

DEVELOPMENT OF BENEFITS PACKAGE

UNDER UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)
IN THAILAND

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



คำถามที่พบบ่อย

ชุดสิทธิประโยชน์เป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจของหลายประเทศที่กำลังเริ่มต้นหรือกำลังพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรก ๆ ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง ที่ริเริ่มจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไทยทุกคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มีคำถามสำคัญที่ควรพิจารณาในหลายประเด็น คำถามที่พบบ่อยจากผู้มาศึกษางานด้านระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยมักเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศอื่น ทั้ง ข้อดี ข้อจำกัด ความสำเร็จ รวมถึงบทเรียนที่สำคัญจากการดำเนินงานจริง ดังตัวอย่างคำถามต่อไปนี้

- ชุดสิทธิประโยชน์คืออะไร มีความสำคัญอย่างไร และมีลักษณะอย่างไร
- ประเทศไทยมีชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นยา และชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่ยา ชุดสิทธิประโยชน์ทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
- ชุดสิทธิประโยชน์ในระยะเริ่มต้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นมาอย่างไร กำหนดขอบเขตอย่างไรว่าควรครอบคลุมอะไรบ้าง
- ประเทศไทยมีกระบวนการในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่ยาหรือไม่ อย่างไร และจัดการกับสิทธิประโยชน์เก่าที่ต้องถูกแทนที่อย่างไร
- เพราะเหตุใด ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย จึงถูกออกแบบและพัฒนาด้วยกระบวนการเช่นในปัจจุบัน
- กระบวนการที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์โดยพิจารณาหลักฐานวิชาการร่วมด้วยเป็นอย่างไรเมื่อนำมาปรับใช้จริง
- ทำไมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงควรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และประเทศไทยทำอย่างไรให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้จริง
- ในบริบทของประเทศไทย หลักฐานวิชาการเป็นสิ่งที่ตัดสินใจหรือไม่ ว่าเทคโนโลยีหรือมาตรการใดจะเข้าในชุดสิทธิประโยชน์
- ทำอย่างไรจึงจะแน่ใจได้มากที่สุดว่าชุดสิทธิประโยชน์ที่พัฒนาขึ้นจะ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ตามหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- อะไรบ้างที่เป็นข้อเด่นและข้อด้อยของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทยในปัจจุบัน
- อะไรคือบทเรียน ข้อควรทำและข้อควรระวังในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ จากประสบการณ์ของประเทศไทย

รู้จัก

“ชุดสิทธิประโยชน์”

ชุดสิทธิประโยชน์คืออะไร ?

ชุดสิทธิประโยชน์ (benefits package) คือ รายการบริการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้บริการต่อผู้ที่อยู่ในความดูแลและ/หรือผู้ประกันตน

ชุดสิทธิประโยชน์สำคัญอย่างไร ?

การมีชุดสิทธิประโยชน์ เป็นการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน (explicit) ว่าบริการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพใดบ้างที่ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการ การมีชุดสิทธิประโยชน์จึงช่วยในการวางแผนงบประมาณของภาครัฐ เนื่องจากทำให้ทราบขอบเขตบริการที่ต้องสนับสนุนงบประมาณอย่างชัดเจน

ชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร ?

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมของรายละเอียดบริการและบริบทหรือความสามารถในการให้บริการ นอกจากนี้ สิทธิประโยชน์ควรมีรูปแบบหลากหลายและครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น ทั้งนี้ ชุดสิทธิประโยชน์มีทั้งที่ระบุบริการชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เช่น เกณฑ์การใช้และ/หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มผู้ป่วย และชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ระบุรายละเอียดชัดเจน เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป

ชุดสิทธิประโยชน์

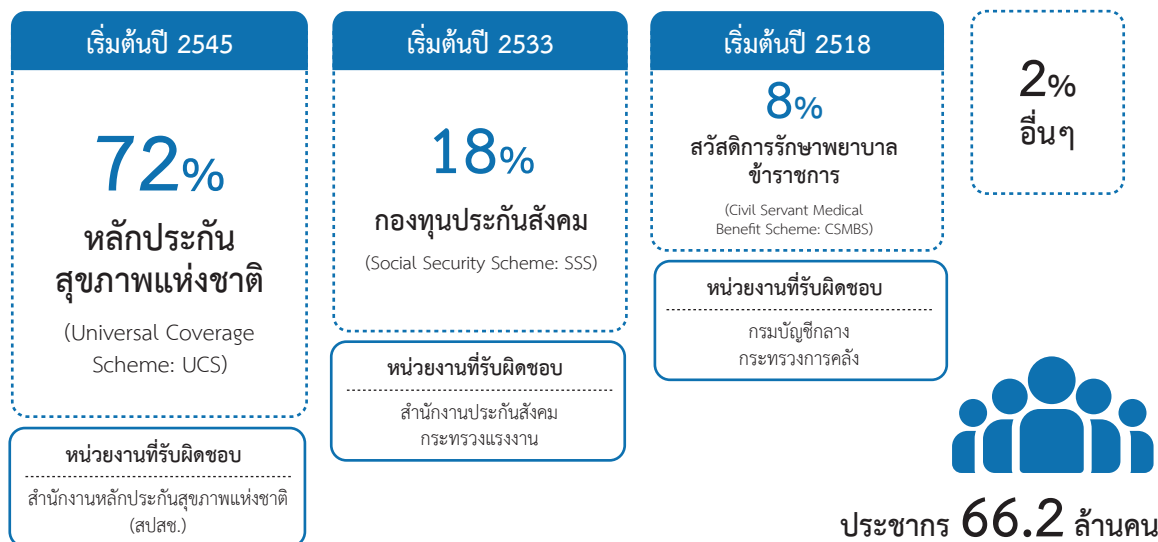
ในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย มีอะไรและครอบคลุมใครบ้าง?

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งระบุว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ” โดยกฎหมายกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณหรือกองทุน จ่ายค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการ รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นับแต่นั้น ประเทศไทยจึงมีระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ 3 ระบบหลัก ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มต่าง ๆ กันไป ได้แก่

- 1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ
- 2 ระบบประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้างภาคเอกชนและผู้ประกันตนโดยสมัครใจ
- 3 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมคนไทยที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ทั้งสองระบบข้างต้น หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ๆ

หมายเหตุ: ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม เป็นระบบที่มีอยู่ก่อนแล้ว

ปัจจุบัน หลักประกันสุขภาพของภาครัฐครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ 99.95 โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชากรมากที่สุด คือราวร้อยละ 72 ของประชากรไทยทั้งหมด



ชุดสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 ระบบ ครอบคลุมบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพตามการพัฒนาขององค์ความรู้และเทคโนโลยี โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ **สิทธิประโยชน์ที่เป็นยา** ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยทั้ง 3 ระบบ จะยึดรายการยาที่ประกาศโดยคณะกรรมการดังกล่าวเป็นรายการพื้นฐาน และ**สิทธิประโยชน์ที่ไม่ใช่ยา** เช่น หัตถการ เครื่องมือแพทย์ ซึ่งแต่ละระบบจะพิจารณาประกาศให้เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่ได้รับผิดชอบเห็นว่าเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ สิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบจึงแตกต่างกันไปบ้าง

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมประชากรจำนวนมากที่สุด ได้กำหนดคำจำกัดความ “ชุดสิทธิประโยชน์” ว่า “**คุ้มครองทุกโรค**” อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นในบางกลุ่มบริการ (negative list) ดังต่อไปนี้

Negative list

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)



กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

1. การรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม
2. การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
3. การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
4. การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เฉพาะหรืออยู่ในกองทุนอื่น

1. อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถ ที่อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสารเสพติด
ยกเว้น ผู้ติดสารเสพติดในกลุ่มฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น ที่สมัครใจเข้ารับการรักษาด้วยสารทดแทนยาเสพติด (เมธาโดน)

กลุ่มบริการอื่นๆ

1. โรคเดียวกันที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน
ยกเว้น กรณีจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
2. การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation)
ยกเว้น การปลูกถ่ายไต, การปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด, การปลูกถ่ายหัวใจ และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

ประเทศไทยตั้งต้นพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไร

ในช่วงแรกของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายแขนงได้ร่วมกันกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพัฒนาจากสิทธิประโยชน์ของระบบอื่นที่มีอยู่ ณ ขณะนั้นในการกำหนดขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงออกแบบแนวทางการบริหารกองทุนให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่อาจยังไม่ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพบางมาตรการที่จำเป็น หรือมาตรการบางอย่างอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้วแต่มีการกระจายตัวของการให้บริการที่ไม่เพียงพอหรือมีราคาแพงจนทำให้เกิดปัญหาในระบบบริการ อันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและไม่ได้รับบริการที่จำเป็น จึงมีการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์โดยหน่วยงาน องค์กร และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อยู่บ่อยครั้ง

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการประกาศรายการสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้เหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในปี พ.ศ. 2546 (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต) ทำหน้าที่พิจารณาบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมในการบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการฯ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีสำนักนโยบายและแผนและสำนักต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์สถานการณ์และความจำเป็น รวมทั้งกำหนดประเด็นปัญหาและข้อเสนอเชิงนโยบายที่จะเพิ่มหรือขยายสิทธิประโยชน์นั้น ๆ

จากการดำเนินงานดังกล่าวในระยะแรก พบปัญหาและข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การพิจารณาตัดสินใจถูกกำหนดโดยผู้กำหนดนโยบายเพียงกลุ่มเดียวในรูปแบบการอภิปรายภายใน มีข้อสงสัยว่า ได้มีการใช้หลักฐานเชิงวิชาการมาใช้ในกระบวนการตัดสินใจหรือไม่ ประกอบกับได้ตระหนักว่าสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่อาจไม่ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพที่จำเป็นบางอย่าง หรือการกระจายตัวของการให้บริการไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมถึงมาตรการฯ บางอย่างมีราคาแพง

คณะอนุกรรมการฯ จึงได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program; IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The Universal Health Coverage Benefit Package of Thailand; UCBP) ในปี พ.ศ. 2552 เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น

กระบวนการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ของไทย มีที่มาอย่างไร

เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในช่วงแรกของการดำเนินการ จึงมีการพัฒนากระบวนการที่มุ่งเน้นการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีความโปร่งใส เพื่อให้ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพที่จำเป็น และประชาชนสามารถเข้าถึง บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ในกระบวนการแต่ละขั้นตอน และตัดสินใจโดยใช้หลายหลักเกณฑ์ ประกอบกันในการพิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ฯ โดยเฉพาะขั้นตอนการคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีเพื่อเข้าสู่การประเมินโดยใช้เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ และขั้นตอนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายเพื่อพิจารณาว่าเทคโนโลยีนั้น ๆ ควรบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์หรือไม่

ด้วยเหตุนี้ กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย จึงถูกออกแบบมาให้เป็นกระบวนการเพื่อคัดเลือกหัวข้อที่ได้รับการเสนอเพื่อพิจารณาบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมได้มีส่วนร่วมในหลายขั้นตอน และดำเนินงานโดยมี IHPP และ HITAP เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในชื่อโครงการ UCBP ในช่วงปี พ.ศ. 2552 – 2559 ก่อนที่จะมีการโอนย้ายงานในส่วนการบริหารจัดการกระบวนการทั้งหมดไปให้ สปสช. รับผิดชอบทั้งหมด พร้อมทั้งมีการปรับแก้กระบวนการในรายละเอียด

2003

แต่งตั้งหน่วยงานดูแลการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการเพื่อพิจารณาบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการ

อย่างไรก็ตาม มีข้อควรพิจารณาหลายประการจากการดำเนินการดังกล่าว ทั้งในแง่การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นต้น

2009

เริ่มต้นกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

เพื่อตอบสนองต่อประเด็นดังกล่าว จึงมีการริเริ่ม “กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น โครงการนี้ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2559

2017

การเปลี่ยนผู้ดูแลกระบวนการ

หลังจากสิ้นสุดโครงการในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นผู้บริหารจัดการกระบวนการ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในรายละเอียดแต่ยังคงหลักการเช่นเดิม.

กระบวนการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์: เสนอ-คัดเลือก-ประเมิน-ตัดสินใจ



ขั้นที่ 1

การเสนอหัวข้อหัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เพื่อความโปร่งใสและเพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของไทยเปิดรับหัวข้อจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม ว่าหัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพใด ควรได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ โดยเปิดให้เสนอเป็นรอบ ๆ ในปัจจุบัน มีการจัดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียออกเป็น 9 กลุ่ม แต่ละกลุ่มสามารถเสนอหัวข้อปัญหาฯ ได้รอบละไม่เกิน 5 หัวข้อ (1 รอบต่อปี) โดยในจำนวนนี้ ต้องเป็นหัวข้อด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างน้อย 1 หัวข้อ และหัวข้อเรื่องประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (effective coverage) หรือการเข้าถึงบริการ (access to care) อย่างน้อย 1 หัวข้อ เนื่องจาก สปสช. เล็งเห็นว่าเป็นประเด็นที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มควรให้ความสำคัญ เนื่องจากจะมีผลกระทบในระยะยาว

หัวข้อเรื่องประสิทธิผลของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ คือ หัวข้อที่เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพในภาพรวม โดยผู้ป่วย/ผู้ให้บริการไม่ได้รับประโยชน์เท่าที่ควร

หัวข้อเรื่องการเข้าถึงบริการ คือ หัวข้อที่เกี่ยวกับบริการสุขภาพเดี่ยว ๆ (single intervention) เช่น การคัดกรอง ที่มีหลักฐานว่าผู้ป่วย/ผู้ให้บริการไม่สามารถเข้าถึง หรือผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้



กรณีศึกษาการให้บริการตรวจคัดกรอง และจัดหาแว่นตาให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเทคโนโลยีและบริการหลายอย่างที่ได้รับการประกาศให้เป็นสิทธิประโยชน์ หนึ่งในนั้นคือการตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหาสายตาในเด็ก ซึ่งบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ฯ เมื่อปี พ.ศ. 2559

สิทธิประโยชน์นี้กำหนดให้มี “บริการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติ” ในเด็กอายุ 3 – 12 ปี โดยครูตรวจคัดกรองสายตาของนักเรียนปีละ 1 ครั้งด้วยแผ่นวัดสายตา และส่งผลการตรวจคัดกรองไปสถานพยาบาลใกล้โรงเรียน สำหรับเด็กที่พบความผิดปกติจะได้รับการนัดตรวจและรักษา ในปีงบประมาณ 2559 สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาแว่นตาให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตาทั่วประเทศจำนวนเงิน 14 ล้านบาท สำหรับการจัดหาแว่นตา 20,000 ชิ้น ก่อนเพิ่มขึ้นเป็น 17.5 ล้านบาท สำหรับแว่นตา 25,000 ชิ้น ในปีงบประมาณ 2560

กรณีศึกษานี้เป็นกรณีที่แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในภาพรวม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมซึ่งมีส่วนช่วยให้สิทธิประโยชน์เหมาะสมแก่บริบทในประเทศไทย และการนำหลักฐานเชิงวิชาการไปปรับใช้ในเชิงนโยบายได้ชัดเจน

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์นี้มีที่มาอย่างไร เหตุใดจึงต้องเป็นการวัดสายตาและแก้ไขสายตาด้วยแว่น ใครเป็นผู้เสนอหัวข้อนี้ และกระบวนการที่บริการนี้ผ่านมาเป็นอย่างไร จึงได้เข้าเป็นสิทธิประโยชน์ หัวข้อถัด ๆ ไปจะกล่าวถึงรายละเอียดเหล่านี้

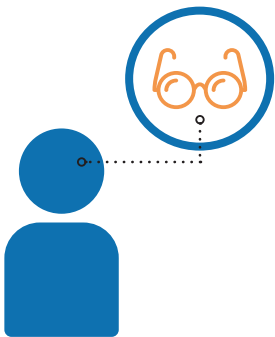
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 9 กลุ่ม ประกอบด้วย

คณะทำงาน	ผู้ที่เกี่ยวข้อง
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	หน่วยงานระดับกรม ในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	ราชวิทยาลัยและสมาคมด้านการแพทย์
กลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุข	คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ที่มีหลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
ภาคประชาสังคม	องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย	เครือข่ายผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประชาชนทั่วไป	กลุ่มประชาชนจากเวทีประชุมรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปี
ภาคอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย
กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (TCELS) สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (NIA) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
คณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	-

อนึ่ง กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์ และคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เพิ่มขึ้นจากเดิม 7 กลุ่มที่เสนอหัวข้อได้ในกระบวนการ UCBP (กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่เพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560) เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในสังคม เนื่องจากกลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องหรือมีข้อมูลด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ

ในการเสนอหัวข้อแต่ละปี กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีสิทธิ์ในการเสนอหัวข้อจะจัดประชุมหรือจัดกระบวนการเพื่อรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกสำหรับเสนอหัวข้อปัญหา เมื่อได้ข้อสรุปหัวข้อปัญหา ที่จะนำเสนอแล้ว กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเสนอหัวข้อปัญหา ผ่าน 2 ช่องทาง ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย ภาคประชาสังคม ประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ เสนอผ่านทางเวทีประชุมรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปีซึ่งจัดโดย สปสช. และกลุ่มอื่น ๆ ที่เหลือเสนอผ่านทางเว็บไซต์ <http://register.nhso.go.th/ucbp/>

ทั้งนี้ การแบ่งช่องทางในการเสนอหัวข้อปัญหา เป็นไปเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ๆ โดยการเสนอหัวข้อปัญหา ผ่านเวทีรับฟังความเห็นในกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย ภาคประชาสังคม ประชาชนทั่วไป จะทำให้มีการอภิปรายจนได้ข้อเสนอปัญหาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น (เช่น กลุ่มเป้าหมายคือใคร เทคโนโลยีที่เสนอคืออะไร) ซึ่งในเวทีรับฟังความเห็นของกลุ่มนี้จะเชิญนักวิชาการภายนอกมาร่วมให้ข้อเสนอแนะต่อเทคโนโลยีนั้น ๆ ที่จะเสนอเข้าสู่กระบวนการเสนอหัวข้อปัญหา ด้วยวิธีนี้ ยังเหมาะกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ เนื่องจากมีจำนวนราชวิทยาลัยและสมาคมด้านการแพทย์มาก การมีเวทีรับฟังความคิดเห็นจึงเป็นที่จัดทำข้อสรุปก่อนเสนอหัวข้อปัญหา เข้าสู่กระบวนการ



กรณีศึกษา

การให้บริการตรวจคัดกรองและจัดหาแว่นตาให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา การเสนอหัวข้อ

ในปี พ.ศ. 2553 มีการเสนอหัวข้อโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์ทั้งสิ้น 14 หัวข้อ หนึ่งในนั้น คือ หัวข้อ “การรักษาสายตาสั้น ยาวเอียง โดยวิธีเลสิคส์” ผู้เสนอคือ สปสช. ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายที่บริหารจัดการชุดสิทธิประโยชน์โดยตรง โดยหัวข้อนี้เป็นหนึ่งในหัวข้อที่ได้จากการเวทีรับฟังความคิดเห็น จุดน่าสนใจคือ แม้จะเป็นหัวข้อที่ผู้กำหนดนโยบายให้ความสนใจ หัวข้อดังกล่าวก็ยังคงเข้าสู่กระบวนการตามระบบ

ขั้นที่ 2

การจัดลำดับและคัดเลือกหัวข้อ

ในการเปิดรับข้อเสนอหัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีแต่ละรอบ มีหัวข้อที่ได้รับการเสนอเพื่อพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวนมาก โดยในปัจจุบัน จำนวนหัวข้อสูงสุดในแต่ละรอบ คือ 45 หัวข้อ ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ เวลา และบุคลากรที่มีในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ประเทศไทยไม่สามารถที่จะพิจารณาทั้ง 45 หัวข้อได้ในคราวเดียว จึงต้องมีการจัดลำดับว่าหัวข้อใดเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญสูง และควรได้รับการพิจารณาก่อน

หลังจากที่กลุ่มผู้เสนอหัวข้อทั้ง 9 กลุ่ม เสนอหัวข้อแล้วจะเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อ ซึ่งรับผิดชอบโดยคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ ในขั้นแรกคณะทำงานฯ จะพิจารณาคัดหัวข้อออก โดยหัวข้อหนึ่ง ๆ จะถูกคัดออกหาก

1

เป็นหัวข้อเรื่องยา วัคซีน หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เนื่องจากในกรณีของยาและวัคซีนมีกระบวนการอื่นรองรับอยู่แล้ว เช่น กระบวนการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับสิทธิประโยชน์ที่เป็นยา

2

เป็นหัวข้อที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนว่ามาตรการหรือเทคโนโลยีดังกล่าวมีประสิทธิภาพ (efficacy) และประสิทธิผล (effectiveness) เนื่องจากจะไม่สามารถพิจารณาประโยชน์ที่จะได้รับจากเทคโนโลยีหรือมาตรการดังกล่าวได้อย่างชัดเจนและมีหลักฐานทางวิชาการประกอบ

3

เป็นหัวข้อที่เคยพิจารณาแล้วและยังไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาใหม่ เนื่องจากแม้จะพิจารณาซ้ำ ผลการพิจารณาก็จะไม่เปลี่ยนแปลง

จากนั้น จะมีการมอบหมายนักวิชาการให้
ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหัวข้อปัญหาฯ
ในด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ

หากหัวข้อใดได้คะแนนสูงในตามเกณฑ์
เหล่านี้ จะถือว่าเป็นหัวข้อที่มีลำดับความ
สำคัญสูง

เกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ มีทั้งหมด 6 เกณฑ์ด้วยกัน ได้แก่

- | | |
|--|---|
| 1 จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ | 4 ความแตกต่างในทางปฏิบัติ |
| <ul style="list-style-type: none">หากจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบมากจะได้คะแนนสูง | <ul style="list-style-type: none">หากมีความแตกต่างในทางปฏิบัติมากจะได้คะแนนสูง (พิจารณาเฉพาะความแตกต่างในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน) |
| 2 ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ | 5 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน |
| <ul style="list-style-type: none">หากมีระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพมากจะได้คะแนนสูง | <ul style="list-style-type: none">หากมีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมากจะได้คะแนนสูง |
| 3 ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ | 6 ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม |
| <ul style="list-style-type: none">หากมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพดีจะได้คะแนนสูง | <ul style="list-style-type: none">หากมีผลกระทบต่อรายได้ของผู้ป่วยมากและมีผู้ป่วยจำนวนน้อย จะได้คะแนนสูง |

เกณฑ์แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ยกเว้นเกณฑ์ข้อ 4 อาจมีคะแนนเป็น 1 หรือ 3 หรือ 5 คะแนน แต่ละหัวข้อจะได้รับคะแนนในแต่ละเกณฑ์ตามข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีนั้น ๆ จากนั้นคะแนนในแต่ละเกณฑ์จะถูกนำมารวมกันโดยไม่มีการถ่วงน้ำหนัก และทีมนักวิชาการจะนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมต่อคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเพื่อพิจารณาเลือกหัวข้อปัญหา เข้าสู่กระบวนการประเมินต่อไป

แนวทางการพิจารณา

คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จะพิจารณาหัวข้อปัญหา ที่ได้รับระดับคะแนนสูงที่สุดเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ คณะทำงานอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนหัวข้อปัญหา เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปดำเนินการต่อ รวมถึงอาจคัดเลือกหัวข้อปัญหา เพิ่มเติมจากหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูง โดยเป็นไปตามดุลยพินิจของคณะทำงานดังกล่าว



กรณีศึกษา: การให้บริการตรวจคัดกรองและจัดหาแว่นตา ให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา

การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาในรอบการเสนอหัวข้อปี พ.ศ. 2553

ในปี พ.ศ. 2553 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้จัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ และมีมติคัดเลือกจำนวน 5 หัวข้อ เข้าสู่กระบวนการประเมินเทคโนโลยี ดังนี้

1. การปลูกถ่ายอวัยวะ : การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเพื่อรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
2. การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ที่มีภาวะกลุ่มอาการดาวน์ในสตรีตั้งครรภ์ไตรมาสที่สองโดยใช้ triple test
3. การรักษาวัณโรคคือยารุนแรง
4. การลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยอุปกรณ์ FloTrac, PreSep หรือ PediaSat ในการเฝ้าระวัง, ติดตามค่าการไหลเวียนความดันโลหิตและการวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสโลหิต
5. การส่งเสริมการจัดการวิตามินเสริมโฟเลตและไอโอดีนในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์

จากนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้นำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญและคะแนนของหัวข้อทั้งหมดต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ซึ่งมีมติเห็นชอบ 4 หัวข้อ ยกเว้นหัวข้อที่ 2. เนื่องจากเป็นมาตรการที่ได้รับการพิจารณาเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการฯ ยังอภิปรายในหัวข้อปัญหาอื่นที่มีการเสนอมาในรอบเดียวกัน ได้แก่ **การรักษาสายตาสั้น ยาว เอียง** ซึ่งที่ประชุมเห็นความสำคัญ แต่ให้แก้ไขหัวข้อปัญหาจากการรักษาด้วยวิธีเลสิกส์ เป็นการ “**แก้ปัญหาด้านสายตา โดยการเข้าถึงบริการแว่นตา**” เนื่องจากการรักษาสายตาสั้น ยาว เอียงด้วยแว่นตา เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านการมองเห็น ซึ่งจัดว่าเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ปัจจุบันประชาชนยังใช้บริการหรือเข้าถึงบริการน้อยจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงลึกในด้านนโยบายและระบบบริการ

ด้วยเหตุนี้ ในปี พ.ศ. 2553 จึงมีหัวข้อปัญหาฯ ที่เข้าสู่ขั้นที่ 3 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งหมด 5 หัวข้อ และนอกจากบริการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติแล้ว ในปัจจุบัน หัวข้อปัญหาฯ อื่น เช่น การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเพื่อรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ก็ได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์แล้วเช่นกัน

ขั้นที่ 3

การประเมินหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยี ด้วยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ขั้นตอนหนึ่งสำคัญและอาจเรียกได้ว่าเป็นหัวใจในกระบวนการนี้ ซึ่งช่วยให้แน่ใจได้ว่ากระบวนการตัดสินใจเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปโดยพิจารณาหลักฐานเชิงวิชาการ คือ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment, HTA)

HTA คืออะไร

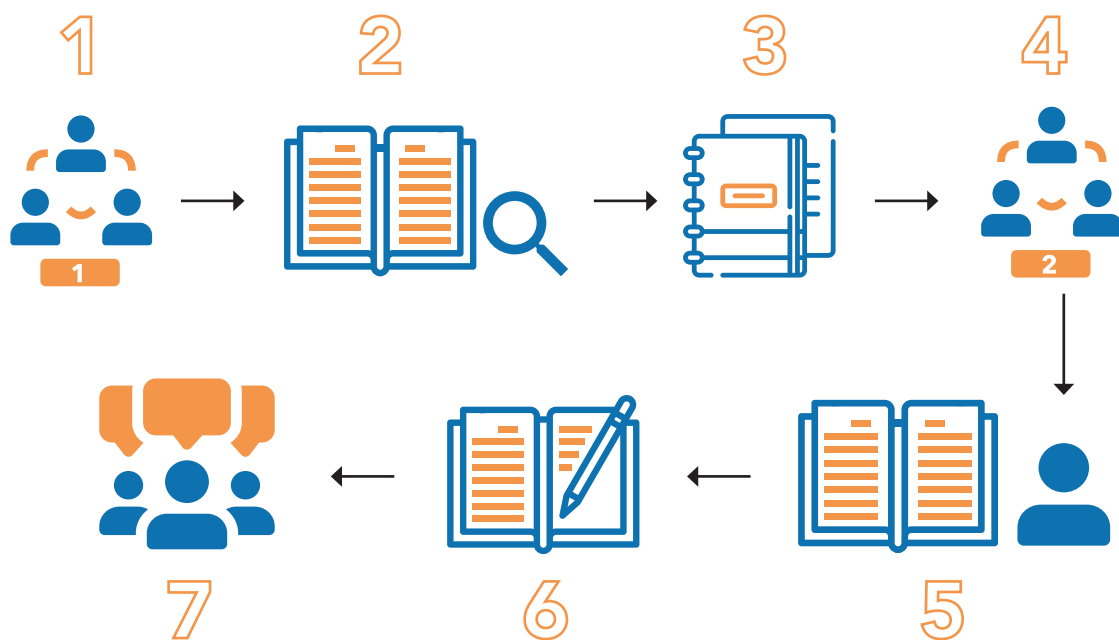
HTA คือ การวิจัยเชิงนโยบายที่บูรณาการศาสตร์จากสาขาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ แพทยศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และจริยศาสตร์ เพื่อศึกษาผลที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ งานวิจัยด้าน HTA ที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้จะช่วยให้การใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายเพื่อเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ตัวอย่างของงานวิจัยด้าน HTA เช่น การประเมินความคุ้มค่า (economic evaluation หรือ cost-effectiveness analysis) การประเมินผลกระทบด้านภาระงบประมาณ (budget impact analysis) การประเมินความเป็นไปได้ (feasibility study) ข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการตัดสินใจสนับสนุนเทคโนโลยีหรือมาตรการใด ๆ รวมถึงวางแผนงบประมาณและแผนการดำเนินงานในกรณีที่มีการสนับสนุนเทคโนโลยีหรือมาตรการดังกล่าว

ด้วยเหตุนี้ HTA จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทยในแง่ที่เป็นข้อมูลในการวางแผนเชิงเศรษฐศาสตร์และการเงิน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะสร้างความยั่งยืนให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

หัวข้อปัญหาที่ผ่านการคัดเลือกแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยี โดยมีนักวิชาการหรือนักวิจัยจากหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย IHPP และ HITAP ดำเนินการวิจัย/ประเมินเทคโนโลยีและบริการตามที่ระบุในข้อเสนอที่ผ่านการคัดเลือกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงจากคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยทั้งฉบับที่ 1 และ 2

กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของไทยประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ครอบคลุมการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดขอบเขตการประเมิน การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การประเมินและเขียนผลการประเมิน รวมถึงการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อนำเสนอผลการประเมินเบื้องต้นและพิจารณาความเหมาะสมของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation) จากนั้นจะนำเสนอผลการประเมินต่อผู้กำหนดนโยบายเพื่อพิจารณาตัดสินใจว่าเทคโนโลยีสุขภาพนั้นควรบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ นอกจากนี้หน่วยงานวิจัยสามารถเผยแพร่ผลการประเมินต่อสาธารณะเพื่อเป็นผลงานและใช้ในการอ้างอิงเชิงวิชาการ



- 1 นักวิจัยทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น จากนั้นจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1 เพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัย/ประเมิน
- 2 พัฒนาโครงร่างการวิจัย/ประเมิน และประเมินคุณภาพโครงร่างการวิจัย โดยผู้ทบทวนภายนอกก่อนเริ่มดำเนินงานวิจัย
- 3 ดำเนินโครงการวิจัย/ประเมิน
- 4 จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น
- 5 ทีมวิจัยส่งรายงานผลการวิจัย/ประเมิน ให้ผู้ทบทวนคุณภาพงานวิจัย
- 6 ทีมวิจัยเขียนรายงานผลการวิจัย/ประเมิน รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- 7 หลังจากรายงานผลการวิจัย/ประเมินผ่านคุณภาพตามคำแนะนำของผู้ทบทวน ทีมวิจัยนำเสนอผลการวิจัย/ประเมิน ต่อคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ฯ

จะเห็นได้ว่ากระบวนการ HTA ในประเทศไทยออกแบบให้เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมให้ความคิดเห็น และข้อมูลทั้งก่อนเริ่มการประเมิน และก่อนสรุปผลการประเมิน เพื่อให้หัวข้อวิจัยและผลการวิจัย สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปในบริบทของประเทศไทยมากที่สุด และเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่ง

ขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการประเมิน เป็นขั้นตอนที่กำหนดทิศทางการประเมินทั้งหมดทั้งในเรื่องที่ว่าควรประเมินหัวข้อที่ได้รับการคัดเลือกในด้านใดจึงจะเหมาะสมกับข้อมูลที่มีและบริบทของประเทศไทย เช่น ควรประเมินความคุ้มค่ารวมถึงผลกระทบด้านงบประมาณ ประเมินความเป็นไปได้ ประเมินประสิทธิผลด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรืออื่น ๆ นอกจากนี้ ยังเป็นขั้นตอนที่กำหนดว่าเทคโนโลยีหรือมาตรการอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ควรรวมเข้าในการประเมิน



กรณีศึกษา: การให้บริการตรวจคัดกรองและจัดหาแว่นตา ให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

หัวข้อ “การแก้ปัญหาสายตาโดยการเข้าถึงบริการแว่นตา” ได้รับการพัฒนาให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจนยิ่งขึ้น
ในขั้นตอนแรกของการประเมิน คือ การกำหนดขอบเขตงานวิจัย

ดังที่กล่าวข้างต้น ในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตงานวิจัย จะมีการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกรณีของหัวข้อนี้
ก็เช่นกัน มีการจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็น ในการประชุมครั้งนี้ ทีมวิจัยได้รับความเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมว่า
กลุ่มประชากรเป้าหมายควรเป็นกลุ่มเด็ก เนื่องจากหากแก้ไขภาวะสายตาผิดปกติได้ทันเวลาที่ จะสามารถป้องกัน
การสูญเสียการมองเห็นที่อาจเกิดขึ้นในภายภาคหน้าซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเด็กทั้งชีวิต นอกจากนี้ เพื่อให้ค้นพบ
ภาวะสายตาผิดปกติในเด็ก หัวข้อนี้ควรมุ่งเน้นเรื่องการคัดกรองด้วย

สำหรับมาตรการนี้ คาดว่าหากมีการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์จริง จะมีต้นทุนและค่าใช้จ่ายรวมถึงภาระงบประมาณ
ไม่สูงนัก แต่ประเด็นที่สำคัญและควรพิจารณายิ่งกว่า คือความเป็นไปได้ในการคัดกรอง เนื่องจากจำนวนจักษุแพทย์เด็ก
ในประเทศไทยมีจำกัด โดยในขณะนั้นมีเพียงไม่กี่ร้อยคน ซึ่งไม่เพียงพอที่จะคัดกรองเด็กทั่วประเทศ จึงต้องมีการ
ออกแบบระบบการคัดกรองใหม่ที่จะเป็นไปได้ในบริบทประเทศไทย เกิดเป็น “โครงการศึกษาการพัฒนาระบบการ
คัดกรองภาวะสายตาผิดปกติและประกอบแว่นสายตาสำหรับเด็กวัยก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษาใน
ประเทศไทย” เริ่มดำเนินการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2555 โดยทีมวิจัยจากโรงพยาบาล
สมุทรปราการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และ HITAP การศึกษานี้ได้ออกแบบระบบการตรวจคัดกรอง
ภาวะสายตาผิดปกติของเด็กโดยครูในโรงเรียน พร้อมทั้งมีการจัดทำเครื่องมือและคู่มือเพื่อช่วยในการคัดกรอง ผลการ
วิจัยพบว่า ระบบการตรวจคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติในเด็กไทยระดับชั้นอนุบาลและประถมโดยครูความเป็นไปได้
และมีความถูกต้องที่ยอมรับได้เปรียบเทียบกับมาตรฐาน

ขั้นที่ 4

การตัดสินใจ

คณะผู้วิจัยจะนำเสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อพิจารณาว่าเทคโนโลยีสุขภาพนั้นควรบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ เมื่อคณะกรรมการฯ ดังกล่าวพิจารณาแล้ว จะจัดทำคำแนะนำเพื่อให้คณะกรรมการและคณะกรรมการอื่น ๆ ภายใต้อีสปสช. พิจารณาตัดสินใจ โดยแบ่งเป็นการตัดสินใจขั้นต้นและการตัดสินใจขั้นสุดท้าย

การตัดสินใจขั้นต้น: ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ และคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ทำหน้าที่ตัดสินใจเบื้องต้น พิจารณาตัดสินใจว่าเทคโนโลยีสุขภาพนั้นควรบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่

โดยคณะกรรมการกำหนดประเภทฯ จะพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

- ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ต้นทุน-ประสิทธิผล) โดยใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าหรือเพดานของความเต็มใจที่จะจ่ายเช่นเดียวกับคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ กล่าวคือ ยาหรือเทคโนโลยีใดที่มีต้นทุนต่ำกว่า 160,000 บาทต่อ 1 ปีสุขภาพะ จัดว่าเป็นยาหรือเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่า
- มีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline) มีเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของภาวะหรือโรคต่าง ๆ ครอบคลุมหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และเป็นเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์
- ความพร้อมของระบบบริการ มีความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือในการให้บริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ หรือระบบบริหารจัดการการส่งต่อ
- ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาจากงบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มเติมหากมีเทคโนโลยีใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์ และการลดภาระงบประมาณเดิม (cost saving)
- ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม (ethical issues) พิจารณาประเด็น ความเป็นธรรม ความสมเหตุผลในการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการที่จำเป็น เช่น การใช้/ไม่ใช้เทคโนโลยีนี้ในการดูแลสุขภาพมีผลกระทบอย่างไร เป็นต้น

การตัดสินใจขั้นสุดท้าย: คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้รับผิดชอบตัดสินใจขั้นสุดท้ายและประกาศประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข (สิทธิประโยชน์ใหม่และ/หรือสิทธิประโยชน์เดิมที่ขยายขอบเขตหรือเงื่อนไขบริการ) หรือ ปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม มีกรณีพิเศษสำหรับบางสิทธิประโยชน์ที่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้าย เช่น กรณีสิทธิประโยชน์การบำบัดทดแทนไตเพื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย



กรณีศึกษา: การให้บริการตรวจคัดกรองและจัดหาแว่นตา ให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา การตัดสินใจ

มติที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ รับทราบข้อเสนอ แต่เห็นควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณารายละเอียดการดำเนินงานร่วมกันและความเป็นไปได้เพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการให้บริการตรวจคัดกรองและจัดหาแว่นตาให้แก่เด็กที่มีปัญหาสายตา จึงมีการประกาศให้เป็นนโยบายระดับประเทศเมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2559 เพื่อเป็นของขวัญในวันเด็กแห่งชาติ

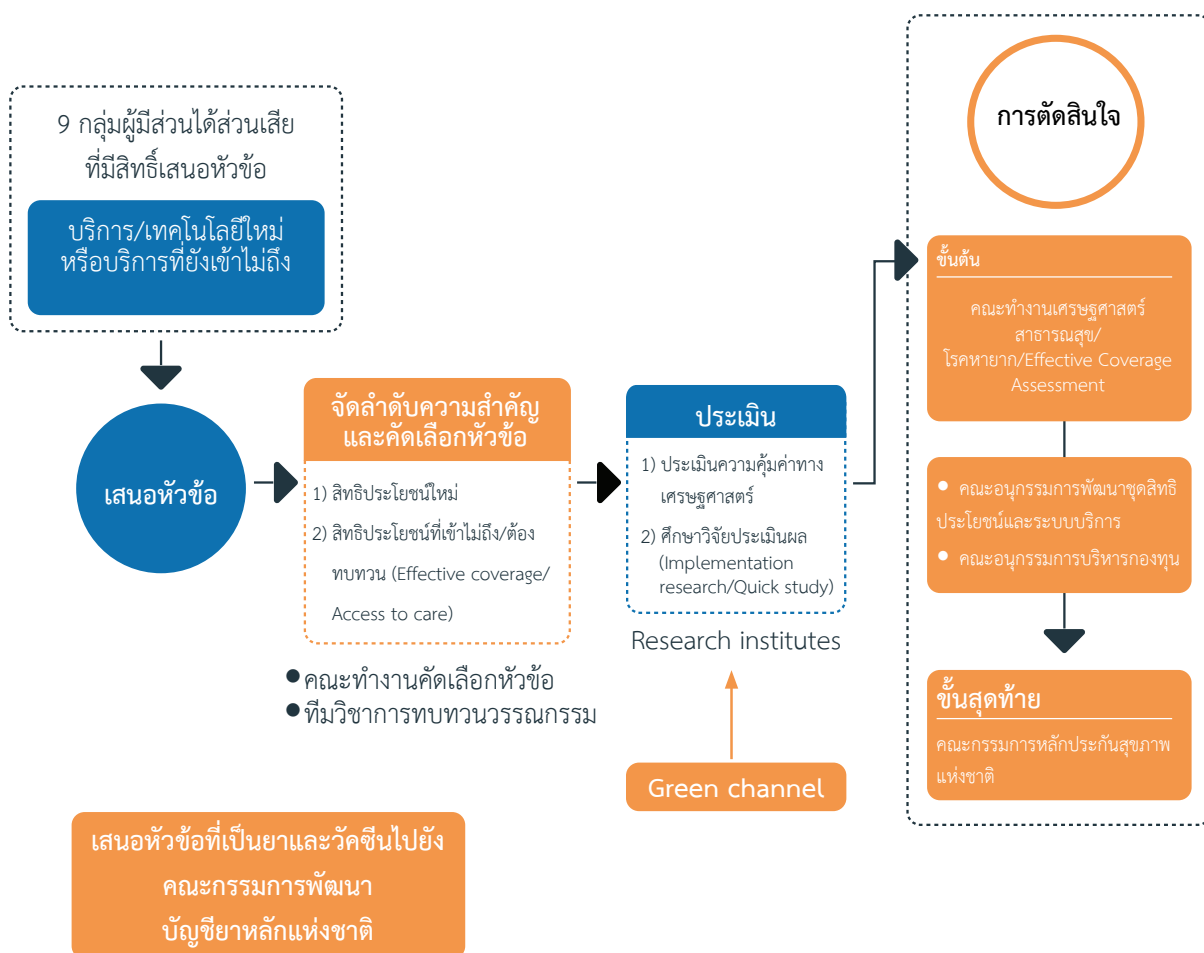
กรณีที่ต้องมีการพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่อย่างเร่งด่วน ประเทศไทยทำอย่างไร

เนื่องจาก สปสช. เปิดรับข้อเสนอจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพียงปีละ 1 ครั้ง และกระบวนการประเมินเทคโนโลยีใช้เวลานาน สปสช. จึงกำหนดให้มีการเสนอหัวข้อปัญหา ผ่านช่องทางเร่งด่วน (green channel) เพื่อรับมือในกรณีที่มีโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะเร่งด่วนรุนแรง รวมถึงเป็นช่องทางผลักดันให้เทคโนโลยีใหม่ที่มีประสิทธิภาพดีกว่าหรือมีต้นทุนต่ำกว่าเทคโนโลยีเดิมให้บรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว เมื่อมีการเสนอหัวข้อปัญหา เร่งด่วนเหล่านั้นจะถูกนำเข้าสู่กระบวนการประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้น ซึ่งเป็นการวิจัยอย่างรวดเร็ว (quick study) จะได้ผลวิจัยเบื้องต้นภายใน 6 เดือนหรือเร็วกว่านั้น

GREEN CHANNEL

สรุป

กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์



คัดเลือก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ อย่างไร

จากกระบวนการข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง โดยนอกจากเป็นผู้เสนอหัวข้อสิทธิประโยชน์แล้ว ยังมีส่วนร่วมในการกำหนดขอบเขตและให้ความเห็นต่อผลจากงานวิจัยซึ่งจะถูกนำไปทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการจึงควรจะมีผลประโยชน์ทับซ้อนน้อยที่สุด

ในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ แม้จะยังไม่มีกระบวนการคัดกรองที่ชัดเจน แต่ในการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมามีส่วนร่วมในกระบวนการทุกครั้ง จะเป็นการเชิญในนามของตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยไม่เจาะจงตัวบุคคล เพื่อเปิดโอกาสให้มีการหารือในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและได้ตัวแทนที่ภายในแต่ละกลุ่มเห็นว่าเหมาะสม เช่น สำหรับกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ จะมีการส่งหนังสือเชิญไปยังสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทยซึ่งเป็นสมาคมของบริษัทต่าง ๆ ที่ผลิตและนำเข้าเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย จากนั้นสมาคมจะประสานงานภายในเครือข่ายและคัดเลือกตัวแทนจากบริษัทที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าร่วมในกระบวนการ เป็นต้น

โรคหายาก

ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้มีการพิจารณาสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหายากอย่างเป็นระบบ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ภายใต้ สปสช. ได้จัดตั้งคณะทำงานด้านโรคหายากโดยเฉพาะขึ้นในปี พ.ศ. 2561 คณะทำงานดังกล่าวมีหน้าที่พิจารณาและเสนอหัวข้อบริการดูแลรักษาโรคหายาก (ทั้งยา/ไม่ใช้ยา) เข้าสู่การประเมินเทคโนโลยีในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และจัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ

คณะอนุกรรมการฯ กำหนดนิยามของ “โรคหายาก” ของประเทศไทยว่า 1) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีจำนวนน้อย 2) เป็นโรคเรื้อรังที่อาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 3) การคัดกรอง และ/หรือ การวินิจฉัย และ/หรือ การรักษาจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี และความเชี่ยวชาญขั้นสูง หรือมีต้นทุนสูง หรือเข้าถึงยาก หรือมีแนวโน้มที่ต้องใช้ไปตลอดชีวิต และ 4) การดูแลรักษาส่งผลอย่างมากต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนน้อย อีกทั้งบริการหรือเทคโนโลยีสำหรับโรคหายากมักเป็นบริการและเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยหนึ่งรายมีแนวโน้มที่จะสูงและไม่คุ้มค่า ในการพิจารณาบรรจุสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโรคหายาก จึงใช้เกณฑ์เพิ่มเติมจากเกณฑ์ด้านความคุ้มค่า โดยในกรณีที่มีการศึกษาแล้วพบว่าบริการหรือเทคโนโลยีดังกล่าวไม่คุ้มค่า จะมี การพิจารณาปัจจัยเรื่อง rule of rescue เพิ่มเติม โดยบริการหรือเทคโนโลยีหนึ่งอาจได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ ด้วยปัจจัยเรื่อง rule of rescue หากไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาทั้งโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา และเป็นบริการหรือเทคโนโลยี ที่ใช้ช่วยรักษาชีวิต

RULE OF RESCUE

จุดเด่นของกระบวนการนี้คืออะไร

จุดเด่นของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์นี้ ได้แก่

- 1 เป็นกระบวนการที่เป็นระบบ มีขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินงานที่ชัดเจน ตั้งแต่กระบวนการเสนอหัวข้อจนถึงการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย
- 2 มีความโปร่งใส เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น และมีมติร่วมกันในทุกขั้นตอน รวมถึงเอกสารประกอบการดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในขั้นตอนต่าง ๆ ที่กล่าวมาได้มีการเผยแพร่ต่อสาธารณะในรูปแบบสื่อต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ และหนังสือ เพื่อสะท้อนความโปร่งใสในทุกขั้นตอน
- 3 กระบวนการนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงวิชาการ เช่น การคัดเลือกหัวข้อเพื่อเข้าสู่การประเมินต้องมีผลการทบทวนตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อโดยการทบทวนนั้นต้องเป็นข้อมูลเชิงวิชาการที่เป็นลักษณะผลงานวิชาการที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทาง PubMed หรือเป็นเอกสารจากหน่วยงานจากภาครัฐหรือสถาบันวิจัย นอกจากนี้กระบวนการทำการวิจัยหรือประเมินต้องเป็นไปตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงาน ก็ยังคงพบปัญหาบางประการ เช่น

- 1 ระดับความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม ทำให้ปัญหาสุขภาพ/มาตรการสุขภาพที่มีผู้เสนอให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์บางหัวข้อไม่ชัดเจน บางหัวข้อเป็นสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมโดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว บางหัวข้อไม่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม บางหัวข้อค้างอยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ เป็นเวลานาน
- 2 ขาดแคลนทรัพยากรบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความสามารถในการประเมินประเมินปัญหา/มาตรการ/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทำให้มีการจำกัดจำนวนหัวข้อที่จะเข้าสู่การศึกษาในการพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์

เทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

มีโอกาสได้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่:



กรณีศึกษาการบำบัดทดแทนไต

ตามเกณฑ์การตัดสินใจคัดเลือกสิทธิประโยชน์ จะเห็นได้ว่ามีเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนอยู่ถึง 2 ข้อ ได้แก่ เกณฑ์เรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และเกณฑ์เรื่องภาระงบประมาณ เทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่คุ้มค่า และมีภาระงบประมาณสูง จะมีโอกาสได้เข้าในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ เรื่องนี้เป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากเทคโนโลยีหรือมาตรการกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงแก่ประชาชน รวมถึงอาจทำให้ประชาชนบางส่วน ตกอยู่ในภาวะล้มละลายเนื่องจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

สปสช. ตระหนักถึงประเด็นสำคัญในข้อนี้เช่นกัน ดังนั้น เกณฑ์การพิจารณาด้านเศรษฐศาสตร์ หรือกระทั่งผลจาก HTA จึงไม่ใช่ตัวชี้ขาดว่าเทคโนโลยีหรือมาตรการใดจะได้รับการบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ยังพิจารณาปัจจัยในมิติอื่นด้วย ในกรณีเทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูง มักต้องพิจารณาเรื่องความเป็นไปได้เชิงสังคม (social aspect) และ จริยธรรม (ethical aspects) เป็นหนึ่งในเกณฑ์การตัดสินใจ เช่น ในกรณีของการบำบัดทดแทนไต ด้วยการสนับสนุนการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis, PD) แก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

สิทธิประโยชน์การบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายต้องได้รับการล้างไตเพื่อยืดชีวิตทุกคน เว้นแต่จะได้รับการปลูกถ่ายไต อย่างไรก็ตาม การล้างไตเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง หากผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการล้างไตด้วยตนเอง อาจทำให้เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจบรรจุบริการนี้เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะรัฐบาลจะต้องแบกรับภาระงบประมาณจำนวนมหาศาลแทน

อย่างไรก็ตามเมื่อปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยโดยคณะกรรมการได้ตัดสินใจประกาศนโยบาย PD-first policy หรือโครงการล้างไตผ่านช่องท้องไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย โดยที่มาของสิทธิประโยชน์นี้ มาจากข้อพิจารณาเรื่องจริยธรรมดังกล่าว ประกอบการกับการพิจารณาหลักฐานเชิงวิชาการ

Peritoneal dialysis (PD) คือ การล้างไตโดยใช้เยื่อช่องท้องในการกรองของเสีย สารน้ำ และเกลือแร่ ทำโดยเติมน้ำยาล้างไตเข้าทางช่องท้องของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาทุก 4-6 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้ด้วยตัวเองหลังจากได้รับการอบรม สามารถทำที่บ้านได้ และสามารถใช้ชีวิตได้เกือบเป็นปกติ

Hemodialysis (HD) คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเลือดจะออกจากตัวผู้ป่วย ผ่านตัวกรองในเครื่องไตเทียมเพื่อกรองของเสีย สารน้ำ และเกลือแร่ จนกลายเป็นเลือดดีก่อนจะกลับเข้าร่างกายผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องได้รับการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเท่านั้น

สิทธิประโยชน์เรื่องการบำบัดทดแทนไตนี้ได้รับการเสนอเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ก่อนที่จะมีการจัดตั้งกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นทางการ การพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่ในขณะนั้นดำเนินการโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ แต่แม้จะยังไม่มีกระบวนการดังกล่าว คณะอนุกรรมการฯ ก็เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาหลักฐานทางวิชาการ จึงมอบหมายให้ HITAP ศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการให้บริการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

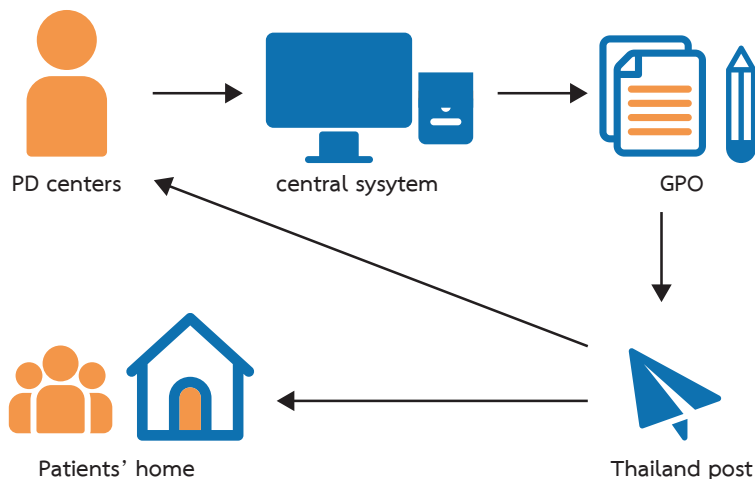
การประเมินความคุ้มค่าในครั้งนั้นเปรียบเทียบระหว่างนโยบายให้ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเริ่มล้างไตทางช่องท้องก่อน และเปลี่ยนเป็นเครื่องฟอกไตในภายหลังหากจำเป็น (PD first policy) นโยบายให้เริ่มล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตก่อน และเปลี่ยนเป็นล้างไตทางช่องท้องในภายหลังหากจำเป็น (HD first policy) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในบริบทประเทศไทย ผลการประเมินพบว่า ในจำนวนนี้ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตคุ้มค่ามากที่สุด แต่เนื่องจากมีปัญหาขาดแคลนผู้บริจาคไต ทำให้ประเทศไทยสามารถปลูกถ่ายไตได้เพียงปีละ 400 ราย ขณะที่ผู้ป่วยที่รอการเปลี่ยนถ่ายไตใหม่ปีละ 40,000 ราย ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงจำเป็นต้องการล้างไตเพื่อยืดอายุ ไม่ให้เสียชีวิต สบสข. จึงจำเป็นต้องพิจารณานโยบายบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 นโยบาย โดยเมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พบว่า PD first policy คุ้มค่ากว่าในบริบทของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีข้อดีที่เหนือกว่าการล้างไตด้วยเครื่องฟอกไต ดังนี้

- มีความถี่ที่ใกล้เคียงกับธรรมชาติ
- ประชาชนสามารถทำได้เองที่บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล อีกทั้งลดการลงทุนในโรงพยาบาล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ รวมถึงลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และลดจำนวนเจ้าหน้าที่ที่จำเป็นต้องให้บริการ
- มีค่าใช้จ่ายและต้นทุนน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตในโรงพยาบาล

มากกว่าแค่เพียงบรรจุสิทธิประโยชน์ใหม่

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจและเรื่องที่ต้องพิจารณาเกี่ยวกับการล้างไตไม่ได้จบเพียงเท่านั้น ข้อดีข้อหนึ่งของ PD คือ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล แต่โดยทั่วไป ยังต้องมีการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทุก 4-6 ชั่วโมง จึงต้องมีการออกแบบระบบที่จะส่งน้ำยาล้างไตให้ถึงมือผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

การดำเนินงานตามนโยบาย PD First เป็นความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, องค์การเภสัชกรรม (Government Pharmaceutical Organization, GPO) และบริษัทไปรษณีย์ไทย ดิสทริบิวชั่น จำกัด สำหรับบริการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยโรคไต โดยบริการดังกล่าวเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์กลางที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (PD centers) จะแจ้งข้อมูลความต้องการน้ำยาล้างไตและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยโรคไตไปยัง GPO ซึ่งจะจัดส่งน้ำยาล้างไตและเวชภัณฑ์ผ่านเครือข่ายการจัดส่งและกระจายสินค้าของบริษัทไปรษณีย์ไทย ดิสทริบิวชั่น จำกัด ให้แก่โรงพยาบาลศูนย์กลางที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง รวมทั้งการจัดส่งถึงบ้านของผู้ป่วย



กรณีนี้เป็นหนึ่งในตัวอย่างของการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการของประเทศไทย ซึ่งนอกจากมาตรการหรือเทคโนโลยีที่เลือกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์จะต้องผ่านการกลั่นกรองแล้ว ยังต้องมีการคำนึงถึงระบบที่จะทำให้เกิดการใช้สิทธิประโยชน์ดังกล่าวอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพด้วย

ประเทศไทยทำอย่างไร ให้แน่ใจว่าจะมีการใช้สิทธิประโยชน์ ที่บรรจุใหม่แทนสิทธิประโยชน์เก่า

ดังที่กล่าวข้างต้น โดยหลักการ ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมบริการสุขภาพทุกชนิดที่ไม่อยู่ในรายการยกเว้นซึ่งถือว่าเป็นบริการที่เกินความจำเป็น ดังนั้น จะไม่มีการนำสิทธิประโยชน์เดิมออกจากชุดสิทธิประโยชน์เดิม แม้จะมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ที่ทดแทนได้แล้วก็ตาม ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการเพื่อให้มั่นใจว่ามีสถานพยาบาลให้บริการสิทธิประโยชน์ใหม่ ซึ่งได้ประสิทธิผล เหมาะสม คุ่มค่า หรืออื่น ๆ มากกว่าสิทธิประโยชน์เก่า เพื่อประโยชน์ต่อทั้งประชาชน สถานพยาบาล และระบบสุขภาพ

กลไกที่ สปสช. ใช้ในการกระตุ้นให้เกิดการใช้สิทธิประโยชน์ใหม่ คือ ให้มีการผนวกสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม หากเทคโนโลยีหรือบริการสุขภาพนั้น ๆ ใช้งบประมาณสูง หรือจำเป็นต้องมีระบบกำกับติดตามการให้บริการโดยเฉพาะ สปสช. จะจัดตั้งกองทุนหรือสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม สำหรับบริการนั้น ๆ เช่น กองทุนเอดส์ เพื่อให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และกองทุนโรคไต เพื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นยา และไม่ใช่นยา มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นยา ที่เรียกว่า บัญชียาหลักแห่งชาติ ดำเนินการโดยคณะกรรมการอีกชุดหนึ่ง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ โดยมีองค์การอาหารและยา เป็นเลขานุการ และมีคณะทำงานกว่า 20 คณะที่หาข้อมูลจากหลักฐานเชิงวิชาการและให้คำแนะนำ

ขั้นตอนในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นยามีขั้นตอนใกล้เคียงกับกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเริ่มด้วยการเสนอหัวข้อยาที่ควรบรรจุเพิ่มเติมในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากนั้นมีการจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกหัวข้อที่มีลำดับความสำคัญสูงเพื่อนำไปประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านการงบประมาณ จากนั้นจึงเสนอผลการศึกษาเพื่อให้คณะกรรมการฯ ตัดสินใจต่อไป

อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการเสนอหัวข้อ สำหรับกระบวนการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เปิดรับเฉพาะหัวข้อที่เสนอโดยผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญสาขา ซึ่งเป็นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบข้อและกระดูก เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อมีการบรรจุยาใหม่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ จะแทนที่ยาเก่าที่เทียบเท่ากันได้ทันที

กระบวนการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติดำเนินคู่ขนานไปกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการประสานงานกันระหว่างทั้งสองชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่ง ๆ ซึ่งในหลายกรณีต้องใช้ทั้งมาตรการที่เป็นยาและไม่ใช่นยาาร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ที่เป็นยาและไม่ใช่ยา:



กรณีศึกษา โรคไวรัสตับอักเสบซี

โรคไวรัสตับอักเสบซีเป็นการอักเสบของตับที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (hepatitis C virus หรือ HCV) มีหลายชนิด เช่น 1, 2, 3 และ 6 พบมากในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 7.19 ถึง 7.8 โรคนี้เป็นโรคติดต่อซึ่งมีช่องทางการติดต่อผ่านการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งที่มีเชื้อไวรัสนี้อยู่หากเกิดการอักเสบบริเวณตับเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดพังผืด (fibrosis) ที่บริเวณตับ ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นตับแข็งและมะเร็งตับ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมักไม่มีอาการจนกระทั่งอาการลุกลามไปมากแล้ว จึงต้องมีการคัดกรองด้วยการตรวจ anti-HCV หาผู้ติดเชื้อเพื่อให้รักษาได้ทันทั่วทั้งที่ โดยในอดีตใช้การรักษาด้วยยา interferon หรือ pegylated interferon ร่วมกับ ribavirin แต่ในปัจจุบันมีการรักษาใหม่ที่มีประสิทธิภาพยอดเยี่ยม คือ ยากลุ่ม direct-acting antiretroviral เช่น sofosbuvir ledipasvir เป็นต้น ประสิทธิภาพของยาต่อไวรัสตับอักเสบซีชนิดต่าง ๆ ก็แตกต่างกันไป

ชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบซี ทั้งที่เป็นยาและไม่ใช่ยา มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาตลอด เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

ปี	การคัดกรอง anti-HCV	Pegylated interferon+ ribavirin	Sofosbuvir-base regimen
2556	การศึกษาพบว่าการคัดกรอง anti-HCV ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยคุ้มค่า	การศึกษาพบว่า Pegylated interferon ร่วมกับ ribavirin ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยคุ้มค่า	
2557		การศึกษาพบว่า Pegylated interferon ร่วมกับ ribavirin ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ชนิดสายพันธุ์ที่ 1 และ 6 คุ้มค่า	
2558			การศึกษาพบว่า Sofosbuvir-based regimen คุ้มค่ากว่า Pegylated interferon ร่วมกับ ribavirin ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซี ทุกชนิดสายพันธุ์
2561	การคัดกรอง anti-HCV ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยและผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์		
2562	การศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีชนิดสายพันธุ์ที่ 3 การใช้ sofosbuvir ร่วมกับ pegylated interferon ร่วมกับ ribavirin คุ้มค่าที่สุด และในผู้ป่วยสายพันธุ์อื่น การใช้ sofosbuvir ร่วมกับ ledipasvir คุ้มค่าที่สุด โดยทั้งหมดนี้ ต้องมีการคัดกรองร่วมด้วย		

การพิจารณางบประมาณ

ในการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละปีมีหลักการอย่างไร

ในแต่ละปี จะมีการนำเสนองบประมาณอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยอนุกรรมการภายใต้ สปสช. จะเสนอแผนงบประมาณต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นจะมีการพิจารณาโดยสำนักงบประมาณ และคณะรัฐมนตรีเพื่ออนุมัติ

งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลจะเรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งประกอบด้วยงบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) งบค่าบริการอื่นๆ นอกเหนือจากเหมาจ่ายรายหัว และงบประมาณเพิ่มเติมเฉพาะกิจ เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ

งบเหมาจ่ายรายหัว

ปีงบประมาณ 2546 ซึ่งเป็นปีแรกของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ สปสช. ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว เท่ากับ 1,202.40 บาทต่อผู้มีสิทธิ/ปี และมีการเพิ่มจำนวนเงินขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ที่ประกาศเพิ่มเติมในแต่ละปี จนปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2563) งบเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ 3,600.00 บาทต่อผู้มีสิทธิ/ปี คิดเป็น 3 เท่าของงบประมาณในปีแรกที่ตั้งกองทุนฯ หรือประมาณ 173,750 ล้านบาทสำหรับผู้มีสิทธิ ประมาณ 48.3 ล้านคน

งบเหมาจ่ายรายหัวครอบคลุมอะไรบ้าง

งบประมาณจำนวนนี้ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก (OP) บริการผู้ป่วยใน (IP) บริการกรณีเฉพาะ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) บริการฟื้นฟูสภาพด้านการแพทย์ บริการการแพทย์แผนไทย บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

นอกจากนี้ สปสช. ยังได้รับงบประมาณจากรัฐบาลเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พิ้นที่ก้นดรา/เสี่ยงภัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่วงเวลานั้น ๆ

ข้อควรทำและข้อพึงระวัง ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์: บทเรียนจากประสบการณ์ของประเทศไทย

ข้อควรทำ

1. สร้างกลไกและกระบวนการที่เป็นระบบชัดเจน โดยมี “ธรรมาภิบาล”
2. มีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในบางขั้นตอนของกระบวนการ
3. กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบในทุกขั้นตอน
4. มั่นใจว่าทรัพยากรสาธารณะเพียงพอและยั่งยืน เพื่อสนับสนุนกลไกและกระบวนการต่าง ๆ
5. ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการลงทุนอย่างเพียงพอในหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงคุณภาพของผู้ดำเนินงาน
6. กระจายความรับผิดชอบสำหรับประเมิน HTA ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีคุณสมบัติเพียงพอและมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน
7. ใช้ผลลัพธ์ HTA สำหรับการต่อรองราคาและเชื่อมโยงไปยังการสนับสนุนทางการเงิน การจัดซื้อ และการติดตามประเมินผลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อพึงระวัง

1. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ซับซ้อนช่วงการเริ่มต้นพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน
2. ระบุคำอธิบายสิทธิประโยชน์ที่ไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือเท่านั้น คำอธิบายทั่วไป เช่น “บริการสุขภาพแม่และเด็ก” หรือ “การรักษาโรคมะเร็ง” อาจเกิดความแตกต่างในการตีความของสิทธิประโยชน์และความแตกต่างในการบริการของแต่ละสถานพยาบาล
3. อนุญาตผู้ที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนชัดเจนมีส่วนร่วมในกระบวนการ
4. อนุญาตให้ทำการประเมิน HTA และการตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียวหรือกลุ่มคนเดียว

ยุทธศาสตร์ประเพณีและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564

ในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการประกาศใช้ “ยุทธศาสตร์ประเพณีและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564” ซึ่งประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 9 ยุทธวิธีดังภาพในหน้าถัดไป

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นการดำเนินการตามพันธกิจ 4 ประการ คือ 1) รวบรวม ประเมินความต้องการประเพณีและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [มาตรา 18 (10), (13)]; 2) พัฒนาและผลักดันให้เกิดประเพณีและขอบเขตฯ ใหม่ที่เหมาะสม และปรับปรุงประเพณีและขอบเขตฯ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดการเข้าถึงมากขึ้น [มาตรา 5, 18 (3)]; 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการตามประเพณีและขอบเขตฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [มาตรา 5]; และ 4) ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเพณีและขอบเขตฯ และระบบบริการของ 3 กองทุนให้มีความเท่าเทียมกัน [มาตรา 9, 10, 11].

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ขยายประเภทและขอบเขต	ยุทธศาสตร์ที่ 2: เข้าถึงประเภทฯ กันถ้วนหน้า	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาให้เท่าเทียม	ยุทธศาสตร์ที่ 4: พร้อมเพรียงประเมนผล
ยุทธวิธี: - พัฒนากลไกการศึกษาชุดสิทธิประโยชน์ บนพื้นฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน - สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ การควบคุมป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพครบวงจร	ยุทธวิธี: - กำหนดกลุ่มบริการที่มีความสำคัญสูง จะเพิ่ม effective coverage - กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน - กำหนดมาตรการในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย	ยุทธวิธี: ร่วมมือกับ 3 กองทุน เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ และระบบบริหารจัดการให้มีทิศทางที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความกลมกลืน	ยุทธวิธี: - กำหนดเป้าหมายชุดสิทธิประโยชน์ (effective coverage) - มีระบบข้อมูลที่สามารถตอบเป้าหมาย - Active communication
เป้าหมาย: เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์	เป้าหมาย: เพิ่มการเข้าถึงบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	เป้าหมาย: บูรณาการสิทธิประโยชน์ 3 กองทุน เพื่อให้เกิดความกลมกลืน	เป้าหมาย: นโยบายด้านประเภทและขอบเขตฯ ที่ประกาศใช้สู่การปฏิบัติ

สารบัญ

2	คำถามที่พบบ่อย
3	รู้จัก “ชุดสิทธิประโยชน์”
4	ชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย มีอะไรและครอบคลุมใครบ้าง?
6	ประเทศไทยตั้งต้นพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไร
9	กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของไทยมีที่มาอย่างไร
10	กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เป็นอย่างไร: เสนอ-คัดเลือก-ประเมิน-ตัดสินใจ
10	ขั้นที่ 1 การเสนอหัวข้อ
14	ขั้นที่ 2 การจัดลำดับและคัดเลือกหัวข้อ
18	ขั้นที่ 3 การประเมินหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยี
22	ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ
24	กรณีที่ต้องมีการพิจารณาสัทธิประโยชน์ใหม่อย่างเร่งด่วน ประเทศไทยทำอย่างไร
25	สรุปกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

๑. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. The Lancet. ๒๐๑๘;๓๙๑(๑๐๑๒๖):๑๒๐๕-๒๓.
๒. Tangcharoensathien V, Srithamrongsawat S, Pitayarangarit S. Overview of health insurance systems. Health insurance systems in Thailand. ๒๐๐๒:๒๘-๓๘.
๓. วิชัย โชควิวัฒน์. ตำนานบัตรทอง : ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย: ศรีเมืองการพิมพ์; ๒๕๕๘.
๔. Wibulpolprasert S, Chokevivat V, Oh C, Yamabhai I. Government use licenses in Thailand: The power of evidence, civil movement and political leadership. Globalization and health. ๒๐๑๑;๗(๑):๓๒.
๕. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, หทัยชนก สุมาลี, และคณะ. การประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (๒๕๔๔-๒๕๕๓): สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๖. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ ๑. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๔.
๗. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ ๒. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๔.
๘. Youngkong S, Baltussen R, Tantiwess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. Value Health. ๒๐๑๒;๑๕(๖):๙๖๑-๗๐.
๙. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑. ๒๕๖๑.
๑๐. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ศิริพัฒนานนท. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖. นนทบุรี: บริษัท โรงพิมพ์ วชิรวิทย์ พี.พี.; ๒๕๕๗.
๑๑. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ศิริพัฒนานนท, สิริพร คงพิทยชัย, เนติ สุขสมบูรณ์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๖.
๑๒. นิภาพรณ สุขศิริ, พัฒนิตา ระลึก. ๑๐ เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.; ๒๕๕๖.
๑๓. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Suwanwela W, Supangul S, Panichkriangkrai W, Kosiyaporn H, et al. Defining the benefit package of Thailand universal coverage scheme: from pragmatism to sophistication. International Journal of Health Policy and Management. ๒๐๒๐;๙(๔):๑๓๓.
๑๔. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ ๒ การบริหารงบประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพฯ: หจก.แสงจันทร์การพิมพ์; ๒๕๕๙.
๑๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่ ๓ การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์; ๒๕๕๔.
๑๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ เล่มที่ ๓ การบริหารงบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์; ๒๕๕๕.
๑๗. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓. ๒๕๖๓.
๑๘. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ผลการทบทวนเอกสารเรื่อง การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ๒๕๖๑.
๑๙. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, editor รายงานการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓. . สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๖๓.
๒๐. Tangamornsukan W, Chaikyakunapruk N, Somkrua R, Lohitnavy M, Tassaneeyakul W. Relationship between the HLA-B*๑๕๐๒ allele and carbamazepine-induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis. JAMA dermatology. ๒๐๑๓;๑๔๙(๙):๑๐๒๕-๓๒.
๒๑. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๐) พ.ศ. ๒๕๕๙, (๒๕๕๙).
๒๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การแก้ไขปัญหายาเสพติดในเด็กนักเรียน. ๒๕๖๐.
๒๓. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การพัฒนาระบบคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติและประกอบแว่นสายตาสำหรับเด็กก่อนวัยประถมศึกษาและประถมศึกษาในประเทศไทย. ๒๕๕๔.

๒๔. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. ๒๕๖๑. ๒๕๖๑.
๒๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช.เผย ๖ ปี ช่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าถึงการรักษา ปัจจุบันดูแลกว่า ๒.๗ หมื่นราย. มปป. [cited ๒๕๖๓ มีนาคม ๒๐]. Available from: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=OTU๔>.
๒๖. วินัย สวัสดิ์วร และคณะ. กว่าจะมีถึง PD First Policy. วารสารก้าวใหม่ ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนาหลักประกันสุขภาพ. ๒๕๕๗;๗(๓๖):๓-๖.
๒๗. สมาคมพยาบาลโรคไต. กว่าจะเป็น PD Nurse. วารสารจดหมายข่าวพยาบาลสมาคมโรคไต. ๒๕๖๑;๑(๒).
๒๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานโครงการความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อประเมินการบริหารจัดการกรณีบริการเฉพาะ. ๒๕๖๐.
๒๙. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สิทธิประโยชน์ “การบำบัดทดแทนไต” ของระบบประกันสุขภาพ ๓ กองทุน. [cited ๒๕๖๓ มีนาคม ๒๐]. Available from: <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTlyNQ==>.
๓๐. Phorntida Hadnornmtun. Road to success of the renal replacement therapy policy in Thailand. ๒๐๑๘.
๓๑. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Thailand Medical Services Profile ๒๐๑๑-๒๐๑๔. ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ, editor. จังหวัดนนทบุรี. ๒๕๕๗.
๓๒. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. แผนงานการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออีกเสบจากไวรัส ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔; ๒๕๖๐.
๓๓. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปและรักษาด้วยยา Lamivudine และ Tenofovir สำหรับใช้เป็นยาเสริมในการรักษาโรคติดต่อเชื้อ HBV ชนิดเรื้อรัง. ๒๕๖๒.
๓๔. Lavanchy D. The global burden of hepatitis C. Liver Int. ๒๐๐๙(๑):๗๔-๘๑.
๓๕. Graham CS, Baden LR, Yu E, Mrus JM, Carnie J, Heeren T, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a metaanalysis. Clin Infect Dis. ๒๐๐๑;๓๓(๔):๕๖๒-๔.
๓๖. Sungkanuparph S et al. Compliance with hepatitis B and hepatitis C virus infection screening among HIV-๑ infected patients in a resource-limited setting. Southeast Asian J Trop Med Public Health. ๒๐๐๘;๓๙(๕):๘๖๓-๖.
๓๗. กุมทิภา ดำรงปราญ และคณะ. การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบงบประมาณของการใช้ยา peginterferon และ ribavirin ในข้อบ่งใช้สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย (HIV/HCV co-infection). ๒๕๕๖.
๓๘. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินต้นทุนประสิทธิผลการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดซี. ๒๕๕๔. [cited ๒๕๖๓ พฤษภาคม ๑๐]. Available from: <http://www.hitap.net/news/๑๖๑๘๕>.
๓๙. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานการประชุมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบด้านงบประมาณของการใช้ยา peginterferon และ ribavirin ในข้อบ่งใช้สำหรับ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มต่างๆ. ๒๕๕๖.
๔๐. วรรณญา รัตนวิภาพงษ์ และคณะ. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง. ๒๕๕๙.
๔๑. Healthfocus. ชวน ปชช.ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี “บี-ซี” ฟรี ๗๙ รพ.ทั่วประเทศ. ๒๕๖๒ [cited ๒๕๖๓ มีนาคม ๒๐]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/๒๐๑๙/๐๘/๑๗๔๕๖>.
๔๒. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินความคุ้มค่าของการคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปและรักษาด้วยยา Sofosbuvir สำหรับใช้เป็นยาเสริมในการรักษาโรคติดต่อเชื้อ HCV ชนิดเรื้อรัง. ๒๕๖๒.
๔๓. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓. กรุงเทพมหานคร; ๒๕๖๒.
๔๔. Suksamran A. Universal Health Coverage: Case studies from Thailand: Health Systems Research Institute; ๒๐๑๒.
๔๕. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Auamkul N, Jongudomsuk P. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. Reproductive Health Matters. ๒๐๐๒;๑๐(๒๐):๕๙-๖๙.
๔๖. Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. Bulletin of the World Health Organization. ๒๐๐๔;๘๒:๗๕๐-๖.



ผู้ทรงคุณวุฒิ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
ดร.วลัยพร พัทธนฤมล
รศ. พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร
นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
ดร. นพ.ภูษิต ประคองสาย

ที่ปรึกษาโครงการ

ดร. ภาณุศรีเพ็ญ ต้นติเวสส
ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ทีมวิจัย

รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย
นายदनัย ชินคำ
นางสาวอกนิษฐา พูนชัย
นางสาวชลธิชา จันทร์แจ่ม
Miss Saudamini Vishwanath Dabak
Miss Rachel Archer
นางสาวชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์

กองบรรณาธิการ

ภญ.เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย
นายจารุธรรม เขตจันทน์
นางสาวบัณฑิตวรรณ เกิดทองดี
นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง
นางปัทมา นวลเป็นไย

