติด้วย</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* หัวข้อนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาโดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2563)

หัวข้อที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวาย ในกรณีที่มีโรคร่วม HIV ที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

รายละเอียดของหัวข้อ	ระบบบริการบำบัดทดแทนไตผ่านการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ที่ลดปัญหาการเลือกปฏิบัติและตีตรา	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้ป่วย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	ผู้ป่วยโรคไตวายที่มีโรคร่วม HIV	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การล้างไตในผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	บริการมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ทำ HD เป็นระบบการจัดการและงบประมาณ ซึ่งไม่ใช่เทคโนโลยีใหม่ ไม่จำเป็นต้องประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แต่อาจมีการประเมินการเข้าถึงบริการ 2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเรื่องการรักษาดูแลผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ทำ HD เป็นเรื่องการบริหารจัดการในหน่วยบริการ ซึ่งอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ กรณีดังกล่าวควรพิจารณาในประเด็นของการเข้าถึงบริการ ซึ่งปรับชื่อหัวข้อให้สอดคล้องกับการประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้นในด้านการเข้าถึงบริการ¹¹³ 	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	18
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	4
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	5
ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2	
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>ความเกี่ยวเนื่องของ HIV กับปัญหาโรคไต เป็นที่รู้จักในชื่อ HIV-associated nephropathy (HIVAN) ซึ่งกว่าร้อยละ 30 ของคนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์จะมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งเป็นสัญญาณที่แสดงถึงการทำงานของไตที่ผิดปกติ และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่จะเป็นโรคไต ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคเอดส์คิดเป็นร้อยละ 1 ถึง 2 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังขั้นสุดท้าย¹¹⁴ โดยข้อมูลจากสปสข. พบว่าใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไต</p>	

¹¹³ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2561 วันพุธที่ 8 สิงหาคม 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561.

¹¹⁴ Davita Kidney Care. HIV/AIDS and Chronic Kidney Disease. Available from: [https://www.davita.com/education/kidney-disease/risk-factors/hiv-aids-and-chronic-kidney-disease#:~:text=Up%20to%2030%20percent%20of,renal%20disease%20\(ESRD\)%20population.](https://www.davita.com/education/kidney-disease/risk-factors/hiv-aids-and-chronic-kidney-disease#:~:text=Up%20to%2030%20percent%20of,renal%20disease%20(ESRD)%20population.)

	<p>วายเรื้อรังที่มีโรคร่วม HIV สะสมจำนวน 250 ราย ซึ่งผู้ป่วย HIV และป่วยเป็นโรคไต หากไม่ได้ล้างไตมีโอกาเสียชีวิต แม้ผู้ป่วย HIV ล้างไตแล้วอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีที่ร้อยละ 62.7 (95% CI 46.6-78.8%)¹¹⁵</p> <p>การติดเชื้อ HIV ไม่เป็นข้อห้ามสำหรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis, HD) การบำบัดทดแทนไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis, PD) และการเปลี่ยนไต (kidney transplantation) โดยในผู้ป่วย HIV นั้น ยังไม่มีข้อสรุปว่าการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดหรือทางช่องท้องได้ผลดีเท่ากัน อย่างไรก็ตาม การบำบัดผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีโรคร่วม HIV มีความซับซ้อนในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นทางคลินิก ทักษะศัลยกรรมทางการแพทย์ หรือการเลือกปฏิบัติ และการตีตรา ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีโรคร่วม HIV¹¹⁶</p> <p>ปัญหาหลักที่พบเกี่ยวกับการบริหารผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV คือ การให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ได้รับการฟอกไตเป็นรายสุดท้ายของศูนย์ไตเทียม เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV ไปสู่ผู้ป่วยไตวายรายอื่น หรือการเจาะเลือดเพื่อตรวจหา HIV ในผู้ป่วยไตวายทุกรายในสถานพยาบาลบางแห่ง โดยไม่ได้ขอความยินยอมจากผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การแพร่กระจายของเชื้อ HIV ในศูนย์ไตเทียมนั้นพบได้น้อยมาก โดยความเสี่ยงในการแพร่กระจายน้อยกว่าไวรัสตับอักเสบบี ความเสี่ยงของการปนเปื้อน (contamination) มักเกิดที่พื้นผิวภายนอกของเครื่องไตเทียม เช่น บริเวณปุ่มควบคุมเครื่องหรือบริเวณอื่นที่อาจมีการสัมผัสกับ waste container ในขณะที่โครงสร้างภายในของเครื่องไตเทียม (internal fluid pathway) จะไม่มีการปนเปื้อนกับเลือดของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่มีการรั่วไหลของโครงสร้างภายใน อย่างไรก็ตาม หากมีการรั่วไหลเกิดขึ้น เครื่องไตเทียมในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่สามารถกำจัดเลือดที่รั่วไหลไม่ให้มีการปนเปื้อนกับเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยได้¹¹⁷</p> <p>สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการกรองเลือดนั้น เรียกว่า dialyzer ซึ่งมีการศึกษาเลือดที่ผ่านการกรองออกมาจาก dialyzer และโมเลกุลของเชื้อ HIV โดยไม่พบเชื้อ HIV ในเลือดที่ผ่านการกรองแล้ว เนื่องจากเชื้อ HIV มีโครงสร้างโมเลกุลขนาดใหญ่กว่ารูของ dialyzer ที่ใช้ในการบำบัดทดแทนไต ทำให้ไวรัสเกาะติดอยู่ที่ด้านในของตัวกรองไม่สามารถหลุดรอดออกมาได้</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹¹⁵ Trullas JC, Cofan F, Barril G, Martinez-Castelao A, Jofre R, Rivera M, et al. Outcome and prognostic factors in HIV-1-infected patients on dialysis in the cART era: a GESIDA/SEN cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57(4): 276-83.

¹¹⁶ จี สปสช. เร่งหาทางเพิ่มหน่วยไตเทียมรองรับผู้ป่วยไตที่ติดเชื้อเอชไอวี: Hfocus; 2020 [updated 17 พฤศจิกายน 2564]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/11/20468>.

¹¹⁷ Center for Disease Control and Prevention. Current Trends Recommendations for Providing Dialysis Treatment to Patients Infected with Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1986; 35(23): 376-8.

	<p>ศูนย์ไตเทียมควรดำเนินการตามหลักการควบคุมการติดเชื้อมาตรฐานสากล (standard infection control and universal precaution)¹¹⁸ และควรดำเนินการตามข้อเสนอแนะเพื่อลดปัญหาด้านจริยธรรม การเลือกปฏิบัติ และการตีตรา ที่อาจเกิดจากการให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดแก่ผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่แนะนำให้แยกผู้ป่วยติดเชื้อ HIV จากผู้ป่วยรายอื่นในศูนย์ไตเทียม 2. ไม่แนะนำให้แยกเครื่องฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เนื่องจากความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นหรือบุคลากรในศูนย์ไตเทียมอยู่ในระดับต่ำ 3. สามารถนำตัวกรองกลับมาใช้ซ้ำได้ในผู้ป่วยรายเดียวกัน โดยต้องผ่านกระบวนการ sterilization ที่เหมาะสม <p>ในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานการแพร่กระจายของเชื้อ HIV ไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นในศูนย์ไตเทียม อย่างไรก็ตาม ในอดีตมีรายงานการแพร่กระจายของเชื้อ HIV ในศูนย์ไตเทียมจากประเทศอาร์เจนตินา โคลอมเบีย และ อียิปต์ โดยสาเหตุของการแพร่กระจายที่อาจเป็นไปได้ คือ การนำสายส่งเลือด (blood line) และเข็มมาใช้ซ้ำ รวมทั้งการใช้สารเคมีฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์อ่อน (benzalkonium chloride) การปนเปื้อนของบริเวณเชื่อมต่อของเครื่องฟอกเลือดกับสายส่งเลือด และการปนเปื้อนจากการใช้ heparin ขวดเดียวกัน เป็นต้น¹¹⁹</p>
ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การมีโรคร่วม HIV ของผู้ป่วยไตวาย ไม่เป็นข้อห้ามในการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดในปัจจุบัน - ไม่มีรายงานของการปนเปื้อนหรือถ่ายทอดเชื้อ HIV ไปยังผู้ป่วยรายอื่นในประเทศไทย - ทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์ไตเทียมอาจทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติและการตีตราที่ไม่จำเป็นแก่ผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วม HIV ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะไม่มาล้างไตและอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาการเลือกปฏิบัติและการตีตราผู้ป่วย HIV เป็นปัญหาที่มีการศึกษาอย่างยาวนาน และมีข้อเสนอแนะจำนวนมาก สปสช. ควรจัดประชุมหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมโรคไต แพทย์ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด นักวิชาการ กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้ป่วย HIV และภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารือกันถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว - อาจมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดของผู้ป่วยไตวายที่มีโรคร่วมในประเทศไทย ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว ในกรณีที่ยังไม่มีการศึกษาลักษณะเช่นนี้ในประเทศไทย

¹¹⁸ Center for Disease Control and Prevention. Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients 1999 [updated 27 April 2001]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5005a1.htm>.

¹¹⁹ Diana NE, Naicker S. Update on current management of chronic kidney disease in patients with HIV infection. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2016; 9: 223-34.

หัวข้อที่ 5 ค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ embolization

รายละเอียดของหัวข้อ	การบรรจุอุปกรณ์ 24 รายการที่ใช้ในการอุดเส้นเลือด (embolization) เป็นสิทธิประโยชน์	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำมีการเชื่อมต่ออย่างผิดปกติ (arteriovenous malformation, AVM) - ภาวะมีรูรั่วระหว่างหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง (arteriovenous fistula, AVF) - เส้นเลือดโป่งพอง (aneurysm) - ภาวะเลือดออกและเนื้องอกที่มีเส้นเลือดไปเลี้ยง 	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	อุปกรณ์ที่ใช้ในการ embolization 24 รายการ	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่การเบิกจ่ายยังไม่ครอบคลุมต้นทุนที่แท้จริงของอุปกรณ์ที่ใช้ในการ embolization ¹²⁰	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	16
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	4
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	3
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>การอุดเส้นเลือด (Embolization) เป็นการอุดหลอดเลือดแดงเพื่อการรักษาภาวะโรคต่าง ๆ เช่น AVM, AVF, เส้นเลือดโป่งพอง ภาวะเลือดออก และเนื้องอกที่มีเส้นเลือดไปเลี้ยง โดยใช้วัสดุพิเศษ เช่น ขดลวดขนาดเล็ก กาว ลูกลอกไปทางการแพทย์ หรือเจลโฟม ซึ่งการเลือกใช้วัสดุเหล่านี้ขึ้นอยู่กับกรณีวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา โดยใส่วัสดุผ่านสายสวนหลอดเลือดเพื่อไปอุดหลอดเลือดแดงในตำแหน่งที่ต้องการ¹²¹</p> <p>ข้อมูลจากแนวทางการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สปสช. ปีงบประมาณ 2561 ระบุว่า “การจ่ายเพิ่มเติมกรณีอุปกรณ์ที่ใช้ในการอุดเส้นเลือด 24 รายการตาม</p>	

¹²⁰ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรอบการบริหารงบกองทุน IP ในกรุงเทพมหานคร 2561. Available from: https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/006/3_คุณกฤตพร_แนวทางขอรับค่าใช้จ่ายฯ%20ปีงบประมาณ%202561%20กรุงเทพมหานคร.pdf.

¹²¹ ภาควิชารังสีวิทยา. การอุดเส้นเลือด (embolization) Available from: <https://med.mahidol.ac.th/radiology/th/knowledge/radiology/12172014-1058-th>.

	<p>รายการที่ สปสช. กำหนด” ซึ่งเงื่อนไขและการจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ฯ ตามแนวทางดังกล่าว ให้เฉพาะผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร เท่านั้น และให้เพียงเฉพาะการอุดหนุนเลือดในโรค AVM และในภาวะที่มีการรั่วของหลอดเลือดแดง (CCF) โดยจ่ายไม่เกินอัตรากลางที่กำหนด คือตามการเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง</p>
ประเด็นสำคัญ	<p>มีการเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการอุดเส้นเลือดเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเบิกจ่ายตามปกติ ในงบประมาณจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะพื้นที่เขต 13 กรุงเทพมหานครเท่านั้น และให้เฉพาะโรค AVM และ CCF แต่ไม่ปรากฏว่ามีการเบิกจ่ายเพิ่มเติมในพื้นที่เขตอื่น</p>
กลุ่มหัวข้อ	<p>กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือปัญหาด้านคุณภาพ</p>
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - การเบิกจ่ายอุปกรณ์การอุดเส้นเลือดเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นประเด็นของความเหลื่อมล้ำภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ สามารถเบิกจ่ายค่าอุปกรณ์เพิ่มเติมได้ แต่ได้เฉพาะพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร และเพียงการทำหัตถการในโรค AVM และ CCF เท่านั้น จึงอาจถือได้ว่าการเบิกจ่ายอุปกรณ์ในการอุดเส้นเลือดเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรียบร้อยแล้ว แต่มีความแตกต่างในการให้บริการทั้งในส่วนของข้อจำกัดเรื่องโรคที่สามารถเบิกจ่ายได้และพื้นที่ให้บริการ จึงอาจเป็นปัญหาในการเข้าถึงบริการ - คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรพิจารณาทบทวนว่ามีความจำเป็นต้องดำเนินการวิจัยหรือไม่ เนื่องจากประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นมีลักษณะเป็นปัญหาที่ต้องจัดการด้วยระบบภายในของ สปสช. หากมีมติไม่ต้องทำวิจัย ให้ปรึกษาฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการพัฒนาประเภทและขอบเขตฯ เพื่อนำประเด็นดังกล่าวเสนอคณะอนุกรรมการพิจารณา - หากมีความจำเป็นต้องประเมิน ควรพิจารณาประเมินอุปกรณ์ตามข้อบ่งใช้เป็นรายโรค โดยศึกษาความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ในการให้บริการ เนื่องจากอุปกรณ์แต่ละชิ้นที่ใช้ในการ embolization มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันและการใช้อุปกรณ์ในแต่ละโรคก็มีข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกัน - ควรดำเนินการศึกษาเพื่อหาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลให้มีการจัดบริการหลายรูปแบบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หัวข้อที่ 6 การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูดของท่อปัสสาวะบกพร่องในเพศชาย*

รายละเอียดของหัวข้อ	การรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหูดของท่อปัสสาวะบกพร่องในผู้สูงอายุเพศชายโดยการผ่าตัดใส่หูดเทียม	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ	
ลักษณะมาตรฐาน	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การผ่าตัดใส่หูดเทียม (artificial urinary sphincter)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	14
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	5
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในเพศชายมักจะเกิดภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยโรคของต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่ ต่อมลูกหมากโตและมะเร็งต่อมลูกหมาก รายงานของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2554 ระบุว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 20.54 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดนำต่อมลูกหมากออกทั้งหมด หรือได้รับการฉายรังสีรักษา และมีอัตราการรอดชีวิตสูง แต่พบว่าร้อยละ 20-36 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ภายหลังการผ่าตัด¹²² ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่สามารถเข้าสังคมได้ เกิดปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้า</p> <p>แนวทางการรักษาเริ่มต้นจาก life style modification และการใช้ยา หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 การรักษา ดังนี้¹²³</p>	

¹²² Asawabharuj K, Ramart P, Nualyong C, Leewansangtong S, Srinualnad S, Taweemonkongsap T, et al. Comparison of urinary continence outcome between robotic assisted laparoscopic prostatectomy versus laparoscopic radical prostatectomy. Journal of the Medical Association of Thailand 2014; 97(4): 393-8.

¹²³ Trost L, Elliott DS. Male stress urinary incontinence: a review of surgical treatment options and outcomes. Adv Urol. 2012: 287489.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อฉีดสารเสริมหลอด (transurethral injection bulking agent) คือ การฉีดสารสังเคราะห์เข้าไปในบริเวณหลอดของท่อปัสสาวะ เพื่อให้ท่อปัสสาวะปิดได้สนิท อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฉีดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากสารที่ฉีดจะมีการเสื่อมสลายออกไป ซึ่งในปัจจุบันไม่นิยมใช้วิธีการรักษาวิธีนี้ 2. การผ่าตัดใส่แผ่นสังเคราะห์รองรับหรือรั้งท่อปัสสาวะ (male sling) คือ การผ่าตัดเพื่อเพิ่มแรงต้านทานในท่อปัสสาวะ จากการรองรับหรือรั้งของแผ่นสังเคราะห์ 3. การผ่าตัดใส่หลอดเทียม (artificial urinary sphincter) คือ การผ่าตัดใส่อุปกรณ์ที่ทำเลียนแบบหลอดตามธรรมชาติของท่อปัสสาวะ และผู้ป่วยสามารถควบคุมการปัสสาวะได้ใกล้เคียงปกติ โดยในปัจจุบันวิธีการนี้จัดเป็นมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาในระยะรุนแรงและจัดเป็น gold standard ในการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในเพศชาย
ประเด็นสำคัญ	การผ่าตัดใส่หลอดเทียม (artificial urinary sphincter) เป็นมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยที่ประสบปัญหาในระยะรุนแรงและเป็น gold standard ในการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในเพศชาย แต่ยังไม่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบัน
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	เนื่องจากการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้อันเนื่องมาจากหลอดของท่อปัสสาวะบกพร่องในผู้สูงอายุเพศชายโดยการผ่าตัดใส่หลอดเทียม ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

*หัวข้อนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2563)

หัวข้อที่ 7 Percutaneous epidural adhesiolysis catheter

รายละเอียดของหัวข้อ	การฉีดสลายพังผืดช่องไขประสาทผ่านทางผิวหนังเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	การปวดหลังส่วนล่าง (low back pain)	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การฉีดสลายพังผืดช่องไขประสาทผ่านทางผิวหนัง	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	12
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	2
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>อาการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) หมายถึง อาการปวดหลัง กล้ามเนื้อหลังตึง หรือมีอาการหลังแข็ง ในตำแหน่งตั้งแต่ขอบล่างของซี่โครง (costal margin) ไปถึงขอบล่างของแก้มก้น (inferior gluteal fold) โดยบางกรณีจะมีอาการร่วมกับอาการปวดร้าวลงไปขา (sciatica) ปัญหาสำคัญของอาการปวดหลังส่วนล่าง คือ อาการปวดและการไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติ จากการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ของอาการปวดทุพพลภาพ (disability) และคุณภาพชีวิต¹²⁴</p> <p>เนื่องจากการปวดหลังส่วนล่างเกิดได้จากหลายสาเหตุ และมีการรักษาที่จำเพาะต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดการปวดนั้น อย่างไรก็ตาม จุดมุ่งหมายของการรักษา คือลดอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติและป้องกันการเกิดซ้ำของโรค โดยแนวทางการรักษาจะเริ่มจากการใช้ยา การทำกายภาพบำบัด การให้ความรู้ จนกระทั่งการฉีดยาเข้าในช่องเหนือน้ำไขสันหลัง epidural steroid injection</p> <p>การฉีดสลายพังผืดช่องไขประสาทผ่านทางผิวหนัง (percutaneous epidural adhesiolysis) โดยใช้เครื่องมือที่มีชื่อเรียกว่า Pain Control Manipulator (PCM) เครื่อง PCM จะมีด้ามจับซึ่งต่อเข้ากับอุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายสายยางที่มีขนาดเล็กมากสำหรับสอดใส่อุปกรณ์นี้ไปยังช่องไขสันหลังส่วนปลายที่บริเวณก้นกบ เพื่อไปยังจุดที่มีพังผืดอยู่และภายในสายยางนี้ยังมีท่อขนาดเล็กกว่าเพื่อใช้สำหรับฉีดยาแก้ปวด/แก้แสบ/แก้ปวด โดยแพทย์ที่มี</p>	

¹²⁴ ชัยวัฒน์ ไกรวัฒน์พงศ์. การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าช่องเหนือน้ำไขสันหลัง (epidural steroid injection). Orthopaedic review. 2011: 293-304.

	<p>ความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น แพทย์ระบบประสาท ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ศัลยแพทย์ระบบประสาท หรือแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำหัตถการควบคุมความปวด ทั้งนี้ ผลการรักษาด้วยวิธี EA จะขึ้นอยู่กับปริมาณพังผืด ถ้ามีพังผืดจำนวนมาก ผลการรักษาก็จะน้อยกว่าผู้ที่มีพังผืดน้อยและสุขภาพแข็งแรง โดยผู้ที่มีพังผืดไม่มากและมีสุขภาพแข็งแรง ผลการรักษาจะสูงถึงร้อยละ 90 ขึ้นไป อาการจะดีขึ้นทันที และดีไปอีกนานจนกว่าจะหมดฤทธิ์ หรือผู้ป่วยบางรายหากดูแลตนเองอย่างดีอาการอาจไม่กลับมาหลายปี แต่ถ้าพังผืดมีมาก เช่น ผู้ที่ผ่าตัดมาแล้วหลายครั้ง ผลการรักษาจะไม่ได้ร้อยละ 100 แต่สามารถทุเลาอาการได้¹²⁵</p>
ประเด็นสำคัญ	<p>การฉีดสลายพังผืดช่องไขประสาทผ่านทางผิวหนังอาจเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง และอาจสามารถควบคุมอาการปวดได้นานหลายปีจากการรักษาเพียงครั้งเดียว</p>
กลุ่มหัวข้อ	<p>กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ</p>
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<p>เนื่องจากการฉีดสลายพังผืดช่องไขประสาทผ่านทางผิวหนังเพื่อรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบันและยังไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ</p>

¹²⁵ พูนศักดิ์ อัจฉานวยวิภาส. ปวดหลังเรื้อรัง...ไม่ต้องผ่าตัด ด้วยนวัตกรรมสลายพังผืด Epidural Adhesiolysis: The Medical News: วงการแพทย์; Available from: <http://www.wongkampat.com/viewpat.php?id=666#.X7qJhGgzaUk>

หัวข้อที่ 8 การป้องกันและลดความเสี่ยงจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี*

รายละเอียดของหัวข้อ	มาตรการเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	การจมน้ำในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	
ลักษณะมาตรการ	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	ชุดบริการส่งเสริมป้องกันระดับชุมชน และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	19
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	5
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในประเทศไทย โดยสถานที่เด็กตกน้ำหรือจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุดที่บ้านและบริเวณบ้าน (ร้อยละ 36.6) แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการตกน้ำหรือจมน้ำสูงที่สุด คือ แหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ 39.2) รองลงมา คือ อ่างอาบน้ำ (ร้อยละ 6.8) และสระว่ายน้ำ (ร้อยละ 2.7)¹²⁶ เด็กมักจะจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันครั้งละหลาย ๆ คน เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้องจึงกระโดดลงไปช่วยคนที่ตกน้ำ และถูกคนตกน้ำกอดรัดจมน้ำไปพร้อมกัน รวมทั้งเด็กไม่รู้วิธีการเอาชีวิตรอดในน้ำ ดังนั้น เมื่อตกน้ำจึงไม่สามารถเอาชีวิตรอดได้ การศึกษาของสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า เด็กที่เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดจะมีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และทักษะการช่วยผู้ประสบภัยทางน้ำมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนถึง 7.4 เท่า 20.7 เท่า และ 2.7 เท่า ตามลำดับ¹²⁷</p> <p>สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้ดำเนินมาตรการ 2 ชุด ได้แก่¹²⁸</p>	

¹²⁶ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2547-2558. นนทบุรี; 2559.

¹²⁷ สุชาติา เกิดมงคลการ และคณะ. สรุปผลการวิเคราะห์การดำเนินงานผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561

¹²⁸ กฤศ เรียงไธสง และคณะ. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker). นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9; 2561.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. การส่งเสริมป้องกันระดับชุมชน (การสร้างทีมผู้ก่อการดี - Merit Maker) โดยจากการดำเนินมาตรการในเบื้องต้น พบว่าพื้นที่ที่มีการดำเนินการสร้างทีมผู้ก่อการดี สามารถลดการเสียชีวิตจากเด็กจมน้ำได้ 2 เท่าของพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการ โดยกิจกรรมในมาตรการการสร้างทีมผู้ก่อการดี ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการความปลอดภัยแหล่งน้ำเสี่ยง เช่น การสร้างรั้ว การมีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ การมีป้ายเตือนมีประสิทธิผลในการป้องกันการจมน้ำ - การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในสถานบริการสาธารณสุข - การสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้ให้แก่เด็กอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป 2. การให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักและจัดให้มีคอกกั้นเด็ก/พื้นที่เล่นที่ปลอดภัยให้แก่เด็กเล็ก เนื่องจากเด็กเล็กที่จมน้ำส่วนใหญ่จะจมน้ำในแหล่งน้ำเสี่ยงที่มีขนาดเล็ก (เช่น ถัง กะละมัง หรืออ่างน้ำในบ้านและบริเวณรอบบ้าน) ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย) และมักเกิดเหตุขณะทำกิจกรรมสั้น ๆ (เช่น เข้าห้องน้ำ ทำกับข้าว โทรศัพท์) ดังนั้นการป้องกันในกลุ่มเด็กเล็กจำเป็นต้องกำหนดพื้นที่เล่นที่ปลอดภัยให้แก่เด็กโดยแยกเด็กออกจากแหล่งน้ำ เช่น การใช้คอกกั้นเด็ก การสร้างรั้วบริเวณแหล่งน้ำ ซึ่งชุดบริการนี้ มีประสิทธิผลต่อการป้องกันการจมน้ำ¹²⁹
ประเด็นสำคัญ	มาตรการป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีลักษณะเป็นมาตรการที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งแตกต่างจากสิทธิประโยชน์ที่พิจารณาโดยคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ ตามปกติ
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 3 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องมีการประเมิน
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีลักษณะเป็นมาตรการที่ดำเนินการในชุมชน ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากชุดสิทธิประโยชน์ที่พิจารณาโดยคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ ตามปกติ กล่าวคือ มาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่พิจารณาโดยคณะกรรมการ และประกาศให้เป็นสิทธิประโยชน์ เป็นมาตรการที่ให้ผ่านสถานพยาบาล และสามารถดำเนินการเป็นมาตรฐานเดียวกันได้ทั่วประเทศ ในขณะที่มาตรการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ต้องอาศัยความร่วมมือของพื้นที่ในการดำเนินงาน และเป็นมาตรการที่อาจมีความแตกต่างกันได้ในแง่ของวิถีปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ - การสนับสนุนมาตรการดังกล่าว อาจใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) หรือกองทุนสุขภาพตำบลได้ - คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ควรให้ข้อเสนอแนะกลับไปยังสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อหารือเกี่ยวกับการดำเนินมาตรการและทุนสนับสนุนการดำเนินมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน สปสช. - หากจำเป็นต้องมีการประเมิน ควรศึกษามาตรการป้องกันการจมน้ำในเด็กในแง่ของประสิทธิผลของมาตรการและรูปแบบในการดำเนินมาตรการ

*หัวข้อนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัย (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2563)

¹²⁹ World Health Organization. Prevention of drowning: an implementation guide. Geneva; 2017

หัวข้อที่ 9 การเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มแกะสลักหิน

รายละเอียดของหัวข้อ	การตรวจคัดกรองทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานแกะสลักหิน
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคปอดจากฝุ่นหิน (silicosis)
ลักษณะมาตรการ	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
รายละเอียดของเทคโนโลยี	บริการตรวจสุขภาพปอดด้วยการใช้รังสีวินิจฉัย (chest x-ray) และเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	<p>รายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ระบุข้อคิดเห็นของคณะทำงานฯ ว่า¹³⁰</p> <ol style="list-style-type: none"> หัวข้อนี้ปรับมาจากข้อเสนอ สิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงและเกษตรกร (กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแกะสลักหิน กลุ่มเก็บ-กลุ่มคนคัดแยกและรีไซเคิลขยะ กลุ่มแท็กซี่ และกลุ่มตัดเย็บผ้าและผลิตภัณฑ์จากผ้า) การให้คะแนนในประเด็นมาตรการและเทคโนโลยีที่ให้บริการในแต่ละกลุ่มอาชีพจะมีความแตกต่างกัน เมื่อรวมคะแนนจะมีความห่างของคะแนนหลายระดับ (ช่วงคะแนน 1-5 คะแนน) จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มและความเร่งด่วน สรุปการพิจารณาเลือกการให้คะแนนกลุ่มแกะสลักหิน ในกลุ่มอาชีพเกษตรกรตามนโยบายของรัฐบาล มีโครงการตรวจคัดกรองสารเคมีในกลุ่มเกษตรกรอยู่แล้ว ซึ่งกรมควบคุมโรคเป็นผู้รับผิดชอบ มีการจัดทำคู่มือการตรวจและได้ดำเนินการนำร่องในชุมชนบางพื้นที่ โดยที่ผ่านมาเมื่อมีการตรวจและพบรอยโรคไม่ได้มีการดำเนินการต่อ ซึ่งการตรวจคัดกรองดังกล่าวคาดการณ์ว่าจะทำให้เกษตรกรเกิดความตระหนักในการดูแลตัวเองมากขึ้น แต่ไม่นำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง จึงเสนอให้มีการดำเนินการเป็น Package Primary Prevention มากกว่าการตรวจคัดกรอง และกรณีที่ต้องมีการตรวจคัดกรอง เสนอให้มีการทำ Clinical Practice Guidelines เพื่อให้มีประสิทธิภาพและการรักษาให้ครบวงจร เกณฑ์จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ผู้ได้รับผลกระทบแรงงานนอกระบบมีจำนวน 21.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ของผู้มีงานทำ ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่ไม่มีนายจ้าง ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในสาขาเกษตรกรรมร้อยละ 54.8 (จำนวน 12 ล้านคน) รองลงมาเป็นสาขาการขายส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ รถจักรยานยนต์ ของใช้ส่วนบุคคลและของใช้ในครัวเรือน ร้อยละ 17.3 สาขาที่พักแรมและบริการด้านอาหาร ร้อยละ 8.5 สาขาการผลิต ร้อยละ 6.2 สาขาการก่อสร้าง ร้อยละ 4.9 ที่เหลือเป็นอุตสาหกรรมสาขาอื่น ๆ โดยนักวิชาการ

¹³⁰ ข้อเสนอทั้ง 7 ข้อ คงสำนวนและรายละเอียดดังที่ปรากฏในรายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยไม่มีการแก้ไขแต่อย่างใด

	<p>พิจารณาให้คะแนนในกลุ่มแกะสลักหิน มีผู้ได้รับผลกระทบจำนวน 2,000 คน คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน</p> <p>5. เสนอให้มีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในกลุ่มแรงงานนอกระบบในทุกกลุ่มอาชีพ เนื่องจาก แต่ละอาชีพมีความเสี่ยงในการทำงาน และในทางปฏิบัติอาจเลือกทำอาชีพใดอาชีพหนึ่ง</p> <p>6. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบ นักวิชาการเสนอว่าการตรวจคัดกรองในกลุ่มดังกล่าว เมื่อทำการศึกษาโอกาสที่จะไม่คุ้มค่ามีมาก แต่หากเป็น Primary prevention โอกาสจะมีความคุ้มค่าสูงกว่า โดยให้มีการป้องกันตั้งแต่แรก จะได้ประสิทธิภาพและได้ประโยชน์มากกว่า</p> <p>7. คณะทำงานฯ เสนอว่า การตรวจคัดกรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เมื่อผลการตรวจออกมา จะทำให้ผู้รับบริการมีความตระหนักและป้องกันตนเองจากการประกอบอาชีพมากขึ้น อีกทั้งผู้ให้บริการจะมีการให้คำแนะนำ เพื่อให้หลีกเลี่ยงและป้องกันตัวจากการปฏิบัติงาน ซึ่งกรณีดังกล่าวนี้ นักวิชาการให้ความเห็นว่าการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ จะต้องมียุทธศาสตร์และข้อมูลทางวิชาการเพื่อประกอบด้วย ว่ากลุ่มคนดังกล่าวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากได้รับคำแนะนำมาน้อยเพียงใด และการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สามารถยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างมากน้อยเพียงใด</p>	
<p>คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ</p>	<p>เกณฑ์</p>	<p>คะแนน</p>
	<p>คะแนนรวม</p>	<p>15</p>
	<p>จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p>	<p>5</p>
	<p>ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p>	<p>3</p>
	<p>ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p>	<p>1</p>
	<p>ความแตกต่างในทางปฏิบัติ</p>	<p>1</p>
	<p>ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน</p>	<p>1</p>
	<p>ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม</p>	<p>4</p>
<p>การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย</p>	<p>โรคปอดจากฝุ่นหิน (silicosis) คือ โรคชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากสูดหายใจเอาฝุ่นละอองเล็ก ๆ ของผลึกซิลิกาหรือซิลิกอนไดออกไซด์หรือฝุ่นหินทรายอื่น ๆ เข้าไปในปอด แล้วทำให้เกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดเป็นจุดเล็กๆ ในปอดทั้งสองข้าง ทำให้หายใจหอบเหนื่อย ทรวงอกขยายตัวได้น้อยลง ทำงานเหนื่อยง่าย ไม่มีไข้ การตรวจทางรังสีจะเห็นลักษณะโดยเฉพาะของโรคนี้และมักเกิดวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป¹³¹ โดยลักษณะงานและอาชีพที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคคือ ผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมเหมืองแร่ งานที่เกี่ยวข้องกับการตัดหิน สกัดหิน โรงงานโม่บดย่อยหิน อุตสาหกรรมทำแก้ว เซรามิก ครก อุตสาหกรรมทำอิฐ กระเบื้องทไฟ วัตถุทนความร้อน เครื่องสุขภัณฑ์ เป็นต้น</p> <p>ปัจจุบันสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้เผยแพร่ความรู้เรื่องการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพให้แก่แรงงานนอกระบบในกลุ่มต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม</p>	

¹³¹ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแรงงานนอกระบบปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ (กลุ่มอาชีพแกะสลักหิน). นนทบุรี; 2559 [updated มิถุนายน 2560]. Available from: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Silicosis/Silicosis.pdf>

	<p>การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพกลุ่มแกะสลักหิน ยังไม่ครอบคลุม การ x-ray ปอดและตรวจสมรรถภาพปอด ตรวจสมรรถภาพการมองเห็น และตรวจสมรรถภาพ การได้ยิน ทั้งนี้สำนึกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจึงเสนอสิทธิประโยชน์ที่ควร ให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานด้วย แบบสอบถาม 2. บริการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ได้แก่ การฉายภาพรังสีทรวงอกชนิดฟิล์มใหญ่ (chest x-ray) และการตรวจสมรรถภาพปอด (lung function test) <p>เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 องค์กรที่เกี่ยวข้อง 14 องค์กร เช่น สปสช. สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ กรมควบคุมโรค ได้ลงนามข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) “การส่งเสริมป้องกันโรคจากการ ประกอบอาชีพ สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ” ซึ่งมีเป้าหมาย 3 ระยะ¹³² ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะสั้น แรงงานนอกระบบกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภัย สุขภาพจากการทำงาน ประกอบด้วย กลุ่มเกษตรกรประเภทเพาะปลูก ซึ่งเสี่ยงด้วยโรคพิษ สารกำจัดศัตรูพืช ปัญหาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มแกะสลักหิน เสี่ยงต่อโรคปอดฝุ่น หิน กลุ่มคนเก็บและคัดแยกขยะ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ของมีคมบาดทิ่มแทง สัมผัสโลหะ หนัก กลุ่มผู้ขับขี่รถแท็กซี่ เฉพาะเขต กทม. และปริมณฑล มีผู้ขับขี่รถแท็กซี่ประมาณ 120,000 คน มีผู้โดยสารเฉลี่ย 1.2 ล้านคนต่อวัน ทำให้เสี่ยงติดเชื้อวัณโรคและไข้หวัด ใหญ่ และกลุ่มตัดเย็บผ้าและผลิตภัณฑ์จากผ้า เสี่ยงโรคปอดฝุ่นฝ้าย ภูมิแพ้/ระคายเคือง ของมีคมบาดทิ่มแทง โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานในระยะแรกนี้ จำนวน 6.2 แสนราย ซึ่งจะขยายให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ จำนวนประมาณ 10.5 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2563 และครอบคลุมทุกกลุ่มทุกคน ประมาณ 22.1 ล้านคน ภายใน พ.ศ. 2564 เป็นต้น ไป 2. ระยะกลาง แรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน 3. ระยะยาว แรงงานนอกระบบทุกกลุ่มอาชีพ เข้าถึงบริการอาชีวอนามัยที่มีคุณภาพ ซึ่งการ จัดบริการอาชีวอนามัยจะแบ่งออกเป็น 4 ชุด คือ <ul style="list-style-type: none"> - ชุดการตรวจคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงาน - ชุดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน - การจัดการความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพจากการทำงาน และ - การพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) <p>นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ซึ่ง</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹³² MGR Online. ดูแลสุขภาพ “แรงงานนอกระบบ“ ครอบคลุม 22.1 ล้านคน ในปี 2564. 2559 [updated 8 กุมภาพันธ์ 2559]. Available from: <https://m.mgronline.com/qo/detail/9590000013946>

	มีผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. เป็นประธาน และมีตัวแทนจากหลายหน่วยงานเป็นกรรมการ อาทิ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน สสส. สำนักงานส่งเสริมความมั่นคงแรงงานนอกระบบ เป็นต้น ¹³³
ประเด็นสำคัญ	บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแกะสลักหินที่เป็นแรงงานนอกระบบได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบาย ดังจะเห็นได้จากการลงนามข้อตกลงความร่วมมือ “การส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ” ของหน่วยงานต่าง ๆ และการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบเป็นการเฉพาะ
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - ควรดำเนินการศึกษาความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ในการจัดชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มอาชีพแกะสลักหิน - การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบมีการดำเนินงานเป็นการเฉพาะ ผ่านคณะทำงานที่แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้อำนวยการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. เป็นประธาน และมีตัวแทนจากหลากหลายหน่วยงาน ดังนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ควรส่งต่อหัวข้อการตรวจคัดกรองทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานแกะสลักหินและการตรวจคัดกรองทางสุขภาพในแรงงานนอกระบบกลุ่มอื่นให้แก่ผู้อำนวยการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. ในฐานะประธานคณะทำงานพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ และควรแจ้งแนวทางดำเนินการและสถานะของการทำงานกลับไปยังผู้เสนอหัวข้อด้วย - การดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ควรพิจารณาการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในทุกกลุ่มแรงงาน โดยพิจารณาดำเนินงานได้ 2 วิธี <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดลำดับความสำคัญของมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ของทุกกลุ่มอาชีพ เพื่อพิจารณาว่ามาตรการใดของกลุ่มอาชีพใด ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อใช้ข้อมูลประกอบการพิจารณาจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ก่อน 2. ดำเนินการศึกษาวินิจฉัยมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีการกำหนดให้เป็นสิทธิตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

¹³³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1475/2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารนโยบายการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ และคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

หัวข้อที่ 10 Automated HBPM Usefulness and Applications

รายละเอียดของหัวข้อ	การสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคความดันโลหิตสูง	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้าน	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	13
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>Home blood pressure monitoring (HBPM) เป็นการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านด้วยตัวของผู้ป่วยเอง หรือ บุคคลในครอบครัวที่ได้รับการแนะนำวิธีและเทคนิคในการวัดความดันโลหิต การวัดความดัน ควรทำในห้องที่เงียบสงบ ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งที่มีการรองหลังและแขน เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาทีก่อนทำการวัดความดัน ควรวัดความดัน 2 ครั้ง ในระยะห่าง 1 ถึง 2 นาที และทำการบันทึกข้อมูลในสมุดจดบันทึกที่ทำการวัดเสร็จในแต่ละรอบ การวัดความดันโลหิต ควรทำทุกวันติดกันอย่างน้อย 3 ถึง 4 วัน และควรวัดสม่ำเสมอ ที่ระยะทุก ๆ 7 วัน ในเวลากลางวันและเวลากลางคืน ซึ่งการวัดความดันด้วยตัวเองที่บ้านได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากเครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐานมีมากขึ้น ราคาไม่แพงมาก การวัดสามารถทำได้ง่าย ปัจจุบันเครื่องเหล่านี้เป็นแบบ oscillometric device การวัดให้วัด 3 ค่าแล้วหาค่าเฉลี่ย ค่าความดันโลหิตที่วัดที่บ้านจะต่ำกว่าค่าที่วัดจากโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าค่าความดันโลหิตที่วัดจากบ้าน มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อน¹³⁴</p> <p>เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านเหมาะสำหรับบุคคลที่มีความดันสูงที่โรงพยาบาลแต่วัดความดันที่บ้านพบว่าปกติ เพื่อตรวจว่าความดันโลหิตสูงหรือไม่ หรือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตแตกต่างกันระหว่างที่บ้านและที่โรงพยาบาล รวมถึงยังสามารถช่วยค้นพบความดันโลหิตชนิด</p>	

¹³⁴ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เครื่องวัดความดันโลหิต. 2013 [updated 16 ตุลาคม 2556]. Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/service-knowledge-article-info.php?id=174>.

	"non-dipping" pattern ดังนั้น การวัดความดันโลหิตที่บ้านจะช่วยให้ทราบสถานการณ์และการเฝ้าระวังของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ พบว่าประสิทธิผลเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านมีความไวร้อยละ 97.3 และความจำเพาะ 62.7 อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ใช้ทดแทนการพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลโดยสิ้นเชิง ^{135, 136}
ประเด็นสำคัญ	เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านอาจช่วยเพิ่มการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และอาจช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากการสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ - การสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดเองที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการดำเนินงานในชุมชน และการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด ดังนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ควรหารือกับสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชนและสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาข้างต้น

¹³⁵ Llisterra JL, Gil VF, Rodriguez G, Orozco D, Garcia A, Merino J. Interest of home blood pressure measurements (HBPM) to establish degree of hypertensive control. Blood Press. 2003; 12(4): 220-4.

¹³⁶ Lan PG, Hyett J, Gillin AG. Home blood pressure measurement in women with pregnancy-related hypertensive disorders. Pregnancy Hypertens. 2017; 10: 213-9.

หัวข้อที่ 11 สนับสนุนการให้อุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมในโรงงาน

รายละเอียดของหัวข้อ	การสนับสนุนอุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถูเก็บน้ำนม ตู้เย็น มุมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เช่น การให้นมในโรงงาน	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มภาคประชาสังคม	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2561	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	การให้นมแม่ในเด็กอายุก่อน 6 เดือน	
ลักษณะมาตรการ	การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	อุปกรณ์เก็บน้ำนม	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 2/2561 วันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2561	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	13
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	2
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	3
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>การเลี้ยงลูกด้วย "นมแม่" มีประโยชน์กับสุขภาพของแม่และลูก รายงานทางการแพทย์ทั่วโลก เห็นพ้องตรงกันว่า การเลี้ยงเด็กทารกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตลอดระยะเวลา 6 เดือน (เป็นอย่างน้อย) ถือเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากในนมแม่มีสารไขมันที่จำเพาะสำหรับสมองของเด็ก เพราะทารกแรกเกิดในระยะ 6 เดือนแรกนั้น ร่างกายยังสร้างน้ำย่อยไขมันไม่ได้เต็มที่ ซึ่งในนมแม่น้ำย่อยไขมันมาด้วย ดังนั้น สารไขมันในนมแม่จึงถูกนำไปใช้สร้างสมองลูกได้อย่างเต็มที่ ต่างจากไขมันในนมผสมซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับว่าร่างกายทารกจะนำไปใช้ได้จริง ความจริงดังกล่าวจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กที่จะต้องเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต¹³⁷</p> <p>กรมอนามัยและกระทรวงแรงงาน ได้ร่วมมือกันดำเนินมาตรการส่งเสริมให้มีการจัดมุมนมแม่ในสถานประกอบการ¹³⁸ อย่างไรก็ตาม การรณรงค์เรื่องมุมนมแม่ยังเป็นไปด้วยความสมัครใจของสถานประกอบการ โดยที่สถานประกอบการจะจัดเตรียมพื้นที่ที่เป็นส่วนตัว มิดชิด</p>	

¹³⁷ วชิระ เพ็งจันทร์. การขับเคลื่อนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทย. เอกสารประกอบการบรรยาย การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแกนนำวิทยากรระดับเขต พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560. 24 กรกฎาคม 2560.

¹³⁸ Matichon Online. กรมอนามัยร่วม ก.แรงงาน ดันสถานประกอบการสุด 'มุมนมแม่' เตรียมแนวทางลดหย่อนภาษีจูงใจ 2561 [updated 6 สิงหาคม 2561]. Available from: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1073972.

	<p>สะอาด อากาศถ่ายเท และอยู่ในบริเวณที่พนักงานใช้ได้สะดวก สำหรับพนักงานใช้ในการให้นมบุตรหรือปั้มน้ำนม ซึ่งพนักงานมีหน้าที่ต้องจัดหาอุปกรณ์ในการปั้มนมและจัดเก็บน้ำนมด้วยตนเอง ซึ่งในปัจจุบัน เครื่องปั้มน้ำนมชนิดไฟฟ้ามีราคาอยู่ที่ 15,000-18,000 บาท ในขณะที่ถุงเก็บน้ำนมมีราคาประมาณ 2-4 บาท (ประมาณ 2,160 บาทต่อปี)¹³⁹</p>
ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกของทารกช่วยส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกในระยะยาว - แม้จะมีการจัดมมนมแม่ให้ได้ปั้มน้ำนมในปัจจุบัน แต่การจัดซื้ออุปกรณ์จัดเก็บน้ำนมเป็นภาระที่มารดาต้องจ่าย โดยอยู่ที่ราว 2,160 บาทต่อปี - ผู้ได้รับผลประโยชน์จากมาตรการนี้ คือผู้ทำงานในสถานประกอบการเท่านั้น ยังไม่รวมถึงผู้ที่เป็นข้าราชการและแรงงานนอกระบบ
กลุ่มหัวข้อ	<p>กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ</p>
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - การสนับสนุนอุปกรณ์ในการให้นม เช่น ถุงเก็บน้ำนม ตู้เย็น มมนมแม่ที่อยู่ในสถานประกอบการในกลุ่มแม่ผู้ใช้แรงงาน เป็นมาตรการที่สำคัญ ช่วงส่งเสริมการเลี้ยงนมบุตรด้วยน้ำนมมารดา จึงควรประเมินและดำเนินการวิจัยเพื่อหาความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการจัดให้มีมาตรการดังกล่าว - อย่างไรก็ตาม ควรจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องอื่น ได้แก่ ผู้เสนอหัวข้อ ผู้สนับสนุนทุนวิจัย และผู้แทนคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อกำหนดขอบเขตของคำถามงานวิจัย โดยคำถามงานวิจัยควรรวมถึง <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้มีสิทธิได้รับผลประโยชน์จากโครงการ ซึ่งอาจต้องพิจารณาให้มีความครอบคลุมผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย 2. รูปแบบการให้บริการ ที่หากผู้มีสิทธิขยายออกไปมากกว่าผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ รูปแบบการบริการที่ให้ในสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันหรือในพื้นที่ที่ต่างกัน อาจต้องแตกต่างกันออกไป 3. ความเป็นไปได้ในการจัดบริการ เนื่องจากรูปแบบการให้บริการที่มีความหลากหลาย อาจมีปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานที่ต่างกัน ดังนั้น จึงควรมีการพิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดบริการแต่ละรูปแบบ

¹³⁹ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ช่องว่างระหว่างมนุษย์ : รายงานสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ 2555 โดยเครือข่ายฉงว่างทางสังคม. (Social Inequity Reduction Network: SIRNet). นนทบุรี; 2556.

หัวข้อที่ 12 การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด

รายละเอียดของหัวข้อ	การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มอุตสาหกรรม	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน (acute ischemic stroke)	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ขดลวดตาข่าย (stent-retriever thrombectomy, SRT)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	19-20
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	4-5
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	3
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	5
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่าร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทเฉียบพลันขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนแรงหรือชาที่แขนและขาครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด สับสน พูดไม่ได้ กลืนลำบาก มองไม่เห็นหรือเห็นภาพซ้อน หรือเดินเซ อาการจะเกิดโดยฉับพลันทันที โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพทั่วโลกและเป็นสาเหตุของความพิการถาวร¹⁴⁰</p> <p>ในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองแล้วให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ไปยังหลอดเลือดแดงที่มีลิ่มเลือดอุดตันอยู่ (intra-arterial thrombolysis) 2. การใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สำหรับดูดลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดในสมอง (aspiration thrombectomy) เช่น Penumbra device, การประยุกต์ใช้ intermediate guiding catheter ในการดูดลิ่มเลือด เป็นต้น 	

¹⁴⁰ พรภัทร ธรรมสโรช, ดิษยา รัตนกร, สามารถ นิธินันท์, ศิริธรา สิงหรา ณ อยุธยา, อัญชลี ชูโรจน์, สุรรัตน์ สุวัชรังกูร และคณะ. แนวทางการรักษาของประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2016; 15 (Supplement 1): S9-S27.

	<p>3. การใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการใช้ขดลวดตาข่าย (stent retriever devices) ในการจับลิ้มเลือดที่อุดตันในสมอง (stent-retriever thrombectomy: SRT)</p> <p>SRT เป็นอุปกรณ์คล้ายขดลวดตาข่าย (Stent) ที่ใส่ผ่านสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็ก (microcatheter) เข้าไปยังตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดสมอง เพื่อคล้องเกี่ยวลิ้มเลือดออก อุปกรณ์ดังกล่าวมีการออกแบบขดลวดตาข่ายเป็นลักษณะ Parametric Design โดยตัวขดลวดจะซ้อนทับกัน และจะขยายขึ้นเมื่ออยู่ในเส้นเลือดที่ขนาดใหญ่ขึ้นและหดลงในเส้นเลือดที่ขนาดเล็กลง โดยขนาดของเซลล์ตาข่ายไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้จะขยายขึ้นหรือหดเล็กลง จึงช่วยให้สามารถคล้องเกี่ยวลิ้มเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴¹</p> <p>ปัจจุบันการรักษาด้วย SRT ได้รับการแนะนำว่าเป็นมาตรฐานในการรักษา AIS ในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา^{142, 143} เนื่องจากมีประสิทธิภาพทางคลินิกที่ดี ทั้งในระยะสั้นที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย และระยะยาวที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือกลับมาเป็นปกติได้</p>
ประเด็นสำคัญ	การใส่สายสวนหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ขดลวดตาข่าย ในการคล้องเกี่ยวลิ้มเลือดเพื่อการรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	เนื่องจากการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองร่วมกับการใช้ขดลวดตาข่าย ในการจับลิ้มเลือดเพื่อการรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบต่อระบบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

¹⁴¹ ศิตาพร ยังกง. การรักษาหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใช้เครื่องมือผ่านสายสวนหลอดเลือด. เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเพื่อประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562

¹⁴² Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, et al. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46(10): 3020-35.

¹⁴³ Casaubon LK, Boulanger JM, Blacquiere D, Boucher S, Brown K, Goddard T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Hyperacute Stroke Care Guidelines, Update 2015. Int J Stroke. 2015; 10(6): 924-40.

หัวข้อที่ 13 การใช้แร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy)

รายละเอียดของหัวข้อ	การใช้แร่เฉพาะที่ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา (plaque brachytherapy)	
ผู้เสนอหัวข้อ	คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคเนื้องอกในตา	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การใช้แร่เฉพาะที่	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 - แร่ที่นำมาใช้ในกรณีนี้ คือ วัสดุกัมมันตรังสี ซึ่งอาจจัดเป็น “ยา” ตามพระราชบัญญัติยา ที่ประชุมมีข้อเสนอให้นำเรื่องดังกล่าวเสนอต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ พิจารณาตามขั้นตอนต่อไป 	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	16-17
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3-4
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	5
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	4
ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2	
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	เนื้องอกในตาเป็นโรคที่พบอุบัติการณ์ไม่มากในประเทศไทย ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษามาตรฐาน 2 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการฝังแร่ (plaque brachytherapy) และการรักษาด้วยโปรตอน ¹⁴⁴ สำหรับการรักษาด้วยการฝังแร่นั้น เป็นการนำวัสดุกัมมันตรังสีมาใช้ โดยการวางหรือฝังวัสดุกัมมันตรังสี ได้แก่ Ruthenium-106 ที่ทำให้มีลักษณะรูปร่างเป็นครึ่งทรงกลมโค้งหรือมีลักษณะคล้ายรูปไต มีรัศมี 12-14 มิลลิเมตร ใกล้เคียงกับเนื้องอกหรือบริเวณที่ต้องการรักษา ก่อนทำการเย็บ plaque ติดกับตาขาวเพื่อไม่ให้ plaque หลุด	
ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - การฝังแร่ เป็น 1 ใน 2 วิธีสำหรับการรักษาโรคมะเร็งตาในปัจจุบัน ซึ่งช่วยรักษาชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - แม้จะมีความคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ เรื่อง การใช้แร่อาจถือเป็นการรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตาม ผู้เสนอหัวข้อนี้ ได้ชี้แจงว่าหัวข้อนี้เน้นไปที่วิธีการปฏิบัติของการรักษาคือหัตถการผ่าตัดเพื่อฝังแร่เข้าในตาเพื่อรักษาเนื้องอก 	

¹⁴⁴ สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ้ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การรักษามะเร็งด้วยอนุภาคโปรตอน. Available from: <https://www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=602>.

กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากการผ่าตัดเพื่อฝังแร่เฉพาะที่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในตา ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ - คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ควรหารือกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคเนื้องอกในตา เนื่องจากเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ไม่มากอาจเข้าเกณฑ์ของโรคหายาก ซึ่งหากเข้าเกณฑ์แล้ว ควรส่งให้คณะทำงานโรคหายากต่อไป

หัวข้อที่ 14 สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (peripheral drug-eluting stent)

รายละเอียดของหัวข้อ	การใช้สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มอุตสาหกรรม	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (peripheral drug-eluting stent)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	15-16
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3-4
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	2
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	4
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน (Peripheral Artery Disease) เป็นโรคที่มีการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายโดยเฉพาะที่ขา ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการหรือมีอาการปวดที่ทำให้เดินได้เป็นระยะสั้นลงเรื่อย ๆ เมื่ออาการรุนแรงขึ้น ในประเทศไทย ผลการศึกษาในพนักงานการไฟฟ้า ซึ่งเป็นประชากรเมืองรายได้ปานกลาง พบว่า ความชุกของโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันในเพศชายอายุระหว่าง 52-73 ปี อยู่ที่ร้อยละ 4.2 ในขณะที่ความชุกในเพศหญิงกลุ่มอายุเดียวกัน อยู่ที่ร้อยละ 8.61 ¹⁴⁵ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออายุเกิน 60 ปี เมื่อนำอัตราการเกิดมาคำนวณตามอายุ ¹⁴⁶ พบว่าจำนวนผู้ที่อาจเกิดโรคจะมีประมาณ 1.4 ล้านคน ¹⁴⁷	

¹⁴⁵ Sritara P, Sritara C, Woodward M, Wangsuphachart S, Barzi F, Hengprasith B, et al. Prevalence and risk factors of peripheral arterial disease in a selected Thai population. *Angiology*. 2007; 58(5): 572-8.

¹⁴⁶ Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *Lancet*. 2013; 382(9901): 1329-40.

¹⁴⁷ เยาวลักษณ์ จันที. สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Peripheral drug-eluting stent). เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเพื่อประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อ

	<p>ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังอาจไม่แสดงอาการ หรือมีอาการปวดขาที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังจะมีโอกาสเสียชีวิต เนื่องจากมีความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมากโดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังอาจยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าการรักษาที่ต้องใช้ในผู้ป่วยที่มีหลายปัจจัยเสี่ยง</p> <p>การใช้ขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำขยายหลอดเลือดจะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายทำให้อาการปวดดีขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และยังช่วยลดโอกาสที่จะเกิดเนื้อเยื่อตายจนต้องตัดอวัยวะส่วนปลาย โดยจากการวิจัยพบว่าการใช้ขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำจะลดอัตราการต้องกลับมารักษาซ้ำลงเหลือเพียงร้อยละ 4.5 และทำให้หลอดเลือดไม่ตีบตันได้ผลดีกว่าการใช้บอลูน หรือขดลวดแบบไม่เคลือบยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามไม่พบว่าแตกต่างกันของอัตราการเสียชีวิต ด้วยข้อมูลที่มีจำกัดในแง่ของคุณภาพ^{148, 149}</p> <p>การรักษาโดยผ่านทางหลอดเลือดต้องมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรม ซึ่งได้แก่ ศัลยแพทย์หลอดเลือด แพทย์รังสีรักษา แพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดใหญ่ ๆ จะมีแพทย์ทางด้านนี้ประจำอยู่ รวมทั้งมีอุปกรณ์ที่จำเป็น อย่างเช่นเครื่องเอกซเรย์หลอดเลือด (catheterization laboratory) ติดตั้งอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว</p> <p>โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรังอาจเป็นโรคที่เกิดได้กับทุกสถานะ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกิดได้กับทุกกลุ่มสถานะทางสังคม</p>
ประเด็นสำคัญ	การใช้ขดลวดเคลือบยาต้านการตีบซ้ำขยายหลอดเลือด จะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายดีขึ้น ลดอาการปวด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดอัตราการต้องกลับมารักษาซ้ำ
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	เนื่องจากการใช้สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดส่วนปลายด้วยขดลวดแบบเคลือบยาต้านการตีบซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน ยัง

กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

¹⁴⁸ Koifman E, Lipinski MJ, Buchanan K, Yu Kang W, Escarcega RO, Waksman R, et al. Comparison of treatment strategies for femoro-popliteal disease: A network meta-analysis. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2018; 91(7): 1320-8.

¹⁴⁹ Spreen MI, Martens JM, Knippenberg B, van Dijk LC, de Vries JPM, Vos JA, et al. Long-Term Follow-up of the PADI Trial: Percutaneous Transluminal Angioplasty Versus Drug-Eluting Stents for Infrapopliteal Lesions in Critical Limb Ischemia. *J Am Heart Assoc*. 2017; 6(4): <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004877>.

	ไม่มีข้อกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หัวข้อที่ 15 ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care

รายละเอียดของหัวข้อ	ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคที่มีความผิดปกติทางสมองและระบบประสาทอื่น ๆ	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	โรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะผิดปกติทางสมองอื่น ๆ เช่น Parkinson's disease การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain dysfunction) รวมถึงกลุ่มโรคของระบบประสาทอื่น ๆ	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	ชุดบริการ 8 ประเภท	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	ชุดบริการอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือบริการที่ให้มีปัญหาด้านคุณภาพ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	12-15
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2-4
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1-2
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) หมายถึง การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลารอยต่อระหว่างการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) ที่ต้องดูแลในสถานพยาบาล เชื่อมโยงต่อเนื่องจนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน (community care) หรือการดูแลระยะยาว (long-term care) ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ¹⁵⁰	

¹⁵⁰ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care). เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเพื่อประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562

	<p>การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีขอบเขตเวลา คือ 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤต โดยกลุ่มเป้าหมายของการดูแลระยะกลาง ได้แก่¹⁵¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และกลุ่มโรคหรือภาวะผิดปกติทางสมองอื่น ๆ 2. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมอง 3. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง 4. ผู้ป่วยตามบริบทพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ chemotherapy <p>การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นคำที่มีคำจำกัดความที่หลากหลาย เนื่องจากเป็นการให้บริการที่เน้นไปที่ช่วงเปลี่ยนผ่าน (transition หรือ in between) ของผู้ป่วย จากการรับบริการที่โรงพยาบาลไปสู่การฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อป้องกันการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้โดยเร็ว อย่างไรก็ตาม ด้วยคำจำกัดความที่หลากหลาย ซึ่งในบางครั้งเน้นไปที่การดูแลที่อื่นนอกจากที่โรงพยาบาลแต่ไม่ใช่ที่บ้าน ในขณะที่บางคำนิยามเน้นการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน เช่น ในสถานบริการระดับรองลงมา หรือผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างญาติกับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล ทำให้การเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีปัญหาในแง่ของการนำประสิทธิผลของบริการมาเปรียบเทียบกัน¹⁵² อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการศึกษาที่รายงานว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลงได้ รวมถึงช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย^{153, 154, 155, 156}</p> <p>ชุดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ 8 ประเภท ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมิน (การตรวจวินิจฉัยโรคและประเมินสมรรถภาพโดยไม่ใช้อุปกรณ์พิเศษ) 2. การตรวจวินิจฉัยโรคและประเมินสมรรถภาพโดยใช้อุปกรณ์พิเศษ 3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งตามแนวคิด ICF 4. การบริการพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹⁵¹ ศิรินาถ ตงศิริ. ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง Intermediate care (Health benefit packages for Intermediate care, Essential benefit packages). เอกสารนำเสนอประกอบการประชุม คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเพื่อประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

¹⁵² Melis RJ, Olde Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ*. 2004; 329(7462): 360-1.

¹⁵³ Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2007; 7: 68.

¹⁵⁴ Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led inpatient units. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 (2): CD002214.

¹⁵⁵ Lai CL, Tsai MM, Luo JY, Liao WC, Hsu PS, Chen HY. Post-acute care for stroke - a retrospective cohort study in Taiwan. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11: 1309-15.

¹⁵⁶ Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older - a controlled observational study. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 351.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. การบริการแก้ไขการพูด 6. การบริการกิจกรรมบำบัด 7. การบริการกายภาพบำบัด 8. การบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช <p>กิจกรรมทั้งหมดข้างต้นเป็นกิจกรรมที่เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว ทั้งนี้ จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้ รวมถึงจำนวนชั่วโมงในการรับบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น บริการกายภาพบำบัด ยังน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ซึ่งจำนวนชั่วโมงที่มารับบริการ ส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ตลอดจนจำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด¹⁵⁷</p>
ประเด็นสำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นกิจกรรมที่อาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และลดอัตราการตาย - กิจกรรมบริการดังกล่าวเป็นกิจกรรมบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว แต่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการและจำนวนชั่วโมงการให้บริการ ซึ่งในประเด็นหลังเป็นผลสืบเนื่องมาจากจำนวนบุคลากรที่มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีอยู่อย่างจำกัด
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 2 หัวข้อมาตรการสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีปัญหาการเข้าถึงบริการหรือปัญหาด้านคุณภาพ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ควรหารือกับคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทฯ และสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชนและสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริการสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อพิจารณาข้อมูล/หลักฐานจากระบบติดตามประเมินผล ระบบรายงาน หรือฐานข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการหรือปัญหาอื่น ๆ ที่นำมาซึ่งการเข้าไม่ถึงบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป - การวิจัยควรดำเนินการในเฉพาะที่มีช่องว่างความรู้ที่ต้องใช้นโยบายในการสังเคราะห์ความรู้เพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว

¹⁵⁷ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ข้อเสนอระบบการให้บริการและการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care). นนทบุรี; 2562.

หัวข้อที่ 16 Radiofrequency ablation สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง

รายละเอียดของหัวข้อ	การจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟ (radiofrequency ablation) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	อาการปวดหลังเรื้อรัง	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟ (radiofrequency ablation)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	12-15
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2-4
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	2-3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	3
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>อาการปวดหลัง (low back pain) สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่แผนกออร์โธปิดิกส์ โดยร้อยละ 80 ของประชากรทั่วโลกจะพบอาการปวดหลังรุนแรง ส่งผลต่อการทำงานอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต รวมถึงยังเป็นสาเหตุสำคัญในการหยุดการทำงาน ในประชากรที่อายุน้อยกว่า 45 ปี¹⁵⁸</p> <p>การจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟ (radiofrequency ablation, RFA) เป็นการบำบัดโดยใช้ผลการตรวจฟิล์มรังสี (x-ray) ในการดูตำแหน่งที่ต้องการจี้ระงับปวด แล้วจึงใช้เข็มสอดเข้าไปเพื่อจี้โดยคลื่นไมโครเวฟไปยังจุดเส้นประสาทที่ปวด ทำให้ไม่มีความรู้สึกปวด การจี้แต่ละครั้งสามารถควบคุมอาการปวดได้ประมาณ 9 เดือนถึง 1 ปี และถึงแม้การรักษาวิธีนี้จะทำลายเส้นประสาท แต่เส้นประสาทที่จี้เป็นส่วนของความ รู้สึกปวดบริเวณที่ปวดเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบกับการเคลื่อนไหวใด ๆ การจี้บำบัดใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที และนอนดูอาการภายหลังทำเสร็จประมาณ 30 นาที¹⁵⁹ ทั้งนี้ พบว่าการจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟ มีผลช่วยลดอาการปวดลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่มีสาเหตุมาจาก</p>	

¹⁵⁸ กันต์ แก้วโรจน์. เอกสารประกอบคำสอนเรื่อง ภาวะปวดหลังระดับเอว (Low back pain): คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี; Available from:

https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/Low_back_gun.pdf.

¹⁵⁹ โรงพยาบาลพญาไท 3. สารพันปัญหาเรื่อง ปวดคอ ปวดหลัง 2019 [updated 5 กรกฎาคม 2019]. Available from: <https://phyathai3hospital.com/home/ปวดคอปวดหลัง/>.

	facet joint อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับวิธีการอื่นที่ให้ผลแบบเดียวกัน เช่น epidural nerve blocks ¹⁶⁰
ประเด็นสำคัญ	การจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟเป็นวิธีการรักษาอาการปวดเรื้อรังที่ได้ผล และใช้เวลาในการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	เนื่องจากการจี้เส้นประสาทด้วยคลื่นไมโครเวฟเพื่อรักษาอาการปวดหลังเรื้อรัง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังมีข้อจำกัดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

¹⁶⁰ Lee CH, Chung CK, Kim CH. The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. Spine J. 2017; 17(11): 1770-80.

หัวข้อที่ 17 Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง (Spinal) หรือช่องเหนือไขสันหลัง

รายละเอียดของหัวข้อ	การสนับสนุน spinal port แบบฝังติดกายเพื่อให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	อาการปวดจากโรคมะเร็ง	
ลักษณะมาตรการ	การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	spinal port แบบฝังติดกายเพื่อให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	13-14
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1-2
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	3
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	1
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	อาการปวดจากโรคมะเร็งอาจส่งผลได้ในหลายด้านทั้งทางตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งสำหรับตัวผู้ป่วยเองมีตั้งแต่ระดับคุณภาพชีวิตลดลง จนถึงเกิดภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถทำงานหรือดำรงชีวิตประจำวันได้ ทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวที่จะต้องคอยดูแล ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะทางการเงินจนถึงต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศได้ ในปัจจุบันมาตรฐานในการรักษาอาการปวดเนื่องจากมะเร็งนั้น องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ เป็นแบบขั้นบันไดโดยหลักการ คือ ถ้ามีอาการปวดเนื่องจากมะเร็งเกิดขึ้น ขั้นแรกแพทย์จะให้ยาบรรเทา ซึ่ง เป็นกลุ่มยาที่ไม่ใช่กลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีนก่อน เช่น แอสไพรินหรือพาราเซตามอล แต่ถ้าอาการยังไม่บรรเทา สามารถให้กลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีนอย่างอ่อน เช่น โคเดอีน แล้วตามด้วยกลุ่มอนุพันธ์ของมอร์ฟีนที่มีความแรงมากขึ้น เช่น มอร์ฟีน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการของโรคได้ หากไม่สามารถบรรเทาได้ อาจเพิ่มหัตถการในการระงับอาการปวด เช่น อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดแบบเฉพาะที่ทางช่องไขสันหลัง หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง ซึ่งถ้าให้ตลอดชีวิตของผู้ป่วยจะมีความคุ้มค่า และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ¹⁶¹	

¹⁶¹ Vissers KC, Besse K, Wagemans M, Zuurmond W, Giezeman MJ, Lataster A, et al. 23. Pain in patients with cancer. Pain Pract. 2011; 11(5): 453-75.

	<p>การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้อย่างมาก ดังนั้น อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดแบบเฉพาะที่ทางไขสันหลัง (Spinal) หรือช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural) ซึ่งมีราคา 42,800 บาท โดยพิจารณาในผู้ป่วยที่มี life expectancy น้อยกว่า 6 เดือน เพื่อบรรเทาอาการปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ และสามารถผสมได้ทุกตัวยาทำให้ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลบ่อย¹⁶²</p>
ประเด็นสำคัญ	<p>Spinal port อาจช่วยบรรเทาปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มี life expectancy เหลือน้อยกว่า 6 เดือน รวมถึงยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล</p>
กลุ่มหัวข้อ	<p>กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ</p>
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<p>เนื่องจาก spinal port แบบฝังติดกายเพื่อให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ ทางช่องไขสันหลัง หรือช่องเหนือไขสันหลังในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ</p>

¹⁶² กุมาริ พัทณี. Spinal port อุปกรณ์ฝังติดกายที่ใช้สำหรับให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ ทางช่องไขสันหลัง (Spinal) หรือ ช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural). เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อเพื่อประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2562.

หัวข้อที่ 18 อุปกรณ์ช่วยพูด (electrolarynx) เครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อเป็นเสียง

รายละเอียดของหัวข้อ	การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยพูดกล่องเสียงไฟฟ้า (electrolarynx) ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	ความพิการทางการสื่อความหมาย (พูดไม่ได้) จากการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก	
ลักษณะมาตรฐาน	การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	อุปกรณ์ช่วยพูดกล่องเสียงไฟฟ้า (electrolarynx)	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไขรายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	13
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	2
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	3
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	2
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>แม้ว่าในปัจจุบัน แนวโน้มการรักษาโรคมะเร็งกล่องเสียงจะเน้นการอนุรักษ์การทำงานของกล่องเสียง ไม่ว่าจะโดยการผ่าตัดกล่องเสียงแบบอนุรักษ์ (laryngeal conservation surgery) หรือการใช้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation therapy) ความจำเป็นในการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (total laryngectomy) ยังไม่ลดน้อยลงไปจากเดิมมากนัก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาเมื่อมีอาการอยู่ในระยะลุกลามจนกล่องเสียงไม่สามารถทำงานได้แล้ว ดังนั้น การรักษาจึงเป็นการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีกล่องเสียงซึ่งเป็นอวัยวะกำเนิดเสียง จึงไม่สามารถพูดได้¹⁶³</p> <p>อุปกรณ์ช่วยพูดกล่องเสียงไฟฟ้า (electrolarynx) เป็นเครื่องแปลงการสั่นของกล้ามเนื้อโดยใช้ไฟฟ้าเป็นเสียง ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกล่องเสียง (laryngeal cancer) หรือในผู้ป่วยอื่น ๆ ที่สูญเสียความสามารถในการพูด ข้อดีของการใช้กล่องเสียงไฟฟ้า คือ ฝึกรการใช้งานได้ง่ายที่สุด ไม่ต้องอาศัยการผ่าตัด และยังสามารถใช้ควบคู่ไปกับวิธีการฟื้นฟูการพูดแบบอื่น ๆ ได้ เช่น ในระหว่างที่ยังฝึกพูดไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ในขณะที่ข้อเสียของการใช้กล่องเสียงไฟฟ้า คือ เสียงพูดจะมีลักษณะของเสียงสังเคราะห์ อาจจะฟังยาก โดยเฉพาะถ้าเป็นเสียงที่มีระดับเสียงเดียว การใช้งานต้องใช้มือจับวางเครื่องในตำแหน่งที่</p>	

¹⁶³ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. การทำผ่าตัดกล่องเสียง. 2560 [updated 21 สิงหาคม 2560]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=495>.

	<p>เหมาะสม หากเคลื่อนที่เสียงจะหายไป และที่สำคัญ คือจะต้องมีการดูแลรักษาเครื่องมือ เปลี่ยนถ่าน หรือชาร์จไฟอยู่เสมอ</p> <p>ผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการใช้กล่องเสียงไฟฟ้า ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถฝึกพูดด้วยหลอดอาหารหรือผ่าตัดช่องเปิด (TE shunt) ได้ - ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางร่างกายอ่อนแอ โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ - ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ในการสื่อสารระหว่างการฝึกพูดโดยวิธีอื่นยังไม่สัมฤทธิ์ผล - แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่มีข้อห้ามในการใช้เครื่อง เช่น มีผิวหนังที่คอหนาและแข็ง <p>ทั้งนี้ กล่องเสียงไฟฟ้าเป็นสิทธิประโยชน์และสามารถเบิกได้ตามสิทธิของสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม แต่ไม่ได้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
ประเด็นสำคัญ	<p>กล่องเสียงไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์ที่มีประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก ซึ่งปัจจุบันเป็นสิทธิประโยชน์และสามารถเบิกได้ตามสิทธิของสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม แต่ไม่ได้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
กลุ่มหัวข้อ	<p>กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ</p>
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยพูดกล่องเสียงไฟฟ้า (electrolarynx) ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออก ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน และการประเมินผลกระทบต่อหน่วยงานงบประมาณ - ผู้ป่วยที่ได้รับกล่องเสียงไฟฟ้ายังจำเป็นต้องมีการฝึกพูดโดยนักบำบัดและแก้ไขการพูด ซึ่งมีจำนวนน้อยมากในประเทศไทย ดังนั้น การประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็น

หัวข้อที่ 19 การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง

รายละเอียดของหัวข้อ	การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี non-invasive prenatal test และเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง	
ผู้เสนอหัวข้อ	กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	
รอบการนำเสนอหัวข้อเข้าพิจารณา	พ.ศ. 2562	
โรค/ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มอาการดาวน์	
ลักษณะมาตรการ	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
รายละเอียดของเทคโนโลยี	การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง	
การมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เทคโนโลยีใหม่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ไม่มีเงื่อนไข/รายละเอียดการเบิกจ่าย/ให้บริการ	
มติ/ข้อคิดเห็นจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ	ผ่านการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญในการประชุม ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562	
คะแนนการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญหัวข้อ	เกณฑ์	คะแนน
	คะแนนรวม	11
	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
	ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
	ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	3
	ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
	ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	1
	ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	2
การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมโดยนักวิจัย	<p>กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 มีความชุกประมาณ 1.2 ต่อ 1,000 โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุมารดา การตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ในปัจจุบันสามารถดำเนินการได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับอายุครรภ์^{164, 165, 166}</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจหาสารชีวเคมี 2 ชนิดในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 10-13) 2. การตรวจหาสารชีวเคมี 3 ชนิดในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 14-20) 3. การตรวจหาสารชีวเคมี 4 ชนิดในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่ 14-20) 4. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (nuchal translucency) ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ 	

¹⁶⁴ Committee on Genetics, American College of Obstetricians Gynecologists. Committee Opinion No. 545: Noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidy. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(6): 1532-4.

¹⁶⁵ Malone FD, Canick JA, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Bukowski R, et al. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome. *N Engl J Med.* 2005; 353(19): 2001-11.

¹⁶⁶ Committee on Practice, American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(1): 217-27.

	<p>โดยผู้ที่ได้ผลการตรวจกรองเป็นบวก จะได้รับคำแนะนำให้ตรวจวินิจฉัยด้วยการเจาะน้ำคร่ำ ซึ่งเป็นวิธีที่แม่นยำ เพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ต่อไป</p> <p>จากการศึกษาของ HITAP พ.ศ. 2554 พบว่า การตรวจกรองก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายและตรวจวินิจฉัยโดยการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซมทารกในครรภ์ในรายที่การตรวจกรองได้ผลบวก มีความคุ้มค่าในมุมมองทางสังคม เมื่อเทียบกับการไม่ตรวจกรองและวินิจฉัยหรือการเจาะน้ำคร่ำโดยไม่มีการตรวจกรอง หรือการตรวจกรองโดยกำหนดกลุ่มอายุ ทั้งนี้วิธีการตรวจกรองที่เหมาะสมในทางปฏิบัติยังมีปัจจัยอื่นที่จำเป็นต้องพิจารณาด้วย เช่น ความสามารถของห้องปฏิบัติการตรวจกรองและตรวจโครโมโซมหรือระยะเวลาที่มาฝากครรภ์ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า วิธี combined test คือการตรวจ serum screening และ nuchal translucency ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นวิธีที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด แต่ประเทศไทยอาจไม่สามารถดำเนินการด้วยวิธีนี้ได้ทั้งประเทศ เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่สามารถทำการตรวจด้วยวิธี nuchal translucency ได้ มีไม่เพียงพอ นอกจากนี้ แม้การตรวจกรองและการวินิจฉัยด้วยการเจาะน้ำคร่ำจะมีความคุ้มค่า แต่การวินิจฉัยด้วยการเจาะน้ำคร่ำยังมีความเสี่ยงทำให้แท้งอยู่ที่ราว 1 ต่อ 200 ถึง 1 ต่อ 500¹⁶⁷</p> <p>การตรวจ non-invasive prenatal test (NIPT) เป็นวิธีการที่ใช้เทคนิค Massively parallel sequencing หรือ chromosome selective sequencing ในการแยกดีเอ็นเอของลูกซึ่งปะปนอยู่ในเลือดมารตามาตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งมีความไวและความจำเพาะดีกว่า quadruple test และสามารถตรวจได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ โดยการตรวจดังกล่าวสามารถให้บริการได้ที่ราคาต่อรายเทียบเท่ากับการตรวจ quadruple test อย่างไรก็ตาม การตรวจแบบ NIPT มีราคาแพง ทำให้ประชาชนทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจด้วยวิธีดังกล่าวได้</p>
ประเด็นสำคัญ	การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี non-invasive prenatal test และเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง เป็นวิธีที่มีความแม่นยำและอาจช่วยลดความเสี่ยงจากการแท้งไม่จำเป็นที่เกิดจากวิธีการเจาะน้ำคร่ำที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
กลุ่มหัวข้อ	กลุ่มที่ 1 หัวข้อปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาตรการใหม่ ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ
ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการและบริหารจัดการ	เนื่องจากการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี non-invasive prenatal test และเทคนิควิเคราะห์ลำดับสารพันธุกรรมสมรรถนะสูง ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ปัจจุบัน และยังไม่มีการกำหนดเรื่องการเบิกจ่าย ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินมาตรการ ทั้งการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การวิเคราะห์ต้นทุน การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

¹⁶⁷ จันทนา พัฒนเกสัช, อุษณา ตันมุขยกุล, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนผลได้ของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2555; 21(4): 667-84.

