



LINE



WWW.HITAP.NET



FACEBOOK

ปีที่ 11 ฉบับที่ 33

พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ไม่คุ้มแล้ว ไปไหน?



HITAP Variety

เข้าใจความคุ้มค่ากับ HTA man คุ้ม ไม่คุ้ม คืออะไร สำคัญอย่างไร



สวัสดีครับ ผม หมอมานะ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ประเทศสุขภาพแข็งแรงครับ ครั้งล่าสุดที่เราเจอกันในจุลสาร HITAP ฉบับที่ 30 นั้น ผมปวดหัวแทบระเบิดที่ต้องตัดสินใจว่าจะซื้อยาอะไรมาให้ประชาชนบ้าง ประเทศของผมมีงบประมาณจำกัด เลยเลือกซื้อยาได้แค่บางอย่าง จึงต้องเลือกกันให้รอบคอบ ไม่ต่างจากเวลาที่ทุกคนจะซื้อสินค้าหรือบริการสักอย่าง ก็ต้องคิดว่าประโยชน์ที่จะได้รับนั้น “คุ้มค่า” กับเงินที่ต้องจ่ายไปหรือเปล่า โชคดีที่ผมได้ทำความรู้จักกับ “การประเมินความคุ้มค่า” จาก HTA man มาก่อนหน้านั้นแล้ว

อ้อ ผมยังไม่ได้แนะนำเขาสินะครับ HTA man เป็นผู้เชี่ยวชาญการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ภาษาอังกฤษคือ health technology assessment หรือเรียกย่อ ๆ ว่า HTA ซึ่งเป็นงานวิจัยประเภทหนึ่งที่ประเมินผลจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพในหลากหลายมิติ และมิติหนึ่งในนั้นคือเรื่องความคุ้มค่าที่ผมพูดถึงนั่นเอง

ทว่าเพียงแค่การประเมินความคุ้มค่าอาจยังไม่เพียงพอสำหรับแก้ไขปัญหา เมื่อไม่นานมานี้ผมถาม HTA man ว่า ประเทศของผมเพิ่งตั้งไข่ในเรื่องการประเมินความคุ้มค่า มีประเทศไหนไหมที่ทำมานานแล้ว และพอจะให้ผมไปเรียนรู้ได้ HTA man เล่าให้ผมฟังว่าในเรื่องการให้ข้อมูลจากการประเมินความคุ้มค่ามาตัดสินใจในเชิงนโยบายนี้ ประเทศไทยมีกระบวนการที่เข้มแข็งทีเดียว ช่วงนี้ผมพอจะมีเวลาว่างจากงานนิดหน่อย HTA man เลยช่วยติดต่อผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยไว้ให้เพื่อให้ผมเข้าไปพูดคุยและเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้มีประสบการณ์โดยตรงครับ

แต่เดี๋ยวก่อน! ก่อนที่ผมจะไปทำให้ประเทศขายหน้า ผมคงต้องเตรียมตัว เตรียมความรู้กับ HTA man เพื่อให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าในระบบสุขภาพของประเทศไทยเสียหน่อย

1

ประเทศไทยใช้งานวิจัยช่วยตัดสินใจอะไรคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าอย่างไร?



หมอมานะ



HTA man

ก่อนจะไปถึงเรื่องงานวิจัย ผมขอเท้าความก่อนว่าประเทศไทยใช้ข้อมูลเรื่องการประเมินความคุ้มค่ามาเกือบ 10 ปีแล้วครับ ในประเทศไทยจะมีรายการยาที่คนไทยทุกคนใช้ได้โดยที่รัฐรับภาระค่ายาให้เรียกว่า บัญชียาหลักแห่งชาติ กับอีกส่วนคล้าย ๆ กันเป็นรายการของเทคโนโลยีที่รัฐรับภาระค่าใช้จ่ายให้ อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่คุ้นหูกันในชื่อ บัตรทอง ถ้ามองแล้วประเทศไทยเลือกยังไม่ว่ายาหรือเทคโนโลยีอะไรบ้าง ในข้อบ่งชี้ไหนบ้าง จะอยู่ในรายการพวกนี้ คำตอบก็คือมีหลายเกณฑ์และความคุ้มค่าก็เป็นหนึ่งในนั้น



หมอมานะ

เหตุผลที่ประเทศไทยต้องพิจารณาความคุ้มค่าก็เหมือนในประเทศสุขภาพแข็งแรงดีใช้ไหมครับ ที่มีงบจำกัดระบบประกันสุขภาพที่มดูลึกเหมือนครอบครัวของผม ตอนนั้นผมคือพ่อซึ่งต้องเลี้ยงดูลูก ๆ หลายสิบล้านคน ลูกทุกคนมีโรคภัยเบียดเบียน บางคนเป็นน้อย บางคนเป็นมาก บางคนก็เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไปตลอดชีวิต และบางคนก็เป็นโรคที่ยังหายารักษาไม่ได้ ต้องประคับประคองกันไปเรื่อย ๆ ขณะที่ผมมีรายได้จากงบประมาณ ซึ่งเป็นเงินที่ลูกทุกคนแบ่งมาจกรวมกันผ่านระบบที่เรียกว่า “ภาษี” ผมก็ต้องใช้เงินเหล่านี้อย่างรอบคอบ เพราะเงินที่จ่ายนี้ ไม่ใช่เงินของผม แต่เป็นเงินของลูก ๆ ทุกคนเมื่อเราซื้อไม่ได้หมดทุกอย่าง จึงต้องจัดสรรตามสมควร และต้องเลือกซื้อสิ่งที่ “คุ้มค่า” ก่อน แต่ก็ไม่ใช่จะเห็นว่าชีวิตลูกคนไหนสำคัญกว่าคนไหน



HTA man

เปรียบเทียบให้เห็นภาพดี แต่จะต่างกันที่ว่า ในระดับประเทศ การจะเลือกว่าอะไรคุ้มค่า คงใช้ความรู้ลึกอย่างเดียวยังไม่ได้ถึงได้มีงานวิจัยที่พยายามวัดความคุ้มค่าด้วยมาตรฐานเดียวกัน ทั้งในแง่ต้นทุนที่เกิดจากเทคโนโลยีและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยจะมองจากมุมมองทางสังคมเท่านั้น

ที่ว่ามุมมองทางสังคม ก็คือการมองทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับสังคมในภาพรวม ทั้งผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ภาครัฐ และอื่น ๆ ด้วย การคำนวณต้นทุนก็ต้องพิจารณาให้รอบด้าน ทั้งต้นทุนที่เกิดจากการจัดหาเทคโนโลยี การบริหารจัดการของผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ค่าเดินทางมารักษา ค่าจ้างคนดูแล และต้องไม่ลืม ค่าเสียโอกาส ซึ่งต้นทุนก็มีหน่วยเป็นบาทครับ

ส่วนประโยชน์ก็มักคิดในหน่วยมาตรฐานที่นำมาเปรียบเทียบกันระหว่างโรคได้ คือ ปีสุขภาวะ (quality-adjusted life year)

ซึ่งก็คือระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้โดยมีคุณภาพชีวิตเต็มร้อย สามารถทำโน่นทำนี่ได้เหมือนคนปกติ อยากบอกว่าการรักษาบางอย่างให้ปีสุขภาวะกลับมาแบบไม่ครบปีก็มี เพราะอาจจะยืดอายุได้นาน แต่ทำอะไรไม่ได้ นอกจากนอนติดเตียงเท่ากับคุณภาพชีวิตแย่มาก ค่าคุณภาพชีวิตอาจลดเหลือ 0.3 ระยะเวลาหนึ่งปีก็จะได้แค่ 0.3 ปีสุขภาวะ คือประมาณ 3.6 เดือนสุขภาวะเท่านั้น

ถ้าเทคโนโลยีใหม่ได้ผลดีกว่าเทคโนโลยีเก่าแถมมีต้นทุนน้อยกว่า ก็ตัดสินใจได้ไม่ยากครับ ทว่าหากเทคโนโลยีใหม่ดี แต่มีต้นทุนเพิ่มขึ้น ก็ต้องพิจารณากันต่อไปว่า ต้นทุนที่ต้องจ่ายเพิ่มนั้น “คุ้ม” กับปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ ในประเทศไทยเทคโนโลยีหรือมาตรการหนึ่งจะคุ้มค่าถ้าหากในการเพิ่มปีสุขภาวะให้ผู้ป่วย 1 ปี มีต้นทุนเพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีไม่เกิน 160,000 บาท (นั่นคือ ไม่เกิน 160,000 บาท/ปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น)



หมอมานะ

2

แปลว่าประเทศไทยประเมินความคุ้มค่าของทุก ๆ เทคโนโลยีที่จะนำเข้ารายการที่รัฐจะรับภาระค่าใช้จ่ายแทนประชาชนหรือ?



HTA man

ไม่เสมอไป ถ้าเป็นของที่มีข้อมูลเห็นกันชัด ๆ ว่าถูกและดี ก็ไม่ต้องเสียเวลาประเมินในประเทศไทย รัฐจะประเมินความคุ้มค่าก็ต่อเมื่อเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาสูง โดยมีหน่วยงานที่คัดเลือกหัวข้อที่นำมาประเมินอยู่ เช่น ในกรณีบัญชียาหลักแห่งชาติ หน่วยงานนั้นคือคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ



หมอมานะ

3

ถ้ามาถึงคำถามสำคัญที่ผมคาใจมานานและเป็นเรื่องปวดหัวสำหรับผม คือผมเองก็อยากให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพที่ดีสุด ใ้การรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่ที่นี้พอวิจัยเข้าจริง ๆ กลับเจอว่าหลายเทคโนโลยีที่ว่าดี ๆ นั้นมันยังไกลจากคำว่าคุ้มค่ามาก ซึ่งถ้ามองแค่ความคุ้มค่าอย่างเดียว เทคโนโลยีพวกนั้นไม่ได้ไปต่อแน่ ๆ อยากรู้ว่าประเทศไทยพิจารณาประเด็นอื่นอีกบ้างไหม?



HTA man

มีอีกหลายอย่างเลยครับ ความคุ้มค่าเป็นแค่หนึ่งในปัจจัยที่ผู้บริหารนำมาพิจารณา พุดง่าย ๆ คือเป็นแค่ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของรัฐ เพราะเราดูแค่ค่าไม่คุ้มค่าแล้วก็จบแค่นั้นไม่ได้หรอก ถ้ามองแค่เรื่องนี้จะมีคนจำนวนมากที่ถูกละเลย งานวิจัยเรื่องความคุ้มค่าแค่ทำให้รัฐมั่นใจขึ้นว่า สิ่งที่ดีตัดสินใจจะไม่ใช้การที่ข้างจับตักแตน หรือถ้างานวิจัยบอกว่านี่คือการที่ข้างจับตักแตน รัฐก็อาจจะต้องมาดูว่าหาอย่างอื่นมาแทนข้าง หรือลดขนาดข้างลงได้หรือเปล่า จะได้ลดต้นทุน

ลง หรืออีกด้านหนึ่งคือ ถ้าตักแตนตัวนั้นสำคัญมาก ปล่อยไปไม่ได้จริง ๆ และต้องใช้ข้างจับเท่านั้น ก็ต้องยอม ดังนั้นไม่ใช่ว่าไม่คุ้มแล้วไม่มีทางไปต่อคำถามที่สำคัญคือ ไม่คุ้มแล้วไปไหนต่อต่างหาก ลองนึกภาพว่ารายการสิทธิประโยชน์ของประเทศไทยเป็นห้องห้องหนึ่งที่มีประตูลายบาน ความคุ้มค่าเป็นแค่ประตูบานหนึ่ง เทคโนโลยีหนึ่งอาจจะตัวใหญ่จนเข้าประตูความคุ้มค่าไม่ได้ แต่ก็อาจเข้าประตูบานอื่นได้ก็ได้นะ

ไม่คุ้มแล้ว ไปไหน?

ประตูหลายบาน
เส้นทางหลากหลาย

จาก “การรักษาใหม่”
สู่ “ชุดสิทธิประโยชน์”
นอกเหนือจากความคุ้มค่า

พบกับ HTA man จึงขอบินลัดฟ้าจากประเทศสุขภาพแข็งแรงที่สุดประเทศไทย ผมได้ยินมาว่าประเทศไทยพิจารณาข้อมูลความคุ้มค่าร่วมกับเรื่องอื่นอีกหลายประเด็น และมีหลายกรณีที่ดีตัดสินใจบรรจุสิ่งที่ไม่คุ้มค่าเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ จึงอยากชวนผู้อ่านทุกท่านมาร่วมเปิดประตูห้องประชุมการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อเรียนรู้ว่าประเทศไทยใช้ “เกณฑ์อื่นนอกจากการประเมินความคุ้มค่า” อย่างไร แวะเคาะห้องผู้บริหารเจาะลึกวิธีคิดเรื่อง “ผลกระทบงบประมาณ” แล้วไปร่วมนั่งในโต๊ะเจรจา “ต่อรองราคา” ระหว่างคณะทำงานต่อรองราคากับบริษัทฯ และขบคิดเรื่อง “ประเด็นทางจริยธรรมและความเท่าเทียม” เพื่อให้ทุกท่านได้เห็นถึงประตูหลากบานที่พร้อมจะเปิดโอกาสให้คนไทยเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่ดีที่สุด

ประเด็นต่าง ๆ นอกจากความคุ้มค่า

ที่เทคโนโลยีและยาจะผ่านไปได้หรือต้องผ่านไปให้ได้

การเข้าถึงการรักษา

หากให้การรักษาใหม่ฟรีแต่ประชาชนไม่รู้ว่าจะต้องไปรักษาที่ไหนก็จะไม่ได้รับบริการอยู่ดี ไม่ต่างจากไม่ให้การรักษาฟรี ดังนั้นนอกจากให้การรักษาฟรีแล้วรัฐยังต้องแน่ใจว่าประชาชนจะเข้าถึงการรักษาได้

ความพร้อมของผู้ให้บริการ

หากรัฐตัดสินใจให้การรักษาใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์แต่ผู้ให้บริการในประเทศไม่มีความพร้อม เช่น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ก็ให้บริการไม่ได้ ไม่ต่างจากไม่ให้การรักษาใหม่ ดังนั้นรัฐจึงต้องมองถึงความพร้อมของผู้ให้บริการก่อนตัดสินใจ

ผลกระทบด้านการงบประมาณ

หากอนุมัติให้การรักษาที่ใช้งบประมาณสูงมากเข้าเป็นชุดสิทธิประโยชน์อาจมีผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อเทคโนโลยีอื่นที่ยังไม่ได้มีการประเมินความคุ้มค่าเพราะงบประมาณมีจำกัด รัฐจึงต้องพิจารณาความเหมาะสม เช่น การรักษาใหม่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มต่อปีไม่มากเกินไป แต่ก็ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย

กระบวนการเจรจาต่อรองราคา

หากการรักษาใหม่มีราคาสูงมาก รัฐอาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้หมดจึงต้องมีกระบวนการเจรจาต่อรองราคา หากสามารถเจรจาลดราคาลงมาได้มากพอก็มีโอกาสที่การรักษานั้นจะได้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

จริยธรรมและความเป็นธรรม

หากไม่ให้การรักษาฟรีแล้วเกิดผลกระทบต่อประชาชนอย่างร้ายแรง เช่น เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายในการรักษา รัฐต้องพิจารณาในประเด็นจริยธรรมในการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อคนไทยทุกคนให้มากที่สุด

ความพร้อมของเทคโนโลยี

หากเพิ่มการรักษาในชุดสิทธิประโยชน์ ทั้ง ๆ ที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ ๆ ยังไม่มีความพร้อม เช่น ไม่มียา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ เพียงพอ รวมถึงยังขาดหลักฐานด้านผลการรักษาที่ควรจะมีความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิภาพการให้บริการ ประชาชนอาจได้รับผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีนั้น รัฐจึงต้องเฝ้าติดตามเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้มีความพร้อมเพื่อบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย



◀ “หลังจากวิจัยประเมินความคุ้มค่าแล้วยังมีประเด็นอีกหลายบาน เป็นเส้นทางบรรจุเทคโนโลยีหรือยาเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ให้กับคนไทยได้”

“โอ้โฮ เข้าใจละ ความคุ้มค่าไม่ใช่ตัวตัดสินแต่เป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยอื่น ๆ ลินะ ♣
งั้นอย่ารอช้าเลย ไปดูงานปัจจัยที่น่าสนใจกันเถอะ”





ผลกระทบด้านการงบประมาณ

ภาระผูกพันเพื่อสุขภาพที่ดีกว่าเดิม

เรื่องงบประมาณก็เป็นประเด็นสำคัญที่รัฐพิจารณานะครับ อย่างที่บอกไปว่ารัฐก็เหมือนหัวหน้าครอบครัวยุคใหม่ที่ดูแลประชาชนซึ่งเหมือนสมาชิกในครอบครัว ในเมื่อรัฐมีงบประมาณจำกัดก็ต้องรัดเข็มขัดไม่สามารถเลือกสิ่งที่เราอยากได้แต่หัวหน้าครอบครัวยุคใหม่ก็จะมองแต่ความคุ้มค่าอย่างเดียวไม่ได้ ถ้าของแพงบางอย่างจำเป็นกับสมาชิกบางคนจริง ๆ และครอบครัวยุคใหม่ก็มีเงินพอซื้อได้อยู่ จะให้หนึ่งดูตายอยู่ก็คงไม่ได้ใช่ไหมครับ

โชคดีที่มาทำงานครั้งนี้ HTA man จัดให้ผมได้มาพูดคุยกับคนทำงานตัวจริงอย่าง นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผมจึงได้เรียนรู้ว่า “ผลกระทบด้านการงบประมาณ” เป็นหนึ่งในเกณฑ์ที่ประเทศไทยใช้พิจารณาพร้อมกับเกณฑ์ความคุ้มค่า และได้เห็นว่าเวลานำเรื่องนี้มาพิจารณาจริง ๆ เป็นอย่างไร

ผลกระทบด้านการงบประมาณคืออะไร?

เมื่อได้คุยกับคุณหมอจเด็จ ผมเข้าใจว่า การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์มีแปลคนละฝาคือการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ ซึ่งวิธีการวิจัยใกล้เคียงกันมาก แต่การประเมินผลกระทบด้านการงบประมาณไม่คำนวณผลได้ทางสุขภาพและต้นทุนที่นำมาวิเคราะห์แตกต่างกัน

“ต้องเข้าใจก่อนว่าเวลาเราประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนที่เอามาประเมินมันมีต้นทุนทางตรงและทางอ้อม คือเอาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มาคิด มันมีต้นทุนค่าเสียโอกาส เขาเอามาคิดด้วย อย่างการที่คุณไม่ได้ไปทำงานก็เอามาคิด แต่ต้นทุนที่เป็นตัวเงินจริง ๆ คืออะไรที่มันออกจากเรา (งบประมาณที่ใช้ไปกับนโยบาย) ที่เป็นเม็ดเงิน อันนี้ถือว่าเป็นต้นทุน ดังนั้นมันจึงไม่เหมือนกัน” โดยหลักแล้ว ถ้าประเมินแล้วรู้ว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพไหนคุ้มค่า น่าซื้อ ภาครัฐก็ต้องมาดูต่อว่าแล้วที่ว่ามันซื้อจริง ๆ ไหม เพราะงบประมาณเหล่านี้คือส่วนที่รัฐบาลต้องจ่ายเพิ่มเข้าไปในระบบเป็นเม็ดเงินโดยตรง แล้วใช้ว่าจะคำนึงถึงงบประมาณเฉพาะหน้าในปีงบประมาณที่จะถึงเท่านั้น เพราะภาระงบประมาณเหล่านี้มักเป็นผลผูกพันไปในอนาคต ต้องจ่ายไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีเทคโนโลยีหรือมาตรการอื่นมาแทน

ผลกระทบด้านการงบประมาณเกิดได้ 3 แบบ

คุณหมอมองเจ้เคยถึงการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ว่า จำเป็นต้องเริ่มจากการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเพื่อนำมาใช้ประกอบการพิจารณา โดยผลการศึกษาของผลกระทบด้านงบประมาณเกิดขึ้นได้ 3 แบบด้วยกัน

แบบที่ 1 ประหยัดขึ้น กรณีนี้เกิดขึ้นได้เพราะมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ดีกว่ามาแทนของเดิม เทคโนโลยีใหม่นี้อาจถูกกว่าเทคโนโลยีเดิมหรือแพงกว่าเทคโนโลยีเดิม แต่ลดค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นได้ รัฐบาลจึงประหยัดเงินได้ด้วยการเอาของเดิมออก ใส่ของใหม่ที่ดีกว่าแต่ถูกกว่าเข้าไปแทน ตัวอย่างเช่น เดิมใช้ยาราคา 100 บาท มียาใหม่ที่มีผลการรักษาดีกว่าแถมราคาเพียง 50 บาท เปลี่ยนมาใช้ยาใหม่ก็ช่วยให้ประหยัดขึ้น

แบบที่ 2 ใกล้เคียงกับงบประมาณเดิม ผลการศึกษาระบุว่า เทคโนโลยีใหม่ใช้งบประมาณใกล้เคียงเทคโนโลยีด้านสุขภาพเดิม โดยไม่ต้องการงบประมาณเพิ่ม แต่ถ้าอยากให้ประหยัดงบยิ่งขึ้น ก็สามารถไปต่อราคาลงมาได้อีก เพื่อให้ผลกระทบด้านงบประมาณเป็นแบบที่ 1 อย่างเช่น เดิมใช้ยาราคา 100 บาท มียาใหม่ผลการรักษาดีกว่าโดยมีราคา 100 บาทเท่าเดิม การเปลี่ยนเป็นยาใหม่ก็ทำให้ใช้งบประมาณใกล้เคียงเดิมแต่ได้ผลดีกว่า

แบบที่ 3 ต้องใส่เงินเพิ่ม รัฐต้องจ่ายเงินเข้าสู่ระบบเพิ่มเพื่อให้ประชาชนได้ใช้เทคโนโลยีการรักษาที่ได้ผลดีขึ้นแต่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น โดยเทคโนโลยีดังกล่าวนั้นใช้เพิ่มเติมจากเทคโนโลยีเดิมหรืออาจทดแทนได้ โดยทั่วไปเมื่อการรักษาได้ผลดีขึ้น ก็มักประหยัดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ได้ส่วนหนึ่ง แต่เงินที่ประหยัดยังไม่อาจหักล้างเงินที่ต้องจ่ายเพิ่มได้โดยรวมแล้วผลกระทบงบประมาณจึงเป็นบวก **รัฐต้องจ่ายเงินเพิ่ม** ตัวอย่างเช่น เดิมใช้ยาราคา 100 บาท มียาใหม่ที่มีผลการรักษาดีกว่า แต่ราคา 150 บาทซึ่งแพงกว่า ถ้าเปลี่ยนมาใช้ยาใหม่ก็ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น



ผลกระทบงบประมาณของการรักษาเดิม



ผลกระทบแบบที่ 1: ประหยัดขึ้น



ผลกระทบแบบที่ 2: ใกล้เคียงกับงบประมาณเดิม



ผลกระทบแบบที่ 3: ต้องใส่เงินเพิ่ม

“

เมื่อพบว่าเทคโนโลยีหนึ่งไม่คุ้มค่า หากผลกระทบงบประมาณน้อย และมีเหตุผลอื่นที่สนับสนุน รัฐบาลก็อาจพิจารณาลงทุนในเทคโนโลยีนั้น

”

ผลกระทบด้านการงบประมาณกับความคุ้มค่า

ข้อมูลสองอย่างนี้ มักใช้ประกอบกันในการพิจารณาของรัฐ ใ้ว่าเมื่อพบว่าเทคโนโลยีหนึ่งคุ้มค่าแล้ว รัฐจะตัดสินใจลงทุนเลย ต้องพิจารณาผลกระทบด้านการงบประมาณก่อนว่าอยู่ในเกณฑ์ที่รัฐลงทุนไหวหรือไม่ในระยะยาว และเมื่อพบว่าเทคโนโลยีหนึ่งไม่คุ้มค่า หากผลกระทบด้านการงบประมาณน้อย และมีเหตุผลอื่นที่สนับสนุนว่าควรลงทุนในเทคโนโลยีนั้น ๆ เช่น ลดภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย ก็อาจพิจารณาบนฐานของความคิด จริยธรรม มากกว่าเรื่องของตัวเงิน

“เรื่องนี้มันไม่มีสูตรสำเร็จนะ ผมไม่คิดว่าจะมีใครที่สามารถวางกติกาได้เคลียร์ทั้งหมด แต่ส่วนหนึ่งเมื่อเราเอาประโยชน์ของประชาชนตั้งก่อน แล้วดูว่ามันคุ้มค่าหรือไม่ ตัวนั้นจะเป็นคำตอบหนึ่งก่อนจะเดินหน้าต่อ แต่ถ้าคำนวณพบว่า มีผลกระทบงบประมาณสูง เราในฐานะผู้จัดการระบบสามารถจะทำให้สิ่งที่มันเยอะขนาดนั้นลดลงได้หรือไม่ อย่างไร เราต้องหาจุดสมดุลระหว่างผลประโยชน์ของชาวบ้าน บวกกับงบประมาณที่มีข้อจำกัด เอาละ อย่างกระนั้นเลย ต่อรองมาเลยดีมั๊ย?” คุณหมอมองเจ้สรุป

ดูเหมือนประเด็นต่อไปคือ “การต่อรองราคา” ทว่าก่อนถึงประเด็นนั้น ผมได้ขอให้คุณหมอมองเจ้ยกตัวอย่างกรณีชุดสิทธิประโยชน์ที่ใช้เกณฑ์การพิจารณาด้วย “ผลกระทบด้านการงบประมาณ” เป็นสำคัญเพื่อให้ทุกคนมองเห็นภาพได้ชัดขึ้น ซึ่งก็คือกรณีต่อไปนี้

ยาดีที่แพง แม้ไม่ผ่านเกณฑ์ความคุ้มค่า แต่จัดการงบได้ก็ต้องช่วย

เมื่อพ.ศ. 2555 คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติต้องพิจารณานำยาราคาแพงชนิดหนึ่งเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งยาดังกล่าวคือยาเอนไซม์อิมิกลูเซอเรส (imiglucerase) เพื่อรักษาโรคโกเชอร์ชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมหายากที่ทำให้เอนไซม์บางชนิดในตัวผู้ป่วยบกพร่อง ในประชากร 100,000 คนจะพบได้สักคน (โรคโกเชอร์มีหลายชนิด โดยชนิดที่ 1 ทำให้เกิดอาการตับโต ม้ามโต ซีด เกล็ดเลือดต่ำ ถ้าเป็นโรครุนแรง จะแสดงอาการได้ตั้งแต่ยังเด็ก อายุ 1 ปีเป็นต้นไป และถ้าอาการรุนแรงมากอาจเสียชีวิตก่อนอายุ 10 ปี)

วิธีการรักษาหนึ่งที่รักษาโรคโกเชอร์ชนิดที่ 1 ได้ คือ การให้ “เอนไซม์อิมิกลูเซอเรส” เข้าไปทดแทนเอนไซม์ที่บกพร่อง ช่วยให้ตับ ม้ามมีขนาดปกติ และหลังจากนั้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแล้วเข้ากันได้ จะช่วยให้หายขาด และหากไม่ได้รับเอนไซม์อิมิกลูเซอเรส ก็จะไม่สามารถรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด แต่ค่าใช้จ่ายในการใช้ยานี้ก็สูงมาก อยู่ที่ราว 3.5 ล้านบาทต่อคนต่อปีเลยทีเดียว หากให้ผู้ป่วยรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้เอง ก็อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเดือดร้อนทางการเงินได้ ถ้าอย่างนั้นยาชนิดนี้คุ้มค่าหรือไม่ รัฐควรรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้แทนไหม

คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณาว่า



ยานี้ช่วยผู้ป่วยทั้งชีวิต เด็กที่ป่วยจะมีอาการตับโตม้ามโตและถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่หากรักษาหายจะเหมือนเกิดใหม่ ได้เลย

เคสน้อย มีการตรวจวินิจฉัยพบเพียง 5 - 10 เคสต่อปีเท่านั้น



โรคนี้พบมากในเด็ก หากช่วยไว้จะสามารถมีชีวิตได้อีกนาน

งบรับไหว สืบเนื่องจากมีผู้ป่วยน้อย และมีกระบวนการต่อรองราคาช่วยให้ผลกระทบด้านภาระงบประมาณยังอยู่ในเกณฑ์รับไหว



รัฐบาล

ผลการศึกษาพบว่า*

อิมิกลูเซอเรสช่วยยืดอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในเด็ก แต่ไม่คุ้มค่าที่ระดับความเต็มใจจ่าย 120,000 บาท ต่อปีสุขภาพจะ (เกณฑ์ความคุ้มค่าก่อน พ.ศ. 2556)



▶ “แม้ประเมินแล้วพบว่าการรักษามีต้นทุนเกินเพดานความคุ้มค่า (threshold) ก็ยังมีหนทางบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์อยู่”

▶ “ผลกระทบงบประมาณก็เป็นเกณฑ์สำคัญ
อย่างหนึ่งที่ต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน”



รายงานวิจัย : การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยโกเชอร์ ด้วยเอนไซม์อิมิกลูเซอเรส
<http://www.hitap.net/documents/162795>



เปิดโต๊ะราคายา

ศาสตร์และศิลป์แห่ง การเพิ่มการเข้าถึงการรักษา

ผมขอสารภาพว่าค่อนข้างตื่นเต้นกับประเด็นต่อไปที่อยู่ตรงหน้า นั่นคือเรื่องของ “การต่อรองราคา” ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาทางตรงในกรณีเทคโนโลยีไม่คุ้มค่า หรือมีผลกระทบด้านภาระงบประมาณมากเกินไป ก็คล้ายเวลาเราซื้อของล่ะครับ ถ้าราคาของชิ้นหนึ่งดูแพงเกินกว่าคุณค่าของมัน หรือแพงจนซื้อไม่ไหว เราก็ต้องต่อรองราคา เพื่อให้ได้ของชิ้นนั้นในราคาที่จ่ายไหว

ผมเองก็เคยคิดเรื่องต่อรองราคาอยู่ แต่ปัญหาคือหลายเทคโนโลยีมีราคาแพงจนผมออกจะกลุ้มใจ เพราะถ้าจะให้เทคโนโลยีเหล่านั้นคุ้มค่า ก็ต้องลดราคาลงเกินครึ่งซึ่งไม่น่าจะเป็นไปได้

ในชีวิตจริง จะไปซื้อของแต่ต้องให้ผู้ขายลดราคาเกินครึ่ง แค่นี้ก็ไม่น่าแล้วใช่ไหมครับ

ทว่า HTA man แอบบอกความลับหนึ่งกับผมว่า ประเทศไทยมีการต่อรองราคายาที่จะนำเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติให้คนทั่วประเทศเข้าถึงได้ เพื่อให้ยาที่ผลประเมินว่าไม่คุ้มค่า หรือใช้งบประมาณมากเกินไป ลดราคาลงมาอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติมอบหมายให้คณะทำงานต่อรองราคาคำเนินการเจรจา ยาบางชนิดสามารถต่อรองราคาได้มากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์! หรือยาบางชนิดที่ก่อนใช้ผู้ป่วยต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยที่มีราคาแพง การต่อรองก็ช่วยให้ทั้งลดราคายาลงและไม่ต้องเสียค่าตรวจวินิจฉัย เป็นต้น

หนึ่งในบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการต่อรองราคานี้คือ **ภญ.เนตรนภิส สุขวนิช** ประธานคณะทำงานต่อรองราคายา ภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

หลายครั้ง “ราคา” ไม่ได้สอดคล้องกับต้นทุน แต่คือราคาสูงสุดที่ตลาดรับได้

โดยทั่วไป ผู้คนอาจเข้าใจว่าราคาสินค้าตั้งมาจากต้นทุนต่าง ๆ ผมเองก็เข้าใจแบบนั้น แต่ที่จริงหลักการพื้นฐานของการตั้งราคาเป็นเรื่องของอุปสงค์ - อุปทาน หากสินค้ามีจำนวนน้อยแต่ความต้องการสูง ราคาก็แพง กลับกันหากสินค้ามีจำนวนมาก ความต้องการต่ำ ราคาก็ถูกลง โดยทั่วไปแล้วการตั้งราคาจึงตั้งในระดับสูงสุดที่ตลาดรับได้ มากกว่าจะสะท้อนถึงต้นทุนจริงของสินค้าเหล่านั้น และแน่นอน เทคโนโลยีด้านสุขภาพก็เช่นกัน

“สภาพราคายาอาจจะไม่เหมือนสินค้าประเภทอื่น บ้างก็ยากคือ ยาใหม่ (ในบริบทของประเทศไทย) มักจะตั้งราคาตั้งต้นไว้สูงเนื่องจากมีต้นทุนของการวิจัยและพัฒนา (R&D) ทั้งที่ความจริงแล้วยาเหล่านั้นวางขายในต่างประเทศมาหลายปีแล้ว ต้นทุนของการวิจัยถูกชดเชยไปแล้ว บ้างก็ต่อมาก็คือเรื่องของสิทธิบัตร โดยทั่วไปแล้วการจดสิทธิบัตร หากใครอยากทำเลียนแบบต้องรอให้สิทธิบัตรหมดอายุก่อน ยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองจึงมีโอกาสดังราคาสูงในตลาดได้จนกว่าจะหมดสิทธิบัตร บ้างก็สุดท้ายคือยาบางกลุ่มมีผู้ขายแบบผูกขาด (monopoly) หรือน้อยราย (oligopoly) ทำให้ไม่มีตัวเลือก หากไม่ลดราคาจะทำยังไง”

“ย้อนกลับไปในสมัยก่อนต้องยอมรับว่าในการพิจารณาคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ถึงแม้เราจะอาศัยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและข้อมูลทางวิชาการเป็นหลัก แต่ก็จะมีประเด็นข้อถกเถียงกันถึงความยั่งยืนของตัวระบบว่า เงินที่รัฐจ่ายลงไป รู้ได้ยังไงว่ามันคุ้มกับการลงทุน จึงต้องมีการกำหนดเงื่อนไขนโยบายในเรื่องการจัดซื้อ เรื่องของข้อมูล จนมีกระบวนการนำการประเมินความคุ้มค่ามาใช้ในประเทศไทย นำมาซึ่งการต่อรองราคาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบในการใช้งบประมาณ”

เปิดโต๊ะเจรจา ต้องทำอะไรบ้าง?

การเจรจาต่อรองราคามีหลากหลายแบบ นักเจรจาต่อรองจะเลือกใช้วิธีอันเหมาะสมโดยคำนึงถึงแนวทางปฏิบัติ มีทั้งแบบต่อรองด้วยการส่งเอกสารข้อเสนอสำหรับกรณีการต่อรองยาที่มีคู่แข่งหลายรายซึ่งโดยมากจะประหยัดได้ 5 - 60 เปอร์เซ็นต์ และการต่อรองแบบเปิดโต๊ะเจรจายุบรวมกันหลายบริษัท ซึ่งสามารถลดราคาได้ 5 - 80 เปอร์เซ็นต์เลยทีเดียว โดยคณะทำงานต่อรองราคายาจะต้องเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ถ้ามี และยึดข้อปฏิบัติในการรักษาความลับของการต่อรองราคาทั้งหมด

“การต่อรองราคาแบบเปิดโต๊ะเจรจาจะมีการเรียกบริษัทยามากันเต็มห้องเลย บริษัทขอวิธีนี้เพราะเขาได้เรียนรู้ไปกับภาครัฐ แต่ถ้ามาต่อรองราคาโดยไม่ให้ข้อมูลอะไรเลย บริษัทเขาไปคุยกับระดับ global ไม่ได้ นั่นเป็นเพราะยาส่วนใหญ่ที่มีราคาสูงจะเป็นยาใหม่ซึ่งนำเข้าจากต่างประเทศ ในการต่อรองยาตัวหนึ่ง แบบที่ไม่ซับซ้อนสิ่งที่เราเรียกบริษัทยามาคือ เราจะบอกว่าคุณคิดจะลดราคามีความเห็นอย่างไร ราคาที่เสนอหลังต่อรอง รวมถึงข้อมูลระดับ global เขาอยากได้ซึ่งก็คือจำนวนคนไข้ต่อปี และเงื่อนไขการส่งขายนั้น ๆ และคาดว่าจะเพิ่มปีละกี่เปอร์เซ็นต์ เขาก็จะไปคำนวณหาได้ว่าถ้าเขาลดราคา เท่าไหร่ที่เขารับได้ ข้อมูลเหล่านี้ก็มาจากการวิจัยนั่นเอง”

ไม่ใช่เพียงราคาถูกลง แต่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา

ภญ.เนตรนภิส เล่าว่าคนทำงานไม่ได้มองเพียงต่อราคาแล้วจะลดได้เท่าไร แต่มองถึงผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ เพราะยาบางตัวไม่ใช่แค่ราคาแพง แต่ถ้าจะสั่งให้ได้ต้องมีการตรวจวินิจฉัยซึ่งมีราคาแพงควบคู่ด้วย ดังนั้นการต่อรองเพียงราคายาแต่ค่าตรวจยังแพง คนไข้ก็ไม่ได้รับการรักษา

“ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เราพยายามคิดให้จบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึง นอกจากนั้นมันมีค่าใช้จ่ายทางสังคมด้วยนะ จะเข้าถึงยาต้องมีค่าเดินทาง ค่าอาหาร และอื่น ๆ หลังจากนั้นก็มาประเมินหาราคาที่สามารถจ่ายได้ เพื่อไปต่อรองราคา ตัวอย่างที่เห็นชัด มียาตัวหนึ่งทำประเมินแล้วพบว่าที่ราคาเริ่มแรกมีต้นทุนต่อสังคมสูงถึง 300,000 บาทต่อปีสุขภาพะ ก็ต้องต่อรองราคาให้ต้นทุนต่อสังคมลดลงมาที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะเพื่อให้ผ่านเส้นความคุ้มค่า แต่พอต่อรองราคาได้กลับพบว่า หากใช้ยาตัวนี้ในวงกว้าง ต้องใช้งบสูงถึง 10,000 ล้านบาทต่อปี ก็ต้องต่อรองราคาลงมาอีก ต่อจนกระทั่งสิทธิประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน (ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ประกันสังคม,สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) รับได้ ฉะนั้นการต่อรองมันไม่ใช่แค่ต่อเพื่อให้ผ่านเส้นความคุ้มค่า แต่ต้องต่อเพื่อให้ประเทศมีเงินพอที่จะจ่ายด้วย และอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้นได้อย่างยั่งยืน”

ราคาถูกแล้ว “คุณภาพ” ก็ต้องมีมาตรฐานในการตรวจสอบ

เราคุ้นกับคำว่า “ถูกและดีไม่มีในโลก” เมื่อมีการต่อรองราคาก็น่าสงสัยว่าจะไปกระทบกับคุณภาพของยาหรือไม่ ของดีราคาถูกมีจริงไหม ในประเด็นนี้ ภญ.เนตรนภิส เล่าว่าประเทศไทยก็ไม่ได้ละเลยและวางกระบวนการว่าหลังต่อรองราคาต้องมีการตรวจคุณภาพของยาที่ได้รับมาด้วย

“การกำกับดูแลคุณภาพยานั้นจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบแบ่งหน้าที่กัน ยาทั่วไป พวกเคมีวัตถุก็มีการใช้มาตรฐาน GMP* หรือ PIC/S** แต่ถ้าเป็นกรณียานำเข้าที่เป็นวัคซีนต้องผ่านการทำ lot release คือตรวจคุณภาพประเมินก่อนปล่อยเข้าสู่ระบบเป็นการตรวจระดับประเทศ หรือยาบางตัวที่ สปสช. ชื้อก็มีการส่งให้หน่วยงานภายนอกตรวจคุณภาพ หากไม่ผ่านก็ไม่ซื้อ เคยมีกรณียาบางรายการที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ก็มีการเปลี่ยนบริษัททันทีเพราะคุณภาพยาเป็นเรื่องสำคัญ”

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนของกระบวนการต่อรองราคา ผมกับ HTA man จึงบุกเข้าไปในห้องต่อรองราคา ต่อไปนี่คือสิ่งที่เกิดในห้อง รวมไปถึงกลวิธีการต่อรองราคาในรูปแบบต่าง ๆ ที่ใช้จริงในประเทศไทย

มาตรการทางนโยบาย

หากการต่อรองราคาโดยคณะทำงานฯ ยังไม่สามารถลดราคาได้มากพอ “มาตรการทางนโยบาย” ผ่านความร่วมมือระหว่างหลายกระทรวงและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นอีกหนทางหนึ่ง ตัวอย่างของมาตรการเหล่านี้ ได้แก่

- “มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาหรือ CL (compulsory licensing)” เป็นมาตรการยืดหยุ่นในข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS Flexibilities) ที่อนุญาตให้ทุกประเทศสามารถป้องกันการสาธารณสุขของประเทศและส่งเสริมการเข้าถึงยาของมวลชน โดยให้ประเทศสามารถผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรได้ หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วน เกิดวิกฤติภายในประเทศ หรือเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะ
- “การที่บริษัทยาให้สิทธิโดยสมัครใจหรือ VL (voluntary licensing)” ซึ่งก็คือการที่ทางบริษัทยาต้นแบบอนุญาตให้ประเทศซื้อจากแหล่งอื่นซึ่งมีราคาถูกกว่าได้ เช่น ชื้อจากบริษัทยาสามัญที่ขายยาราคาต่ำ และสามารถลดราคาได้มาก

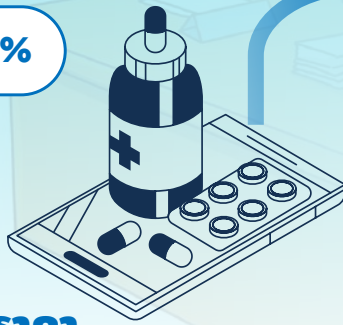
อย่างไรก็ตามการจะใช้นโยบายเหล่านี้ในความเป็นจริงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะจะต้องทำงานประสานกับหลายฝ่าย

*GMP (Good Manufacturing Practice) เป็นเกณฑ์ควบคุมการผลิตให้เป็นแนวทางปฏิบัติในอุตสาหกรรมยา จัดทำขึ้นโดยองค์การระหว่างประเทศเพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพและปลอดภัย

** PIC/S (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) มาตรฐานการผลิตยาของประเทศในสหภาพยุโรปมีข้อบังคับกว่า 250 ข้อ ถือเป็นมาตรฐานการผลิตขั้นสูง เน้นสภาพแวดล้อมในการผลิตที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ปลอดภัยไม่มีการปนเปื้อน

กระบวนการต่อรองราคาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และนโยบายอื่น ๆ: กลไกเพื่อการเข้าถึงการรักษา

ยาราคา 100%



ตัวอย่าง: การประเมินความคุ้มค่าพบว่า

- ✓ ยามีประสิทธิภาพในการรักษา
- ✓ แต่ต้องลดราคา 80% ถึงจะคุ้มค่า

ต่อรองราคา

- 1 คณะทำงานต่อรองราคาฯ จะเรียกหรือติดต่อบริษัทยาเพื่อเจรจา
- 2 มีการให้ข้อมูลจากงานวิจัย เช่น มติคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอย่างไร ราคาที่ยากได้หลังต่อรองยาใช้กับกรณีใดบ้าง คาดการณ์โรคนี้จะมีคนใช้กี่คน ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้บริษัทยาสามารถนำไปคำนวณราคาเพื่อหาว่าสามารถลดราคาได้เท่าไร
- 3 ต่อร์งราคา โดยกลวิธีในการต่อรองจะแตกต่างกันไป ต้องคิดโดยมอง “การเข้าถึงการรักษา” เป็นสำคัญ

volume purchase

คือพื้นฐานในการต่อรองราคาฯ โดยคำนวณจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาเพื่อดำเนินการจัดซื้อจากส่วนกลางเป็นจำนวนมาก ทำให้บริษัทยาสามารถวางแผนการผลิต วางยุทธศาสตร์ในการลดราคาได้ แต่ในกรณีที่ใช้ volume purchase ไม่ได้ หรือใช้แล้วยังไม่สามารถต่อราคาได้ในระดับที่เป็นที่น่าพอใจ อาจพิจารณาใช้วิธีต่อไปนี้

value - based pricing: มาตรฐานการรักษา ไม่มียาอื่น แทนได้ มีคุณค่าได้ผลจริง

เนื่องจากยาไม่เหมือนสินค้าทั่วไป คนไข้ได้รับยาอาจไม่หายจากโรค แปลว่ารัฐอาจใช้งบประมาณบางส่วนไปโดยสูญเปล่า วิธีนี้จึงต่อราคาให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การรักษาและประโยชน์ที่ได้

choose one drug: การใช้นโยบาย

นโยบายกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันราคา ใช้ในกรณีที่มียาในกลุ่มการรักษาเดียวกันหลายชนิด ซึ่งใช้แทนกันได้ โดยเลือกยาที่มีราคาต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบขนาดและระยะเวลาการรักษาที่ให้ผลเทียบเคียงกัน

risk sharing: นโยบายกระจายความเสี่ยง

เป็นวิธีทำสัญญากระจายความเสี่ยงโดยบริษัทยินดีลดราคาเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อย หรืออาจมีการทำการตกลงในการบริหารยากับผู้ป่วยในช่วงการรักษาที่ตกลงกันได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ หรือที่เรียกว่า managed entry agreement ระหว่างรัฐและบริษัทยา

ลดได้ 5 - 80%

ในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2562 ประหยัดงบประมาณค่ายาไปถึง 12,500 ล้านบาท

เมื่อแล้วเสร็จ ผลการต่อรองราคาจะถูกส่งให้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณา หากคณะอนุกรรมการฯ เห็นต่างอาจมีการต่อรองราคาเพิ่มเติมได้



“สิ่งสำคัญคือราคาที่ทำให้เทคโนโลยีคุ้มค่า บางครั้งอาจต้องต่อราคาลงถึง 80% อาจดูเหมือนสิ้นหวังแต่จริง ๆ แล้วมันเป็นจุดเริ่มต้น เพื่อนำมาใช้ต่อราคายังไงล่ะ”

“การต่อรองราคามีกลยุทธ์มากมายจริง ๆ”





จริยธรรมและความเป็นธรรม

ความเป็นธรรมจะเกิดได้ ถ้าคนในสังคมมีจริยธรรม

ในประเทศสุขภาพแข็งแรงดี ผมตัดสินใจว่าการฟอกไตยังไม่ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพราะวิจัยแล้วพบว่าไม่คุ้มค่า แต่ผมเคยมีคนไข้ 2 รายมาหาด้วยโรคเดียวกัน คือ โรคไตวายเรื้อรัง รายที่ 1 เป็นคนฐานะปานกลาง รายที่ 2 ค่อนข้างยากจน ทั้งคู่ต้องได้รับการฟอกไต รายที่ 1 โทรมปรึกษาคนที่บ้านอยู่นานว่าจะหาเงินที่ไหนมาฟอกไตได้บ้าง รายที่ 2 ตัดสินใจแป๊บเดียว ไม่ฟอก ขอตายดีกว่า เพราะไม่มีเงิน แล้วก็เดินออกจากห้องตรวจอย่างรวดเร็ว

หนึ่งเดือนผ่านไป คนไข้รายที่ 2 กลับมาด้วยอาการแย่มาก แต่สีหน้ากลับดูมีความสุขว่าตอนมาครั้งแรก เขาบอกผมว่า “มีเงินแล้วนะหมอ ขายที่นา กับควายได้แล้ว” **ในฐานะคนที่ตัดสินใจว่าประชาชนไม่ควรจะได้ฟอกไตฟรี ผมปวดใจมาก**

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นจุดผกผันสำคัญของชีวิตครับ เมื่อร่างกายขับของเสียไม่ได้เพราะไตพัง ของเสียต่าง ๆ ก็สะสมเป็นพิษในร่างกาย การฟอกไตจึงเหมือนยาล้างพิษ หากไม่ได้รับการฟอกไต ก็แค่รักษาแบบให้รอดไปวัน ๆ แล้วก็รอวันตาย ซึ่งไม่นานหรอกครับ การฟอกไตจึงสำคัญแต่ก็เป็นยาล้างพิษที่ราคาแพงและต้องใช้ไปตลอดชีวิต จึงไม่ใช่ว่าใครก็พร้อมจะจ่ายได้หลายครอบครัวจึงต้องขายบ้าน ขายนา ขายอะไรก็ได้แม้แต่อนาคตของลูกหลานเพื่อที่จะรักษาชีวิตของอีกคนไว้

โรคไตวายเรื้อรังจึงเป็นโรคที่ทำลายชีวิตทั้งครอบครัว เรียกว่าครอบครัวอยู่ในภาวะล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล นับเป็นความสูญเสียระดับสังคม การทำให้คนป่วยกลับมามีสุขภาพดี ครอบครัวของผู้ป่วยไม่ล้มละลาย และทำให้ทุกคนดำรงชีวิตเป็นทรัพยากรมนุษย์ของสังคมได้นั้น นอกจากจะเป็นภาระหน้าที่ของผู้บริหารรัฐแล้ว ยังเป็นการกระทำด้วยจริยธรรมและเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมนะครับ

แล้วจริยธรรมและความเป็นธรรมคืออะไร? นี่คือประเด็นต่อไปที่เต็มไปด้วยความท้าทายเงินก็มีจำกัด แต่จริยธรรมของสังคมเราก็ต้องรักษา ผมได้รับคำตอบที่ช่วยให้เข้าใจเรื่องนี้มากขึ้นจาก **นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังสะสุพล** ในฐานะอดีตประธานคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จริยธรรมและความเป็นธรรมคืออะไร?

นพ.ณรงค์ศักดิ์ เล่าว่า ประเทศไทยมีวัฒนธรรมเฉพาะตัวของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มุมมองในเชิงสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยที่ประเทศไทยให้ความสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

“จริยธรรมก็คือการปฏิบัติที่ดีงามในสังคม จริยธรรมของคนไทยที่เด่น ๆ ก็คือ มีความเอื้อเฟื้อ มีเมตตา เห็นคนตกทุกข์ได้ยากแล้วอยากช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ ส่วนความเป็นธรรม (equity) ก็คือ การทำให้ทุกคนเข้าถึงโอกาสได้เหมือน ๆ กัน โดยมีเหตุผลว่าคนเราเกิดมาไม่ได้มีพร้อมเหมือนกันหมด สูง ต่ำ ดำ ขาว วิธีคิดก็ต่างกัน มีฐานะต่างกัน ทำให้มีความสามารถที่จะแสวงหาและเข้าถึงการบริโภคไม่เท่ากัน บางคนร่ำรวย บางคนมีฐานะปานกลาง บางคนยากจน แต่เพราะมีจริยธรรมเราจึงอยากเห็นอย่างน้อยที่สุด พวกเขาควรมีความสุขในระดับหนึ่งเท่ากัน นั่นคือความสุขที่จะเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ ความเป็นธรรมนี้หมายถึงรวมถึงทุกมิติ ด้านโอกาส และระดับคุณภาพของบริการที่จะได้เท่า ๆ กัน ดังนั้นความเป็นธรรมจึงหมายถึง การที่ทุกคนจะอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพของเขา และตามโอกาสที่สังคมได้เปิดโอกาสและเกื้อกูลให้เขาได้มี”



ความเท่าเทียมให้ทุกคนเท่ากัน

ความเป็นธรรมส่งเสริมให้ทุกคนได้โอกาสเท่ากันก่อน ทุกคนจึงจะได้สัมผัสความเท่าเทียม



ความคุ้มค่าและจริยธรรม



เรื่องนี้เป็นปัญหาหลักที่ผมกำลังเผชิญ “ความคุ้มค่า” และ “จริยธรรมและความเป็นธรรม จะทำอย่างไรให้สมดุล

เมื่อนำจริยธรรมและความเป็นธรรมมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนก็หมายความว่า ในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ไม่ได้ดูตามหลักความคุ้มค่าแบบที่ ๑ ๆ ไม่คุ้มก็ไม่ให้ แต่ต้องดูด้วยว่า ถ้าเราไม่ให้การรักษาแก่เขา เขาจะล้มละลายไหม ถ้าเราช่วยเขาแล้ว เขาสามารถกลับมาเป็นกำลังของครอบครัวและสังคมได้ต่อไป มันก็เหมือนกับเราดันเขาให้พ้นจากเส้นความยากจน และเส้นความตายด้วยครับ

และหลักการนี้ก็นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ปกติแล้วการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมี 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต แต่ผู้ป่วยไม่สามารถฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ทุกคน เนื่องจากเจ้าหน้าที่และเครื่องฟอกเลือดไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมากขึ้น และยังมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ผู้ป่วยสามารถล้างไตผ่านช่องท้องได้ที่บ้าน ส่วนการปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยแข็งแรงสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทว่าแต่ละปีมีผู้บริจาคอวัยวะน้อย

สปสช. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยล้างไตผ่านช่องท้องเป็นอันดับแรก เรียกว่านโยบายการล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First Policy) โดยเริ่มให้สิทธิประโยชน์เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 ทั้ง ๆ ที่เป็นนโยบายที่ไม่คุ้มค่าและมีภาระงบประมาณสูง หากไม่สามารถล้างไตได้ตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ จึงใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้นและมีผู้บริจาคไตก็สามารถปลูกถ่ายไตได้ สิทธิบัตรทองจึงดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายด้วยวิธีการที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและความเป็นธรรม

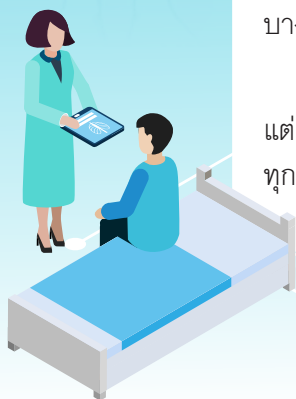


นอกจากนี้ยังมีกรณีของการตรวจหายีน HLA-B*1502 ในผู้ป่วยโรคลมชักและผู้ป่วยที่มีภาวะปวดประสาท (neuropathic pain) ก่อนให้ยาคาร์บามาซีปีน (carbamazepine) ซึ่งมีฤทธิ์ลดการนำไฟฟ้าผิดปกติของระบบประสาท ป้องกันอาการชักและอาการปวดที่มาของกรณีนี้คือ หากผู้ป่วยโรคทั้งสองมียีนดังกล่าว เมื่อได้รับยาคาร์บามาซีปีนจะเกิดผื่นแพ้ยาอย่างรุนแรงเหมือนผิวหนังหลุดลอกผองทั้งตัว อาจตาบอดและเสียชีวิตได้ ผลการประเมินความคุ้มค่าพบว่า การตรวจหายีน HLA-B*1502 คุ้มค่าเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดประสาทเท่านั้น แต่ด้วยจริยธรรม เราจะปล่อยให้ผู้ป่วยโรคลมชักรับยาไปพร้อมกับความเสี่ยงแพ้ยาขั้นรุนแรง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าจะสามารถคัดกรองความเสี่ยงได้หรือควรบัตร์ทองก็ให้เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ตรวจหายีน HLA-B*1502 ก่อนให้ยาคาร์บามาซีปีนในผู้ป่วยทั้งสองโรคเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

นพ.ณรงค์ศักดิ์ สรุปล้ำผมฟังว่า “จริยธรรมและความเป็นธรรมมันประกอบขึ้นมาด้วยกัน มันคือวิถีคิด เช่น เราเห็นคนตกทุกข์ได้ยาก เราก็อยากจะช่วย แต่จะช่วยเหลืออย่างไร จะช่วยเป็นครั้งคราว หรือช่วยด้วยการมีระบบในสังคม ซึ่งต้องมีเกณฑ์ช่วยพิจารณา มันไม่ใช่การไปอุ้มเขาไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ แต่ทำให้เขายังคงมีชีวิตเป็นคนต่อไปในสังคมได้”

ผมเห็นภาพตามที่ นพ.ณรงค์ศักดิ์ อธิบายเป็นภาพที่ทุกคนควรมีตัวพรีผ่านด่านความยากจนไปด้วยกัน ในทางเศรษฐศาสตร์ก็มีเกณฑ์หนึ่งเรียกว่า เส้นความยากจน (poverty line) ซึ่งเป็นเส้นสมมติของเงินขั้นต่ำที่คนหรือครอบครัวหนึ่งควรมีเพื่อที่จะเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานได้ ถ้าต่ำกว่าจุดนี้ไป พวกเขาจะอยู่ในภาวะล้มละลาย ดังนั้นถ้าเราอยากเห็นว่าทุกคนเข้าถึงโอกาสได้ เราต้องดันให้เขาพ้นเส้นความยากจนนี้ โดยมองตามความเป็นจริงว่า บางคนมีมากอยู่แล้ว ให้เสริมอีกนิด เขาก็จะพ้นเส้นความยากจน บางคนอยู่ห่างต่ำลงไปมากก็ให้เสริมมากกว่า

การสร้างความเป็นธรรมจึงเป็นการเสริมในสิ่งที่แต่ละคนจำเป็นต้องมี เพื่อให้สุดท้ายแต่ละคนอยู่ในจุดที่ “เท่ากัน” ต่างจากการสร้างความเท่าเทียม ซึ่งหมายความว่าให้ทุกคนเท่ากัน โดยไม่คำนึงว่าต้นทุนเดิมของแต่ละคนเท่ากันหรือไม่



▶ ได้คำตอบมั๊ยครับคุณหมอ?

ว่าหากประเมินความคุ้มค่าแล้วไม่ผ่านเกณฑ์จะเป็นอย่างไรต่อ

พอได้คำตอบสำหรับประเทศสุขภาพแข็งแรงของผมแล้วครับ การวิจัยประเมินความคุ้มค่าไม่ใช่จุดตัดสินพิจารณา หากแต่เป็นเพียงจุดเริ่มต้น ยังมีกระบวนการพิจารณาอีกมากมายที่ช่วยให้คนไข้เข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างแท้จริง สุดท้ายนี้ผมขอขอบคุณ HTA man และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านที่ให้ความกระจ่างแก่ผม ผมคงต้องรีบกลับบ้านไปพัฒนาระบบสุขภาพที่ประเทศของผมต่อแล้วครับ





ฉบับที่ 54
การพัฒนามาตรฐานคุณภาพ (Quality Standards: QS) เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบาดเจ็บสำคัญ



ฉบับที่ 55
มาตรฐานคุณภาพสำหรับป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



ฉบับที่ 56
การติดตามและประเมินรณรงค์การสื่อสารสุขภาพโลกของประเทศไทย: ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา



► การวิเคราะห์ต้นทุนโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ



► รายงานการทำการกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย โครงการศึกษาการดำเนินมาตรการป้องกันการผลิตทกกลับและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย



ดาวน์โหลดสื่อ HITAP ได้ฟรีที่ www.hitap.net

BLOG



ง่ายแต่ได้ผล
ข้อความ “ช่วยเลิกบุหรี่” จากวิจัยต่างประเทศทดลองในไทยแล้วได้ผล



เรียกคืนใบขับขี่ – ตรวจสายตาผู้สูงอายุ ป้องกันอุบัติเหตุได้



เปิด DATA 15 years challenge 6 เรื่องน่ารู้จากรายจ่ายสุขภาพคนไทยที่เปลี่ยนไป



VDO (YOUTUBE : HITAP THAI)



กระหนกทุกระเปาะ เมื่อเข้าใจผิดเรื่องการรักษา



ข้อมูลโลกออนไลน์ที่ต้องสงสัย ต้องทำอะไร ในวันที่ข้อมูลผิดเต็มไปหมด



รู้จักปัญหาหลักแห่งชาติใหม่ ?





กำแพง HTA เพื่อความคุ้มค่า

ไม่ใช่ขัดขวางการรักษา

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพหรือ health technology assessment (HTA) เป็นกระบวนการหนึ่งก่อนที่การรักษาหนึ่งจะได้เข้าบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้คนไทยทั่วประเทศได้รับการรักษา

บางการรักษาที่เชื่อว่า “ใหม่” และ “ดี” อาจไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินเมื่อนำมาวิจัย เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น? เหตุใด HTA จึงเป็นเสมือนกำแพงที่ขัดขวางการรักษาใหม่ ๆ

HTA เป็นงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ ความรู้หลายด้าน ทั้งเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น เพื่อประเมินว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้น ๆ มีผลกระทบอย่างไร โดย HTA มีเป้าหมายเพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายเป็นหลัก โดยแบ่งได้เป็นหลายประเภท อาทิ การศึกษาด้านผลการรักษา (การประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย เป็นต้น) การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ (การประเมินความคุ้มค่า การประเมินผลกระทบทางด้านงบประมาณ เป็นต้น)



ในประเทศไทย มีการนำ HTA มาใช้ในหลายขั้นตอน ของกระบวนการตัดสินใจ ทั้งการพิจารณาข้อมูลประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยเพื่อขึ้นทะเบียนยาหรือ เทคโนโลยีใหม่ ๆ การพิจารณาข้อมูลความคุ้มค่าและผลกระทบ ของการนำยาใหม่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการ ยาที่รัฐจะรับภาระค่าใช้จ่ายให้คนไทยทุกคน และการนำ เทคโนโลยีใหม่เข้าในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิบัตรทอง

อีกนัยหนึ่ง HTA คือ กำแพงที่ยาและเทคโนโลยีด้าน สุขภาพใหม่ ๆ ต้องข้ามผ่านให้ได้ ก่อนที่ประชาชนไทยจะได้มี โอกาสใช้ ไม่ว่าใครจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายก็ตาม แน่นอนว่า กำแพงเหล่านี้ทำให้ยาและเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาถึงมือประชาชน ช้าลง หรืออาจไม่ถึงเลยหากไม่มีหลักฐานสนับสนุนเพียงพอ

หลายครั้งยาหรือเทคโนโลยีใหม่ถึงมือผู้ป่วยไม่ทันใจ ผู้ใช้ แต่ก็รู้ว่าช้าแล้วจะเสียเปรียบเสมอไป เพราะยาใหม่ ๆ นั้นมักมีราคาสูง และผ่านการทดสอบในคนจำนวนเพียงหลัก หมื่นก่อนขึ้นทะเบียน จึงอาจไม่ดีจริง หรือคุ้มเงินจริงอย่างที่ คาดกันไว้ก็เป็นได้



ที่ผ่านมากำแพง HTA ก็เคยมีส่วนช่วยชีวิตผู้คน และ ปกป้องเงินภาษีที่จะถูกใช้จ่ายไปกับการรักษาใหม่ที่เชื่อว่า “ดีแต่ไม่คุ้ม” มาแล้ว

เรื่องราวนี้เกิดขึ้นกับยาที่ชื่อว่า “ทราสทูซูแมบ (trastuzumab)” ยาที่เข้าสู่ตลาดด้วยคำโฆษณาสรรพคุณช่วยรักษามะเร็ง เต้านมในระยะแพร่กระจาย ชนิด HER2 positive โดยระบบ สวัสดิการรักษายาของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจก็ได้ นำเข้ามาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ก็ได้รับข้อมูลว่า ทราสทูซูแมบรักษามะเร็งได้ผลดีมากจึงได้มีความคิดริเริ่ม จะนำเข้ายาดังกล่าวเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง เพื่อรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายคณะทำงานด้าน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการพัฒนา บัญชียาหลักแห่งชาติได้สนับสนุนให้มีการวิจัยเรื่องการ ประเมินความคุ้มค่าของยาทราสทูซูแมบในการรักษามะเร็ง เต้านมในประเทศไทยขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

แต่ผลลัพธ์กลับตลึงกา งานวิจัยพบว่ายาดังกล่าวจะ คุ้มค่าได้ต้องใช้ใน **early stage** หรือก็คือระยะเริ่มต้นเท่านั้น NICE (National Institute for Health and Care Excellence) หน่วยงานวิจัย HTA ของประเทศอังกฤษกับบรรจยาสารรักษา มะเร็งระยะแรก ซึ่งขัดกับคำโฆษณา ไม่ตรงกับข้อมูลที่มีการใช้ยา

ประเด็นสำคัญคือผลการรักษาไม่ตรงกับ “เอกสารกำกับยา”! จนในเวลาต่อมาบริษัทยาได้ปรับเพิ่มสรรพคุณยาเข้าไป

หากไม่มีขั้นตอนการวิจัยเรื่องความคุ้มค่าเราอาจใช้ยา แพ่งชนิดนี้เพียงเพราะ “ใหม่” และเชื่อว่า “ดี” กับมะเร็งใน ระยะแพร่กระจายที่แท้จริงแล้วเปล่าประโยชน์ ผลกระทบที่ เป็นลูกโซ่ต่อไปยังระบบสุขภาพก็คือ งบประมาณหลายล้านที่ ถูกใช้ไปกับยาแพงแต่ไร้ประโยชน์จะไปเบียดบังเอายาดี ของเดิมที่มีประโยชน์ให้หลุดหล่นไปเพราะงบประมาณมี จำกัดแน่นอนผลลัพธ์ที่ปลายทางคือผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจาก ความผิดพลาดที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบนี้ ก่อนที่นโยบาย จะนำไปปฏิบัติใช้ในระดับประเทศ จึงต้องมีการทำวิจัยเรื่อง HTA อย่างรอบคอบที่สุด ทั้งในแง่งบประมาณของประเทศ และในแง่สุขภาพของประชาชนไทย

กำแพงอาจมีไว้เพื่อขวางกั้น แต่ในเวลาเดียวกันก็เป็น “ด่าน” ช่วยคัดกรองให้แน่ใจว่าสิ่งที่เข้ามาเป็นสิ่งที่เหมาะสม เพียงเราต้องเปิดใจทำความรู้จักกำแพงที่ว่าเท่านั้นเอง

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

หรือ ไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program – HITAP)

เป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่วนในระดับนานาชาติโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ด้วยตัวเอง



ผลงานที่ประสบความสำเร็จ

- การประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว เป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การศึกษาพบว่า การใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเนื่องจากอัตราการถ่ายทอดเชื้อลดลง ส่งผลให้คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ สปสช. มีมติให้ใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวแทนสูตรยา 2 ตัวในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกทั่วประเทศ

- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การบริการพื้นฐานการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

ผลวิจัยเสนอว่า การให้การตรวจคัดกรอง HIV กับผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามาใช้บริการสถานพยาบาลมีความคุ้มค่า ทำให้มีนโยบายให้บริการตรวจ HIV คนไทยทุกคนฟรี

- การประเมินต้นทุนทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ผลวิจัยพบว่า ประเทศไทยสูญเสียงบประมาณ 1 แสน 5 หมื่นล้านบาทต่อปี จากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หน่วยงานด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยในการดำเนินนโยบายป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

HITAP International Unit – HIU คือ ฝ่ายต่างประเทศของ HITAP

ก่อตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพให้แก่ประเทศกำลังพัฒนาที่มาจากฝ่ายต่างประเทศประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ทั้งชาวไทยและต่างชาติที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้ประเทศเหล่านั้นมีขีดความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ

ผลงานที่ประสบความสำเร็จ

- The International Decision Support Initiative (iDSI): Towards more health for the money

HITAP ร่วมกับหน่วยงานในระดับนานาชาติ ได้แก่ Imperial College London สหราชอาณาจักร, The Center for Global Development สหรัฐอเมริกา และ PRICELESS แอฟริกาใต้ ก่อตั้งเครือข่าย International Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ตัดสินใจลงทุนหรือจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพให้วางอยู่บนหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ อินโดนีเซีย เวียดนาม อินเดีย พม่า ภูฏาน ฟิลิปปินส์ เนปาล และศรีลังกา เพื่อพัฒนาศักยภาพในระดับบุคคลและองค์กร ให้สามารถสร้างระบบและทำวิจัยเกี่ยวกับประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

- Guide to Economic Analysis and Research (GEAR) online resource

HITAP โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและมูลนิธิ Bill & Melinda Gates ได้ดำเนินการวิจัยเพื่อค้นหาอุปสรรคของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาเครื่องมือ โดยจัดทำเป็นเว็บไซต์ GEAR (<http://gear4health.com/>) เพื่อสนับสนุนให้นักวิจัยทั่วโลกที่ต้องการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ แต่ขาดความรู้ประสบการณ์ ให้สามารถทำการประเมินที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยให้ข้อมูล คือ 1. เปรียบเทียบคู่มือการประเมินความคุ้มค่าของประเทศต่าง ๆ ในแต่ละแง่มุม โดยผู้ใช้งานสามารถเลือกเปรียบเทียบได้ตามความต้องการ 2. ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยจากการประเมินความคุ้มค่าในรูปแบบ mind map 3. ให้ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยสำคัญเพื่อพัฒนาเทคนิคการประเมินความคุ้มค่าในอนาคต 4. บริการถาม-ตอบแก่ผู้ที่ยังมีข้อสงสัยในแนวทางการประเมินความคุ้มค่า

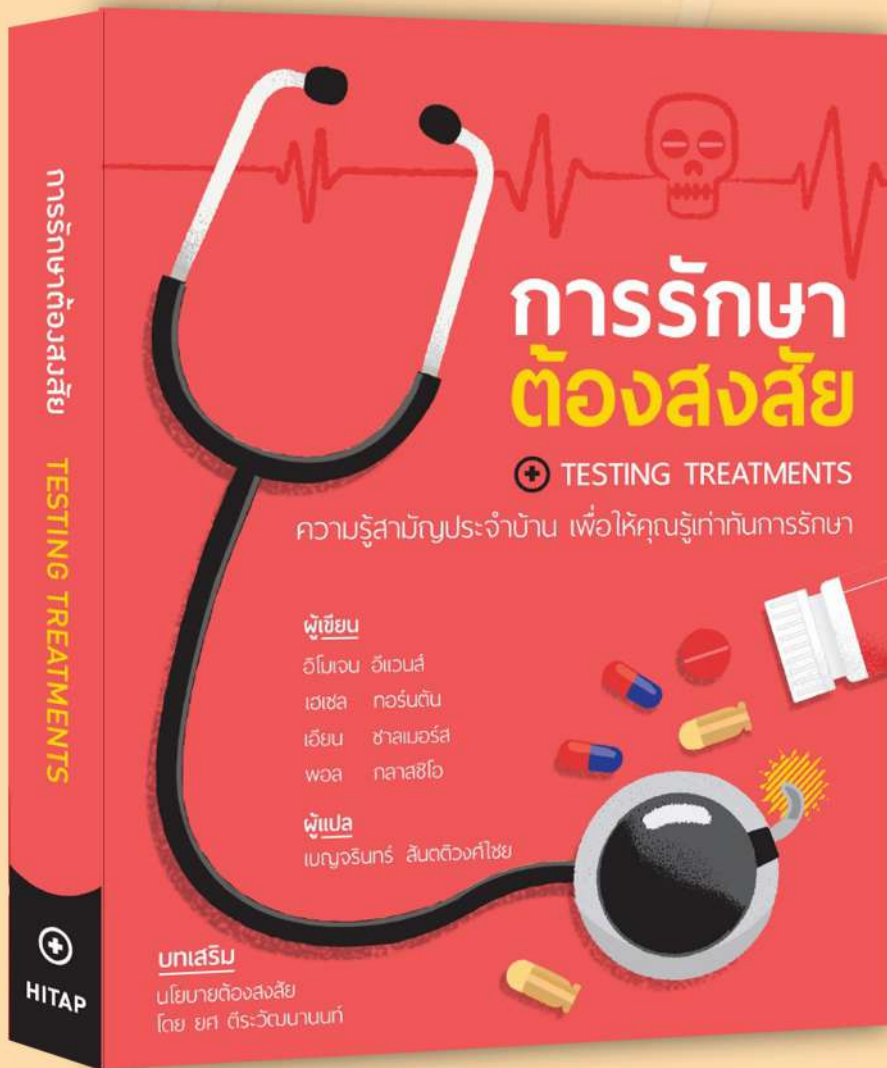
ติดต่อเรา  www.globalhitap.net www.hitap.net

 @HITAP_Thailand  @HITAPTHAILAND

 hitap thai  HITAP_THAILAND

การรักษาต้องสงสัย TESTING TREATMENTS

“ความรู้สามัญประจำบ้าน เพื่อให้คุณรู้เท่าทันการรักษา”



ราคา
265 บาท



สั่งซื้อได้ที่

แปลแล้วร่วม 20 ภาษาทั่วโลก

www.testingtreatments.org



การประเมินความคุ้มค่า ทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 15

โรงแรมริชมอนด์ สโตนีส์ คอนเวนชัน นนทบุรี 5-9 สิงหาคม 2562

พบเนื้อหาพิเศษ

การประเมินความคุ้มค่าของ ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี

รับสมัครออนไลน์ทาง <http://training.hitap.net> ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม - 30 มิถุนายน 2562



การอบรมการวิเคราะห์ต้นทุน ทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 1

วันที่ 2-5 กรกฎาคม 2562
โรงแรมริชมอนด์ สโตนีส์ คอนเวนชัน นนทบุรี

พิเศษสุด!

ทีมวิทยากรนำโดย รศ. ดร. ภก.อาทร รวีไพบุลย์
และนักวิจัยจาก HITAP

หลักสูตรที่ 1

2-3 กรกฎาคม 2562

แนวคิดพื้นฐานของการวิเคราะห์ต้นทุน

เน้นการบรรยายและแบบฝึกหัดเบื้องต้น

ค่าลงทะเบียน

ชำระเงินภายใน 30 เมษายน 2562	ชำระเงินตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2562	สำหรับนักศึกษา
6,500 บาท	7,500 บาท	4,500 บาท*

หลักสูตรที่ 2

4-5 กรกฎาคม 2562

การวิเคราะห์ต้นทุนความเจ็บป่วยและต้นทุนของ
มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เน้นการทำแบบฝึกหัดเพื่อให้ได้ลงมือทำจริง ส่งเสริมความเข้าใจ

ค่าลงทะเบียน

ชำระเงินภายใน 30 เมษายน 2562	ชำระเงินตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2562	สำหรับนักศึกษา
6,500 บาท	7,500 บาท	4,500 บาท*

* โควตานักศึกษาหลักสูตรละ 10 คน

สมัครทางเว็บไซต์ได้ตั้งแต่วันนี้พร้อมส่งหลักฐานการชำระเงินได้ที่ <http://training.hitap.net>

ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2562 (ไม่รับสมัครหน้างาน) ติดต่อ 0-2590-4549, 0-2590-4374-5, 09-6719-9033

- ข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าลงทะเบียน ค่าเดินทางและค่าที่พักได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังและสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือว่าเป็นวันลา

- ผู้เข้าอบรมที่เข้าเรียนครบตามหลักสูตรที่กำหนดสามารถขอรับหน่วยกิต CME, CDEC และ CPE สามารถเดินทางมาอบรมด้วย MRT สายสีม่วง สถานีบางกระสอ