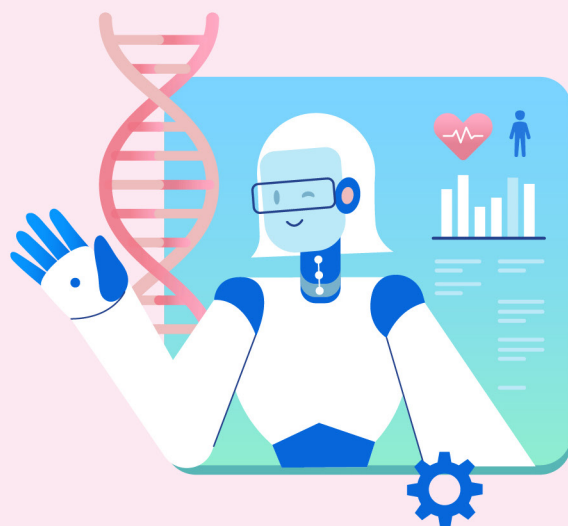


POLICY BRIEFS 2024

รวมงานวิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในปี 2567

จัดทำโดย มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation)





บทนำ

ในปี พ.ศ. 2567 ที่ผ่านมา HITAP Foundation มุ่งมั่นผลิตงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ไม่เพียงประเด็นประเภทงานวิจัยหลักอย่าง SPEEDD ที่ครอบคลุมงานวิจัยด้านสำคัญ อาทิ Early HTA สิ่งแวดล้อม ความเสมอภาค การแพทย์ดิจิทัล และการแบ่งปันข้อมูล แต่ยังคงครอบคลุมประเด็นใหญ่ ๆ ที่น่าสนใจ ทั้งจากระบบหลักประกันสุขภาพอย่างสิทธิบัตรทอง 30 บาท และงานวิจัยเพื่อพัฒนา นโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งานวิจัยทั้งหมดได้ถูกจัดทำเป็น policy briefs รวมแล้ว 26 เรื่อง ซึ่งทำให้เห็นภาพรวมของงานวิจัยของเรามีหลากหลายประเด็นและเข้มข้นขึ้นกว่าที่เคย เพื่อเผยแพร่ข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ไปยังผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชนสืบเนื่องต่อไป

เราขอเชิญทุกท่านติดตามสาระและมุมมองที่น่าสนใจจาก รวมเล่ม policy brief 2024 ฉบับนี้ได้แล้วที่นี่

สารบัญ

โอกาส ที่ให้ประชาชนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

6

- 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว: โอกาสและความเสี่ยงต่อสังคมและระบบสาธารณสุข 7
- เข้าถึงบริการสุขภาพง่าย ๆ แค่ใช้ “บัตรประชาชน” มุมมองของประชาชนผู้ใช้บริการภายใต้นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” 11
- “คลินิกเอกชน” ทางเลือกใหม่ของประชาชนบริหารอย่างไรให้ยั่งยืน 15
- “SHARE” ก่อนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” 19
- นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่! ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย แต่คนยังสับสนหน่วยบริการ 23
- รักษาใกล้บ้าน ลดการเดินทาง ลดโลกร้อน กับนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว 27

ทางเลือก ผู้ป่วยโตที่ไม่ใช่แค่การฟอกเลือด

31

บทเรียนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและการป้องกันผลกระทบ

- เสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไต ปี 2565 32
- ทางออกผู้ป่วยโตที่ไม่ใช่การฟอกเลือด: บทเรียนต่างประเทศเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต และรักษาองค์รวมชนิดประคับประคอง 36
- นโยบายการบำบัดทดแทนไตใหม่ ปี 2565 มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพอย่างไร และพยากรณ์ ใน 10 ปีข้างหน้าจะเกิดอะไรขึ้นหากไม่มีการเปลี่ยนแปลง 40

SPEEDD แผนที่หลัก นำวิจัย สร้างผลลัพธ์สู่ประชาชน

44

S: Service for Early HTA บริการประเมินเทคโนโลยี เพื่อการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ

45

- คู่มือสำหรับการพัฒนาชุดตรวจโรคฉับพลันที่คุ้มค่า และเหมาะสมกับความต้องการของระบบสุขภาพ 46
- Early HTA: ข้อควรคิดในการพัฒนานวัตกรรมอย่างไรให้ถูกใจผู้ใช้งาน 50

P: Policy Relevant Research สร้างงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบาย **54**

- คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย ‘แมมโมแกรม’ และ ‘อัลตราซาวด์’ เฉพาะผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง ไม่คุ้มค่า 55
- 1663 – สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รับสาย 1 ครั้ง มีต้นทุนที่บาท? 57
- วัคซีนป้องกัน ‘โรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส’ ในเด็กไทย คุ้มค่า และการบรรจุในบัญชีวัคซีนหลักแห่งชาติ 61
- ข้อเสนอการปรับเปลี่ยนการเบิกจ่ายเงิน กรณีคลอดบุตรให้แก่โรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมการมีบุตรในประเทศไทย 65
- การประเมินความคุ้มค่าของการขยายสิทธิการรักษาผู้ป่วยโรคโกลีเซิร์ด้วยเอนไซม์ทดแทน 69
- การพัฒนาแนวทางการประเมินความคุ้มค่า (Reference Case) สำหรับการแพทย์เฉพาะบุคคลหรือการแพทย์แม่นยำ เพื่อพิจารณาในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย 73
- รัฐบาลควรใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพอย่างไร ให้สนับสนุนนวัตกรรมและสร้างประโยชน์สูงสุดกับสุขภาพของประชาชนในกรณีที่เกิดสิทธิบัตร 77
- ดีโนซูแมบและโซเลโดรเนตทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่มบิสฟอสโฟเนตชนิดรับประทาน 81

E: Equity สร้างความเสมอภาค โดยปฏิบัติต่อแต่ละบุคคลตามความต้องการ และลักษณะเฉพาะเพื่อไปลงกับข้อจำกัด **85**

- เปิดผลสำรวจคนไทยคิดเห็นอย่างไรกับความเสมอภาคด้านสุขภาพ 86
- คนไทย ‘เต็มใจจ่าย’ แค่ไหน? หากใช้มาตรการตรวจคัดกรองแบบร่วมจ่าย 90

E: Environment รักษาสิ่งแวดล้อม **94**

- พร้อมเปลี่ยนเพื่อระบบสุขภาพที่เป็นมิตรต่อโลก: การสำรวจความเห็นผู้บริหารโรงพยาบาล 95

D: Digital Health สร้างสุขภาวะด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล **99**

- การให้บริการ “การแพทย์ทางไกล” ในประเทศไทย 100
- การนำ AI เข้าสู่ระบบสุขภาพไทย 104
- ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาเกมเสริมทักษะการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 106

D: Data สร้างและแบ่งปันข้อมูล **108**

- การประเมินระบบกำกับดูแลข้อมูลการบริการแบบ ‘เรียลไทม์’ 109



โอกาส

ที่ให้ประชาชนไทยเข้าถึง
บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

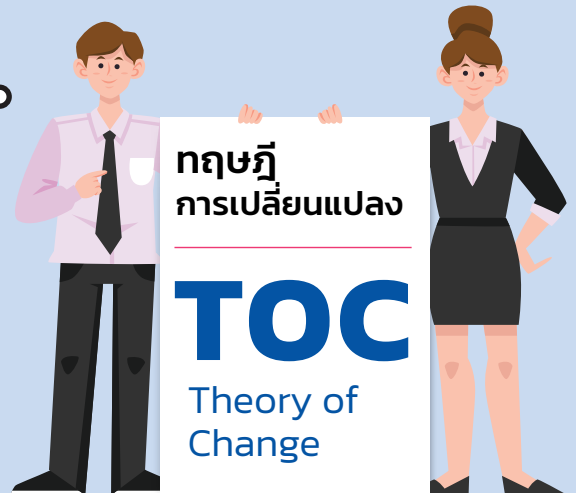
30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว: โอกาสและความเสี่ยงต่อสังคมและระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2567

- นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ดังนี้
 - (1) บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาระงานลดลง และมีความสุขในการทำงานมากขึ้น
 - (2) ประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท หรือบัตรทอง) สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงสามารถได้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น
 - (3) ระบบการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้าถึงง่าย มีระบบการเบิกจ่ายที่โปร่งใสและรวดเร็ว หน่วยงานในระบบสาธารณสุขใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ (Digital and smart agency)
- อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวอาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานจะต้องเฝ้าระวังและหาทางหลีกเลี่ยงการเกิดผลกระทบเชิงลบและขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้บรรลุเป้าประสงค์ในระยะสั้นและระยะยาว

ระเบียบวิธีวิจัย

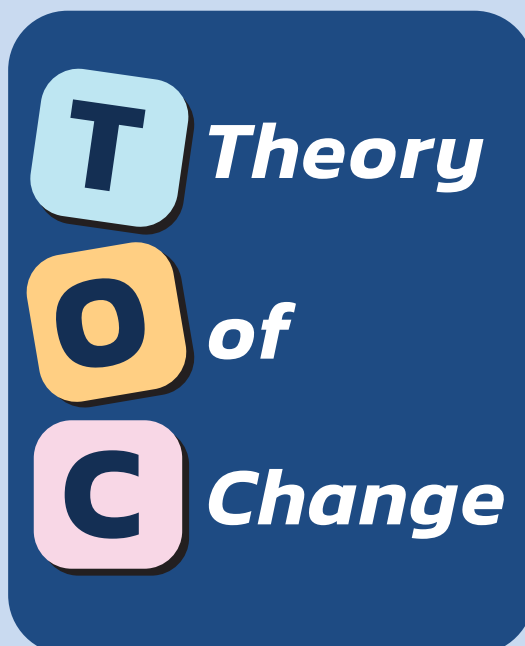
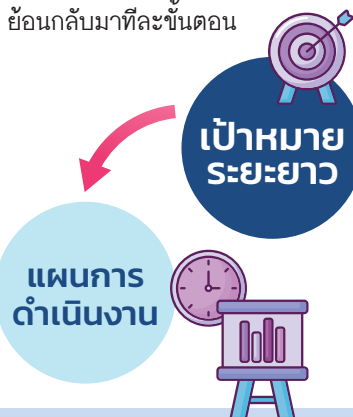
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้รับมอบหมายจากสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข ให้ประเมินนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" โดยใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ที่ทีมวิจัยและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันทางที่ตลอดระยะเวลาการประเมิน โดยหนึ่งในเครื่องมือที่ทีมวิจัยใช้ในการประเมินเชิงพัฒนา คือ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change หรือ TOC)



TOC คืออะไร

1

TOC คือ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป้าหมายและแผนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย ผ่านการคิดแบบย้อนกลับ โดยเริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมายในระยะยาวที่อยากให้เกิดขึ้น และมองย้อนกลับมาที่ละขั้นตอน



2

TOC จะถูกใช้ในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกคนเห็นเป้าหมายการดำเนินงานเหมือนกัน รวมถึงใช้เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายฯ

3

TOC เกิดจากการระดมสมองของผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามนโยบาย ทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ นักวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหน่วยงานอื่นๆ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นโดยทีมวิจัย HITAP

เปลี่ยนระบบสาธารณสุขด้วยบัตรใบเดียว

แนวนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" จะมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการสุขภาพ แต่จากการศึกษาของคณะผู้วิจัย พบความกังวลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆ ว่านโยบายนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสังคม เช่น เกิดความแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่, มีการทุจริต, ระบบสุขภาพปฐมภูมิล่มสลาย เป็นต้น

ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินนโยบายมีประสิทธิผล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นโยบายต้องได้รับการประเมินเพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนานโยบายให้บรรลุต่อเป้าหมายของการดำเนินงานต่อไป

ผลกระทบ

★ ระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น

★ เศรษฐกิจเติบโต



ผลลัพธ์

★ บุคลากร

ผลลัพธ์แง่บวก

- มีความสุข
- ภาระงานลดลง
- ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์แง่ลบ

- เกิดความแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่
- ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้น

★ ประชาชน

ผลลัพธ์แง่บวก

- สุขภาพดี มีความสุข
- ลดการขาดงานของญาติและผู้ป่วย
- ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

ผลลัพธ์แง่ลบ

- ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพ
- ประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้น

★ ระบบการดูแลสุขภาพ

ผลลัพธ์แง่บวก

- บริการสุขภาพใกล้บ้าน สะดวก ลดเวลารอ
- ลดบริการที่ไม่จำเป็น
- ระบบเบิกจ่ายโปร่งใส เบิกได้ไว ลดงานบุคลากร
- Digital and smart agency

ผลลัพธ์แง่ลบ

- ระบบปฐมภูมิล่มสลาย
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น
- เกิดความเหลื่อมล้ำในแต่ละสิทธิการรักษา

ผลผลิต

★ ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ

- พัฒนานวัตกรรมบริการ
- จัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของหน่วยบริการ
- จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

★ มีหน่วยบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

- พัฒนาเครือข่ายระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างรัฐ-เอกชน
- ปรับกลไกการจ่ายเงินให้เหมาะสม (ราคาที่ดึงดูดหน่วยบริการและกองทุนรับได้)



กิจกรรม

พัฒนาเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อข้อมูล

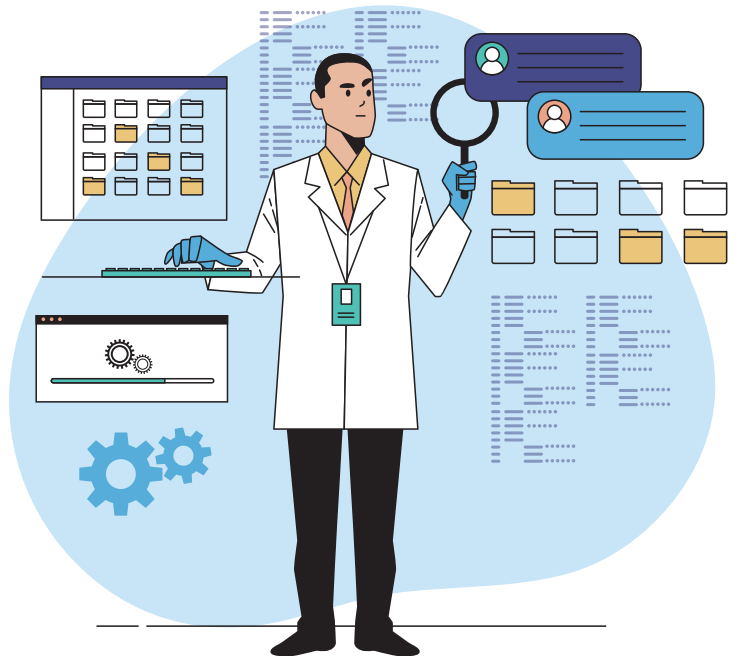
พัฒนาคนและเครือข่ายการทำงาน

พัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

- ปรับปรุงระบบอภิบาล
- ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบ
- ประเมินต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" มีโอกาสสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ในระดับเดียวกับนโยบาย "30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2544 และกลายเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว อาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานจะต้องเฝ้าระวังและหาทางหลีกเลี่ยงการเกิดผลกระทบเชิงลบและขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้บรรลุเป้าประสงค์ในระยะสั้นและระยะยาวดังที่คาดการณ์ไว้ใน TOC นี้



ถึงแม้ว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งใช้เก็บรักษาและเชื่อมโยงข้อมูลของประชาชนในการไปรับบริการในสถานพยาบาลต่างๆ จะเป็นกลไกสำคัญกลไกหนึ่งต่อความสำเร็จของนโยบายนี้ แต่การพัฒนาศักยภาพในระบบสุขภาพให้สร้างนวัตกรรมบริการให้บริิการ นวัตกรรมด้านการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและร่วมกับภาคเอกชน ล้วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในระดับเท่าเทียมกัน





สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่นำร่อง

โดย วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร และดร. นพ.ยศ ดีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร



ดร. นพ.ยศ ดีระวัฒนานนท์

เข้าถึงบริการสุขภาพง่าย ๆ แค่ใช้ “บัตรประชาชน”

มุมมองของประชาชนผู้ใช้บริการ ภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

กรกฎาคม 2567

- “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ตอบโจทย์สำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย จากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ จะเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการเอกชน (ร้านยาและคลินิก) ใกล้บ้าน เป็นอันดับแรก เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จองคิวออนไลน์ได้ง่าย เลือกเวลาเองได้ สะดวก รวดเร็ว
- ทุกวันนี้ประชาชนสิทธิบัตรทองสามารถใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้ ไม่ต้องเสียเวลากลับไปขอใบส่งตัว แต่ประชาชนบางส่วนกังวลว่า จะเสียเงินเพิ่มและถูกปฏิเสธการรักษา อย่างไรก็ตาม บางโรงพยาบาลมีความพยายามที่จะประชาสัมพันธ์นโยบายฯ กับประชาชน ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น สื่อออนไลน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล เป็นต้น
- ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่า “รักษาทุกที่” สามารถใช้บริการที่ไหนได้บ้าง และไม่ทราบว่าต้องทำอะไร หากจะใช้บริการรูปแบบใหม่ ภายใต้นโยบายฯ เช่น การรับยาที่บ้าน การบริการการแพทย์ทางไกล เป็นต้น
- ประชาชนบางส่วนเข้าใจผิดว่า ต้องลงทะเบียน Health ID ก่อนเท่านั้น จึงจะสามารถใช้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายฯ ได้

ผลการศึกษา / ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ประชาชน

1 ข้อดีของนโยบายฯ

a.



เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการเอกชน (ร้านยาและคลินิก)

**เพราะ สะดวก ใกล้บ้าน
ลดระยะเวลาเดินทาง**

โดยนโยบายฯนี้ ตอบโจทย์สำหรับ
ผู้ใช้บริการสิทธิบัตรทอง
เนื่องจากไม่เสียค่าใช้จ่าย
และยังใช้บริการได้
แม้เป็นนอกเวลาราชการ

b.



การบริการนัดหมายออนไลน์
ในบางหน่วยบริการเอกชน
เช่น คลินิกทันตกรรม
และบางบริการในโรงพยาบาลรัฐ
เช่น แผนกแพทย์แผนไทย

**ช่วยลดระยะเวลารอคอย
ของประชาชน**

เพราะไม่ต้องไปรอคิวแต่เช้า

c.



ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว
หากต้องการเข้ารับการรักษา
ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่
โดยเฉพาะในกลุ่มโรค
ที่ต้องใช้เครื่องมือศักยภาพสูง
เช่น โรคเกี่ยวกับตา
โรคทางสูติ-นรีเวช เป็นต้น

**ทำให้ลดระยะเวลา
การเดินทางได้**

a. เจื่อนไขและประเภทของหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ:

- ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่า "รักษาทุกที่" หมายถึง รักษาได้เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เนื่องจากไม่ทราบว่าสามารถใช้บริการที่หน่วยบริการเอกชนนำร่องนโยบายฯ (ร้านยา คลินิก ร้านแล็บ) ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ประชาชนบางส่วนไม่ทราบว่าพื้นที่ใดเป็นจังหวัดนำร่องนโยบายฯ จึงไม่แน่ใจว่าจะไปใช้บริการ จังหวัดใดได้บ้าง

b. สิทธิประโยชน์และบริการภายใต้โครงการ

- ประชาชนบางส่วนลงทะเบียน Health ID ไป โดยไม่ทราบประโยชน์ของการลงทะเบียน
- ประชาชนไม่แน่ใจว่าหน่วยบริการเอกชนสามารถรักษาอาการป่วยหรือมีบริการใดบ้าง ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่า มีการบริการรูปแบบใหม่ภายใต้นโยบายฯ ได้แก่ การแพทย์ทางไกลและรับยาที่บ้าน แต่ไม่ทราบขั้นตอนที่จะใช้บริการดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีประชาชนบางส่วนไม่เห็นความจำเป็นของการใช้บริการรูปแบบใหม่ เช่น บริการการแพทย์ทางไกล เนื่องจากต้องการพบแพทย์แบบต่อหน้า

c. เข้าใจผิดเกี่ยวกับนโยบายฯ

- เข้าใจผิดถึงเงื่อนไขการใช้นโยบายฯ ว่าต้องมีลงทะเบียน Health ID ก่อนเท่านั้นจึงจะสามารถใช้บริการสุขภาพภายใต้นโยบายฯ ได้
- ประชาชนสับสนประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เข้าใจว่าตนสามารถใช้บริการภายใต้นโยบายฯ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- เข้าใจว่าเป็นนโยบายเดียวกันกับ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่งผลให้ประชาชนไม่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ของนโยบายฯ



การลงทะเบียน Health ID คือ การพิสูจน์และยืนยันตัวตนสำหรับออกรหัสแทนบัตรประชาชน เพื่อใช้ในระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข และยังช่วยรักษาความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชน ดังนั้น แม้จะยังไม่ลงทะเบียน Health ID ก็สามารถเข้าถึงบริการอื่นภายใต้นโยบายฯ ได้



กลัวว่าจะถูกปฏิเสธการรักษา หรือเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม หากไปใช้บริการในหน่วยบริการนอกสิทธิที่ขึ้นทะเบียน



ผู้ป่วยในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV กังวลว่าข้อมูลสุขภาพตนจะรั่วไหล จากการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ



กลัวว่ามาตรฐานคุณภาพการให้บริการและยา ในหน่วยบริการเอกชนนำร่องนโยบายฯ จะด้อยกว่าโรงพยาบาลของรัฐ



กลัวว่าการใช้บริการรับยาที่บ้าน (Health Rider) จะไม่ได้รับยาจริง และไม่สามารถติดตามการสูญหายของยาได้

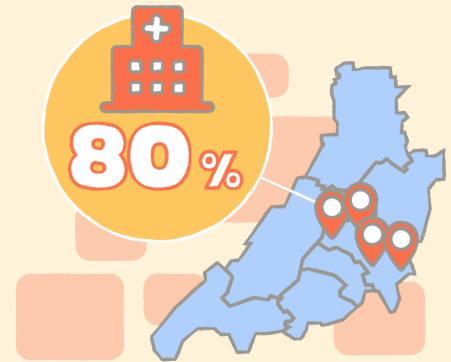


ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีสมาร์ตโฟนและมีความรู้ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่เพียงพอ



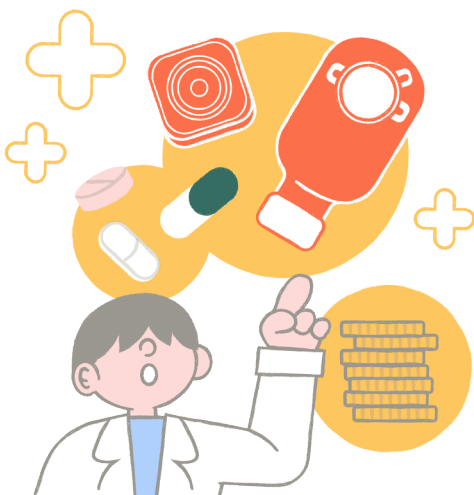
- a.** เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อ และโซเชียลมีเดีย ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากนโยบายฯ ให้ชัดเจนและทั่วถึง รวมถึงการประชาสัมพันธ์เชิงรุก อาศัยการบอกต่อของสมาชิกในชุมชน เช่น อสม. เป็นกลไกในการกระจายข่าวสารให้กว้างขึ้น

- b.** เพิ่มจำนวนคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการให้มีจำนวนมากขึ้น และกระจายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะนอกเขตอำเภอเมือง เช่น ในจังหวัดแพร่ ประมาณ 80% ของคลินิกทันตกรรมตั้งอยู่ในอำเภอเมือง' ดังนั้นการเพิ่มการสื่อสารและปรับอัตราการเบิกจ่ายให้สะท้อนต้นทุนแท้จริง เพื่อให้หน่วยบริการเอกชน เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการจึงเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน



- c.** ต้องการการสนับสนุนเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีฯ โดยเฉพาะสมาร์ตโฟนและสัญญาณอินเทอร์เน็ต โดยในพื้นที่นำร่องนโยบายฯ จะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำ ในบริการที่ต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น บริการการแพทย์ทางไกล เป็นต้น

- d.** ต้องการให้มีบริการนัดหมายออนไลน์ ในทุก ๆ แผนก ในโรงพยาบาล และทุกประเภทของหน่วยบริการเอกชน



- e.** ต้องการเพิ่มบริการในร้านยาให้ครอบคลุมรายการยารวมถึงวัสดุอุปกรณ์ในหลายกลุ่มโรคมากขึ้น เช่น อุปกรณ์ทวารเทียมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ อย่างไรก็ตามอุปกรณ์ที่มีความเฉพาะกับบางกลุ่มโรค มีความจำเป็นที่ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์นั้น ๆ รวมทั้งต้นทุนของราคาอุปกรณ์ที่ยังไม่คุ้มทุนกับราคาเบิกจ่ายตามเงื่อนไขปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และสภาวิชาชีพ จึงอาจพิจารณาการใช้ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาที่มีความสามารถสำหรับบริการนี้ เช่น ให้โรงพยาบาลเป็นผู้จัดหาและจัดเก็บอุปกรณ์ และร้านยาเป็นผู้จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้รับบริการ เป็นต้น

เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตัวแทนประชาชน ผู้รับบริการใน 8 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ต้อกระจก ผู้ป่วยโรคไต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหายาก ในพื้นที่จังหวัดน่าน ร้อยเอ็ด จ. เพชรบุรี และ จ. นราธิวาส และนอกจังหวัดน่าน ร้อยเอ็ด จ. ประจวบคีรีขันธ์ และ จ. นครศรีธรรมราช ในระหว่างวันที่ 3 - 30 พฤษภาคม 2567



อ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายชื่อหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2567 [ปรับปรุงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567; เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/page/Innovative-services-all-provinces>



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่น่าน" โดย ดร. ภาณุ.ปฤษฎร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร ภาณุ. นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดร. ภาณุ.ขวัญพุดธา อรุณประเสริฐ, พว.พรอุมมา ราชศรี, ปภาดา ราษฎร์อน, ศุภสุดา โพธิ์ไธรัย, วิศวะ มาลากรรณ, วิลาสินี สำเนียง, ธนกร เจริญกิตติวุฒ, นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นพ.กิตติกา อรรถศิลป์, ผศ. ดร.ปิยะรัตน์ ศิลปศุภกรวงศ์, นพ.ดนัยภัทร บุญเฉลิมวิเชียร

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



ศุภสุดา โพธิ์ไธรัย



พว.พรอุมมา ราชศรี

"คลินิกเอกชน" ทางเลือกใหม่ของประชาชน บริหารอย่างไรให้ยั่งยืน

กรกฎาคม 2567

- "หน่วยนวัตกรรมการบริการสาธารณสุขวิถีใหม่" หรือ "หน่วยนวัตกรรม" เป็นชื่อเรียกอย่างเป็นทางการของคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง 30 บาท หน่วยนวัตกรรมมี 7 ประเภท ประกอบด้วย คลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาล คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกเทคนิคการแพทย์ และร้านยา
- การมีหน่วยนวัตกรรมกระจายตัวอย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการดูแลรักษาเบื้องต้นเพิ่มมากขึ้น ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน และสามารถเข้าถึงบริการนอกเวลาราชการได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดความแออัดและแบ่งเบาภาระงานให้กับสถานพยาบาลขนาดใหญ่
- อัตราการชดเชยค่าบริการและระยะเวลาในการชดเชยค่าบริการของ สปสช. เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเข้าร่วมโครงการของคลินิกเอกชน

ผลการวิจัย

เพราะอะไรหน่วยนวัตกรรมถึงตัดสินใจ 'เข้าร่วม-ไม่เข้าร่วม'?

✓ คลินิกที่เข้าร่วม หรือแสดงท่าทีจะเข้าร่วม



มีประสบการณ์เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ภายใต้โครงการหรือนโยบายอื่นมาก่อน
ทำให้ไม่ต้องปรับตัวมากนัก มีศักยภาพและความพร้อมในการเข้าร่วม



มองเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วม

เช่น ช่วยอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มผู้รับบริการเดิมที่มีสิทธิบัตรทอง หรือโอกาสในการเพิ่มผู้รับบริการกลุ่มใหม่ หรือต้องการช่วยชุมชน



ได้รับคำชี้แจงถึงข้อดีและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด





คลินิกที่มีท่าทีลังเล



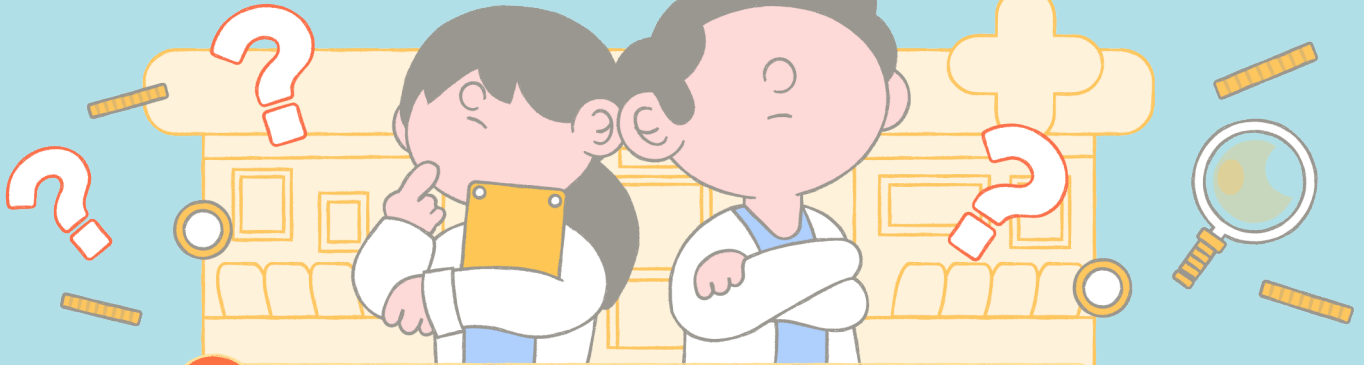
ไม่มั่นใจเกี่ยวกับกระบวนการ
และเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการ



กังวลถึงผลกระทบงบประมาณ
ของประเทศชาติในระยะยาว
กรณีที่ต้องมีการดำเนินนโยบายฯ
ต่อเนื่องในทุกจังหวัด



กังวลเกี่ยวกับความยั่งยืนของนโยบายฯ
และการจ่ายชดเชยค่าบริการ



คลินิกที่แสดงท่าทีที่จะไม่เข้าร่วมอย่างแน่นอน



อัตราการชดเชยค่าบริการ
ไม่ครอบคลุมต้นทุน โดยเฉพาะคลินิก
ที่มีบุคลากรวิชาชีพแบบ part-time
และคลินิกเฉพาะทาง



ความเสี่ยงต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียง
หากมีการร้องเรียนในกรณีที่ได้รับบริการ
ไม่เข้าใจเงื่อนไขการให้บริการ รวมถึง
อาจเกิดความความยุ่งยาก เสียเวลา
ในการอธิบายเงื่อนไขการรับบริการ



ประเภทของการบริการบางอย่าง
ที่ให้บริการประจำไม่ได้อยู่ในเงื่อนไข
การเบิกจ่าย เช่น การจัดฟัน
การจ่ายยาสมุนไพรแบบยาต้ม เป็นต้น



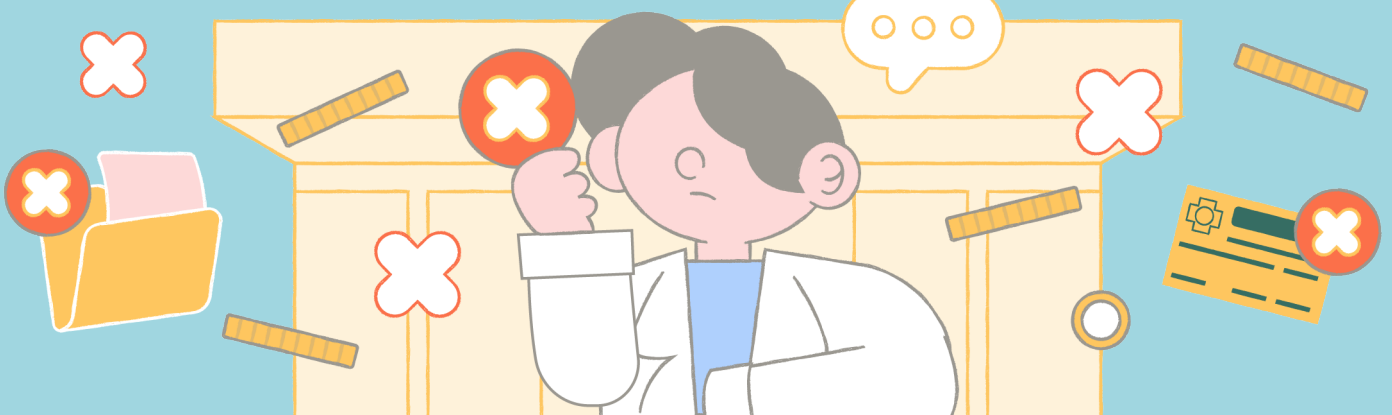
ภาระงานที่เพิ่มขึ้น
จากการบันทึกข้อมูล



ความกังวลเกี่ยวกับ
ความปลอดภัยของระบบข้อมูล
และความไม่ถนัดในการใช้โปรแกรม



ผู้รับบริการประจำโดยส่วนใหญ่
ไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง



หน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมไปแล้วก็อาจเปลี่ยนใจได้เช่นกัน

โดยสาเหตุที่ทำให้หน่วยนวัตกรรมถอนตัว ได้แก่

- ไม่สามารถเบิกชดเชยค่าบริการได้ หรือได้รับค่าชดเชยล่าช้าเกินกว่าที่ สปสช. กำหนด (3 วันทำการ)
- มีการปรับแก้กระบวนการในการเบิกชดเชยค่าบริการ ทำให้การเบิกชดเชยมีความยุ่งยากจนเกินไป เช่น หากอนาคต สปสช. กำหนดเงื่อนไขให้หน่วยนวัตกรรมต้องส่งบันทึกข้อมูลประวัติสุขภาพในหมอพร้อมสเดชั่น พร้อมกับบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเบิกชดเชย เป็นต้น
- เงื่อนไขการให้บริการและการเบิกชดเชยค่าบริการไม่เหมาะสม ยกตัวอย่าง เช่น คลินิกเวชกรรมไม่สามารถจ่ายยาเพื่อรักษาโรคตาแดงได้ เนื่องจากไม่อยู่ในรายการยาที่ สปสช. กำหนด หรือคลินิกทันตกรรมให้บริการได้ไม่เกิน 700 บาท/ครั้ง/วัน ทำให้ผู้รับบริการหลายรายต้องเดินทางมารับบริการที่คลินิกหลายวัน สร้างความไม่สะดวกแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เป็นต้น



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีคลินิกที่เข้าร่วมเป็นหน่วยนวัตกรรมมากกว่า 5,550 แห่ง ใน 46 จังหวัด¹ แต่โจทย์สำคัญคือ จะทำอย่างไรให้หน่วยนวัตกรรมกระจายตัวอย่างเพียงพอสำหรับความต้องการของประชาชน



สปสช. ต้องกำหนดอัตราค่าชดเชยค่าบริการของหน่วยนวัตกรรมให้สะท้อนต้นทุนและทำให้การเบิกจ่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลาที่เหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจสำคัญในการเข้าร่วมโครงการของหน่วยนวัตกรรม



ในพื้นที่ที่ขาดแคลนหน่วยนวัตกรรม ทาง สปสช. สภาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญต่อการสื่อสารเพื่อเชิญชวนให้หน่วยนวัตกรรมเข้าร่วมนโยบายฯ โดยเน้นถึงข้อดีหรือประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วม สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับกระบวนการเบิกชดเชยค่าบริการ รวมทั้งความปลอดภัยของระบบข้อมูล และร่วมกันพิจารณาปรับเงื่อนไขการให้บริการให้สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น รายการยาของคลินิกเวชกรรม และเงื่อนไขการให้บริการของคลินิกทันตกรรม เป็นต้น

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกของการดำเนินนโยบายฯ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

1

2

3

ผลกระทบ

- ☐ ระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น
- ☐ เศรษฐกิจเติบโต

ผลลัพธ์

	บุคลากร	ประชาชน	ระบบการดูแลสุขภาพ
ผลลัพธ์เชิงบวก	☐ มีความสุข ☐ ภาระงานลดลง ☐ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ	☐ สุขภาพดี มีความสุข ☐ ลดการขาดงานของญาติและผู้ป่วย ☐ ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น	☐ บริการสุขภาพใกล้บ้าน สะดวก ลดเวลารอ ☐ ลดบริการที่ไม่จำเป็น ☐ ระบบเบิกจ่ายโปร่งใส เบิกได้ไว ลดงานบุคลากร ☐ Digital and smart agency
ผลลัพธ์เชิงลบ	☐ เกิดความแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ☐ ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้น	☐ ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพ ☐ ประชาชนเรียกกริ่งสิทธิมากขึ้น	☐ ระบบปฐมภูมิล่มสลาย ☐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น ☐ เกิดความเหลื่อมล้ำในแต่ละสิทธิการรักษา

ผลลัพธ์

ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ

- ☐ พัฒนานวัตกรรมบริการ
- ☐ จัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของหน่วยบริการ
- ☐ จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

มีหน่วยบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

- ☐ พัฒนาเครือข่ายระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างรัฐ-เอกชน
- ☐ ปรับกลไกการจ่ายเงินให้เหมาะสม (ราคาที่ตั้งดูแลหน่วยบริการและกองทุนรับได้)

สิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อเพิ่มการบริการที่ปลอดภัยและการส่งต่ออย่างเป็นระบบ



1 สธ. และ สปสช. ต้องผลักดันให้หน่วยนวัตกรรมลงบันทึกข้อมูลสุขภาพ และเชื่อมต่อระบบข้อมูลกับหน่วยบริการอื่น ๆ โดยร่วมมือกันพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลที่สามารถใช้เพื่อการบันทึกข้อมูลสุขภาพและเบิกจ่ายในโปรแกรมเดียวกัน (single platform) เพื่อลดภาระงานในการลงข้อมูลให้กับหน่วยนวัตกรรม



2 สนับสนุนให้เกิดการทำงานแบบเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการโดยยึดเอาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เช่น การส่งต่อเคสที่ต้องรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพพระยะกลาง (intermediate care) จากโรงพยาบาลไปยังคลินิกกายภาพในชุมชน หรือการส่งต่อเคสผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องรับการขูดหินปูนจากคลินิกพยาบาลไปยังคลินิกทันตกรรม เป็นต้น



3 กำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอโดยสภาวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การตรวจสอบคุณภาพจากระบบข้อมูล การตรวจสอบและตั้งข้อสังเกตระหว่างหน่วยบริการ

เกี่ยวกับการศึกษา

ทีมวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สัมภาษณ์ผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมทั้ง 7 ประเภท ทั้งในพื้นที่จังหวัดน่านร้อยนโยบายฯ (แพร่ ร้อยเอ็ด นราธิวาส และเพชรบุรี) จำนวน 37 แห่ง และพื้นที่นอกจังหวัดน่านร้อยนโยบายฯ (อุตรดิตถ์ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และประจวบคีรีขันธ์) จำนวน 18 แห่ง ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2567 เพื่อศึกษาถึงความคาดหวัง ความกังวลใจ แรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยนวัตกรรม

อ้างอิง

1. ข้อมูลจากการประชุมเรื่องปฏิบัติการ เรื่อง การกำหนดกรอบการกำกับติดตามและประเมินผล และตัวชี้วัดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (วันที่ 21 มิถุนายน 2567) <https://www.hitap.net/documents/189599>



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่น่านร้อย"

โดย ดร. ญุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร ญุ. นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดร. ญุ.ขวัญพุดธา อรุณประเสริฐ, พว.พรอุมมา ราศี, ปภาดา ราษฎร์, ศุภสุดา โพธิ์ไธรัย, วิศวะ มาลากรรณ, วิลาสินี สำเนียง, ธนกร เจริญกิตติวุฒ, นิชาต์ มูลคำ, นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นพ.กตিকা อรรถศิลป์, ผศ. ดร.ปิยะรัตน์ ศิลปคุกรวงศ์, นพ.ดนุภัทร บุญเฉลิมวิเชียร

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร



นิชาต์ มูลคำ

"SHARE"

ก่อนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว"

กรกฎาคม 2567

- นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นนโยบายใหม่ของรัฐบาลเพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพของประชาชน เชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด ทำให้ประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก ลดระยะเวลาการรอคอย และการเดินทาง เลือกรับบริการได้ทั้งจากโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน รวมถึงร้านยาใกล้บ้าน ที่เข้าร่วมระบบกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งประชาชนยังใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของตน เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นได้อีกด้วย
- เพื่อให้การดำเนินงานขยายไปทั่วประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยบริการควรเตรียมความพร้อมทั้ง 5 ด้าน ตามหลักการ "SHARE" เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ และการให้บริการอย่างไร้รอยต่อ ทั้งในระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ

ผลการวิจัย

ในช่วงไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2567

นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ได้เริ่มต้นนำร่องใน 4 จังหวัด ได้แก่

📍 แพร่ 📍 ร้อยเอ็ด 📍 เพชรบุรี 📍 นราธิวาส



แม้ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเล็งเห็นถึง
ประโยชน์ และความสำคัญของนโยบาย
แต่กระนั้นในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบ
ก็สร้างภาระงานเพิ่มเติมเช่นกัน



ข้อสังเกตจากผู้ให้บริการพบว่า จำนวนผู้รับบริการในหน่วยบริการ ไม่ได้ต่างจากก่อนมีนโยบาย แต่กลับพบว่าภาระงานและการเตรียมพร้อมเรื่องระบบเพิ่มมากขึ้น

หน่วยบริการจึงควรเตรียมความพร้อมตามหลักการ SHARE ดังต่อไปนี้



กิจกรรม

- มีโปรแกรมป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลที่ได้มาตรฐาน
- ตรวจสอบระบบสารสนเทศใน sw. ให้มีความพร้อม เช่น อัปเดตระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ อัปเดตเวอร์ชัน HOSxP
- ให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายประกันสุขภาพ ฝ่ายการเงิน ฝ่าย IT และพยาบาล ในการส่งข้อมูลสุขภาพ และการเบิกจ่าย
- จัดตั้งคณะทำงานที่มีหน้าที่คอยติดตามข่าวสาร และเป็นสื่อกลางติดต่อระหว่าง sw. กับกระทรวงสาธารณสุข และสปสช.



- วางแผนแนวทางการจัดส่งยาไปที่บ้านผู้ป่วยหรือร้านยา เช่น จัดหาผู้ส่งยาหรือ health rider (เอกชน หรือ อสม.)
- จัดทำแนวปฏิบัติของยาที่เลือกส่ง เช่น ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จิตเวช ความดันโลหิตสูง โรคหืด ราชสีเมีย และประชาสัมพันธ์การส่งยาให้กับผู้รับบริการ
- วางแผนการให้บริการการแพทย์ทางไกล เช่น จัดหาอุปกรณ์ วางระบบอบรมบุคลากรในด้านเทคโนโลยี



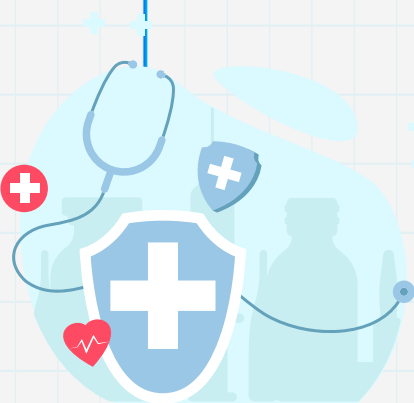
คำย่อ

คำเต็ม

คำอธิบาย

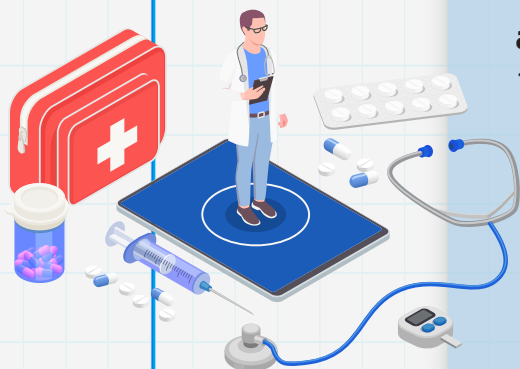
S Security

การวางระบบความปลอดภัยของข้อมูล เพื่อรองรับระบบบันทึก และเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่เข้าร่วมนโยบาย เช่น financial data hub (FDH), PHR dashboard, หมอพร้อม station



H Health electronics

ระบบการให้บริการด้านอิเล็กทรอนิกส์ เช่น การส่งยาถึงบ้าน การให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อลดระยะเวลา รอคอย และลดความแออัดในโรงพยาบาล



คำย่อ

คำเต็ม

คำอธิบาย

กิจกรรม



A

Awareness



การสร้าง
ความเข้าใจ
ต่อต้นนโยบาย
ให้ผู้ให้บริการ
และประชาชน

- ทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล
- จัดประชุมหรืออบรม เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจในนโยบายกับผู้ให้บริการ เช่น ขั้นตอนการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ, แนวทางการเบิกจ่ายผ่าน FDH, ให้ผู้ให้บริการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการยืนยันตัวตนผ่าน Health ID

R

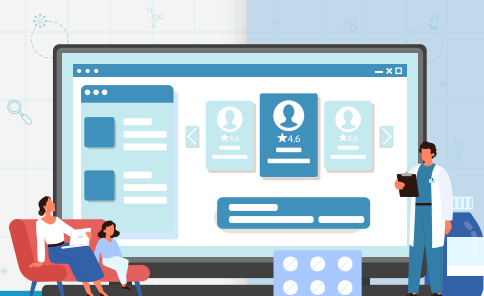
Registration



การลงทะเบียน
และพิสูจน์ตัวตน
ของผู้ให้ และผู้รับ
บริการ



- เพื่อตรวจสอบสิทธิการรักษา เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ และจองคิวนัดหมายแพทย์ล่วงหน้า
- เตรียมอุปกรณ์ เช่น Kiosk, card reader, computer
- เตรียมบุคลากรทำหน้าที่รับลงทะเบียน
- สำหรับ sw.สต. ถ่ายโอน มีการสื่อสารกับ sw. แม่ข่าย อบจ. หรือ สสจ. ในด้านการสนับสนุนอุปกรณ์ในการลงทะเบียน
- ให้ผู้ใหญ่บ้านประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว จัดจุดลงทะเบียนตามงานสำคัญต่าง ๆ เช่น งานวัด



Provider ID

- เพื่อแสดงตัวตนก่อนให้บริการ และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ
- ผอ. sw. แจ้งบุคลากรให้เข้าไปตรวจสอบและอัปเดตข้อมูล
- มีคนรับผิดชอบรวบรวมข้อมูลของบุคลากรใน sw. ส่งไปให้ สสจ. เพื่อตรวจสอบกลับ

E

Equipment



การสำรอง
เวชภัณฑ์ และยา
ให้เพียงพอต่อ
จำนวนผู้เข้ารับ
บริการที่เพิ่มขึ้น

- เก็บข้อมูลของจำนวน และโรคของผู้รับบริการนอกเขต เพื่อสำรองเวชภัณฑ์ และยาให้เพียงพอ และเหมาะสม จัดสรรนัดหมายผู้รับบริการให้สัมพันธ์กับปริมาณการสำรองยา และเวชภัณฑ์

ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ให้บริการในหน่วยบริการจังหวัดน่านและจังหวัดเปรียบเทียบ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดน่าน ได้แก่ แพทย์ ร้อยเอ็ด นราธิวาส และเพชรบุรี จำนวน 17 แห่ง เพื่อถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะแก่จังหวัดอื่น ๆ ที่จะเข้าร่วมต่อไป รวมถึงเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการในจังหวัดเปรียบเทียบ ได้แก่ อุดรดิตถ์ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 12 แห่ง เพื่อศึกษาการรับรู้และเข้าใจในนโยบายระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2567



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่น่าน"

โดย ดร. ภาณุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ดีระพัฒนานนท์, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ภาณุ.นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดร. ภาณุ.ขวัญพุดตา อรุณประเสริฐ, พรอมา ราศี, ปภาดา ราษฎร์, ศุภสุดา โพธิ์ไธสง, วิภาดา มาลากรรณ, วิลาสินี สำเนียง, ธนกร เจริญกิตติวัฒน์, นิชาต์ มูลคำ, นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นพ.กิตติกา อรรถศิลป์, ผศ. ดร.ปิยะรัตน์ ศิลปคุกรวงศ์, นพ.ดนัยภัทร บุญเฉลิมวิเชียร

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



ดร. ภาณุ.ขวัญพุดตา อรุณประเสริฐ



ดร. นพ.ยศ ดีระพัฒนานนท์



ปภาดา ราษฎร์

นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่!

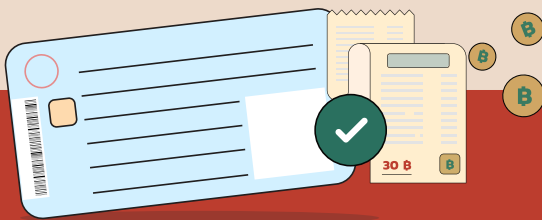
ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย แต่คนยังสับสนหน่วยบริการ

กรกฎาคม 2567

- ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่" ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ทั้งในจังหวัดน่านรอง และจังหวัดเปรียบเทียบที่ยังไม่ได้เริ่มนโยบายนี้
- ประชาชนในจังหวัดน่านรองระยะที่ 1 กว่า 1 ใน 3 เข้าใจผิดว่าสามารถรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน หรือร้านยาทุกแห่งได้ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ซึ่งข้อเท็จจริง คือ หน่วยบริการนั้นต้องเป็นหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนถึงจะสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล
- ผู้ป่วยและครอบครัวในจังหวัดน่านรองมีค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยและครอบครัวในจังหวัดเปรียบเทียบ
- ประชาชนในจังหวัดน่านรองมีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากกว่าประชาชนในจังหวัดเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ อาจบ่งบอกว่านโยบายดังกล่าวทำให้ประชาชนตื่นตัวและได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งอาจส่งผลดีในด้านอื่น ๆ เช่น เศรษฐกิจและสังคม ในอนาคต

ประชาชนคิดเห็นและเข้าใจอย่างไร?

เกี่ยวกับนโยบาย **30 บาท รักษาทุกที่**
ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว



จากสำรวจการรับรู้และการใช้บริการสุขภาพ
ของประชาชน **1,618** คน พบว่า



ร้อยละ

99



เห็นด้วยกับการดำเนินนโยบายดังกล่าวของ
รัฐบาล ส่วนใหญ่คิดว่านโยบายนี้ทำให้ประชาชน
ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย สะดวกในการเดินทาง
และสามารถเลือกสถานพยาบาลได้เอง ส่วนผู้ที่
ไม่เห็นด้วยมีความกังวลเรื่อง คุณภาพบริการ
การรอคิวในโรงพยาบาลที่มีหมอเฉพาะทาง
และภาครัฐไม่มีงบประมาณเพียงพอสำหรับ
การจ่ายให้สถานพยาบาลเอกชน



จังหวัดน่านรองในช่วงเริ่มต้น
มีการประชาสัมพันธ์ที่มาก
แต่อาจยังขาดรายละเอียดของนโยบาย
จึงทำให้ประชาชนเกิดความสับสน



ข้อเท็จจริง คือ

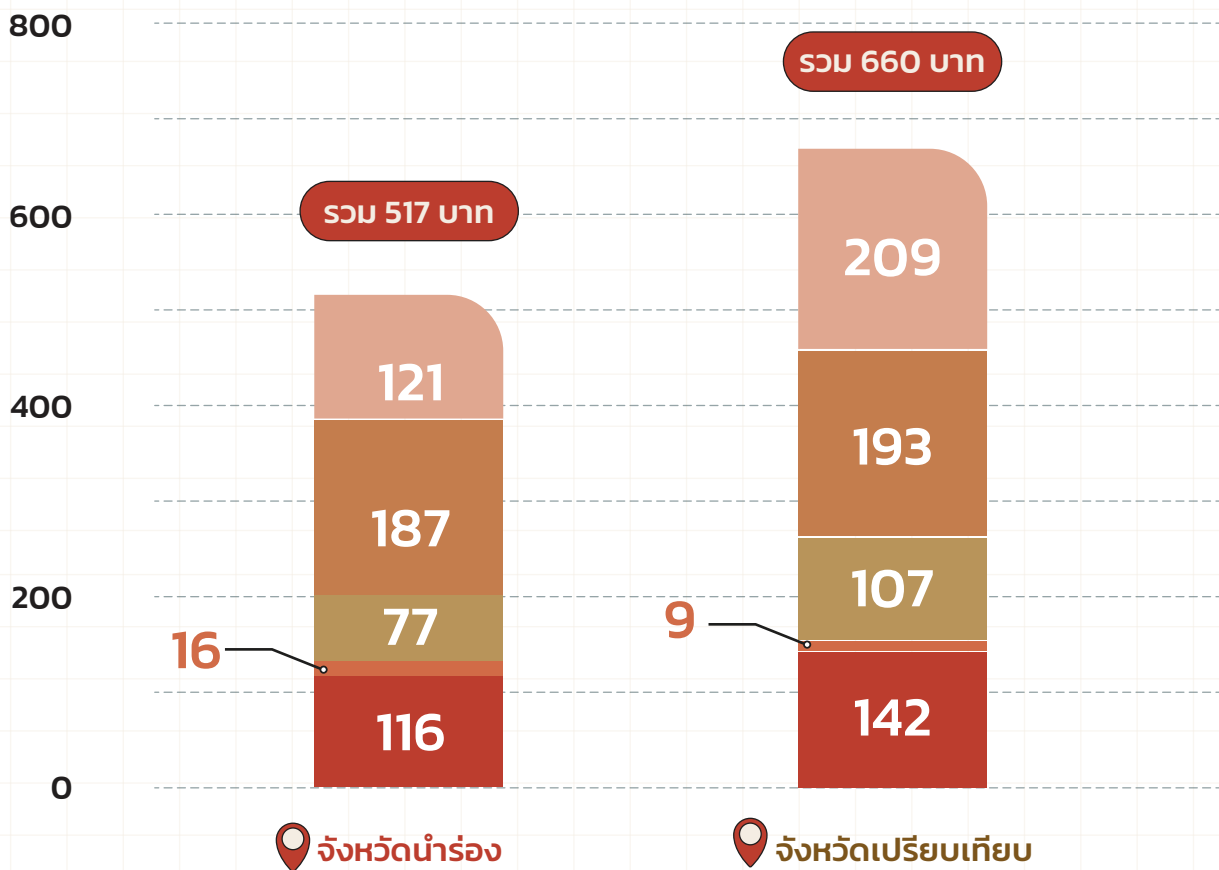
ต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน
และอยู่ในประกาศของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สปสช.) เท่านั้น



ผู้ป่วยและครอบครัวในจังหวัดน่านรอง มีต้นทุนในการไปรับบริการสุขภาพลดลง

เมื่อเทียบกับผู้ป่วยและครอบครัวในจังหวัดเปรียบเทียบ เกิดครั้ง
เป็นค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการไปรับบริการสุขภาพ
รองลงมาเป็นค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มและ
ค่าอาหาร (ดังรูปที่ 1)

ต้นทุนผู้ป่วย (บาท)



ค่าเดินทางไปและกลับ

ค่าอาหารและเครื่องดื่ม

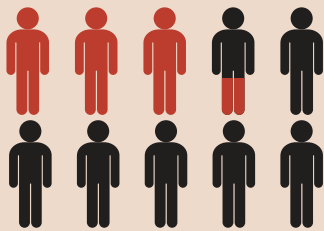
ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่ม

ค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน

ค่าเสียโอกาสของญาติ

รูปที่ 1 ต้นทุนในการไปรับบริการสุขภาพจำแนกตามประเภทต้นทุนและพื้นที่การสำรวจ

ประชาชนในพื้นที่นำร่องรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากกว่าพื้นที่อื่น



HEADLINE
Uploading news



HEADLINE

HEADLINE

HEADLINE

HEADLINE

HEADLINE

HEADLINE

ประชาชนในจังหวัดนำร่องมีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากกว่า

ประชาชนในจังหวัดเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญ (ดังรูปที่ 2) อาจบ่งบอกว่า นโยบายดังกล่าวทำให้ประชาชนตื่นตัวและได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งอาจส่งผลดีในด้านอื่น ๆ เช่น เศรษฐกิจ และสังคม ในอนาคต

สัดส่วนกลุ่มคนจำแนกตามความรอบรู้

จังหวัดนำร่อง

43.8%

16.0%

16.6%

14.0%

9.7%

จังหวัดเปรียบเทียบ

57.0%

18.1%

9.5%

7.4%

8.1%

0%

20%

40%

60%

80%

100%

กลุ่มคนที่มีความรอบรู้
น้อยที่สุด (Q1)

Q2

Q3

Q4

กลุ่มคนที่มีความรอบรู้
มากที่สุด (Q5)

รูปที่ 2 สัดส่วนกลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำแนกตามความรอบรู้และพื้นที่การศึกษา

เกี่ยวกับการศึกษา

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้รับมอบหมายจากสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ประเมินนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" โดยใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ที่ทีมวิจัยและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันท่วงที ส่วนหนึ่งของการประเมินนี้คือ

การสำรวจการรับรู้และการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ภายใต้นโยบาย 30 บาท

รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ของประชาชน 803 คน ใน 4 จังหวัดนำร่อง

ได้แก่ ร้อยเอ็ด นครราชสีมา เพชร และเพชรบุรี และประชาชน 815 คน

ในจังหวัดเปรียบเทียบที่ยังไม่ได้ดำเนินนโยบายนี้ ได้แก่ ขอนแก่น

สงขลา อุตรดิตถ์ และประจวบคีรีขันธ์ ในระหว่างเดือน

กุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่นำร่อง"

ดร. ภาณุ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ภาณุ.นิธิเจน กิตติรัชกุล, ดร. ภาณุ.ขวัญพุดธา อรุณประเสริฐ, พรอุมา ราศี, ปภาดา ราษฎร์อน, ศุภสุตา โพธิ์โสริย์, วิศวะ มาลากรรณ, วิลาสินี สำเนียง, ธนกร เจริญกิตติวุฒ, นิชาต์ มูลคำ, นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ (IHPP)

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



ดร. ภาณุ. ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว

รักษาใกล้บ้าน ลดการเดินทาง ลดโลกร้อน กับนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ตุลาคม 2567

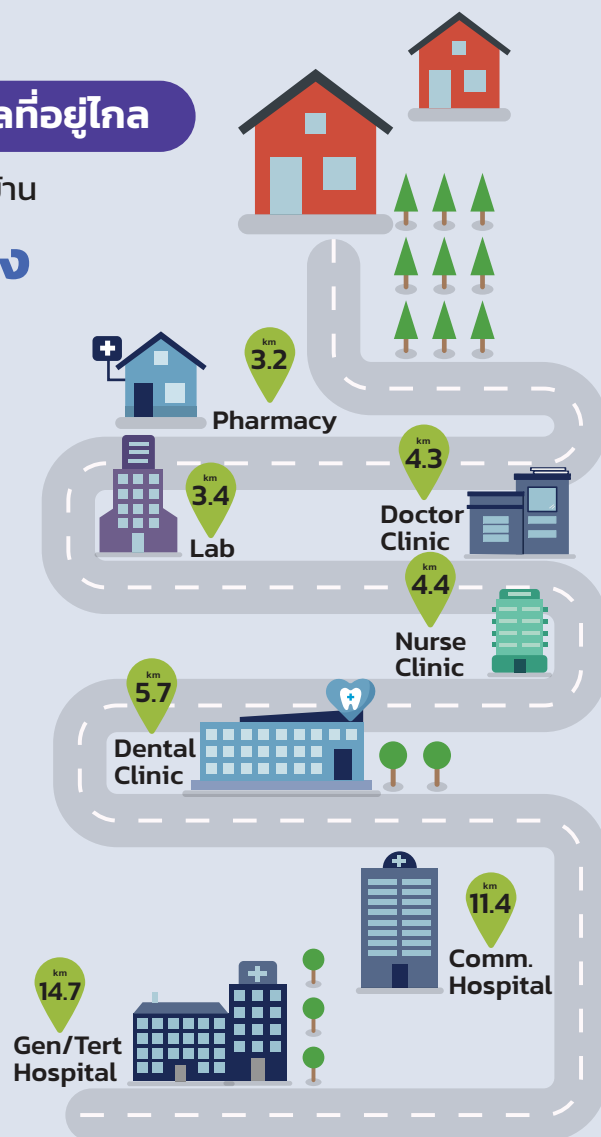
- "นโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นนโยบายที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม" ทำให้ประชาชนมีความสะดวกและลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ โดยเฉพาะหน่วยนวัตกรรมประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก
- ประชาชนที่เดินทางไปยังโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานพยาบาลของกระทรวงส่วนใหญ่มักเลือกใช้รถยนต์ส่วนตัวเป็นหลัก ทำให้ต้องเดินทางเป็นระยะทางที่ไกลกว่า (เฉลี่ย 13 กิโลเมตร) เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยนวัตกรรมที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น คลินิกและร้านขายยา (เฉลี่ย 4 กิโลเมตร) ที่ประชาชนสามารถเดินทางโดยจักรยานยนต์หรือเดินทางเท้าได้มากกว่า
- การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการเดินทางลดลงเฉลี่ย 3 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์ต่อครั้ง เทียบเท่ากับ การดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 1/3 ของต้นไม้หนึ่งต้นต่อปี
- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเดินทางของผู้ป่วย โดยการเลือกสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านมากขึ้น สามารถลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในภาคสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยจำนวนมากเลือกใช้บริการใกล้บ้าน

ข้อค้นพบสำคัญ

1. ประชาชนลดการเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ไกล

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมักอยู่ไกลบ้าน

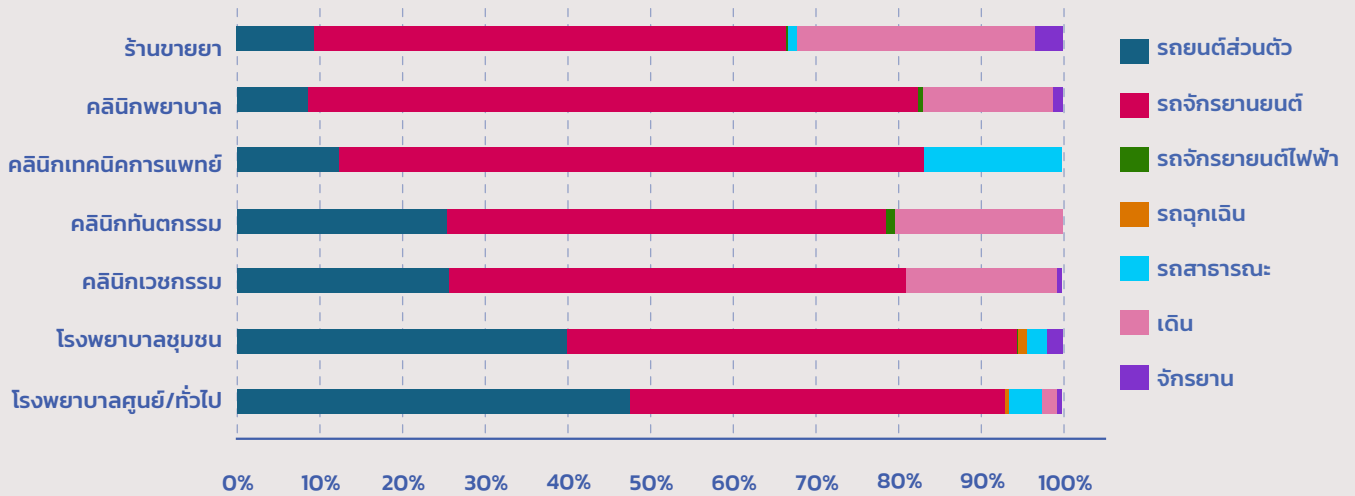
**ประชาชนต้องเดินทางเป็นระยะทาง
โดยเฉลี่ย 11 – 15 กิโลเมตร**





คลินิกเอกชน เช่น ร้านยา มักกระจายตัวอยู่ใกล้ชุมชนมากกว่า ทำให้ประชาชนเปลี่ยนมาเลือกรูปแบบการเดินทางที่ปล่อยมลพิษน้อยกว่า ดังกราฟที่ 1

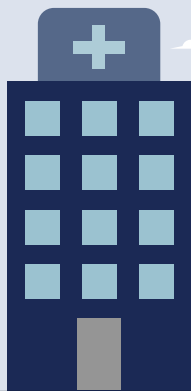
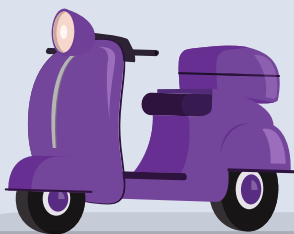
กราฟที่ 1 รูปแบบการเดินทาง



2. รูปแบบการเดินทางเปลี่ยนแปลงไป

ประชาชนเกินร้อยละ 90

เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว หรือ จักรยานยนต์ เพื่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน



ประชาชนเลือกใช้การเดินทาง หรือจักรยานมากขึ้น

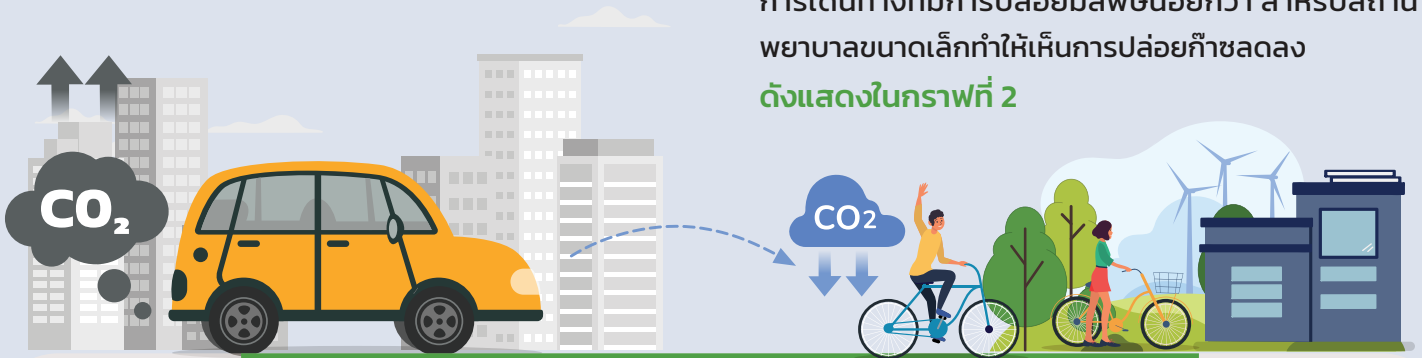
ในกรณีที่รับบริการที่ร้านยาหรือคลินิกเอกชนซึ่งมี ระยะทางที่ใกล้กว่าและสถานที่ตั้งที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น

3. การปล่อยมลพิษจากการเดินทางและรูปแบบการเดินทาง

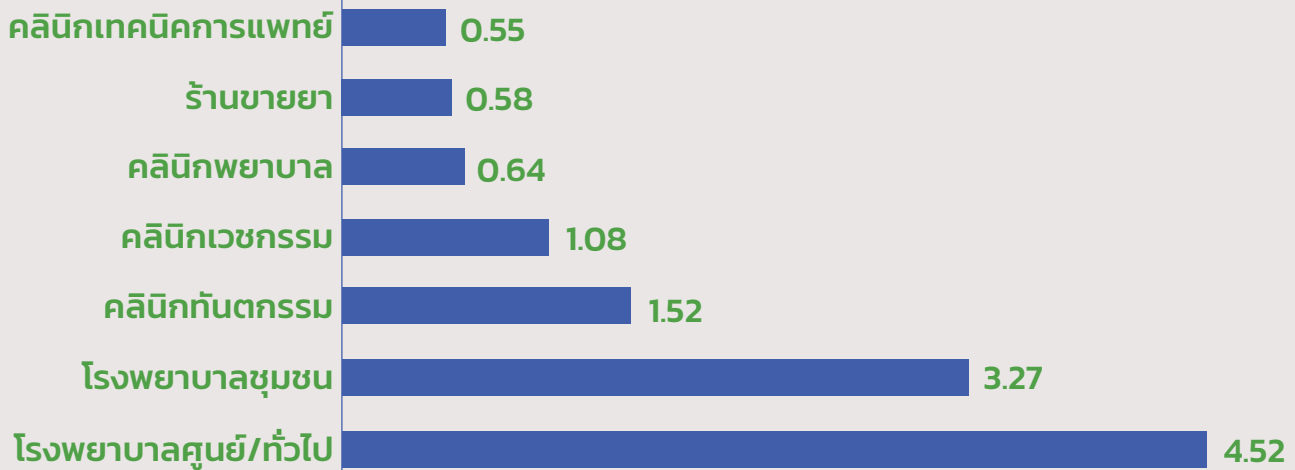
ระยะทางและยานพาหนะที่ใช้เดินทาง มีความสัมพันธ์ต่อการปล่อยมลพิษ เช่น ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) อย่างมีนัยสำคัญ

การเดินทางระยะไกลและการใช้รถยนต์ส่วนตัวไปยังสถานพยาบาลขนาดใหญ่ทำให้การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) สูงขึ้นในขณะที่การเลือกเดินทางระยะสั้นและการใช้วิธีการเดินทางที่มีการปล่อยมลพิษน้อยกว่า สำหรับสถานพยาบาลขนาดเล็กทำให้เห็นการปล่อยก๊าซลดลง

ดังแสดงในกราฟที่ 2



กราฟที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปล่อยการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการเดินทางของผู้ป่วย (kg CO₂e per visit)*



*kg CO₂ e per visit หมายถึง กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อครั้งที่เดินทางไปรับบริการ เป็นหน่วยวัดผลกระทบของก๊าซเรือนกระจกต่าง ๆ เทียบเท่ากับคาร์บอนไดออกไซด์

สถานพยาบาลขนาดใหญ่ และระยะทางไกล

- ระยะทางไกลและมีการใช้ยานพาหนะส่วนตัวที่ปล่อยมลพิษสูงส่งผลให้มีการปล่อยก๊าซ CO₂ ต่อครั้งที่รับบริการสูงกว่า
- ยิ่งระยะทางไกลขึ้นเท่าใด การปล่อยก๊าซ CO₂ ก็ยิ่งเพิ่มขึ้นตาม เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้รถยนต์ส่วนตัวมากขึ้น

สถานพยาบาลขนาดเล็ก และระยะทางสั้น

- ระยะทางสั้นและมีการใช้ยานพาหนะที่ปล่อยมลพิษน้อย เช่น จักรยานยนต์ การเดินเท้า หรือจักรยาน ทำให้การปล่อยมลพิษจากการเดินทางไปคลินิกเวชกรรมต่ำกว่า
- การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านและใช้วิธีการเดินทางที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม สามารถลดการปล่อยมลพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ผลกระทบโดยรวมต่อการปล่อยก๊าซ CO₂ ในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ไกล ไปยังสถานพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ใกล้ประชาชน สามารถลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของภาคสาธารณสุขโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังลดความจำเป็นของการเดินทางไปยังสถานพยาบาลโดยตรง โดยปรับเปลี่ยนให้มีการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทุกที่ แคมเปญช่วยลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเดินทางได้อีกมหาศาลอีกด้วย

เกี่ยวกับการศึกษา

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้รับมอบหมายจากสำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ประเมินนโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" โดยใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ที่ทีมวิจัยและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันท่วงที ส่วนหนึ่งของการประเมินนี้ คือ การศึกษาผลกระทบต่อการปล่อยมลพิษจากพฤติกรรมการเดินทางของประชาชนในการรับบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากการสำรวจประชาชน 803 คน ใน 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ร้อยเอ็ด นราธิวาส แพร่ และเพชรบุรี และประชาชน 815 คน ในจังหวัดเปรียบเทียบที่ยังไม่ได้ดำเนินนโยบายนี้ ได้แก่ ขอนแก่น สงขลา อุตรดิตถ์ และประจวบคีรีขันธ์ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่นำร่อง"

โดย ดร. ญญ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิต, ญญ.นิเจน กิตติรัชกุล, ดร. ญญ.ขวัญพุดธา อรุณประเสริฐ, พว.พรอุมา ราศี, ปภาดา ราษฎร์, ศุภสุดา โพธิ์ไธย, ดร.วิศวะ มาลากรรณ, วิลาสินี สำเนียง, ธนกร เจริญกิตติวุฒ, นิชาต์ มูลคำ, นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นพ.กิตติกา อรรถศิลป์, ดร.ปณณรค์ม คิลปรัตน์วงศ์ และ นพ.ดนัย ภัทร บุญเฉลิม

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



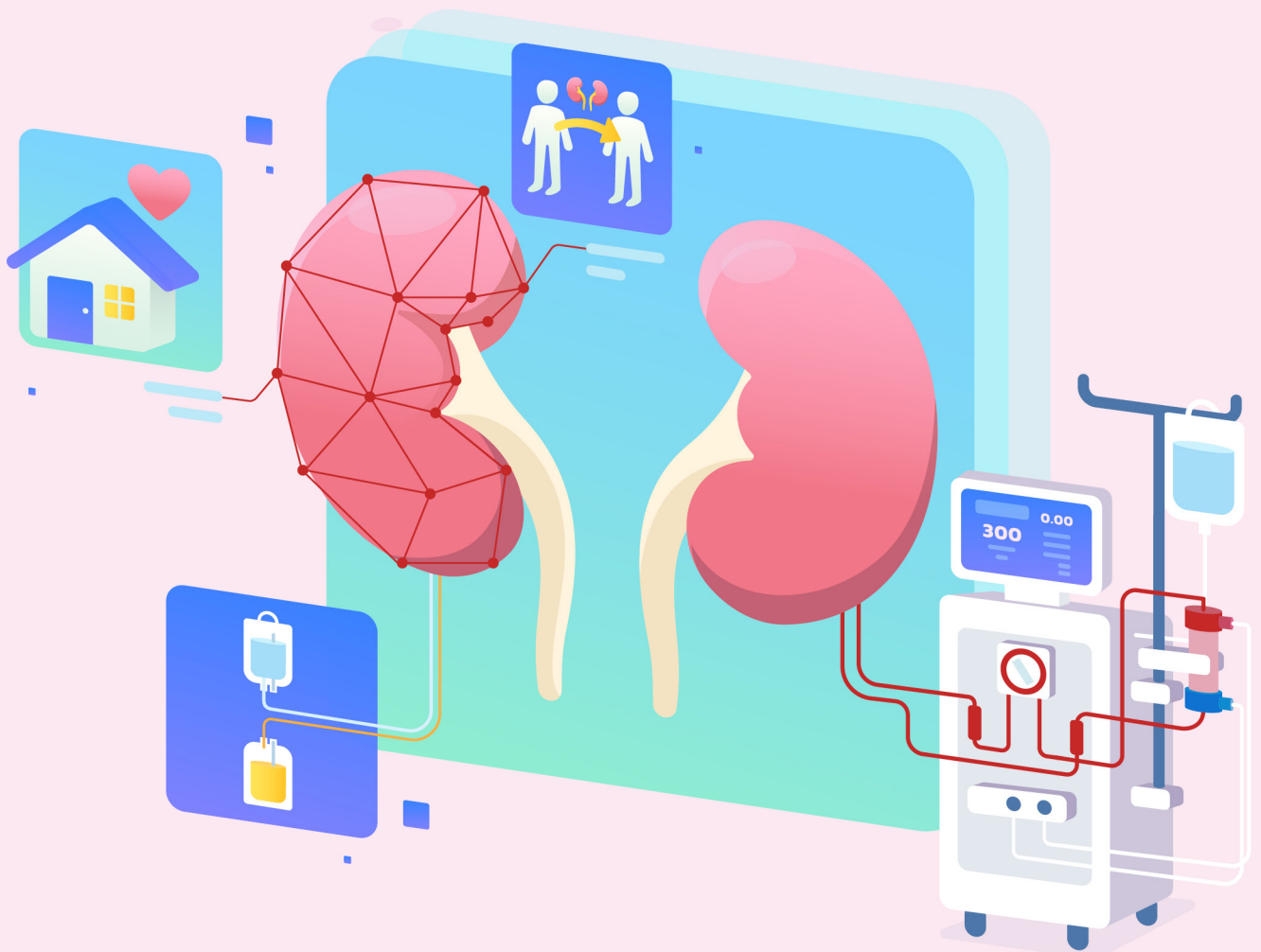
วิลาสินี สำเนียง



ธนกร เจริญกิตติวุฒ



ดร.วิศวะ มาลากรรณ

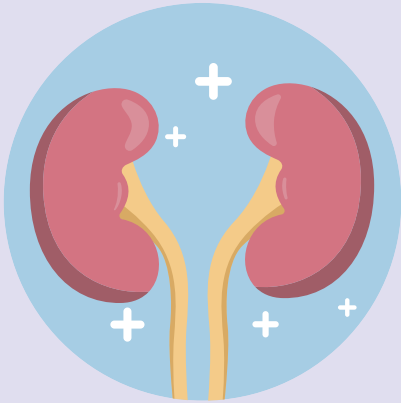


ทางเลือก

ผู้ป่วยไตที่ไม่ใช่แค่การฟอกเลือด
บทเรียนเพื่อเพิ่มการเข้าถึง
และการป้องกันผลกระทบ

เสียงจากการเปลี่ยนแปลง นโยบายบำบัดทดแทนไตปี 2565

พฤศจิกายน 2567



- ในปี 2551 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มนโยบายที่ให้สิทธิประโยชน์กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- นโยบายนี้ใช้เวลาหลายปีในการเตรียมการและเริ่มดำเนินการจนสำเร็จ ทำให้ประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากนานาชาติ ในฐานะแบบอย่างของประเทศกำลังพัฒนา ที่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไตวายได้เป็นจำนวนมาก โดยใช้งบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนไม่มาก
- ต่อมาปี 2565 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยให้สิทธิประโยชน์กับผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นทางเลือกแรกก็ได้ ภายใต้การตัดสินใจร่วมกับแพทย์
- การเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เลือกรับการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดการณ์และมีการเสียชีวิตเร็วขึ้นมาก จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีมุมมองที่แตกต่างกัน

เส้นเวลาของการเปลี่ยนแปลง

นโยบายบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

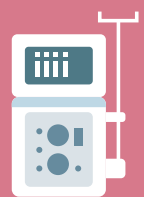


ผู้ป่วยโรคไตราว
6,000 คน
ต้องร่วมจ่าย
ค่าฟอกเลือดใน
สิทธิบัตรทอง



โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เป็นหนึ่งในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากในการดูแลรักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการล้มละลาย



วิธีบำบัดทดแทนไตที่มีในประเทศไทย

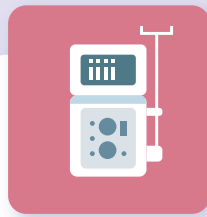
แบ่งออกเป็น 3 วิธี ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกันไปได้แก่



PD

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis):

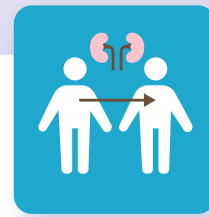
ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำได้เองที่บ้าน โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตผ่านทางท่อที่ต่อเข้าไปในช่องท้อง ทำได้ทุกวัน วันละหลายครั้ง แต่เสี่ยงติดเชื้อและผู้ป่วยบางคนต้องมีผู้ดูแลต่อเนื่อง



HD

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis):

แพทย์และพยาบาลที่ศูนย์ไตเทียมเป็นผู้ให้การดูแล โดยมีการแทงเข็มเข้าเส้นเลือดดำที่แขน ให้เลือดไหลผ่านเครื่องฟอก ผู้ป่วยต้องเดินทางไปศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จึงมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และบางคนอาจต้องมีผู้ดูแลในการเดินทาง



KT

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation):

การผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุดเพราะผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับก่อนไตวายได้มากที่สุดโดยกินยากดภูมิคุ้มกันไปตลอด แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนการบริจาคได้น้อยจึงต้องรอคอยหลายปีกกว่าจะมีไตบริจาคที่เข้ากันได้

ลำดับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ปี พ.ศ.
2545



มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น

เพื่อดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การรักษาโรคต่างๆ แก่คนไทย แต่ยังไม่ครอบคลุมการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพราะมีค่าใช้จ่ายสูงมากและยังขาดวิธีการบริหารจัดการที่ดี

ปี พ.ศ.
2551



หลังจากทำการวิจัยอยู่หลายปี สปสช. ได้นำนโยบาย PD First มาใช้

ด้วยการให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถล้างไตผ่านช่องท้องได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าหากต้องการฟอกเลือดตามความต้องการของตนเอง จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่อเอง

ปี พ.ศ.
2554



กลุ่มเพื่อนโรคไตได้ร้องเรียนไปยังสปสช. เนื่องจากเห็นว่า นโยบาย

ปี พ.ศ. 2551 นั้น ไม่ให้สิทธิที่เท่าเทียมแก่ผู้ป่วยโรคไตในการบำบัดทดแทนไต

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และคนไข้ในระบบประกันสังคม

ปี พ.ศ.
2557

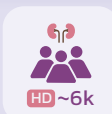


เกิดการประท้วงจากรัฐบาลทหาร และได้มีการตั้งโต๊ะอภิปราย

โดยนักวิชาการจากหลายสาขาถึงความเหมาะสมของนโยบาย PD First

โดยอ้างผลการรักษาที่ไม่ดีของการล้างไตทางช่องท้องเปรียบเทียบกับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปี พ.ศ.
2564



กลุ่มเพื่อนโรคไตได้เรียกร้องไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น

ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยกว่า 6 พันคนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย HD เอง

ทั้งที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

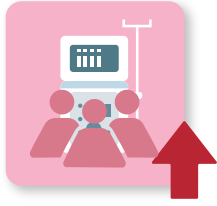
ปี พ.ศ.
2565



สปสช. ได้รับนโยบายบำบัดทดแทนไต ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการบำบัด

ทดแทนไตได้อย่างอิสระโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้ง PD, HD และ KT

ท่ามกลางกระแสการเลือกตั้งทั่วไปที่กำลังจะเกิดขึ้นเพราะใกล้หมดวาระของสภาผู้แทนราษฎรและรัฐบาล



ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหันมาใช้บริการรักษาด้วยการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดไว้



จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังเริ่มรักษา

และเกิดผลกระทบอีกหลายประการ จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมุมมองที่แตกต่างกันต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างฉับพลันในครั้งนี้

ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ฯลฯ **สรุปออกมาเป็น 'เสียง'** จากหลายมุมมองของการเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งนี้ ดังนี้

ผลกระทบเชิงบวก +

- ผู้ป่วย**มีสิทธิเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต**ตามที่ต้องการ



"คนไข้ก็รู้สึกว่าเขาไม่ได้ถูกบังคับเหมือนกับที่ผ่านมามันเขารู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจว่าพอเป็นคนไข้บัตรทองก็ถูกโยนให้ล้างที่บ้าน"

- บุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของ HD ได้**คำตอบแทนเพิ่มขึ้น**และ**มีการจ้างงานเพิ่มขึ้น**เนื่องจากมีผู้ป่วยเปลี่ยนมาฟอกเลือด (HD) มากขึ้น มีศูนย์ไตเทียมภาคเอกชนเปิดใหม่เพิ่มขึ้นทั้งที่เปิดใน sw. รัฐ และที่ตั้งใหม่เป็นศูนย์ขนาดเล็กกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ



"คำตอบแทนของพี่พยาบาล HD จะได้ค่า OT มากกว่า (พยาบาลคนอื่น ๆ)"

ผลกระทบเชิงลบ -

- ทำให้มีการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**เพิ่มสูงขึ้น**มากจากจำนวนผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิรักษาเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวและเกือบทั้งหมดเลือกวิธีฟอกเลือด (HD)

- ผู้ป่วยและครอบครัวเสียเงินค่าเดินทาง**เพิ่มขึ้น** โดยเฉพาะผู้ที่เลือกฟอกเลือด (HD) ที่บ้านอยู่ไกลจากศูนย์ไตเทียมหรือโรงพยาบาล

- คุณภาพของศูนย์ไตเทียมหลายแห่งถูกมองว่า**ต่ำกว่า**เกณฑ์มาตรฐาน จากความสงสัยในเรื่องการตรวจสอบคุณภาพสถานบริการ



"คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะทุกคนอยากเปิดและเอาคนไข้เข้าไป ฟอกไม่ครบเวลา ความสะอาดของหน่วยบริการไม่ได้ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน"

- มีการจ่ายเงินจูงใจโดยหน่วยไตเทียมภาคเอกชนเป็นจำนวนมาก เพื่อให้แพทย์ส่งผู้ป่วยไปยังศูนย์ไตเทียมเอกชนเหล่านั้น ทำให้แพทย์มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการให้คำปรึกษาเลือกวิธีล้างไตแก่ผู้ป่วย



"มีหมอที่ไม่รับผลประโยชน์เลยก็เยอะ แต่หมอที่เป็นเจ้าของธุรกิจที่รับเงินตรงนี้เลยก็เยอะ และหมอก็ก้าวแบบไม่รู้ไม่เห็นอีกก็เยอะ คำว่าไม่รู้ไม่เห็น คือส่งไปรับ 250 บาท (ต่อครั้งที่ผู้ป่วยไปล้างไต) เจ้าของหน่วยต้องส่งเงินให้... อันนี้แหละครับค่า doctor fee พวกเราจะรู้จักดี เรียกค่า DF มันเลยเกิดปัญหา"

ข้อสังเกตที่พบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ

1. การเกิดขึ้นของนโยบายล้างไตปี 2565 เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ แรงผลักดันทางการเมือง ปัญหาที่เกิดจากข้อจำกัดของนโยบายปี 2551 และความประสงค์ดีของผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องการลด **'ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่การล้มละลายทางการเงินจากการล้างไต'**
2. การเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ เกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิด ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจด้วยความเร่งรีบที่จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยล้มละลาย ภายใต้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การคาดการณ์ผลกระทบที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้องของระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน
3. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับเรื่อง **'ทางเลือกของผู้ป่วย' (patient's choice)** จนทำให้เรื่องคุณภาพของการรักษาถูกลดทอนความสำคัญลง

หากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายอีกในอนาคต

สิ่งจำเป็นที่ควรพิจารณาสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

รวบรวม หลักฐาน



ที่เพียงพอและเป็นข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุม โดยเฉพาะข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ และจากนักวิชาการที่ศึกษาข้อมูลอย่างรอบด้าน

คาดการณ์ ผลกระทบกับ ระบบที่ซับซ้อน



ทั้งผลดี ผลเสียและเหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งกับระบบบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการตัดสินใจ

ระมัดระวังเมื่อ ต้องตัดสินใจ ด้วยความรู้สึก เร่งด่วน



เพราะอาจเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าการใช้หลักฐานเชิงวิชาการ

รักษา ความสมดุล



ระหว่าง 'การเลือกของผู้ป่วย' (patient's choice) และ 'คุณภาพของการดูแลผู้ป่วย' (quality of care)



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" โดยเป็นส่วนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับนักวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ

ผู้เขียน



จิราธร สุตะวงศ์



ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท



อณัยนันท์ ขวนไชยะกุล

ทางออกผู้ป่วยไตไม่ได้มีแค่ฟอกเลือด: บทเรียนต่างประเทศเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต และรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

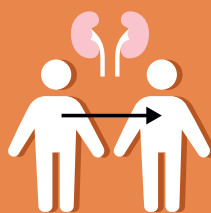
พฤศจิกายน 2567

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีทางเลือกการรักษาที่หลากหลายมากกว่าการฟอกเลือด แต่ปัจจุบันทางเลือกเหล่านี้ยังไม่ใช่วิธีทางเลือกแรก ๆ ของผู้ป่วยในประเทศไทย ทั้งที่มีหลักฐานที่เชื่อได้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่ได้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทุกคน
- กระทรวงสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ควรสนับสนุนการเข้าถึงมาตรการทางเลือกอื่น ๆ เหล่านี้ ด้วยการจัดให้มีระบบเพื่อให้ความรู้ทางเลือกกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 4 คือก่อนถึงเวลาที่ต้องเริ่มล้างไต 2-3 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาอย่างถ่วง โดยกำหนดให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนที่จะเป็นแพทย์หรือพยาบาลโรคไตเพียงคนเดียว
- กำหนดวิธีและอัตราการจ่ายค่าบริการบำบัดทดแทนไตทางเลือกหรือการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองที่เหมาะสมกว่า วิธีการจ่ายเงินในปัจจุบันที่มีแรงจูงใจให้แพทย์ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น และการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมถึงระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองที่ชัดเจน ล้วนเป็นมาตรการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลดีในต่างประเทศและสมควรที่จะพิจารณาใช้ในประเทศไทยต่อไป

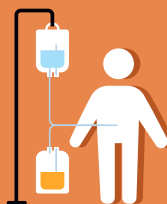
ข้อค้นพบสำคัญ

ไม่มีการรักษาที่ดีที่สุด มีแต่การรักษา ที่เหมาะสมที่สุด

ผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เหมือนกับ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีทางเลือก
การรักษาที่หลากหลาย รวมถึง



การผ่าตัด
ปลูกถ่ายไต



การล้างไต
ทางช่องท้อง



การรักษา
แบบองค์รวม
ชนิดประคับประคอง

ซึ่งที่ผ่านมาทางเลือกเหล่านี้ยังไม่ใช่วิธีทางเลือกแรก ๆ
ของผู้ป่วยในประเทศไทย ส่วนใหญ่เลือกการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งที่มีหลักฐานที่เชื่อได้ว่า

**การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด
สำหรับทุกคน**

เห็นได้จากการเพิ่มสูงขึ้นของการเสียชีวิต
หลังการเริ่มล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมใน 90 วัน

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง

หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม
โดยทีมบุคลากรสหวิชาชีพ โดยปราศจากการบำบัดทดแทนไตหรือ
อาจได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิต
หรือเพื่อลดอาการเป็นหลัก การรักษาแบบนี้มีความสำคัญกับผู้ป่วย
และญาติเพราะสามารถช่วยลดความลำบาก ทรมานหรือแม้กระทั่ง
ช่วยยืดเวลาให้ผู้ป่วยโรคไตได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข
ได้ยาวนานขึ้นเมื่อเทียบกับการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยที่ไม่
มีความพร้อม

ความเข้าใจผิดที่พบบ่อย



ผู้ป่วยและญาติเข้าใจผิดว่า
หากไม่ยอมเลือกเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต
ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์
และบุคลากรทางการแพทย์

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอายุที่ยืนยาวกว่าการบำบัด
ทดแทนไต จึงน่าจะเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อญาติ
ของตนเองอย่างแท้จริง

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมนานาชาติเพื่อทราบมาตรการด้านนโยบายที่ได้ผลจริงในการเพิ่มการเข้าถึง
การรักษาทดแทนไตที่บ้าน อันได้แก่ การล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่บ้าน
และการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง ซึ่งพบว่า

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและ
การคงอยู่ของการล้างไตที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น



1 มาตรการด้านการให้ความรู้และการสื่อสาร



ได้แก่ การให้ความรู้ที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยไม่มีแรงจูงใจและ
ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน มีองค์ประกอบของการ**เยี่ยมบ้าน**
และการ**พูดคุยเป็นระยะ ๆ หลายครั้ง** เพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลา
พิจารณาและได้รับข้อมูลรอบด้าน

2 มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ



เช่น อบรมและจัดให้อายุรแพทย์โรคไต วางสายสำหรับล้างไต
ทางช่องท้องได้ด้วยตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนา
คุณภาพบริการ (การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ) และการจัด
บริการช่วยเหลือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ไม่อาจทำได้ด้วย
ตนเอง (Assisted PD)

3 มาตรการด้านการเงินและแรงจูงใจ



เช่น กำหนดอัตราและเงื่อนไขการเหมาจ่ายให้บริการล้างไตทางช่องท้องให้มีค่าไถ่มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การจ่ายเงินแบบมัดรวม (bundle payment) โดยไม่ขึ้นกับกิจกรรมหรือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ หรือ การสนับสนุนค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดสำหรับผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง แทนที่จะสนับสนุนยานี้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่านั้น

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีการศึกษาน้อยและมักถูกมองข้าม ทั้งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว



มาตรการที่พบว่ามีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในระบบการให้บริการและแจ้งเตือนไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น **การใช้แบบประเมิน "Surprise question"** และ**ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ** ส่งต่อและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการรักษาทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองที่ชัดเจน

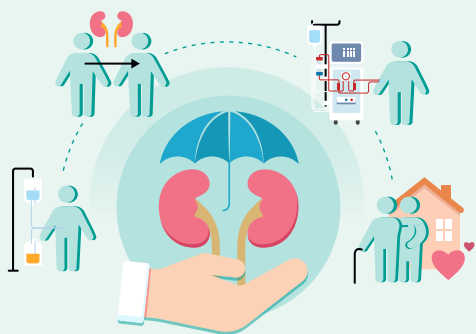
1? ตัวอย่างการใช้แบบประเมิน Surprise question



เป็นวิธีการง่าย ๆ ด้วยการตั้งคำถามกับบุคคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยว่า

Q. "ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตในอีก 6-12 เดือนข้างหน้า?"

A. ถ้าคำตอบคือไม่ประหลาดใจ แสดงให้เห็นความจำเป็นของผู้ป่วยในการได้รับการรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง



การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายของการบำบัดทดแทนไต ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2551 - 2565 มีเหตุการณ์ รวมถึงผลกระทบที่ตามมามากมาย เป็นเหตุให้คณะผู้วิจัยทำการถอดบทเรียนของนโยบายฯ เพื่อการศึกษานี้จะทำให้เข้าใจถึงสถานะแวดล้อมและการดำเนินงานของนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำไปอ้างอิงเพื่อการวิเคราะห์นโยบายในอนาคตสำหรับประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอื่น ๆ อีกทั้งการศึกษานี้จะช่วยสร้างความกระจ่างเกี่ยวกับสิ่งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการบรรจุบริการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ"

โดยงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับนักวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ

ผู้เขียน



พญ.นาตาชา ขวาลา



นพ.กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย



นัชชา ยงพิพัฒน์วงศ์



จิราธร สุตะวงศ์



รศ. ดร. พญ.อัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

นโยบายการบำบัดทดแทนไต ใหม่ ปี 2565

มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพอย่างไร

และใน 10 ปีข้างหน้าจะเกิดอะไรขึ้น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลง

พฤศจิกายน 2567

- ในปี พ.ศ. 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศนโยบายใหม่ โดยให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง จากเดิมที่ต้องเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (PD) เป็นอันดับแรกเว้นแต่จะมีข้อห้ามจึงจะได้รับการอนุมัติจึงจะเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้
- หลังการเปลี่ยนนโยบาย มีจำนวนผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ที่เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว ในขณะที่จำนวนผู้ป่วย PD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
- อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย HD เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเสียชีวิตภายใน 90 วันแรก และมีภาวะคอขวดทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมเส้นเลือดถาวรเพื่อการฟอกเลือดช้าลง
- ภาระงบประมาณที่ใช้ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 10 ของงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด

นโยบายใหม่ 1 ก.พ. 2565 ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง เลือก “ฟอกไต” แบบที่ใช้ ได้ทุกคน

โรคไตเรื้อรัง

เป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะหากเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วย “การบำบัดทดแทนไต” (หรือที่นิยมเรียกว่า “ฟอกไต” หรือ “ล้างไต”) โดยผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต หรือจนกว่าจะได้รับการปลูกถ่ายไต

ทางเลือกของการบำบัดทดแทนไตนั้น มีอยู่ 2 วิธี ได้แก่



การฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม
(Hemodialysis: HD)



การล้างไต
ทางช่องท้อง
(Peritoneal dialysis: PD)

ในทางการแพทย์ทั้งสองวิธีถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาใกล้เคียงกัน โดยอาจมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่างกันออกไปขึ้นกับสภาวะร่างกาย โรคร่วม และความสามารถในการดูแลตนเอง

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา

ผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง มีสิทธิเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตได้ฟรี โดยนโยบายกำหนดให้ผู้ป่วย

เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก “PD First policy”

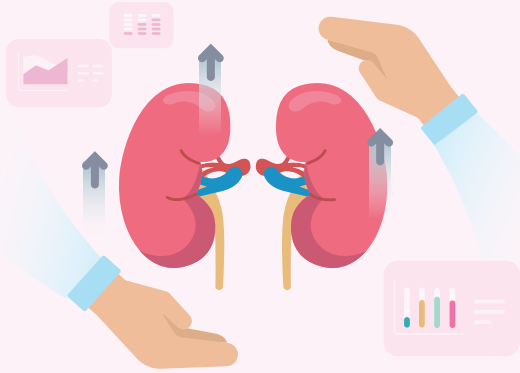
เว้นแต่จะมีข้อห้าม และได้รับการอนุมัติจาก สปสช. จึงจะสามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้



ในปี พ.ศ. 2565 สปสช. ได้ประกาศนโยบายใหม่

โดยให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง

ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ก.พ. 2565 เป็นต้นไป



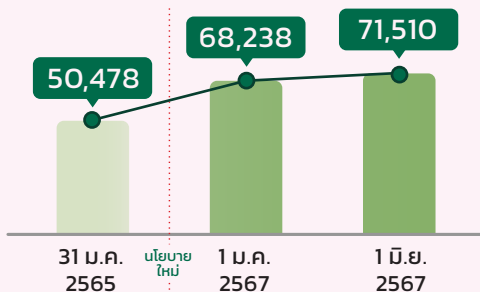
การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่รับบริการบำบัดทดแทนไต จากระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD_DMIS) ของ สปสช. ร่วมกับข้อมูลการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของ สปสช. และ ฐานข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Thailand Renal Replacement Therapy (TRT) database) โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ต่อผู้ป่วย สถานบริการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลกระทบของนโยบายการบำบัดทดแทนไต

ผลกระทบด้านบวก

- นับตั้งแต่ปรับเปลี่ยนนโยบายเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากแนวโน้มเดิมก่อนเปลี่ยนนโยบาย กล่าวคือในช่วงเวลา 23 เดือนหลังปรับนโยบายดังกล่าว ผู้ป่วยล้างไตสะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น

จำนวนผู้ป่วยล้างไตสะสม (คน)

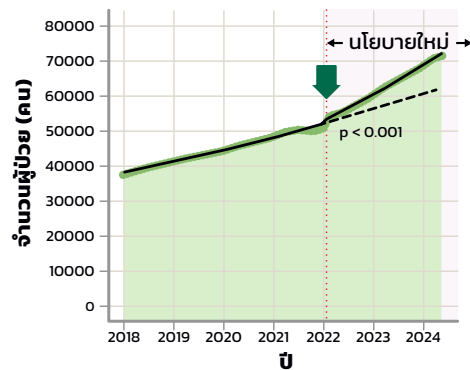


โดยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) โดยเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวก่อนเปลี่ยนนโยบาย ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD) กลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 31

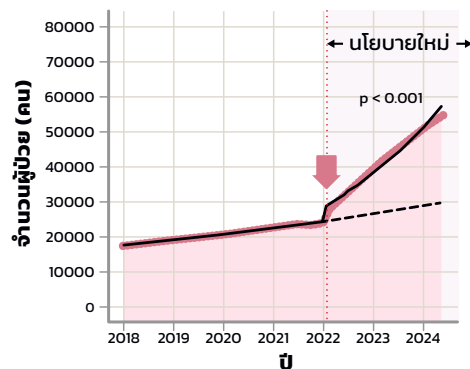
- มีอัตราเกิดหน่วยบริการ HD ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนมากขึ้นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยรับบริการจากหน่วยบริการในภาคเอกชน

หลังปรับนโยบายใหม่ ตั้งแต่ 31 ม.ค. 65 ถึง 1 ม.ค. 67 มีหน่วยบริการ HD เปิดใหม่จำนวน 181 หน่วย หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.3 ภายในระยะเวลา 1 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในเขตเมืองหรือจังหวัดใหญ่ มากกว่าในเขตชนบทหรือจังหวัดที่มีประชากรน้อย มีส่วนกระจายไปยังจังหวัดขนาดเล็กและอำเภอห่างไกลอยู่ด้วยบ้าง

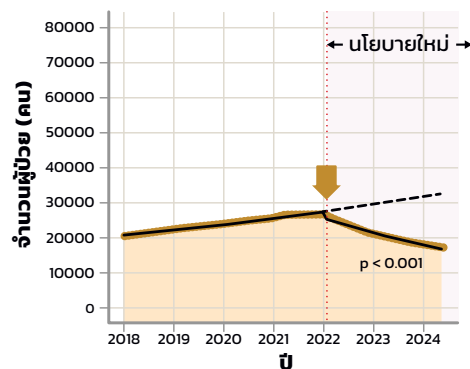
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (รายเดือน) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น



จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นผู้ป่วย HD



ขณะเดียวกันผู้ป่วย PD กลับมีจำนวนลดลง



ผลกระทบด้านลบ

- จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฟอกไตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนปรับนโยบาย โดยเฉพาะการเสียชีวิตในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่มล้างไตด้วยวิธี HD ผลการวิเคราะห์ทางสถิติหลังการปรับผลจากตัวแปรควบคุมประมาณได้ว่าผลจากการปรับนโยบายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตสะสมมากกว่าที่ควรจะเป็น (accumulative excess mortality) อย่างน้อย 5,500 คน ในเวลา 2 ปี นับตั้งแต่การดำเนินการตามนโยบายใหม่ และมีแนวโน้มการเสียชีวิตส่วนเกินในผู้ป่วยล้างไตด้วยวิธี HD สูงดำเนินต่อเนื่องต่อไปในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า ขณะที่จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตผู้ป่วยเสียชีวิตจากวิธีล้างไต PD ไม่แตกต่างกันเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการปรับนโยบาย
- เกิดปัญหาคอขวดของการเตรียมเส้นเลือดถาวรก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนมากจำเป็นต้องใช้สายสวนหลอดเลือดดำชนิดชั่วคราวในระยะแรก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และประสิทธิภาพในการฟอกเลือดต่ำกว่าเส้นเลือดชนิดถาวร
- ภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งงบค่าบริการรักษาทดแทนไตเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนปรับนโยบายที่ต่ำกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 16,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณผู้ป่วยในโดยรวมก็เพิ่มขึ้นจาก 2,900 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 3,900 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งรวมทั้งหมดคิดเป็นกว่าร้อยละ 10 ของงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมดในปีเดียวกัน

- ขีดความสามารถในการให้บริการ PD ลดลงอย่างรวดเร็วจากการโยกย้ายของผู้ให้บริการ PD ไปยัง HD และการลดลงของผู้ป่วย PD ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่จนถึงจุดที่อาจทำให้หน่วยบริการ PD ต้องปิดตัวลงหากไม่ได้รับการแก้ไขทำให้ระบบบริการ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า จนในที่สุดการบริการ PD จะหายไปจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยส่งผลทำให้ประเทศสูญเสียขีดความสามารถและทางเลือกในการรักษาบำบัดทดแทนไต ยิ่งไปกว่านั้นอาจเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเนื่องจากโรงงานผลิตน้ำยาล้างไตในประเทศไทยจำนวน 2 แห่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งทำให้เกิดการจ้างงานและเป็นฐานการผลิตเพื่อส่งออกที่สำคัญอาจต้องปิดตัวลง

- ในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เพิ่มขึ้นอีกจำนวน 300,000 ราย (ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระหว่าง 160,000 – 432,000 ราย)

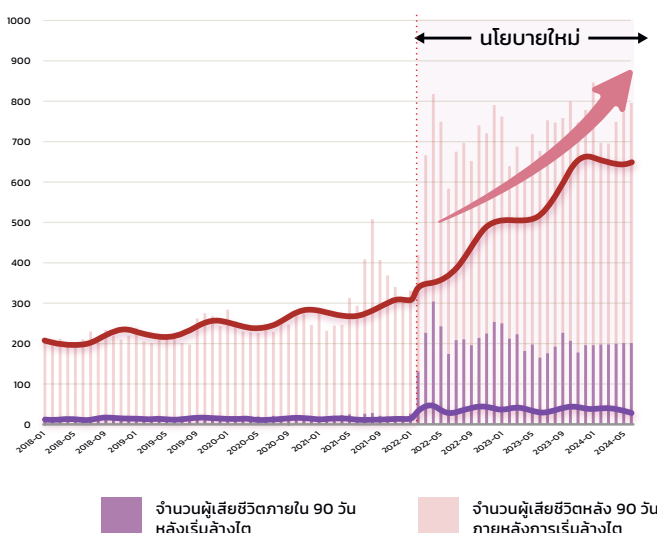
หากสัดส่วนการล้างไต HD:PD ยังคงเป็น 80:20 ตามลำดับอยู่ในปัจจุบัน จะทำให้ระบบการรักษาทดแทนไตทั้ง 2 วิธีเกิดการล้มเหลว

ระบบบริการ HD มีจำนวนการให้บริการสูงกว่าระบบโดยรวมสามารถรองรับได้โดยคุณภาพไม่ลดลง

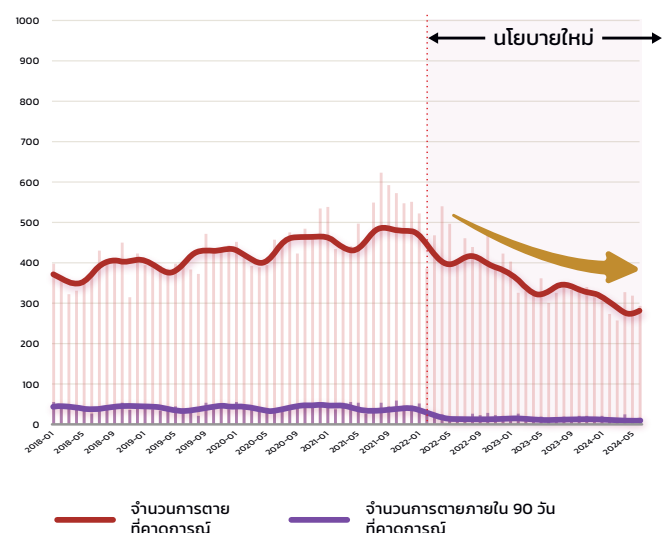
ขณะเดียวกันระบบบริการ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือ อาจหายไปจากระบบบริการ เพราะมีจำนวนการให้บริการที่น้อยเกินกว่าที่จะจัดบริการได้คุ้มค่า



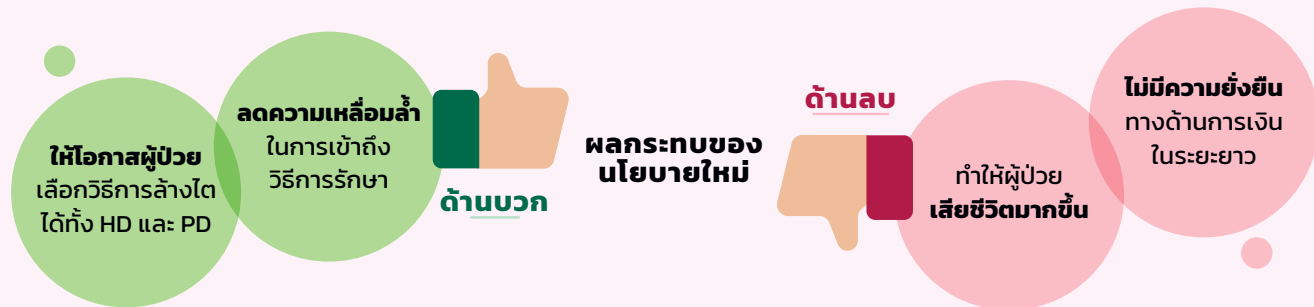
จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย HD



จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย PD



ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง



นโยบายการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนในปี พ.ศ. 2565 เป็นนโยบายที่ใช้ทรัพยากรมากกว่าแต่ได้ประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมต่ำกว่านโยบายเดิม ซึ่งกำหนดให้การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ถึงแม้ว่านโยบายใหม่จะมีข้อดีคือ ให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ทั้ง HD และ PD ตามที่ผู้ป่วยต้องการ และตัดสินใจสอดคล้องกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาของกองทุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศ

อย่างไรก็ตามนโยบายใหม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้นและไม่มีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับปรุงนโยบายดังกล่าวให้ดีขึ้น ซึ่ง สปสช. ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาในเรื่องนี้ และงานวิจัยนี้ได้ถูกใช้พิจารณาโดยคณะทำงานดังกล่าว



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ"

โดยงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับนักวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ

ผู้เขียน



นพ.จิรพันธุ์ พรณจิตต์



รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย



นางสาวจุฬาทิพย์ บุญมา



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



SPEEDD

แผนที่หลักรนำวิจัย
สร้างผลลัพธ์สู่ประชาชน



SPEEDD

S: Service for Early HTA

**บริการประเมินเทคโนโลยี
เพื่อการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ**

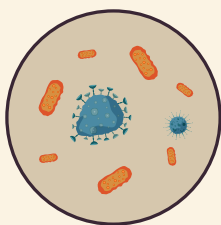
คู่มือสำหรับการพัฒนาชุดตรวจ โรควัณโรคปอดที่คุ้มค่า และเหมาะสมกับความต้องการของระบบสุขภาพ

พฤศจิกายน 2567

- โรควัณโรค (Tuberculosis – TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากแบคทีเรีย (*Mycobacterium tuberculosis* – MTB) เป็นโรคที่ระบบสาธารณสุขโลกมีความกังวล เพราะผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ง่าย ผ่านละอองฝอยจากการหายใจ และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง
- การตรวจคัดกรองวัณโรคด้วยตัวอย่างเสมหะแบบเดิมเป็นวิธีที่ใช้เวลานานและประชากรบางกลุ่มยังมีปัญหาการขากเสมหะเพื่อไปประกอบการตรวจ ดังนั้น การตรวจแบบวิธีทางเลือก โดยใช้การเก็บตัวอย่างส่งตรวจจากวิธีการป้ายลิ้น เป็นวิธีที่ใช้อย่างรวดเร็ว รวดเร็วกว่า และยังเป็นวิธีที่ใช้ได้ในกลุ่มที่มีปัญหาการขากเสมหะอีกด้วย

Thailand Tuberculosis disease burden

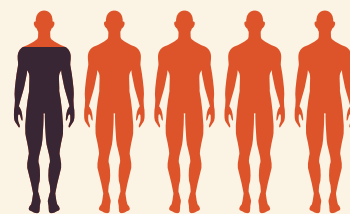
ดัชนีภาระทางสุขภาพของ การเกิดโรควัณโรค ในประเทศไทย



ประเทศไทยจัดอยู่ใน
กลุ่มประเทศที่มีภาระ
โรควัณโรคสูงสุด

30

อันดับแรกของโลก

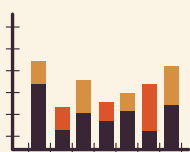
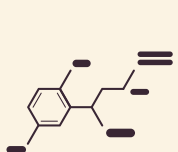


หรือคิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วย

ประมาณ **103,000**
ต่อประชากรรวม

โดยในปี 2554 มีรายงานอัตราการติดโรค
วัณโรค **143** ราย จากประชากร 100,000 คน

การพัฒนานวัตกรรมชุดตรวจวัณโรค เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีระยะเริ่มต้นอย่างไร?



การประเมินเทคโนโลยีในระยะเริ่มต้น (Early Health Technology Assessment – Early HTA) เป็นวิธีการประเมินนวัตกรรมสุขภาพแบบพหุสาขา

โดยมุ่งเน้นไปที่การทำการประเมินตั้งแต่ช่วงต้นของการวิจัยและพัฒนาวัตกรรม ประโยชน์ของการประเมินในระยะเริ่มต้นจะช่วยชี้วิธีการที่เหมาะสมให้นักพัฒนานวัตกรรมได้พัฒนาต่อไปในทางที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต เมื่อนวัตกรรมพัฒนาคลามาเป็นผลิตภัณฑ์

การพัฒนาชุดเก็บตัวอย่างจากการป้ายลิ้นสำหรับส่งตรวจโรคโควิดไม่ใช่เพื่อทดแทน แต่เป็นการเสริมประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองโรคโควิดครอบคลุมไปกับเทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อเผชิญหน้ากับความท้าทายในการเก็บตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่ไม่สามารถผลิตเสมหะเองได้ เช่น เด็ก หรือผู้ป่วย HIVs ตัวอย่างที่เก็บได้จากการป้ายลิ้น สามารถส่งตรวจโดยใช้วิธีการที่มีอยู่แล้วตามโรงพยาบาลทั่วประเทศ อย่างเทคนิคทางโมเลกุล เช่น เทคนิค Xpert MTB/RIF, LAMP และ RT-PCR ซึ่งเป็นวิธีการตรวจที่รวดเร็ว คงค่าความไวและความจำเพาะเมื่อเทียบกับการตรวจเพาะเชื้อ

ดังนั้น เทคโนโลยีชุดเก็บตัวอย่างโดยการป้ายลิ้นจะช่วยเสริมประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองโรคโควิดและยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงให้แก่ผู้ป่วยให้มากขึ้นได้



ข้อดีของการประเมิน Early HTA ในขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม



ช่วยให้นักพัฒนาตัดสินใจว่านวัตกรรมควร "ไปต่อ" หรือ "พอแค่นี้"

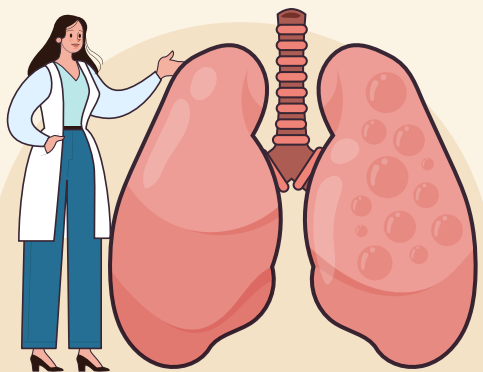
ช่วยออกแบบการทดลองทางคลินิก/ทางการแพทย์

ประเมินความเป็นไปได้ในการตีตลาดหรือมูลค่าทางการตลาดของนวัตกรรม

ออกแบบคุณลักษณะเป้าหมายผลิตภัณฑ์



"คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์เป้าหมายเพื่อการพัฒนา"นวัตกรรม"

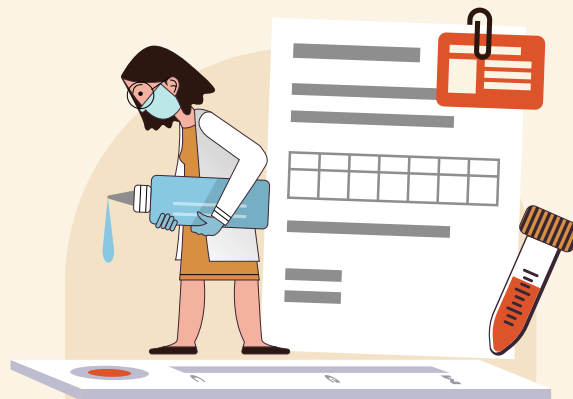


การประเมินเทคโนโลยีระยะต้น (Early HTA) มีการใช้วิธีวิจัยแบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วยการวิจัยภูมิทัศน์ของผลิตภัณฑ์โรคตลาดนวัตกรรม การจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินความคุ้มค่า ของนวัตกรรมด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ มีการประเมินและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ประเมินเทคโนโลยีกับนักพัฒนานวัตกรรมซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่นักพัฒนา เช่น ได้ทราบถึงคุณค่าและมูลค่าของชุดเก็บตัวอย่างส่งตรวจคัดกรองโรคโควิดปอดในประเทศไทย

งานศึกษาวิจัยขั้นนี้ ชี้ให้นักพัฒนาเห็นถึงคุณลักษณะเป้าหมายต่าง ๆ ที่เป็นที่ต้องการสำหรับชุดเก็บตัวอย่างโดยไม่ใช้เสมหะสำหรับการคัดกรองและติดตามการรักษาโรคได้อย่างชัดเจน เช่น ความจำเพาะ ความไว และราคา ว่าควรต้องอยู่ในระดับใด และถูกนำไปปรับใช้ได้จริงในระบบสุขภาพ

ชุดเก็บตัวอย่างแบบไม่ใช้เสมหะเมื่อใช้คู่กับ
การตรวจแบบ LAMP
 ควรมีความไวและความจำเพาะสูงกว่า
 ตัวอย่างแบบใช้เสมหะรวมถึงบริการที่ให้
 ควรมีราคาต่ำกว่า เพื่อให้ต้นทุนคุ้มค่า

ดังตารางด้านล่าง



คุณลักษณะ	ค่าฐาน	ค่าขั้นต่ำที่	ค่าที่รับได้	ค่าในอุดมคติ
ตัวอย่างจากการป้ายลิ้นใช้กับเทคนิค LAMP (TS LAMP)				
ประชากรอายุมากกว่า 5 ปี		ดีกว่า AFB&Xpert	ดีกว่าตัวอย่างเสมหะใช้กับเทคนิค RT-PCR	ดีกว่าตัวอย่างการป้ายลิ้นใช้กับเทคนิค RT-PCR
ความไวของ TS LAMP	0.826	0.816	0.952	1.000
ความจำเพาะของ TS LAMP	0.945	0.937	1.046	1.084
ราคาของ TS LAMP (บาท)	860	913.45	177.08	-82.97
ตัวอย่างจากการป้ายลิ้นใช้กับเทคนิค RT-PCR (TS RT-PCR)				
ประชากรอายุมากกว่า 5 ปี		ดีกว่า AFB&Xpert	ดีกว่าตัวอย่างเสมหะใช้กับเทคนิค RT-PCR	
ความไวของ TS RT-PCR	0.910	0.726	0.862	
ความจำเพาะของ TS RT-PCR	0.989	0.842	0.951	
ราคาของ TS RT-PCR (บาท)	670	1666.41	930.05	

ตารางเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองด้วยตัวอย่างเสมหะ และไม่ใช้เสมหะ

การตรวจคัดกรองโดยตัวอย่างเสมหะ	การตรวจคัดกรองโดยไม่ใช้ตัวอย่างเสมหะ
ใช้เวลานาน	รวดเร็ว
ใช้ไม่ได้กับประชากรที่ไม่สามารถหากลืนเสมหะ	ใช้ได้กับประชากรทุกกลุ่ม
ค่าใช้จ่ายสูง	ค่าใช้จ่ายน้อย
Sputum-based assays (ตัวอย่างเสมหะ)	Non-sputum-based assays (ตัวอย่างป้ายลิ้น tongue swab)

ตารางเปรียบเทียบราคา

วิธีการตรวจ	การทดสอบโดยตัวอย่างเสมหะ (บาท)	การทดสอบโดยตัวอย่างจากการป้ายลิ้น (บาท)
LAMP	1006	860
RT-PCR	789	670

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การตรวจคัดกรองวัณโรคโดยใช้ตัวอย่างจากการป้ายลิ้นแทนการใช้เสมหะ เป็นวิธีที่ใช้เวลาตรวจสั้นกว่า ต้นทุนต่ำกว่า และเหมาะกับการตรวจในกลุ่มประชากรทุกประเภท สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคตและเมื่อประเมินเทคโนโลยีในระยะต้น (Early HTA) พบว่าเป็นเทคโนโลยีที่มีต้นทุนคุ้มค่า จึงทำให้เทคนิคการตรวจด้วยการป้ายลิ้นเหมาะสมที่จะพัฒนานวัตกรรมและผลิตเป็นผลิตภัณฑ์

เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการร่วมมือกันระหว่าง ทีมวิจัยจากมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation) หน่วยประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการผลิตนวัตกรรม (MIDAS) หน่วยวิจัยเขตร้อนมหิดล-อ็อกฟอร์ด (MORU) มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางทางเลือกการรับมือการตรวจคัดกรองและการติดตามการรักษา เพื่อยุติความครอบคลุมและความเป็นไปได้ในการลดต้นทุนที่เป็นภาระต่อระบบสาธารณสุข การศึกษานี้มีจุดประสงค์คือ 1) ระบุคุณค่าของชุดเก็บตัวอย่างใหม่นี้ 2) ทำความเข้าใจปัจจัยที่ยังขาด ทั้งในด้านการลงทุน เพื่อให้ชุดเก็บตัวอย่างใหม่นี้มีคุณลักษณะอันเป็นที่ยอมรับโดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่ขาดปัจจัยด้านเงินทุน เช่น ความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อเข้าถึงนวัตกรรม คุณภาพ และความเข้ากันได้กับแนวทางเวชปฏิบัติในระบบสาธารณสุขของประเทศ และ 3) ประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสุขภาพในการควมรวมนวัตกรรมนี้เข้าสู่ระบบสาธารณสุข

สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย



เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การประเมินเทคโนโลยีระยะเริ่มต้นสำหรับชุดเก็บตัวอย่างโดยไม่ใช้ตัวอย่างเสมหะสำหรับการตรวจคัดกรองและการติดตามการรักษาในประชากรผู้ป่วยโรควัณโรค"

โดย Langming Mou, ดร.ธีรวัฒน์ วิวัฒน์พานิชย์, อภิวัฒน์ พิริยพล, ภูวดล เขวงกุล, ดร.จันทรจิรา ไทยมดุงพานิชย์, ดร.ภูธริน กุลชัยธนโรจน์, ดร. นพ.ยศ ดีระวัฒนานนท์, Dr. Yi Wang

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และ หน่วยวิจัยเขตร้อนมหิดล-อ็อกฟอร์ด



ผู้เขียน



ดร.ธีรวัฒน์ วิวัฒน์พานิชย์



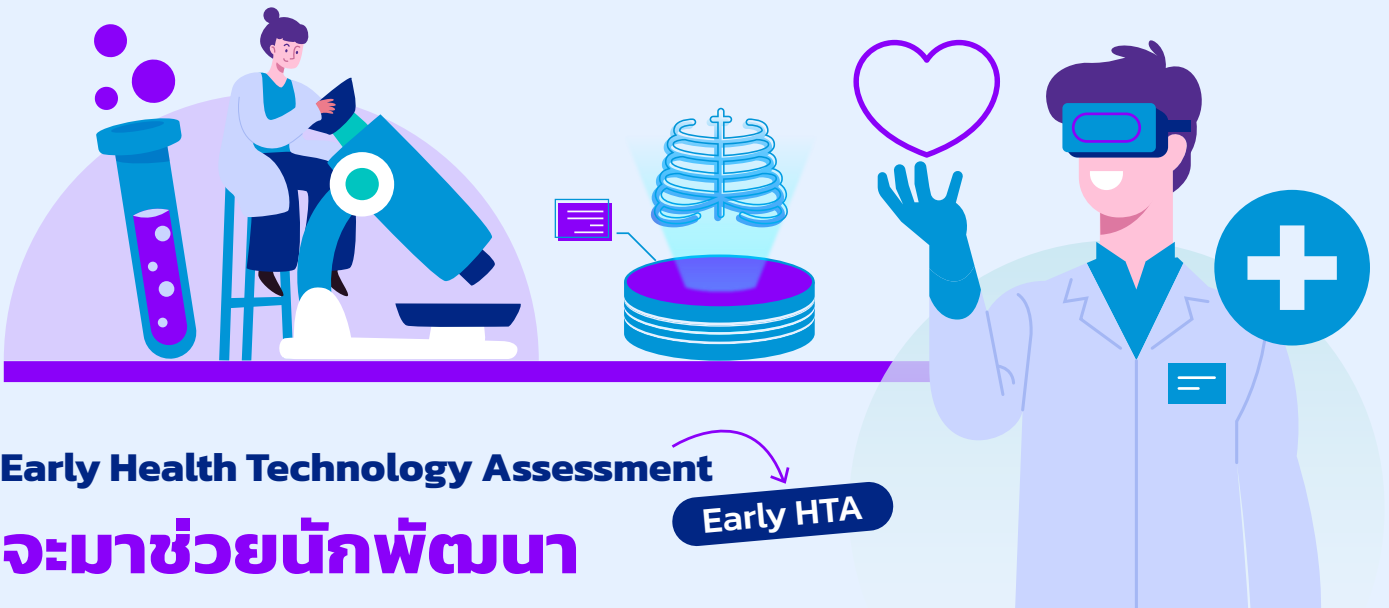
อภิวัฒน์ พิริยพล

ใช้ Early HTA พัฒนานวัตกรรมอย่างไร ให้ถูกใจผู้ใช้?

ธันวาคม 2567

- แม้ว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจะเลือกैयाและเวชภัณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยจากการพิจารณาข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และแนวทางเวชปฏิบัติ แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เช่น พิจารณาปัจจัยด้านราคาของผลิตภัณฑ์เป็นอันดับแรก ตามด้วยคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ กฎหมาย เทคโนโลยี การจัดจำหน่าย จิตวิทยา การส่งเสริมการตลาด และด้านสังคม ก็มีผลต่อการตัดสินใจเช่นกัน
- ในด้านราคาของนวัตกรรมด้านการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขมักพิจารณาว่า ราคาอยู่ในวงเงินที่ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายได้จากสิทธิการรักษาพยาบาลหรือประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือไม่ โดยให้ความสำคัญต่อการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์จากสิทธิการรักษาพยาบาล ดังนั้นการที่นวัตกรรมจะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพภาครัฐจึงมีผลต่อความสำเร็จของนวัตกรรมทางการแพทย์
- ในระหว่างวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ นักวิจัยควรคำนึงถึงปัจจัยที่นอกเหนือจากคุณลักษณะของนวัตกรรมที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะการมุ่งเป้าเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งสามารถส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขอยากนำนวัตกรรมไปใช้จริง ช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จของนวัตกรรม และเพิ่มระดับการเข้าถึงนวัตกรรมของผู้ป่วยในอนาคต

Early HTA กับการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ



Early Health Technology Assessment

Early HTA

จะมาช่วยนักพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพ ได้อย่างไร?

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญนวัตกรรมด้านการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระยะวิจัยและพัฒนา (Early HTA) ให้แก่ผู้พัฒนานวัตกรรม

เพื่อให้คำแนะนำถึงปัจจัยสำคัญที่นอกเหนือจากเรื่องคุณลักษณะโดยตรงตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้นวัตกรรมที่กำลังจะเกิดขึ้นมีความสำเร็จสัมฤทธิ์ผลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงพาณิชย์ และเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงนวัตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยในอนาคต

บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นผู้ใช้งานนวัตกรรมด้านการแพทย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพราะเป็นผู้คัดเลือก ตัดสินใจ รวมถึงแนะนำยาและเวชภัณฑ์ใหม่ ๆ ให้แก่ผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัย จึงทำการสำรวจและรวบรวมความเห็นของบุคลากรด้านสาธารณสุขทั่วประเทศผ่านแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 150 ท่าน เพื่อการศึกษาปัจจัยที่นอกเหนือจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้นวัตกรรมด้านการแพทย์

ผลสำรวจความเห็นของบุคลากรด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ ผ่านแบบสอบถามออนไลน์



แพทย์ 33



ทันตแพทย์ 21



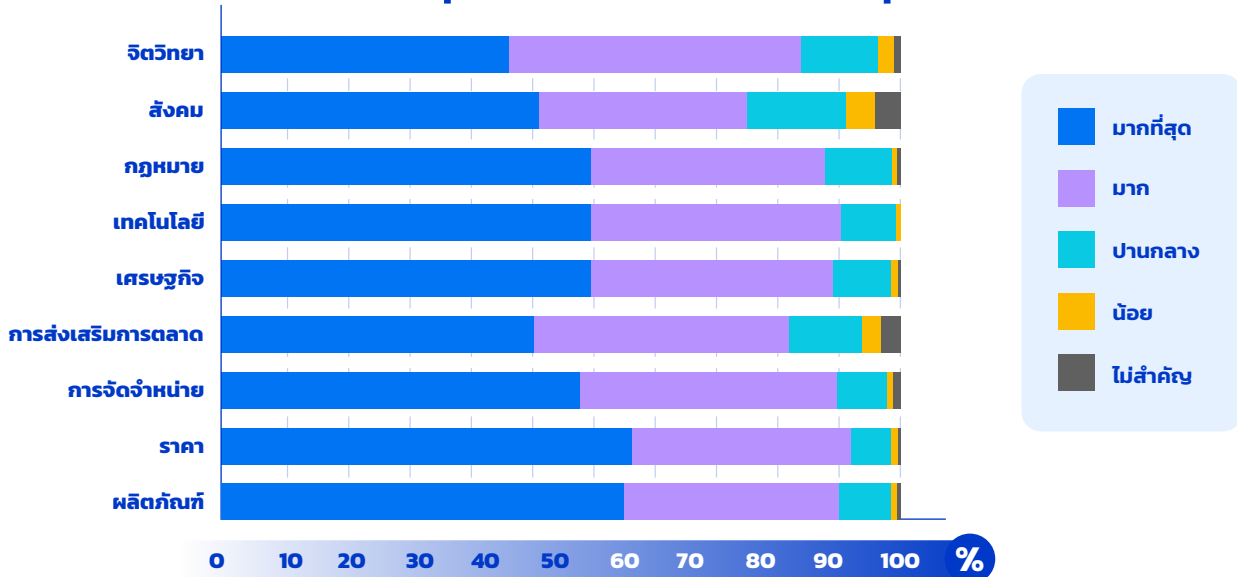
พยาบาล 21



เภสัชกร 19



ตารางแสดงปริมาณการให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่าง ๆ ของบุคลากรด้านสาธารณสุข



บุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อปัจจัยตามลำดับ ดังนี้

1

ปัจจัยด้านราคาผลิตภัณฑ์ **มากที่สุด**

2

ตามด้วยปัจจัยด้านคุณลักษณะ: การส่งเสริมการตลาดและด้านสังคม หรือฟังก์ชันของผลิตภัณฑ์ เศรษฐกิจ กฎหมาย เทคโนโลยี การจัดจำหน่าย จิตวิทยา

คะแนนปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้นวัตกรรมด้านการแพทย์

คะแนนเต็ม 5 คะแนน

ประเภทบุคลากร	ผลิตภัณฑ์	ราคา	การจัดจำหน่าย	การส่งเสริมการตลาด	เศรษฐกิจ	เทคโนโลยี	กฎหมาย	สังคม	จิตวิทยา
แพทย์	4.47	4.49	4.34	4.13	4.42	4.41	4.39	3.82	4.05
ทันตแพทย์	4.36	4.48	4.39	4.33	4.27	4.36	4.40	4.45	4.41
พยาบาล	4.53	4.52	4.39	4.31	4.59	4.38	4.48	4.33	4.13
เภสัชกร	4.52	4.53	4.45	4.24	4.54	4.37	4.47	3.95	4.20

น้อยที่สุด



มากที่สุด

บุคลากรแต่ละประเภทให้น้ำหนักความสำคัญของปัจจัยด้านต่าง ๆ ไม่เท่ากัน

ในส่วนของ

ปัจจัยด้านราคา

- แพทย์ให้ความสำคัญสูงสุด กับ ผลิตภัณฑ์ที่มีราคาอยู่ในวงเงิน ที่ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายได้จากสิทธิประกันสุขภาพรองลงมา คือ ราคาของผลิตภัณฑ์อยู่ในเกณฑ์ที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้
- ทันตแพทย์ให้ความสำคัญสูงสุด กับ ราคาที่เหมาะสมของผลิตภัณฑ์ รองลงมาคือ ราคาของผลิตภัณฑ์ที่ถูกกว่าผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันในท้องตลาด



ในส่วนของ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

- พยาบาลให้น้ำหนักต่อสิทธิการเบิกจ่ายผลิตภัณฑ์จากสิทธิประกันสุขภาพเท่ากับน้ำหนักที่ให้ต่อความชัดเจนในเงื่อนไขของการเบิกจ่ายผลิตภัณฑ์จากสิทธิประกันสุขภาพ
- เภสัชกรให้น้ำหนักต่อฐานะและรายได้ของผู้ป่วยเท่ากับน้ำหนักที่ให้ต่อความชัดเจนในเงื่อนไขของการเบิกจ่ายผลิตภัณฑ์จากสิทธิประกันสุขภาพ



ในการศึกษานี้ ปัจจัยด้านราคาและเศรษฐกิจ**สอดคล้องกับปัจจัยด้านราคา/ต้นทุน** (price/cost factor) และ**อิทธิพลจากการบริหารจัดการด้านสุขภาพ** (managed care influence) โดยที่ปัจจัยด้านราคา/ต้นทุนสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามนโยบายการบริหารจัดการด้านสุขภาพผ่านผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมาตรการการบริหารจัดการด้านสุขภาพ**ส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข**ที่ซึ่งเป็นผู้เลือกใช้เวชภัณฑ์และนวัตกรรมด้านการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในบริบทของประเทศไทย การเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ของประชาชนส่วนใหญ่เกิดขึ้นผ่านระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ การที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อบัณฑิตที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายจากสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วย ส่อให้เห็นถึงอิทธิพลของระบบประกันสุขภาพต่อการเลือกใช้จ่ายและเวชภัณฑ์รวมถึงนวัตกรรมด้านการแพทย์ที่ส่งผลต่อบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการคัดเลือกนวัตกรรมต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ดังนั้น นักวิจัยและนักพัฒนานวัตกรรมจำต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้นวัตกรรม นอกเหนือจากการคำนึงถึงคุณลักษณะของนวัตกรรมที่กำลังพัฒนาเพียงด้านเดียว เพื่อมุ่งเป้าการใช้นวัตกรรมไปยังการใช้งานในระบบประกันสุขภาพภาครัฐซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จเชิงพาณิชย์และเพิ่มระดับการเข้าถึงนวัตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยให้มากขึ้นในอนาคต

เกี่ยวกับการศึกษา

งานวิจัยนี้ดำเนินโดย ฝ่ายประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการผลิตนวัตกรรม (Medical Innovation Development and Assessment Support หรือ MIDAS) ภายใต้มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation) เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการออกแบบระบบและการพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้คัดเลือกรูปแบบนวัตกรรมด้านสุขภาพในระยะเริ่มต้น ก่อนลงทุนวิจัยและพัฒนาเพื่อให้มีโอกาสบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



ดร.ธีรวัฒน์ วิวัฒน์พานิชย์



ดร.พลวัตร มากี



ดร.อาภาพร สุทธิพัฒน์สมบุญ



ภญ.สิริยาดา กิจบำรุง



SPEEDD

P: Policy Relevant Research

**สร้างงานวิจัยเพื่อสนับสนุน
การกำหนดนโยบาย**

คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย 'แมมโมแกรม' และ 'อัลตราซาวด์' เฉพาะผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง ไม่คุ้มค่า

พฤษภาคม 2567

- มะเร็งเต้านมพบมากและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในมะเร็งที่พบในเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การตรวจคัดกรองผู้หญิงเพื่อพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (early stage) และส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาก็เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วย
- การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์มีความแม่นยำสูงและเหมาะสมกับผู้หญิงไทยที่ส่วนใหญ่มีเนื้อเยื่อเต้านมหนาแน่น แต่อย่างไรก็ตามการคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ ยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านมเพื่อคัดกรองแยกผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อทำแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ช่วยให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะแรกได้เพิ่มขึ้น และช่วยลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์แล้วแต่โอกาส แต่ก็ยังไม่คุ้มค่าในไทย

เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทย ใช้ 4 ปัจจัยในการประเมินระดับความเสี่ยงมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทย ได้แก่



โดยคะแนนที่ได้จากการประเมินสามารถแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยงได้ ดังนี้

Risk groups	Scores
Low	0-0.86
Low-intermediate	0.87-1.14
Intermediate-high	1.15-1.52
High-risk	1.53-3.4

การคัดกรองในผู้หญิงที่เสี่ยงสูงสามารถลดการเสียชีวิตได้ แต่ยังไม่คุ้มค่าในไทย

เมื่อใช้เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมของผู้หญิงไทย ช่วงอายุ 40-70 ปี กำหนดให้ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงอยู่ในช่วงคะแนน 1.15-1.52 พบว่า การคัดกรองทุก 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี ไม่คุ้มค่า โดยการคัดกรองทุก 1 ปี มีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 6,417,403 บาทต่อปีสุขภาพ

ในระยะเวลา 5 ปี การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์แล้วแต่โอกาส เทียบกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เฉพาะผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อมีอัตราการเข้าถึงแบบคัดกรองความเสี่ยงที่ร้อยละ 27 สามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมได้ 19, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ ดังตาราง

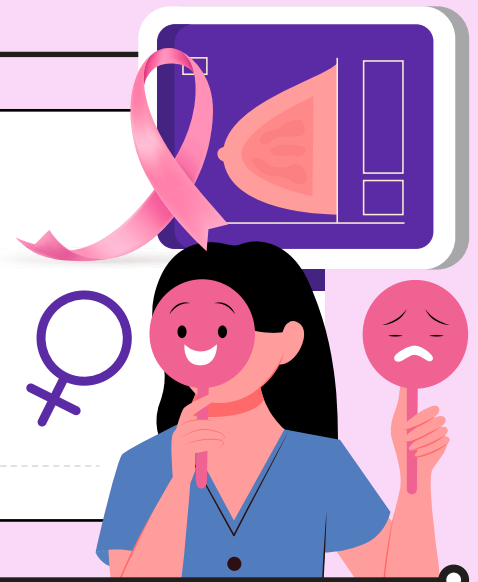
การคัดกรองแล้วแต่โอกาส	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงที่คะแนน 1.15 ขึ้นไป		
	ทุก 1 ปี	ทุก 2 ปี	ทุก 3 ปี
ความถี่ในการคัดกรอง			
จำนวนหญิงไทย อายุ 40-70 ปี (ราย)	14.6 ล้าน		
จำนวนที่คัดกรองด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงฯ (ราย)	19.1 ล้าน	11.5 ล้าน	7.7 ล้าน
จำนวนที่ส่งต่อคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ (ราย)	3.9 ล้าน	3.1 ล้าน	1.9 ล้าน
จำนวนการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมที่ป้องกันได้ใน 5 ปี (ราย)	-	19	2

*คำนวณในกรอบระยะเวลา 5 ปี โดยใช้จำนวนประชากรเพศหญิงช่วงอายุ 40-70 ปี และ maximum capacity ของเครื่องแมมโมแกรมในระบบโรงพยาบาลภาครัฐ

- ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพบว่า การประเมินความเสี่ยงมะเร็งเต้านม สามารถตรวจคัดกรองได้ที่ รพ.สต. ทั่วประเทศทั้ง 9,913 แห่ง โดยพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนแมมโมแกรมแม้ว่าจะมีการกระจายทั่วทุกเขตสุขภาพแต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1 ยังไม่ควรใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงนี้ในการคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการนี้ยังไม่คุ้มค่าและอาจจะไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงหรือโอกาสที่จะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเกิดขึ้นได้น้อยมากตามจำนวนเครื่องมือโมแกรมที่มีอยู่ในระบบบริการ
- 2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแบบคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านม เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเสนอว่า แบบคัดกรองความเสี่ยงที่ใช้ในปัจจุบันควรรวมปัจจัยด้าน family history และ/หรือ genetics ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในปัจจุบันร่วมด้วย



เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษานี้เป็น model-based economic evaluation โดยใช้ decision tree ร่วมกับแบบจำลอง Markov ศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพตลอดชีวิตผู้ป่วยโดยเป็นการเปรียบเทียบ 2 ทางเลือกคือ 1) การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือโมแกรมและอัลตราซาวด์แล้วแต่โอกาส และ 2) การคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือโมแกรมและอัลตราซาวด์ในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูง ตัวแปรความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ข้อมูลต้นทุนทางตรงทางการแพทย์เก็บจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลนครปฐม ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาและติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐม ต้นทุนการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือโมแกรมและอัลตราซาวด์จากกรมบัญชีกลาง และต้นทุนอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมของประเทศไทย และนำค่าตัวแปรต่าง ๆ มาแทนค่าในแบบจำลองเพื่อหาค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) และมีการทดสอบตัวแปรที่ส่งผลต่อการศึกษาโดยการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) และการวิเคราะห์ความไวแบบอาศัยความน่าจะเป็น (probabilistic sensitivity analysis) รายงานผลการศึกษาเป็นอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มมีการกำหนด scenario ในการศึกษาในเรื่องของความเสี่ยงในการคัดกรองเป็นทุก ๆ 1 ปี 2 ปี และ 3 ปี เพื่อเปรียบเทียบ ICER ของแต่ละ scenario



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือโมแกรม และอัลตราซาวด์ในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทย

โดย ผศ. ดร. ภาณุ.ณัฐธิญา คำผล, ภก.คิวนัย ดีทองคำ, รศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, ผศ. พญ.ฉัฐญาณ์ วงศ์รัฐนันท์, นพ.ธวัชสภณ ธรรมบำรุง, กุมาริ พัทธนี และ รศ. ดร.วรรณฤติ อิศรานุกุลชัย

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



ผศ. ดร. ภาณุ.ณัฐธิญา คำผล



กุมาริ พัทธนี



ภก.คิวนัย ดีทองคำ



รศ. ดร.วรรณฤติ อิศรานุกุลชัย

1663 : สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รับสาย 1 ครั้ง มีต้นทุนที่มาก?

มิถุนายน 2567

- ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ตามมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ และคำนวณจากจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการปีล่าสุดอยู่ที่ 153 บาทต่อครั้ง และคาดการณ์ว่าจะมีการงบประมาณการให้บริการในช่วง 4 ปีข้างหน้าประมาณ 50.8 ล้านบาท
- การให้คำปรึกษาบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) เป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่าและตอบโจทยนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health protection and prevention policy)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยจัดสรรงบประมาณปีละ 10.5 ล้านบาท และให้บริการอย่างน้อย 70,000 ครั้งต่อปี พร้อมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี เพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความยั่งยืนในการให้บริการในอนาคต

รู้ก่อนกด 1663

- การยุติการตั้งครรภ์ หรือการทำแท้งในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2563 มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น โดยปัจจัยสำคัญของการยุติการตั้งครรภ์ คือ สภาพเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- ประเทศไทยได้มีการปรับแก้ไขกฎหมายเพื่อให้รองรับการยุติการตั้งครรภ์ ช่วงอายุครรภ์เกิน 12 สัปดาห์แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์ และมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์ผ่านสิทธิประโยชน์ทั้งประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สายด่วน 1663 คือ บริการให้คำปรึกษาปัญหาท้องไม่พร้อม ซึ่งเป็นกลไกป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัย และเป็นการลงทุนที่มีความคุ้มค่า



สายด่วน 1663: การลงทุนที่ตอบโจทย์



การคำนวณต้นทุนรวม (total cost) ของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)

โดยแจกแจงต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรตามลักษณะของผู้เข้ารับบริการ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1 **กลุ่ม normal case** คือ ผู้เข้ารับบริการขอคำปรึกษาโดยทั่วไป
- 2 **กลุ่ม complex case** คือ ผู้เข้ารับบริการขอคำปรึกษาที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องมีการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ

ต้นทุน ในการให้บริการ
สายด่วนการตั้งครรภ์
ไม่พร้อม (1663)
ตามมุมมองต้นทุน
ทางเศรษฐศาสตร์ อยู่ที่
8.7-9.8
ล้านบาทต่อ
ปีงบประมาณ

จำนวนครั้ง ในการเข้ารับบริการขอคำปรึกษา
ในปีงบประมาณ 2564 อยู่ที่ **63,134 ครั้ง**
ดังนั้น **ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง** ในการให้บริการ
สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
จะอยู่ที่ **153 บาท** ต่อการให้บริการ
ปรึกษา 1 ครั้ง



หากพิจารณาในปีงบประมาณ 2564
ซึ่งเป็นปีที่มีข้อมูลล่าสุด พบว่า
งบประมาณตามมุมมอง
ทางเศรษฐศาสตร์อยู่ที่
9.7 ล้านบาท



ต้นทุนในการให้บริการ สายด่วนการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม (1663)

จำแนกตามประเภทต้นทุน
ปีงบประมาณ 2564

ต้นทุน
รวม

=

ต้นทุน
คงที่

+

ต้นทุน
ผันแปร

ประเภทต้นทุน

ต้นทุนในการให้บริการต่อนาที
x
เวลาที่ใช้ในการให้บริการ

กลุ่ม normal case

กลุ่ม complex case

1 จำนวนสาย
ที่ให้บริการ(สาย)

58,699

4,435

2 เวลาที่ใช้ในการ
ให้บริการ(นาที)

1,377,548

105,880

3 ต้นทุนในการให้
บริการต่อนาที(บาท)

3.25

8.66

4 ต้นทุนผันแปร(บาท)
2 x 3

4,472,558

916,710

5 ต้นทุนคงที่(บาท)

4,300,929

6 ต้นทุนรวม(บาท)
4 + 5

9,690,197

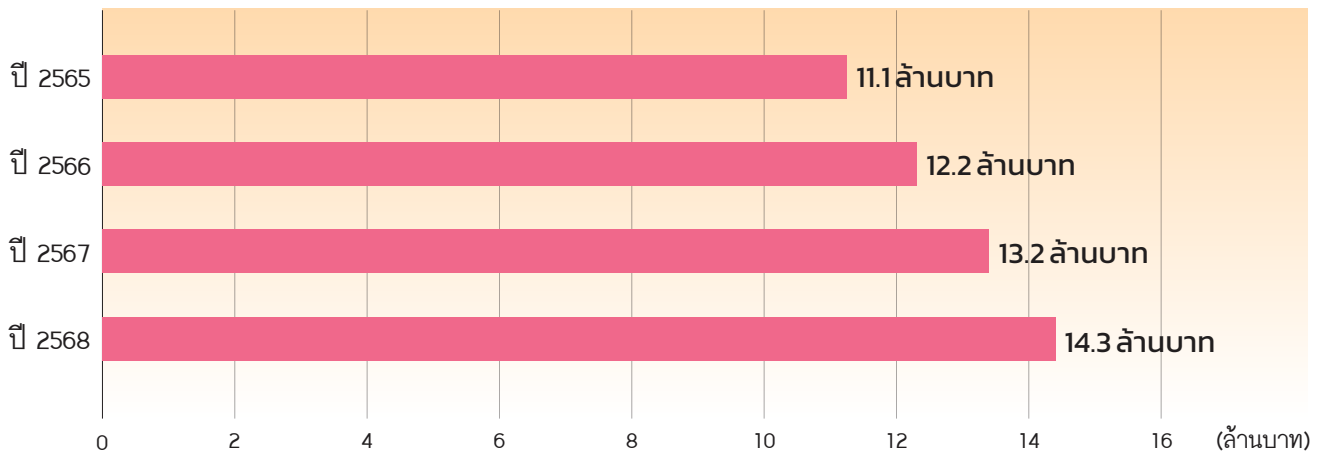
7 ต้นทุนเฉลี่ย
(บาท/ครั้ง)

153

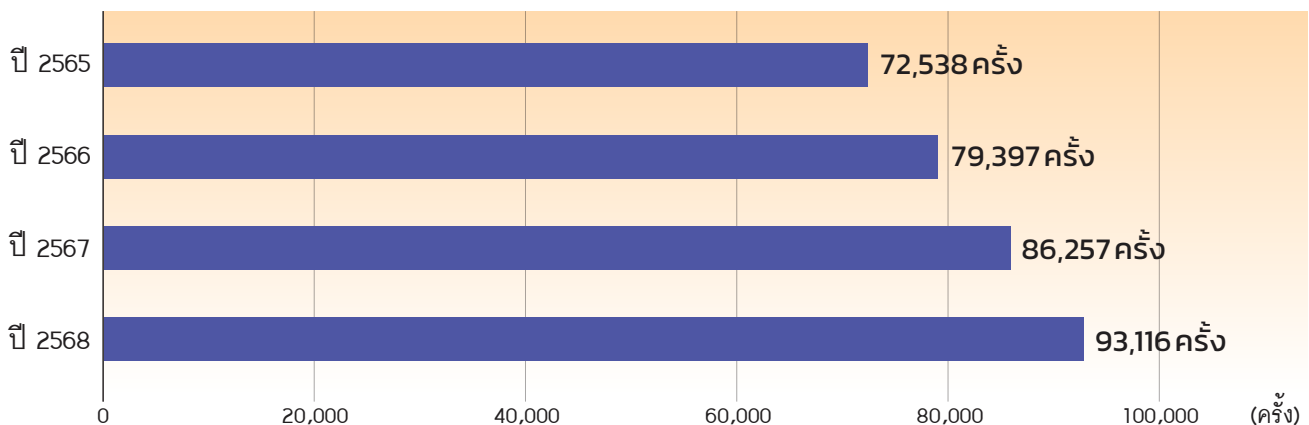


ลงทุนกับสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ต้องใช้งบประมาณเท่าไร?

แผนภูมิแสดงคาดการณ์งบประมาณในปี 2565-2568



แผนภูมิแสดงคาดการณ์จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในปี 2565-2568



☀️ คณะผู้วิจัยได้ทำการคาดการณ์ (forecast) จำนวนครั้งในการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ในอนาคต โดยใช้ข้อมูลการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2564 ด้วยวิธีการคาดการณ์เชิงเส้น (linear extrapolation) พบว่า ปริมาณการเข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี

☀️ โดยคาดว่าในปี 2568 จะมีผู้เข้ารับบริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มากถึง 93,116 ครั้ง และภาระงบประมาณที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละปีอยู่ที่ประมาณ 11-14 ล้านบาท ต่อปี หรือหากรวมเป็นผลกระทบงบประมาณทั้ง 4 ปี จะมีการงบประมาณ 50.8 ล้านบาท

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

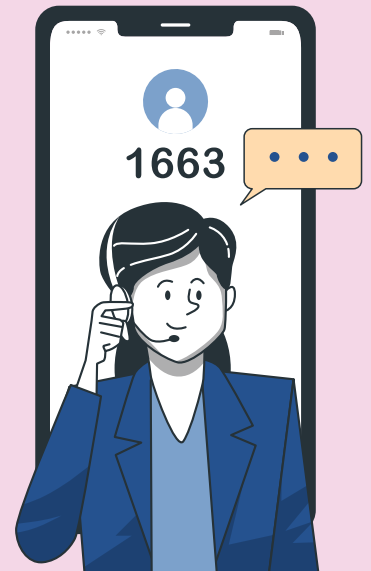
สปสข. ควรพิจารณาสนับสนุนงบประมาณสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยจัดสรรงบประมาณปีละ 10.5 ล้านบาท และให้บริการอย่างน้อย 70,000 ครั้งต่อปี พร้อมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลภายใน 5 ปี เพื่อให้สายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) มีความยั่งยืนในการให้บริการในอนาคต



เกี่ยวกับการศึกษา

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ดำเนินโครงการวิจัย "การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" มีวัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 2) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 3) เพื่อศึกษาความคุ้มค่าการให้บริการสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663)
- 4) เพื่อศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการขยายบริการให้คำปรึกษาสายด่วนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (1663) โดยใช้รูปแบบการศึกษาเป็นแบบผสมวิธี (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative methods) และเชิงคุณภาพ (qualitative methods)



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านสายด่วนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย กุมารี พัทณี, ดร.นงดล พิมสาร, ภัขารีย์ กรุณายาวงค์, ธนายุด เศรษฐีโสภณ, มันทา กรกฎ และอิพร เรื่องทวีป
ที่ปรึกษาโครงการ: ดร. ญ.ปฤษฎางค์ กิ่งแก้ว และ รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกาญจน์ชัย

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



ดร.นงดล พิมสาร



ธนายุด เศรษฐีโสภณ



กุมารี พัทณี



มันทา กรกฎ



ภัขารีย์ กรุณายาวงค์



อิพร เรื่องทวีป

วัคซีนป้องกัน 'โรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส' ในเด็กไทย กับความคุ้มค่า และการบรรจุในบัญชีวัคซีนหลักแห่งชาติ

มิถุนายน 2567

- โรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส เป็นโรคติดเชื้อในระบบร่างกายที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็น 'โรคติดเชื้อแบบรุนแรงและแพร่กระจาย' (Invasive Pneumococcal Disease; IPD) เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งส่งผลให้เด็กติดเชื้อที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 11 และยังเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคลมชัก (epilepsy) ภาวะสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) และภาวะบกพร่องทางประสาทพัฒนาการ (neurodevelopmental impairment) เชื่อดังกล่าวยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคปอดอักเสบ และโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันอีกด้วย
- โรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) ทว่าปัจจุบันยังไม่ได้อยู่ในบัญชีวัคซีนหลักแห่งชาติ และยังไม่ได้ถูกบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization; EPI) ของประเทศไทย
- ในอดีตมีการศึกษาความคุ้มค่าของวัคซีน PCV ในประเทศไทย แต่เนื่องจากผลการศึกษามีความขัดแย้งกัน จึงมีข้อเสนอให้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และปรับปรุงข้อมูลด้านระบาดวิทยาและประสิทธิภาพของวัคซีนให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน

ทำความรู้จักวัคซีน PCV

ปัจจุบันมี 5 ชนิดที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย แต่ขณะที่ทำการศึกษามี 2 ชนิด ในการศึกษาจึงพิจารณาวัคซีน 2 ชนิดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอยู่ในขณะนั้น (ธันวาคม 2564)

1 วัคซีน PCV ที่ครอบคลุมเชื้อ 10 สายพันธุ์ (PCV10)

2 วัคซีน PCV ที่ครอบคลุมเชื้อ 13 สายพันธุ์ (PCV13)

Herd immunity ภูมิคุ้มกันหมู่คืออะไร

"ภูมิคุ้มกันหมู่" คือภาวะที่ประชากรส่วนใหญ่ของสังคมมีภูมิคุ้มกันโรค ที่อาจเกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่อผู้ป่วยหายจากโรค หรือการฉีดวัคซีน โดยคิดเป็นสัดส่วนจำนวนประชากรที่สูงมากพอ และส่งผลให้ประชากรส่วนหนึ่งในสังคมที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ได้ประโยชน์จากการป้องกันและการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต

คำแนะนำการให้วัคซีน PCV แก่เด็กไทย

ข้อแนะนำการให้วัคซีนในเด็ก โดยสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทยแนะนำการให้วัคซีน PCV กับเด็กปกติ 2 รูปแบบ

รูปแบบ

1



(ให้วัคซีน 2 เข็ม ที่อายุ 2, 4 เดือน และวัคซีนกระตุ้น 1 เข็ม ที่อายุ 12-15 เดือน)

รูปแบบ

2



(ให้วัคซีน 3 เข็ม ที่อายุ 2, 4, 6 เดือน และวัคซีนกระตุ้น 1 เข็ม ที่อายุ 12-15 เดือน)

ผลการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
(รายละเอียดดังตารางที่ 1)

- 1 กรณีที่รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่**
นโยบายการให้วัคซีน PCV ทั้งชนิด PCV10 และ PCV13 ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน ทุกราย ทั้ง 2 schedule

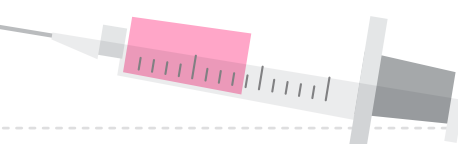
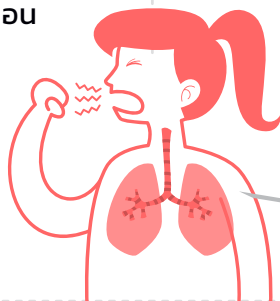
คุ้มค่า

และมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการไม่ให้วัคซีน แต่ให้ประสิทธิภาพที่สูงกว่า การไม่ให้วัคซีน PCV

- 2 กรณีที่ไม่รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่**
นโยบายการให้วัคซีน PCV ทั้งชนิด PCV10 และ PCV13 ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน ทุกราย ทั้ง 2 schedule

ไม่คุ้มค่า

เมื่อเทียบกับการไม่ให้วัคซีน PCV



แม้ว่าผลการศึกษาทั้ง 2 กรณีจะมีความขัดแย้งกัน แต่ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกมีความเห็นว่า หากมีการฉีดวัคซีน PCV ในประเทศไทย จะสามารถทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ได้ และมีข้อสรุปให้พิจารณาผลการศึกษากฎเกณฑ์ที่รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่ ดังนั้นนโยบายการให้วัคซีน PCV จึงถือว่าคุ้มค่าในบริบทประเทศไทย

ทั้งนี้ การให้วัคซีน PCV จะช่วยลดต้นทุนค่ารักษาโรคติดเชื้อเมื่อเทียบกับการไม่ให้วัคซีน PCV และการให้วัคซีนรูปแบบ 2+1 schedule คุ้มค่ากว่ารูปแบบ 3+1 schedule



ตารางที่ 1 ผลการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ผลลัพธ์	ผลการศึกษาความคุ้มค่า*	
	วัคซีน PCV10	วัคซีน PCV13
กรณีที่ไม่รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่		
 2+1 schedule	 ไม่คุ้มค่า	 ไม่คุ้มค่า
 3+1 schedule	 ไม่คุ้มค่า	 ไม่คุ้มค่า
กรณีที่รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่		
 2+1 schedule	 คุ้มค่าและลดต้นทุนค่ารักษา**	 คุ้มค่าและลดต้นทุนค่ารักษา**
 3+1 schedule	 คุ้มค่าและลดต้นทุนค่ารักษา**	 คุ้มค่าและลดต้นทุนค่ารักษา**

*เทียบกับการไม่ให้วัคซีน PCV และพิจารณาความเต็มใจจ่ายที่เท่ากับ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะ

**ค่ารักษา หมายถึง ค่ารักษาโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ



เปรียบเทียบนโยบายการให้วัคซีน PCV ในรูปแบบการให้ 2 + 1 schedule และ 3+1 schedule ในทั้ง 2 ชนิดวัคซีน

เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว
การให้วัคซีนในรูปแบบ
2+1 schedule
คุ้มค่ากว่า
การให้วัคซีนใน
รูปแบบ 3+1 schedule



😊 **คุ้มค่ากว่า**



ข้อค้นพบ 2

ผลกระทบด้านภาระงบประมาณ

ในระยะเวลา 5 ปี
รัฐบาลจะต้องลงทุน
ค่าวัคซีนประมาณ
3.8 - 6.0 พันล้านบาท
เพื่อฉีดวัคซีนให้เด็ก
ที่เกิดใหม่ทุกราย



ทั้งนี้ สามารถต่อรองราคาวัคซีนทั้ง 2 ชนิด เพื่อให้วัคซีนคุ้มค่าในกรณีที่ไม่นับถึงผลของภูมิคุ้มกันหมู่
(ICER เท่ากับ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพวะ) ได้ดังตาราง

	การให้วัคซีน ในรูปแบบ	ชนิดวัคซีน	ราคาต่อรอง (บาทต่อโดส)	ลดลงจากราคาเดิม (ร้อยละ)
	2+1 schedule	วัคซีน PCV10 วัคซีน PCV13	352 301	13 36
	3+1 schedule	วัคซีน PCV10 วัคซีน PCV13	287 246	29 48

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



1

พิจารณาเลือกวัคซีนเพียงชนิดเดียว
เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันด้านราคา
และเกิดประโยชน์ต่อรัฐมากที่สุด โดย
พิจารณาจากวัคซีนที่มีความเหมาะสม
กับบริบทประเทศไทย ต้นทุน ผลกระทบ
ด้านงบประมาณจากผลการศึกษาที่
รวมถึงผลของภูมิคุ้มกันหมู่ อย่างไร
ก็ตาม ควรวางแผนจัดการความเสี่ยง
ของการขาดแคลนวัคซีนจากการจัดหา
วัคซีนเพียงชนิดเดียวที่อาจเป็นปัญหา
ในอนาคต

2

ผู้กำหนดนโยบายควรสร้างความ
ร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน
ในการจัดหาวัคซีนให้เพียงพอและ
ต่อเนื่องสำหรับเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่
ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย เพื่อให้
เกิดภูมิคุ้มกันหมู่เพียงพอ เนื่องจาก
วัคซีน PCV จะมีความคุ้มค่าในกรณี
รวมผลของภูมิคุ้มกันหมู่เท่านั้น
โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุที่
อาจมีโอกาสดูแลจากเด็ก

3

เนื่องจากต้นทุน
ค่าวัคซีนมีงบประมาณ
ที่ค่อนข้างสูงควร
พิจารณาต่อรองราคา
วัคซีน PCV กับบริษัท
ผู้ผลิต

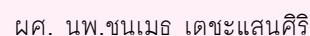
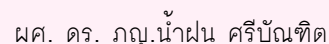
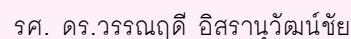


เปรียบเทียบระหว่างมาตรการที่สนใจ คือ การได้รับวัคซีน PCV กับมาตรการเปรียบเทียบคือ การไม่ได้รับวัคซีน PCV การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ จะศึกษาต้นทุนในมุมมองทางสังคม (societal perspective) และวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณในมุมมองของผู้จ่าย (payer perspective)



งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



ข้อเสนอการปรับเปลี่ยนการเบิกจ่ายเงิน กรณีคลอดบุตรให้แก่โรงพยาบาล

เพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็นและส่งเสริมการมีบุตรในประเทศไทย

สิงหาคม 2567

ประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตร

เพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด

ปัจจุบัน

หญิงผ่าคลอดใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อยู่ที่ร้อยละ
35

หญิงผ่าคลอดใน
ภาพรวมของประเทศ

อยู่ที่ร้อยละ
40

ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรที่เหมาะสม
ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ **ร้อยละ 15**

ผลเสียของการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็น

ผลเสียต่อมารดา

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทั้งระยะสั้นและระยะยาว
เช่น การเสียเลือด การติดเชื้อ ภาวะรกเกาะตัวแน่น
รวมถึงลดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลเสียต่อบุตร

ภาวะแทรกซ้อนในการรกแรกเกิด โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ
รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการในการเจริญเติบโตของการรก

นอกจากนี้ ยังมีความสูญเสียด้านงบประมาณและค่าเสียโอกาสในการปฏิบัติงาน
ของบุคลากรในห้องผ่าตัดและการใช้ห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น ๆ

**องค์การอนามัยโลก (WHO) รัฐบาล และองค์กรสาธารณสุขในหลายประเทศ
จึงพยายามกันหามาตรการเพื่อลดการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็น**

ประเทศไทยได้มีความพยายามทดลอง
ใช้มาตรการหลายด้าน เพื่อลดการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็น

✗ แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

เอกสารนี้จึงเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนอัตราการเบิกจ่ายเงินกรณีคลอดบุตร
ให้แก่โรงพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาค่าการผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็น ซึ่งสอดคล้อง
กับนโยบายการส่งเสริมการมีบุตรในประเทศไทย เนื่องจากการผ่าตัดคลอดบุตร
เป็นความเสี่ยงทางการแพทย์และภาระทางเศรษฐกิจ สำหรับหญิงที่ต้องการมีบุตรหลายคน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน
และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของหญิงคลอดบุตร
จากฐานข้อมูล e-claim ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พบว่า การผ่าตัดคลอดบุตร
มีต้นทุนและอัตราการเบิกจ่าย

สูงกว่า การคลอดทางช่องคลอด
เกือบ 3 เท่า

ทำให้โรงพยาบาลไม่มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา
การผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่จำเป็น

ต้นทุนการผ่าตัดคลอด

เฉลี่ยที่ **11,300 บาท**
ต่อคนต่อครั้ง

ต้นทุนการคลอดทางช่องคลอด

เฉลี่ยที่ **3,970 บาท**
ต่อคนต่อครั้ง

จากการคำนวณพบว่า

หากปรับเปลี่ยนอัตราเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
หญิงคลอดบุตรให้กับโรงพยาบาล
เท่ากันทั้ง กรณีการผ่าตัดคลอดบุตร
และการคลอดทางช่องคลอด

ที่อัตรา

7,000 บาท
ต่อคนต่อครั้ง¹

โรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตร
ร้อยละ 40 จะได้รับงบประมาณเท่ากับ
ต้นทุนของการให้บริการ

¹ ทั้งนี้อาจมีข้อยกเว้นกรณีหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เช่น กรณีเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนหน้า
หรือกรณีผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ให้เบิกจ่ายในอัตราเดิม

หากโรงพยาบาลสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตร

ได้ต่ำกว่า
ร้อยละ **40**

จะทำให้โรงพยาบาลได้กำไร มีส่วนต่างของงบประมาณ
เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงบริการและเพิ่มจำนวนบุคลากร
ให้ห้องคลอดได้มากยิ่งขึ้น ดังแสดงในตารางด้านล่าง



**ตารางประมาณต้นทุนและงบประมาณที่ได้รับ
ของโรงพยาบาลที่ให้บริการคลอดบุตรปีละ 1,000 ราย
หากมีการกำหนดนโยบายเบิกจ่ายใหม่ จำแนกตามวิธีการคลอด**

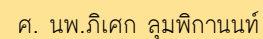
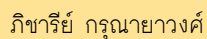
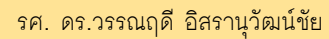
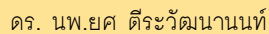
อัตรา ผ่า ตัด คลอด (ร้อยละ)	ต้นทุน			งบประมาณที่ได้รับ			ส่วนต่าง ระหว่าง งบประมาณ ที่เบิกได้ กับต้นทุน (บาท)
	การคลอด ทางช่องคลอด (บาท)	การผ่าตัด คลอด (บาท)	รวม (บาท)	การคลอด ทางช่องคลอด (บาท)	การผ่าตัด คลอด (บาท)	รวม (บาท)	
50	1,985,000	5,650,000	7,635,000	3,500,000	3,500,000	7,000,000	-635,000
45	2,183,500	5,085,000	7,268,500	3,850,000	3,150,000	7,000,000	-268,500
40	2,382,000	4,520,000	6,902,000	4,200,000	2,800,000	7,000,000	98,000
35	2,580,500	3,955,000	6,535,500	4,550,000	2,450,000	7,000,000	464,500
30	2,779,000	3,390,000	6,169,000	4,900,000	2,100,000	7,000,000	831,000
25	2,977,500	2,825,000	5,802,500	5,250,000	1,750,000	7,000,000	1,197,500
20	3,176,000	2,260,000	5,436,000	5,600,000	1,400,000	7,000,000	1,564,000
15	3,374,500	1,695,000	5,069,500	5,950,000	1,050,000	7,000,000	1,930,500

ต้นทุนการคลอดทางช่องคลอด = 3,970 บาทต่อคนต่อครั้ง ต้นทุนการผ่าตัดคลอด = 11,300 บาทต่อคนต่อครั้ง
กำหนดให้อัตราการเบิกจ่ายคงที่เท่ากันทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอดที่ 7,000 บาทต่อคนต่อครั้ง



งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เขียน



การประเมินความคุ้มค่าของการขยายสิทธิการรักษา ผู้ป่วยโรคโกเชร์ด้วยเอนไซม์ทดแทน

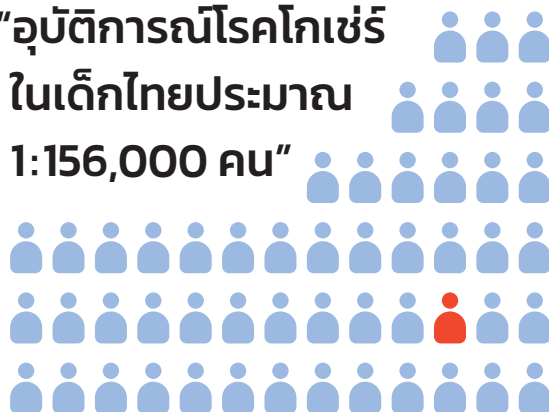
สิงหาคม 2567

- ปัจจุบันการรักษาโรคโกเชร์ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมหายากอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะผู้ป่วยชนิดที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชนิดที่ 3b ที่มีอาการรุนแรงมากกว่า เพราะผู้ป่วยมีอาการทางสมองร่วมด้วย การรักษาในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อขยายสิทธิในการรักษาด้วยเอนไซม์ทดแทนสำหรับผู้ป่วยชนิดที่ 3b
- หากบริษัทยาลดราคาลงจากปัจจุบันประมาณ 50-60% จะทำให้การขยายสิทธิประโยชน์ด้านยารักษาผู้ป่วยชนิดที่ 1 และ 3b มีความคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย
- การเพิ่มอัตราการปลูกถ่ายไขกระดูกหลังการรักษาด้วยเอนไซม์ นอกจากจะทำให้นโยบายการรักษาโรคโกเชร์มีความคุ้มค่า ยังช่วยลดผลกระทบงบประมาณของประเทศได้มาก

โรคโกเชร์

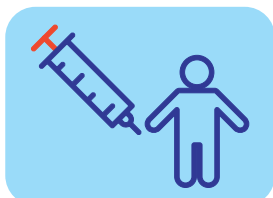
โรคโกเชร์เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก เกิดจากการขาดเอนไซม์กลูโคซีดีโบรซิเดส ทำให้เกิด **การสะสมของสารประเภทไขมันในเซลล์ ส่งผลให้เซลล์มีขนาดใหญ่หรือมีรูปร่างผิดปกติในอวัยวะหลายระบบ** เช่น ตับโต ม้ามโต มีความผิดปกติทางระบบเลือดและกระดูก เป็นต้น

“อุบัติการณ์โรคโกเชร์
ในเด็กไทยประมาณ
1:156,000 คน”



“แม้เป็นโรคหายาก แต่สามารถรักษาได้”

การรักษา ทำได้ 2 แนวทาง ดังนี้



1 รักษาโดยใช้เอนไซม์ทดแทน
ยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในไทยมี 2 รายการ ได้แก่ imiglucerase และ velaglucerase ซึ่งผู้ป่วยต้องรับยาทุก ๆ 2 สัปดาห์ ไปตลอดชีวิต



2 การปลูกถ่ายไขกระดูก HSCT (Hematopoietic Stem Cell Transplantation)
ทำให้ร่างกายสามารถสร้างเอนไซม์ได้เอง หายขาดจากโรค แต่ต้องทำตอนผู้ป่วยอายุไม่มาก

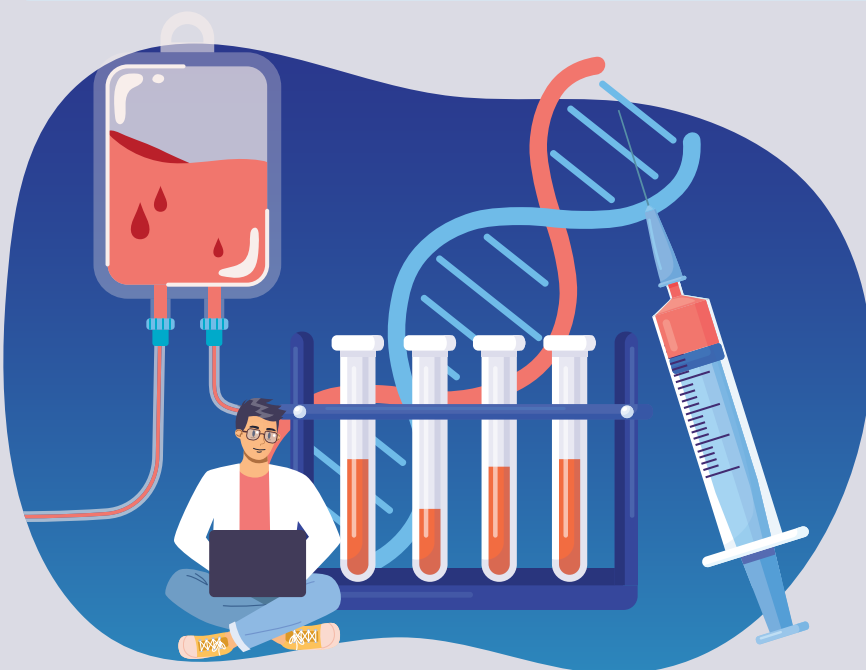
แม้ปัจจุบันจะมียา
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
สำหรับผู้ป่วยชนิดที่ 1 แล้ว
แต่ผู้ป่วยชนิดที่ 3b
ที่พบมากในประเทศไทยกลับ
ยังไม่สามารถ
เข้าถึงยานี้ได้

ความคุ้มค่าของการขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคโกเชอร์

การรักษาผู้ป่วยโรคโกเชอร์ทั้งชนิดที่ 1 และ 3b ด้วย imiglucerase หรือ velaglucerase ยังไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย ณ ราคายาปัจจุบัน ดังตารางแสดงผลการศึกษาข้างล่างนี้

	นโยบายปัจจุบัน	นโยบายใหม่	
		Imiglucerase	Velaglucerase
ต้นทุนตลอดชีพ (บาท)	66,430,000	132,971,000	158,430,000
ปีชีวิต (ปี)	12.11	22.33	
ปีสุขภาวะ หรือ QALY (ปี)	9.15	18.98	
ผลต่างของต้นทุน (บาท)		66,541,000	92,000,000
ผลต่างของปีสุขภาวะ (ปี)		9.83	
ICER ต่อ 1 ปีสุขภาวะ		6,769,000	9,359,000

หมายเหตุ: ตัวเลขเป็นการปัดเศษให้เป็นจำนวนเต็มที่ใกล้เคียงที่สุด
QALY, quality-adjusted life-year; ICER, incremental cost-effectiveness ratio



แต่หากบริษัทยาสามารถลดราคายาให้เหลือประมาณ 20,000 บาท ต่อ 1 vial (400 U) จะทำให้นโยบายขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคโกเชอร์ทั้งชนิดที่ 1 และ 3b ด้วย imiglucerase หรือ velaglucerase มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่กำหนดไว้ที่ 160,000 บาท ต่อปีสุขภาวะ

ภาระงบประมาณของกองทุนประกันสุขภาพ

การขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคโกเชร์ทั้งชนิดที่ 1 และ 3b มีภาระงบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่มประมาณ 81 ล้านบาท ถึง 138 ล้านบาท เปรียบเทียบกับนโยบายปัจจุบัน

การปลูกถ่ายไขกระดูก เพิ่มความคุ้มค่าของนโยบายใหม่

การเพิ่มอัตราการปลูกถ่ายไขกระดูกมีผลต่อความคุ้มค่าของการรักษาผู้ป่วยโรคโกเชร์ทั้งชนิดที่ 1 และ 3b โดยหากเพิ่มอัตราการปลูกถ่ายไขกระดูกของผู้ป่วยหลังได้รับเอนไซม์จากร้อยละ 17 เป็นร้อยละ 92 นอกจากจะทำให้นโยบายนี้มีความคุ้มค่า คือใช้เงินงบประมาณน้อยกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพมากขึ้น ยังสามารถลดผลกระทบด้านงบประมาณรวม 5 ปีอีกด้วย

ดังนั้น กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคหายาก เพื่อพัฒนาและจัดบริการแบบองค์รวม รวมถึงจัดทำข้อเสนอเพื่อให้ผู้ป่วยโรคโกเชร์เข้าถึงการปลูกถ่ายไขกระดูกให้มากขึ้น

ตารางแสดงภาระงบประมาณของนโยบายการรักษาโรคโกเชร์ ณ สถานการณ์การปลูกถ่ายไขกระดูกที่อัตราต่าง ๆ



ผลกระทบด้านงบประมาณ (ล้านบาท)	นโยบายปัจจุบัน	นโยบายใหม่	
		Imiglucerase	Velaglucerase
สถานการณ์ปัจจุบันของการปลูกถ่ายไขกระดูก			
◆ ผลกระทบด้านงบประมาณรวม 5 ปี	208	289	346
◆ งบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่ม		81	138
สถานการณ์ที่ 50% ของผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังการรักษาด้วยเอนไซม์ ได้ปลูกถ่ายไขกระดูก			
◆ ผลกระทบด้านงบประมาณรวม 5 ปี	208	286	342
◆ งบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่ม		78	134
สถานการณ์ที่ผู้ป่วยทั้งหมดที่อาการดีขึ้นหลังการรักษาด้วยเอนไซม์ ได้ปลูกถ่ายไขกระดูก			
◆ ผลกระทบด้านงบประมาณรวม 5 ปี	208	215	254
◆ งบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่ม		7	46

หมายเหตุ: ตัวเลขเป็นการปัดเศษให้เป็นจำนวนเต็มทีใกล้เคียงที่สุด

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) และผลกระทบด้านงบประมาณโดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ Decision Tree และ Markov เพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายว่า การขยายสิทธิประโยชน์ด้านยารักษาผู้ป่วยโรคโกเชร์ชนิดที่ 1 และ 3b (นโยบายใหม่) มีความคุ้มค่าหรือไม่ การรักษาด้วย imiglucerase หรือ velaglucerase มีความคุ้มค่าต่างกันหรือไม่ และมีภาระงบประมาณเท่าไร เมื่อเปรียบเทียบกับนโยบายปัจจุบันที่ผู้ป่วยโรคโกเชร์ชนิดที่ 1 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วย imiglucerase ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยระเบียบวิธีวิจัยดำเนินงานตามแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย สำหรับตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองมาจากการเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคโกเชร์ในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคโกเชร์



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการประเมินความคุ้มค่าของ imiglucerase และ velaglucerase ในการรักษาผู้ป่วยโรคโกเชร์ ชนิดที่ 1 และ 3b

โดย ญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์, รศ. ดร. พญ.ธัญรัตน์ อโนทัยสินทวี, ศ. พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล, ศ. ดร. พญ.กัญญา ศุภปิติพร, พ.อ. ศ. นพ.ชาญชัย ไตรวารี, รศ. พญ.ทิพย์วิมล ทิมอรุณ, รศ. พญ.พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, ผศ. นพ.กฤษณ์ วิชาจารย์, ผศ. พญ.อัจฉรา เสถียรกิจการชัย และพญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์

ที่ปรึกษางานวิจัย รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย และดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ผู้เขียน



ญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์



รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย



รศ. ดร. พญ.ธัญรัตน์ อโนทัยสินทวี



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

การพัฒนาแนวทางการประเมินความคุ้มค่า (Reference Case) สำหรับการแพทย์เฉพาะบุคคล หรือการแพทย์แม่นยำ เพื่อพิจารณาในชุดสิทธิประโยชน์ ของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

Dimple Butani

กันยายน 2567



โรคทางพันธุกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยและเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) อย่างมีนัยสำคัญ



การวินิจฉัยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

มีการวินิจฉัยพบภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม น้อยกว่า 7% ของเคสจริงทั่วโลก การตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินความคุ้มค่าฯ ด้านต้นทุนของการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing สำหรับโรคภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม (FH) ในประเทศไทย และเพื่อให้คำแนะนำเชิงนโยบายในการรวมการตรวจพันธุกรรมเข้ากับแพ็คเกจสิทธิประโยชน์สุขภาพสากล

มาทำความเข้าใจกับ

ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมคืออะไร?

ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม (Familial Hypercholesterolemia): เป็นโรคทางพันธุกรรมที่ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลชนิด LDL (LDL-C) สูงตั้งแต่เกิด ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยโรคนี้เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน LDLR เป็นหลัก

ความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม

ภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมพบได้ประมาณ **1 ใน 500** ของคนทั่วโลก (0.2%) ขณะที่ประเทศไทย มีความชุกอยู่ที่ 0.9% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย

ผลกระทบต่อสุขภาพ

หากไม่ได้รับการรักษา จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง **10-20 เท่า** และมีความเสี่ยงเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าปกติถึง **100 เท่า** ดังนั้นการตรวจพบในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การทางเศรษฐกิจ

ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากอาจก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา แม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ แต่การวินิจฉัยพบโรคภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมนั้น มีน้อยกว่า **7%** ของเคสจริงรอบโลก



1

ประเมินความคุ้มค่าด้านต้นทุนของการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing โดยใช้เทคนิคการตรวจลำดับจีโนมแบบ Whole Exome Sequencing (WES) และ Long-Read Sequencing (LRS) ในแต่ละขั้นตอนการพัฒนาของตลาด

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิม
พัฒนาแบบจำลองการวิเคราะห์ความคุ้มค่าด้านต้นทุน (CEA) เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการตรวจลำดับจีโนมแบบ Whole Exome Sequencing (WES)

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในระยะเริ่มต้น
กำหนดคุณลักษณะของยาเตรียมเป้าหมาย (TPP) สำหรับการตรวจลำดับจีโนมแบบ Long-Read Sequencing (LRS) และดูศักยภาพความคุ้มค่าด้านต้นทุนเมื่อเทียบกับการตรวจคัดกรองไขมันแบบมาตรฐาน

2

ทดสอบความเกี่ยวข้องและการนำแนวทางการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แม่นยำ (PM-RC) ที่ได้พัฒนาใหม่มาปรับใช้

กลุ่มประชากร: ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และมีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า 189 mg/dL และไม่มีประวัติการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมหรือโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน

การแทรกแซง: การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing โดยใช้เทคนิคการตรวจลำดับจีโนมแบบ Whole Exome Sequencing (WES) และ Long-Read Sequencing (LRS)

กลุ่มเปรียบเทียบ: การตรวจคัดกรองไขมันแบบฉวยโอกาส (มาตรฐานการดูแล)

ผลลัพธ์: การประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิม (EE): อัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (ICER) สำหรับ WES การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในระยะเริ่มต้น: คุณลักษณะของยาเตรียมเป้าหมาย (TPP) สำหรับ LRS

ผลลัพธ์

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิม



การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing โดยใช้เทคนิคการตรวจลำดับจีโนมแบบ Whole Exome Sequencing (WES)

มีความคุ้มค่าด้านต้นทุน โดยมีอัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (ICER) อยู่ที่ **89,619 บาทต่อปีสุขภาวะ (QALY)** ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความเต็มใจจ่าย (WTP) ของประเทศไทยที่ **160,000 บาท**

การวิเคราะห์ความไว

ตัวแปรสำคัญ ได้แก่ จำนวนญาติที่ติดต่อและอัตราการเข้ารับการตรวจ หากติดต่อญาติเพียงคนเดียวหรืออัตราการเข้ารับการตรวจต่ำกว่า **10%** การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Whole Exome Sequencing (WES) จะไม่คุ้มค่าด้านต้นทุน

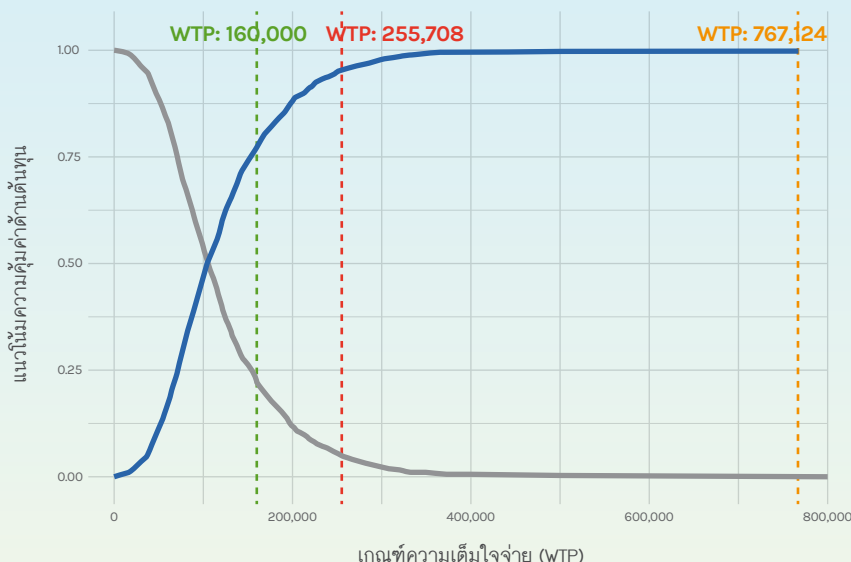
การวิเคราะห์ความไวแบบอาศัยความน่าจะเป็น

แสดงความน่าจะเป็นในการคุ้มค่าด้านต้นทุนที่ 77.8% ที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่าย (WTP) ของประเทศไทย เพิ่มขึ้นเป็น **95.1%** และ **99.95%** ที่ 1 เท่า และ 3 เท่าของ GDP ของประเทศไทย ตามลำดับ



ผลลัพธ์

การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing โดยใช้เทคนิคการตรวจลำดับจีโนมแบบ Whole Exome Sequencing (WES) จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด **ได้ 16 ราย** ต่อผู้เข้ารับการตรวจ 100 คน ส่งผลให้มีอายุยืน **เพิ่มขึ้น 51 ปี** และมีค่าปีสุขภาวะ (QALY) **เพิ่มขึ้น 209 ปี** ต่อผู้เข้ารับการตรวจ 100 คน



ภาพที่ 1

เส้นโค้งแสดงความยอมรับความคุ้มค่าด้านต้นทุนของการตรวจพันธุกรรมแบบ Whole Exome Sequencing (WES) เทียบกับมาตรฐานการดูแล

Protocol

- ข้อกำหนดมาตรฐานการดูแล
- การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ WES ร่วมกับแบบ MLPA



การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในระยะเริ่มต้น

การลำดับจีโนมแบบ Long-Read Sequencing (LRS)

ค่าใช้จ่ายสูงสุดอยู่ที่ **173,134** บาท
เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า
ด้านต้นทุนที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่าย
(WTP) ของประเทศไทย



- เป้าหมายขั้นต่ำที่ยอมรับได้
- เป้าหมายที่ยอมรับได้
- เป้าหมายที่คาดหวัง

ภาพที่ 2

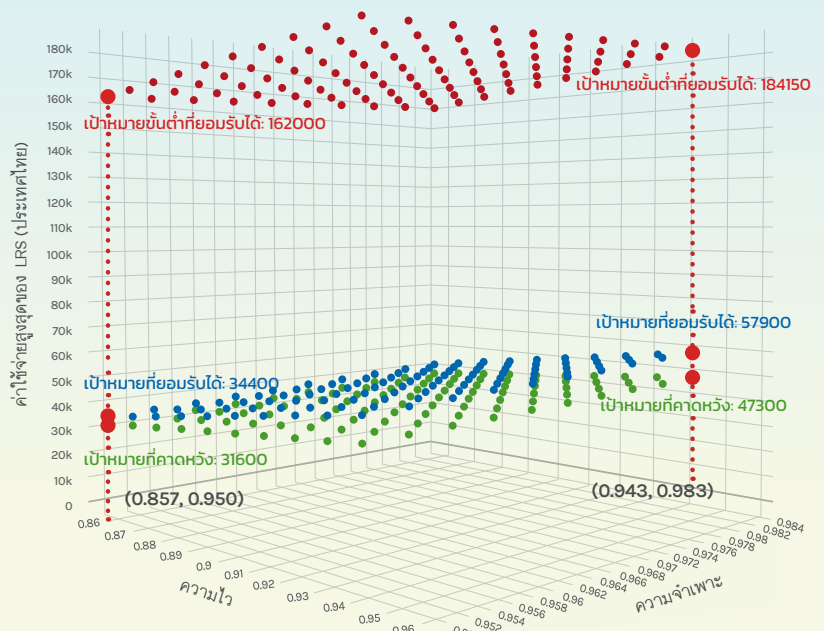
การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของความแม่นยำของการลำดับจีโนมแบบ Long-Read Sequencing (LRS): ภาพนี้แสดงผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงแพ็คเกจค่าใช้จ่ายสูงสุดของ LRS (แกน z) ที่เกี่ยวข้องกับกับความจำเป็น (แกน y) และความไว (แกน x) ที่แตกต่างกันตามช่วงที่ผู้พัฒนาเทคโนโลยีระบุไว้

การวิเคราะห์ความไม่แน่นอน: ค่าใช้จ่ายสูงสุดสำหรับการลำดับจีโนมแบบ LRS ได้แก่

เป้าหมายขั้นต่ำ
ที่ยอมรับได้:
162,000 บาท
(ความไวและ
ความจำเป็นขั้นต่ำ)

เป้าหมาย
ที่ยอมรับได้:
34,400 บาท
ถึง
57,900 บาท

เป้าหมาย
ที่คาดหวัง:
31,600 บาท
ถึง
47,300 บาท



วิธีการ

วิธี:

แบบจำลอง Hybrid decision tree และแบบจำลอง Markov ที่สะท้อนการปฏิบัติงานทางคลินิกของประเทศไทย

กลุ่มประชากร:

ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และมีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่า 189 mg/dL และไม่มีประวัติการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม หรือโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน

กลุ่มเปรียบเทียบและการแทรกแซง:

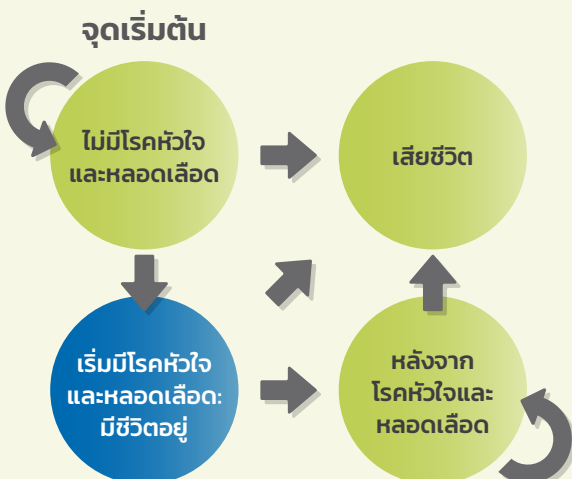
การตรวจคัดกรองไขมันแบบฉวยโอกาส (มาตรฐานการดูแล) เทียบกับการตรวจลำดับจีโนมแบบ WES และ LRS

แหล่งข้อมูล:

ฐานข้อมูลภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมของประเทศไทย โรงพยาบาลในท้องถิ่น เอกสารทางวิชาการ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

วิธีการ:

สำหรับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิม (Conventional EE) ได้ประเมินอัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (ICER) ที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่าย (WTP) ของประเทศไทยที่ 160,000 บาท โดยมีการวิเคราะห์ความไว สำหรับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในระยะเริ่มต้น (Early EE) ได้พัฒนาคุณลักษณะของยาเตรียมเป้าหมาย (TPP) โดยใช้วิธีการ CEA แบบย้อนกลับ ความไม่แน่นอนใน TPPs ได้รับการประเมินผ่านการวิเคราะห์เชิงความน่าจะเป็นและการวิเคราะห์สถานการณ์



ภาพที่ 3

แบบจำลอง Markov เพื่อจำลองการพัฒนาของโรคหัวใจและหลอดเลือด



การศึกษารูปแบบใหม่

การประเมินระดับโลกครั้งแรกของการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing สำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม โดยใช้ทั้งการประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมและแบบระยะเริ่มต้น



ข้อเสนอแนะสำคัญล่าสุด

สำหรับทั้งการประเมินทางเศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิมและแบบระยะเริ่มต้น การปฏิบัติตามแนวทางการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ที่แม่นยำ (PM-RC) มีมากกว่า 60% ทำให้มีความเกี่ยวข้องและนำไปใช้ได้กับประเทศอื่นๆ



คุณค่า

การตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing สำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมมีความคุ้มค่าด้านต้นทุนที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่าย (WTP) ของประเทศไทย



การลงทุนในการตรวจคัดกรองทางพันธุกรรมแบบ Cascade Testing สำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม

เป็นกลยุทธ์ที่มีความคุ้มค่าด้านต้นทุน

ซึ่งมีส่วนช่วยในการพัฒนาการวินิจฉัยและการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรมได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทย

รายละเอียดการวิจัย

บทสรุปนโยบายนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย "การพัฒนาแนวทางการประเมินความคุ้มค่าสำหรับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์ที่แม่นยำ สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพในประเทศไทย"

ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้แผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่แสดงไว้ในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัยและอาจไม่สะท้อนความคิดเห็นของสวรส.



นักวิจัย

Zhang Yue, Wenjia Chen, ดร.ปรรณพัชร ลักขมศรีเศรษฐ์, Dimple Butani, สุทินี ผู้ไพบริน, ฉันทวัฒน์ ปฏิกรณ์, ณัฏฐณิชา กุลอนชัยโรจน์, ปารุฒม์ วงศ์มโนวิสุทธิ, ภก.ธนพล คูหารัตนไชย, ศ. ดร. นพ.วีรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ, พญ.กรณิ กนกโรจน์, ชนัญจิตต์ เชี่ยวสมุทร, ศ. นพ.วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

แหล่งอ้างอิง

- Benn M, Watts GF, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG. Familial hypercholesterolemia in the danish general population: prevalence, coronary artery disease, and cholesterol-lowering medication. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(11):3956-64.
- Ademi Z, Marquina C, Zomer E, Bailey C, Owen A, Pang J, et al. The economic impact of familial hypercholesterolemia on productivity. J Clin Lipidol. 2020;14(6):799-806 e3.
- Ademi Z, Watts GF, Juniper A, Liew D. A systematic review of economic evaluations of the detection and treatment of familial hypercholesterolemia. Int J Cardiol. 2013;167(6):2391-6.
- Harada-Shiba M, Arai H, Ishigaki Y, Ishibashi S, Okamura T, Ogura M, et al. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Familial Hypercholesterolemia 2017. J Atheroscler Thromb. 2018;25(8):751-70.
- Goldberg AC, Hopkins PN, Toth PP, Ballantyne CM, Rader DJ, Robinson JG, et al. Familial hypercholesterolemia: screening, diagnosis and management of pediatric and adult patients: clinical guidance from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol. 2011;5(3):133-40.
- Perez de Isla L, Alonso R, Watts GF, Mata N, Saltijeral Cerezo A, Muñoz O, et al. Attainment of LDL-cholesterol treatment goals in patients with familial hypercholesterolemia: 5-year SAFEHEART registry follow-up. Journal of the American College of Cardiology. 2016;67(11):1278-85.
- Marquina C, Morton JI, Lloyd M, Abushanab D, Baek Y, Abebe T, et al. Cost-Effectiveness of Screening Strategies for Familial Hypercholesterolemia: An Updated Systematic Review. Pharmacoeconomics. 2024;42(4):373-92.
- Meng R, Wei Q, Zhou J, Zhang B, Li C, Shen M. A systematic review of cost-effectiveness analysis of different screening strategies for familial hypercholesterolemia. J Clin Lipidol. 2024;18(1):e21-e32.
- Ganokraj P, Muanpetch S, Deerochanawong C, Pimphilai M, Leelawattana R, Thongtang N, et al. Gaps in the Care of Subjects with Familial Hypercholesterolemia: Insights from the Thai Familial Hypercholesterolemia Registry. J Atheroscler Thromb. 2023;30(12):1803-16.

รัฐบาลควรใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพอย่างไร ให้สนับสนุนนวัตกรรมและสร้างประโยชน์สูงสุด กับสุขภาพของประชาชนในกรณียาที่ติดสิทธิบัตร

พฤศจิกายน 2567

- รัฐบาลไทยเผชิญกับความท้าทายในการจัดหาจ่ายใหม่ราคาสูงให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยา การใช้จ่ายนี้ไม่เพียงแต่สนับสนุนการผลิตและจำหน่ายของบริษัทยา แต่ยังช่วยส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมที่จะส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต อย่างไรก็ตามการใช้จ่ายนี้ทำให้รัฐบาลมีงบประมาณสำหรับการบริการสุขภาพอื่น ๆ ลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ ซึ่งเรียกว่า ค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพ (Health Opportunity Cost: HOC)
- ประเทศไทยใช้ความคุ้มค่าเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัดสินใจคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ได้กำหนดเกณฑ์ความคุ้มค่า (cost-effectiveness threshold: CET) ไว้ที่ 160,000 บาท/ปีสุขภาพ การศึกษานี้พบว่า หากเกณฑ์ความคุ้มค่าที่กำหนดไว้สามารถสะท้อนค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพได้ การใช้งบประมาณซื้อยาที่มีความคุ้มค่าจะมีแนวโน้มให้ผลประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน กลับกันหากการใช้งบประมาณซื้อยาที่ไม่มีความคุ้มค่า ก็จะทำให้ผลประโยชน์สูงสุดตกอยู่ที่บริษัทยาแทน
- เนื่องจากเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยค่อนข้างต่ำ ทำให้บริษัทยามีโอกาสน้อยที่จะได้รับส่วนแบ่งอย่างยุติธรรมจากการจำหน่ายยาที่มีความคุ้มค่าให้กับรัฐบาล อย่างไรก็ตาม ทางแก้ปัญหาไม่ใช่การเพิ่มเพดานความคุ้มค่าเพียงอย่างเดียว เพราะหากเกณฑ์ความคุ้มค่าใหม่ไม่สะท้อนถึงค่าเสียโอกาสในการลงทุนด้านสุขภาพ อาจทำให้ประชาชนสูญเสียประโยชน์จากการลงทุนด้านสุขภาพมากขึ้น ทางออกที่เหมาะสมคือ รัฐบาลต้องเพิ่มการลงทุนในระบบสุขภาพให้สูงขึ้นก่อน ซึ่งจะช่วยลดค่าเสียโอกาสจากการใช้จ่ายในแต่ละบาท เมื่อนั้นเกณฑ์ความคุ้มค่าจะสามารถปรับเพิ่มได้ และการจัดสรรงบประมาณเพื่อซื้อยาที่มีความคุ้มค่าจะทำให้เกิดการแบ่งปันผลประโยชน์ระหว่างประชาชนและบริษัทยาอย่างยุติธรรม

การวัดผลได้สุทธิและการแบ่งผลได้ทางสุขภาพ



ในการศึกษานี้ ยาที่นำมาวิเคราะห์เป็นยาที่ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ จ(2) จำนวน 7 รายการซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามผลการศึกษาความคุ้มค่าที่ทีมวิจัยสมมติให้สะท้อนค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพ ดังนี้

1 ยาที่มีความคุ้มค่า

ได้แก่



Factor VIII



trastuzumab



ยาสูตรผสม sofosbuvir และ ledipasvir



deferasirox

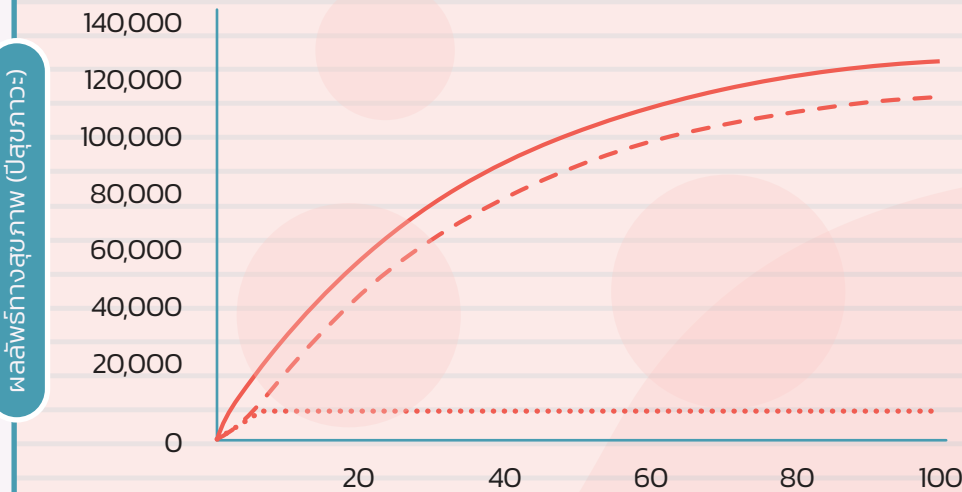


พบว่าให้ผลลัพธ์
ทางสุขภาพแก่ประชาชนระหว่าง

ร้อยละ 91-104



ตัวอย่าง: ผลการศึกษาแสดงส่วนแบ่งทางสุขภาพ
ของยา trastuzumab ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น



ข้อบ่งใช้



ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น



มาตรการที่เสนอ



ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel



มาตรการเปรียบเทียบ



การใช้ยา paclitaxel เพียงอย่างเดียว

- — — — — ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
- - - - - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น
- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

91%

ส่วนแบ่งผลได้ทางสุขภาพ
ของประชาชนโดยรวม



9%

ส่วนแบ่งผลได้ทางสุขภาพ
ของภาคอุตสาหกรรมยา



กรณีศึกษาของยาที่มีความคุ้มค่า

แสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม
ส่วนแบ่งผลได้มากขึ้น

ต่อระบบสุขภาพและ
ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน



ผลการศึกษาความคุ้มค่าในปี พ.ศ. 2555 พบว่า การใช้ยา trastuzumab ร่วมกับ paclitaxel มีความคุ้มค่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ทำให้ยา trastuzumab ได้รับการบรรจุเข้าบัญชียา จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557



trastuzumab ไม่มีการจดสิทธิบัตรยาในประเทศไทย แต่มีผู้จำหน่ายรายเดียวตั้งแต่เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ จนถึงปี พ.ศ. 2562 ถึงมียาสามัญวางจำหน่าย



อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ยังมีตัวอย่างของยาที่มีความคุ้มค่าแต่ส่วนแบ่งทางสุขภาพแก่ประชาชนติดลบ ได้แก่ dasatinib ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเนื่องจากการรักษาด้วยยานี้มีต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาในสัดส่วนที่สูง เช่น ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามและประเมินอาการ เป็นต้น

2

ยาที่ไม่มีความคุ้มค่า

ได้แก่



imiglucerase



raltegravir



มีผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ของประชาชนขาดหายไป



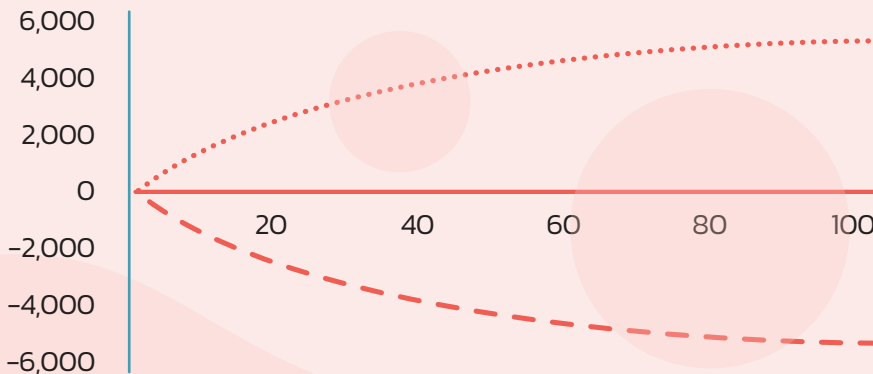
ประโยชน์สุทธิตกกับ
บริษัทยาระหว่าง

ร้อยละ 74% - 8,469%



ตัวอย่าง: ผลการศึกษาส่วนแบ่งทางสุขภาพ
ของยา imiglucerase ในผู้ป่วยโรค Gaucher

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ปีสุขภาพ)



จำนวนปีที่ยาได้รับการบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

- ปีสุขภาพสุทธิที่ควรจะได้รับจากยา
- - - ปีสุขภาพสุทธิที่ประชาชนได้รับจากยา
- ปีสุขภาพสุทธิที่ขาดหายไปจากการจ่ายในภาคอุตสาหกรรมเพื่อการวิจัยและพัฒนาใหม่

-8,369 %

ส่วนแบ่งผลได้ทางสุขภาพ
ของประชาชนโดยรวม

8,469 %

ส่วนแบ่งผลได้ทางสุขภาพ
ของภาคอุตสาหกรรมยา

ข้อบ่งใช้

- เด็กอายุ 2 ขวบที่เป็นโรค Gaucher ชนิดที่ 1

มาตรการที่สนใจ

- ยา imiglucerase

มาตรการเปรียบเทียบ

- การรักษาแบบประคับประคอง



กรณีศึกษาของยาที่ไม่มีความคุ้มค่า

**แสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม
ส่วนแบ่งผลได้น้อย
ต่อระบบสุขภาพ
เนื่องจากภาคอุตสาหกรรม
ได้รับส่วนแบ่งที่มากกว่า**

- ✓ โรค Gaucher ชนิดที่ 1 เป็นโรคหายาก ในปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย
- ✓ ผลการศึกษาความคุ้มค่าในปี พ.ศ. 2555 พบว่า การใช้ยา imiglucerase ในผู้ป่วยโรค Gaucher ชนิดที่ 1 ไม่คุ้มค่า
- ✓ ยานี้ใช้สำหรับผู้ป่วยช่วงเวลาก่อนการปลูกถ่ายไขกระดูก และมีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ จึงได้รับการบรรจุเข้าบัญชียา จ(2) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2556
- ✓ imiglucerase ไม่มีการจดสิทธิบัตรยาในประเทศไทย และไม่มียาสามัญวางจำหน่าย

อย่างไรให้ลดการเสียโอกาสด้านสุขภาพได้มากที่สุด



หากเกณฑ์ความคุ้มค่าไม่สะท้อนค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น การตั้งเกณฑ์ความคุ้มค่าสูงกว่าค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพ บริษัทยาอาจตั้งราคาขายสูงเท่าราคาสูงสุดที่ทำให้คุ้มค่า การเลือกยาที่คุ้มค่านั้นอาจไม่ก่อให้เกิดผลได้สุทธิทางสุขภาพ ยิ่งเกณฑ์ความคุ้มค่าแตกต่างจากค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพมากเท่าไร โอกาสที่จะสูญเสียผลได้สุทธิทางสุขภาพของประชาชนจากการตั้งราคาขายสูงขึ้นจะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น



การที่รัฐบาลไทยเร่งให้มียาสามัญเข้ามาจำหน่ายในประเทศหลังจากยาหมดสิทธิบัตร จะส่งผลดีให้ประชาชนโดยรวมได้ประโยชน์ในระยะยาวจากการลงทุนซื้อยาที่ไม่มีความคุ้มค่าในระหว่างที่ยายังติดสิทธิบัตร ในทางตรงกันข้ามหากไม่มียาสามัญเป็นทางเลือกได้ในเร็ววัน การนำยาที่ไม่มีความคุ้มค่ามาใช้จะทำให้ประชาชนโดยรวมสูญเสียประโยชน์ในด้านสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่ายานั้นจะหมดสิทธิบัตรไปแล้วก็ตาม

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารอบแนวคิดจากการศึกษาของ Beth Wood และคณะ (2564) ซึ่งหาผลลัพธ์ทางสุขภาพ ภายใต้สมมติฐานว่า ค่าเสียโอกาสจากการลงทุนด้านสุขภาพมีค่าเท่ากับเกณฑ์ความคุ้มค่าของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพสุทธิ (potential net health effects) คือ ผลรวมปีสุขภาพที่ควรจะได้รับจากยา 2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน (realised population net health benefit) คือ ผลรวมปีสุขภาพที่ประชาชนได้รับจากยา และ 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ขาดหายไปจากการจ่ายให้แก่ภาคอุตสาหกรรมยา (health foregone due to payments to manufacturer) คือ ผลรวมปีสุขภาพที่ขาดหายไปจากการจ่ายในภาคอุตสาหกรรมเพื่อการวิจัยและพัฒนายาใหม่

ตัวอย่างยาที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(2) ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 7 รายการ และคาดการณ์ประโยชน์ทางสุขภาพในระยะยาวนับตั้งแต่ยาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งช่วงที่มียาต้นแบบรายการเดียวในตลาดจนกระทั่งมียาสามัญเข้ามามีส่วนแบ่งการตลาด โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและปีสุขภาพจากรายงานการศึกษาความคุ้มค่าที่ใช้พิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ข้อมูลราคาและส่วนแบ่งการตลาดของยาต้นแบบและยาสามัญจาก IQVIA



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

HITAP ได้รับทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.) ให้ดำเนินการศึกษาเรื่อง Estimating the shares of the value of branded pharmaceuticals accruing to manufacturers and to patients in the Thai healthcare system ซึ่งเป็นการร่วมมือกับ Centre for Health Economics (CHE), University of York การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาส่วนแบ่งของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนผลประโยชน์ที่แบ่งกันระหว่างภาคอุตสาหกรรมยาและสาธารณะ ระยะเวลาการศึกษา 12 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดย ทีม HITAP ได้แก่ ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์, นางสาวลภัส พงศ์เจริญยง, ภญ.โชติกา สุวรรณพานิช, ภญ. บุสดี ไสบุญ, Francis Carlo Panlilio ทีม University of York ได้แก่ Dr.Jessica Ochalek, Beth Woods, Dr.James Lomas



ผู้เขียน



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



นางสาวลภัส พงศ์เจริญยง



ภญ.บุสดี ไสบุญ



Francis Carlo Panlilio



ภญ.โชติกา สุวรรณพานิช

ดีโนซูแมบและโซเลโดรเนต ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ในกลุ่มบิสฟอสโฟเนตชนิดรับประทาน

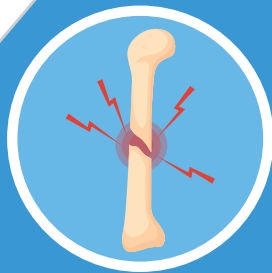
ธันวาคม 2567

- การรักษาโรคกระดูกพรุนด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีเพียงเลนโดรเนต (alendronate) รายการเดียว ซึ่งเป็นยาในกลุ่มบิสฟอสโฟเนต (bisphosphonate) ชนิดรับประทาน หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ alendronate แพทย์จะยังคงให้รับประทานยาต่อไป เนื่องจากไม่มีทางเลือกอื่น จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน
- การประเมินความคุ้มค่าด้วยมุมมองทางสังคม พบว่า การให้ดีโนซูแมบ (denosumab) หรือ โซเลโดรเนต (zoledronate) สำหรับรักษาโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน ยังไม่คุ้มค่า ณ ความเต็มใจจ่ายที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ
- การให้ zoledronate 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 1 ปี นาน 3 ปี เป็นทางเลือกที่มีโอกาสคุ้มค่ามากที่สุด เนื่องจากการลดราคาทำให้เหลือ 730 บาทต่อโดส จะมีความคุ้มค่าสำหรับประเทศไทย

เกณฑ์พิจารณาการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคกระดูกพรุน

เนื่องจาก **ไม่มีการกำหนด** เกณฑ์การไม่ตอบสนองต่อการรักษา
ด้วยยารักษาโรคกระดูกพรุนที่ชัดเจน ในการศึกษาจึงกำหนดว่า*

**ผู้ป่วยจะต้องได้รับยา ในกลุ่ม
Bisphosphonate ชนิดรับประทาน
อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป**
และมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้



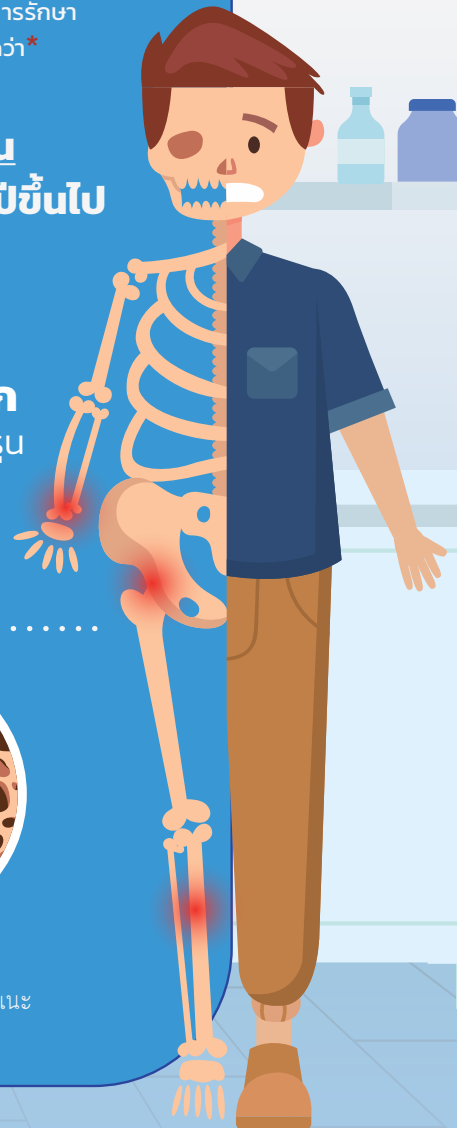
**เกิดกระดูกหัก
จากโรคกระดูกพรุน**



**ไม่เกิดกระดูกหัก
แต่ความหนาแน่น
มวลกระดูก
(BMD-T score)
ไม่เพิ่มขึ้น**



*อ้างอิงคำจำกัดความของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนสากล
(International Osteoporosis Foundation: IOF) และข้อเสนอแนะ
จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง



การรักษาโรคกระดูกพรุนด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

alendronate

- เป็นยาในกลุ่ม **bisphosphonate** ชนิดรับประทาน
- รับประทาน 70 มิลลิกรัมสัปดาห์ละครั้ง
- ระยะเวลาให้ยาสูงสุด 5 ปี

การรักษาทางเลือกว่าด้วยยาที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย

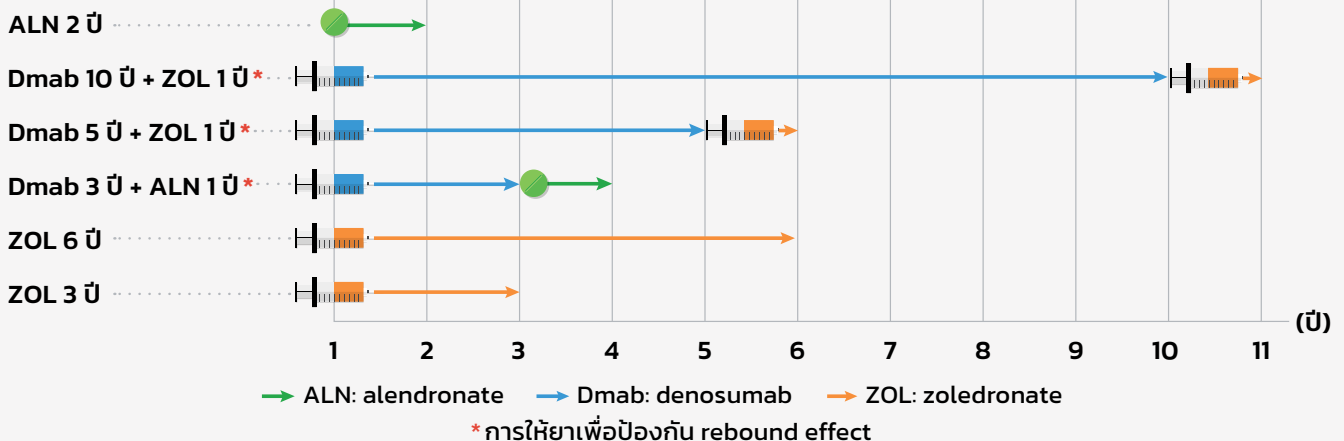
denosumab

- ไม่ใช่ยาในกลุ่ม **bisphosphonate**
- ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง 60 มิลลิกรัม ทุก 6 เดือน
- ประเมินผลหลังรักษาที่ 5 ปี
- ระยะเวลาให้ยาสูงสุด 10 ปี
- การหยุดยา จะต้องได้รับยาในกลุ่ม bisphosphonate เพื่อป้องกัน การสลายกระดูกอย่างรวดเร็ว หลังหยุดยา (rebound effect)

zoledronate

- เป็นยาในกลุ่ม **bisphosphonate** ในรูปแบบของยาฉีด
- ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ 5 มิลลิกรัม ทุก 1 ปี
- ประเมินผลหลังรักษาที่ 3 ปี
- ระยะเวลาให้ยาสูงสุด 6 ปี

มาตรการที่สนใจในการศึกษาความคุ้มค่า



ความคุ้มค่าของการขยายสิทธิประโยชน์

การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
ด้วยยาในกลุ่มบิสฟอสโฟเนตชนิดรับประทาน



denosumab และ zoledronate
ทุกมาตรการ ยังไม่คุ้มค่า
ในบริบทของประเทศไทย

ณ ระดับความเต็มใจจ่ายที่
160,000 บาท
ต่อปีสุขภาพะ เมื่อเปรียบเทียบกับ
การให้ alendronate
นาน 2 ปี



การให้ zoledronate 5 มิลลิกรัม
ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 1 ปี
นาน 3 ปี เป็นทางเลือก
ที่มีโอกาสคุ้มค่ามากที่สุด

และหากต้องรองให้ราคา
zoledronate ลดลงเหลือ
730 บาทต่อโดส
(ลดราคาลง 83% จากราคาปัจจุบัน)
จะมีความคุ้มค่า



การงบประมาณของกองทุนประกันสุขภาพ

การขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน
ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม
bisphosphonate ชนิดรับประทาน
ด้วยการบรรจุ zoledronate 5 มิลลิกรัม
ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 1 ปี นาน 3 ปี
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

มีภาระงบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่ม
2,367-24,582 ล้านบาท

ในระยะเวลา 5 ปี ข้างหน้า เมื่อให้การรักษา
ผู้ป่วยเก่า 218,500 ราย และผู้ป่วยใหม่ 500 รายต่อปี



การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ไม่พบข้อมูลประสิทธิผลของยา
denosumab และ zoledronate ที่รายงานในรูปของโอกาสการเกิดกระดูกหัก
ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้าย (final outcome) ตัวแปรโอกาสการเกิดกระดูกหักที่ใช้ใน
การศึกษา ได้จากการคำนวณโดยเครื่องมือ FRAX (Fracture Risk Assessment Tool)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



แม้ว่าการให้ denosumab และ zoledronate จะยังไม่คุ้มค่าในบริบทประเทศไทย แต่การบรรจุยา denosumab หรือ zoledronate ถือเป็นการเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน ทั้งนี้ การต่อรองราคายาสามารถช่วยลดผลกระทบด้านงบประมาณ และเพิ่มโอกาสที่ยาจะคุ้มค่าได้

หากขยายสิทธิประโยชน์การรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน โดยการบรรจุ zoledronate 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 1 ปี นาน 3 ปี ไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรติดตามและประเมินผลการใช้จ่าย เนื่องจากข้อมูลประสิทธิผลของยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าวยังมีอยู่อย่างจำกัด และในช่วง 3-5 ปีหลังการบรรจุยา ควรมีการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้จ่าย เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้สถานการณ์จริง

การประเมินความคุ้มค่าของการรักษาโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการรักษามาตรฐานด้วยยา alendronate กับการรักษาด้วย denosumab หรือ zoledronate ใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ Markov Model คำนวณการณั้ต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพตลอดชีวิตของผู้ป่วย ระเบียบวิธีวิจัยดำเนินงานตามแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย สำหรับตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าของยาดีโนซูแมบสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม bisphosphonate ชนิดรับประทาน

โดย ธนกร เจริญกิตติวุฒ, ญญ.ธมลวรรณ ดุลลัมพันธ์, ชนินดา เอกอัครรุ่งโรจน์, ญญ.ปานทิพย์ จันทมา และ ดร. ญญ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.)

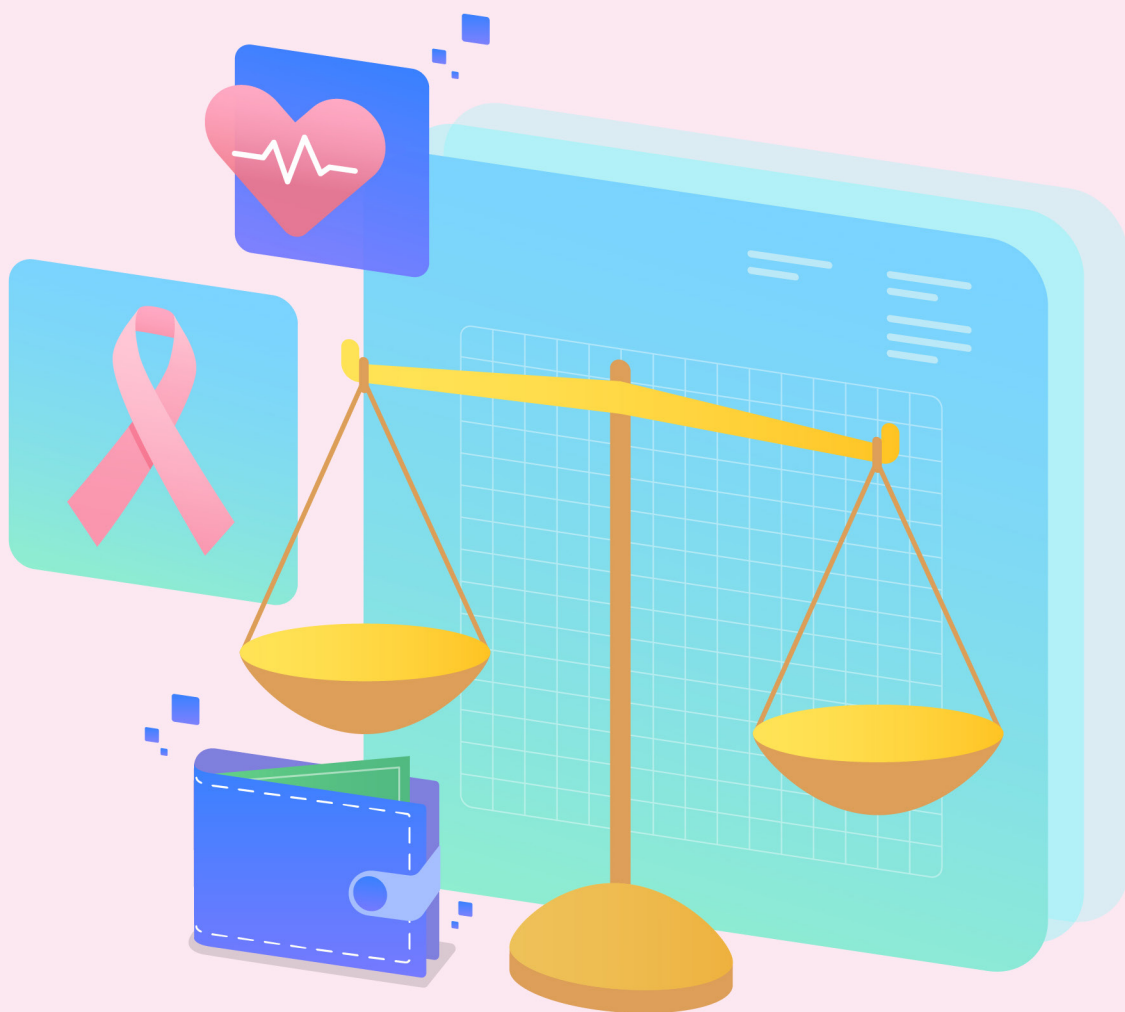
ผู้เขียน



ญญ.ธมลวรรณ ดุลลัมพันธ์



นายธนกร เจริญกิตติวุฒ



SPEEDD

E: Equity

**สร้างความเสมอภาค โดยปฏิบัติต่อ
แต่ละบุคคลตามความต้องการและ
ลักษณะเฉพาะเพื่อไปลบบกข้อจำกัด**

เปิดผลสำรวจ คนไทยคิดเห็นอย่างไรกับ ความเสมอภาคด้านสุขภาพ

กันยายน 2567

- ประเด็นเรื่องความเสมอภาคด้านสุขภาพ (health equity) เป็นเรื่องที่คนไทยให้ความสำคัญ แต่ยังไม่เคยมีการวัดระดับความสำคัญในเรื่องนี้ออกมาให้ชัดเจน
- ผลการศึกษาจากแบบสำรวจเพื่อระดับ **"การหลีกเลี่ยงความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (health inequality aversion survey)"** ยืนยันว่า คนไทยให้ความสำคัญกับความเสมอภาคด้านสุขภาพมาก แต่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย
- กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสำรวจแบบซึ่งหน้า (general public: in-person survey) ให้น้ำหนักกับการลดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพมากจนยอมสละผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคม (Egalitarian) ในขณะที่กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (policymakers) และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสำรวจแบบออนไลน์ (general public: online survey) ให้น้ำหนักกับการเพิ่มสุขภาวะให้กับกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคม (Weighted Prioritarian)
- ผลการสำรวจนี้ จะนำไปใช้ประกอบการประเมินความคุ้มค่าด้วยวิธี Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA) ซึ่งศึกษาเป็นครั้งแรกในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเภทของผู้ตอบแบบสำรวจ

แบ่งประเภทเป็น 5 กลุ่ม ตามการให้น้ำหนัก (trade-off) ระหว่างการเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (increasing health efficiency) และการลดความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ (reducing health inequality)

กลุ่ม 1

Pro-Rich

คือ กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการเพิ่มสุขภาวะให้กลุ่มคนรวยในสังคมเพียงอย่างเดียว

กลุ่ม 2

Health Maximiser

คือ กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอย่างเดียว

กลุ่ม 3

Weighted Prioritarian

คือ กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการเพิ่มสุขภาวะของกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคมมากกว่ากลุ่มคนรวย

กลุ่ม 4

Maximin

คือ กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการเพิ่มสุขภาวะของกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคมเพียงอย่างเดียว

กลุ่ม 5

Egalitarian

คือ กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการลดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพมากจนยอมสละผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคม



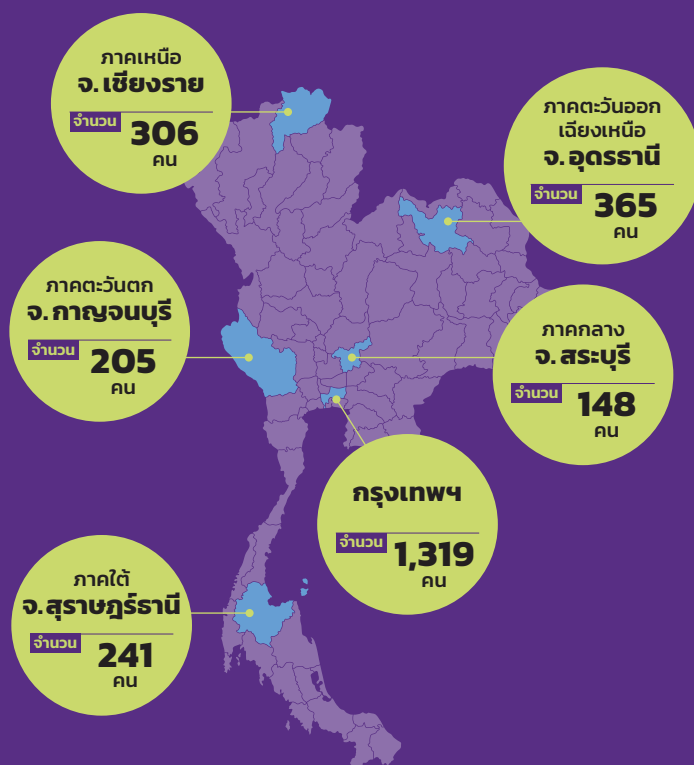
กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการเพิ่มประสิทธิภาพด้านสุขภาพโดยไม่สนใจการลดความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ เช่น ให้ความสำคัญกับมาตรการที่สามารถเพิ่มอายุขัยของคนมากกว่ามาตรการที่ลดช่องว่างด้านสุขภาพของคนในสังคม

กลุ่มที่ให้น้ำหนักกับการลดความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพโดยไม่สนใจเพิ่มประสิทธิภาพด้านสุขภาพ เช่น ให้ความสำคัญกับมาตรการที่ลดช่องว่างด้านสุขภาพของคนในสังคมมากกว่ามาตรการที่สามารถเพิ่มอายุขัยของคน



การสำรวจนี้มีจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจกลุ่ม**ประชาชนทั่วไปแบบเชิงหน้า**มากที่สุด **รวม 2,584 คน**

คณะผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสำรวจ**จากพื้นที่ 6 จังหวัด** ในแต่ละภูมิภาค เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นตัวแทนประชาชนชาวไทยมากที่สุด



ผลการสำรวจ

กลุ่มประชาชนทั่วไปให้น้ำหนักกับความเสมอภาคด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

กลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ตอบแบบสำรวจแบบซึ่งหน้า

มีค่ากลางอยู่ในกลุ่ม **Egalitarian**

คือ ให้น้ำหนักกับการลดความไม่เสมอภาคมาก
จนยอมสละผลประโยชน์ของกลุ่มที่ด้อยกว่า
จนไม่สามารถคำนวณออกมา
เป็นดัชนี Atkinson ได้^{1,2}



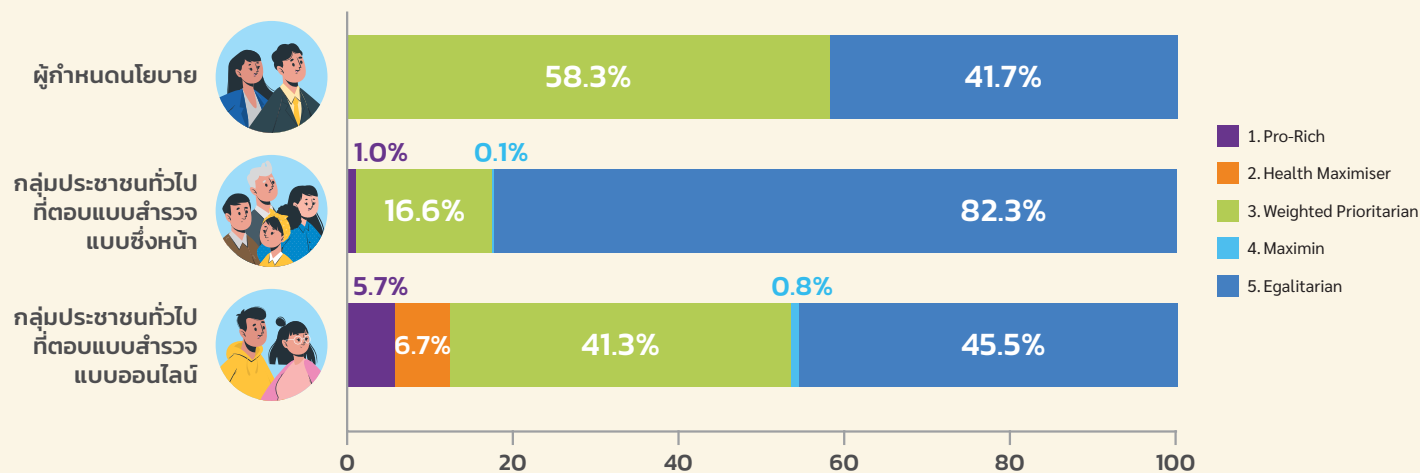
กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ตอบแบบสำรวจออนไลน์

มีค่ากลางอยู่ในกลุ่ม **Weighted Prioritarian**

คือ ให้น้ำหนักกับการเพิ่มสุขภาวะของกลุ่มที่ด้อยกว่าในสังคมมากกว่ากลุ่มคนรวย
โดยสามารถคำนวณออกมาเป็นดัชนี Atkinson ที่ 10.01 และค่า Equally Distributed
Equivalent (EDE) level ที่ 7.71 ซึ่งหมายความว่า
ผู้ตอบแบบสำรวจ 2 กลุ่มนี้ ให้น้ำหนัก
กับการเพิ่มสุขภาวะให้กับกลุ่มที่ด้อยกว่า
ประมาณ 7 เท่าของกลุ่มคนรวย



เปรียบเทียบผลการสำรวจระดับการหลีกเลี่ยงความไม่เสมอภาคฯ ระหว่างประชากรทั้ง 3 กลุ่ม



การใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการสำรวจ
เป็นหลักฐานสนับสนุนได้ว่า
คนไทยให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่อง

✓ **ความเสมอภาคด้านสุขภาพ
(health equity)**

ดังนั้น ผลสำรวจจากการศึกษานี้เป็น
เสียงสะท้อนไปยังผู้กำหนดนโยบาย
ในระบบสาธารณสุขไทยในการคำนึงถึง
ความเสมอภาคด้านสุขภาพ เพื่อการ
พัฒนาและการตัดสินใจเชิงนโยบายให้
คนไทยมีระบบสาธารณสุขที่เท่าเทียม
และเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น



ข้อค้นพบการสำรวจนี้ ใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินการศึกษาการประเมินความคุ้มค่า
ด้วยวิธี Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA) ครั้งแรกในประเทศไทย
และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

DCEA จะช่วยให้เห็นผลกระทบด้านความเสมอภาคของมาตรการที่ถูกประเมินเพิ่มเติม
จากการประเมินความคุ้มค่าแบบปกติ (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) ซึ่งสามารถ
นำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข
ของประเทศที่คำนึงถึงผลทั้งด้านความคุ้มค่าและความเป็นธรรมได้พร้อมกัน

¹ ดัชนี Atkinson คือ ตัวชี้วัดความไม่เท่าเทียมของรายได้ ที่พัฒนาโดยนักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ Anthony Barnes Atkinson ในบริบทของแบบสำรวจนี้ ดัชนี Atkinson บ่งบอกถึงระดับการหลีกเลี่ยงความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ

² ไม่สามารถคำนวณ Atkinson Index ของกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ตอบแบบสำรวจแบบซึ่งหน้าได้เนื่องจากผลการสำรวจจะเกิดสมมติฐานหลักประสิทธิภาพแบบพารето (Pareto Optimality)

เกี่ยวกับการศึกษา

แบบสำรวจระดับการหลีกเลี่ยงความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (health inequality aversion survey) ถือเป็นการสำรวจครั้งแรกของประเทศไทย และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีวัตถุประสงค์ คือ

1) วัดระดับการหลีกเลี่ยงความไม่เสมอภาคในการเข้ารับบริการทางสุขภาพของประชาชนชาวไทย

2) ผนวกประเด็นเรื่องความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพเข้าไปในการประเมินความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness Analysis: CEA) เมื่อมีการพิจารณาโครงการด้านสุขภาพใหม่ๆ เข้าสู่ระบบสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า การประเมินความคุ้มค่าด้วยวิธี Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA)

แบบสำรวจแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) มุมมองต่อความไม่เสมอภาค ให้กับผู้ตอบแบบสำรวจอายุ 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น โดยการให้ผู้ตอบแบบสำรวจเลือกให้น้ำหนัก (trade-off) ระหว่าง การลดความไม่เสมอภาคในระบบสุขภาพ (reducing health inequality) และการเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (increasing health efficiency) ภายใต้สถานการณ์สมมติ 7 สถานการณ์

คณะผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและทดลองทำแบบสอบถาม (pilot test) ร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสีย กลุ่มนักวิจัย นักวิชาการ และกลุ่มตัวแทนผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ก่อนนำไปใช้สำรวจจริง



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าด้วยวิธี Distributional Cost-Effectiveness Analysis ระยะที่ 1 (Distributional Cost-Effectiveness Analysis Phase 1)

โดย รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, Sarin KC, ภาณุ.ชิตวรรณ พูนศิริ, ภิชารีย์ กรุณายาวงค์, มันทา กรกฏ, จุฬาทิพย์ บุญมา, ดร. ภาณุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



ภิชารีย์ กรุณายาวงค์



รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย



ภาณุ.ชิตวรรณ พูนศิริ

คนไทย “เต็มใจจ่าย” แค่ไหน?

หากรัฐใช้มาตรการตรวจคัดกรองแบบร่วมจ่าย (Co-payment)

คัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจนอกสิทธิประโยชน์

ตุลาคม 2567

- โรคมะเร็งและโรคหัวใจเป็นโรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases; NCDs) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของประชากรไทยและประชากรทั่วโลก
- การตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจตั้งแต่ระยะต้นของโรค เป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลรักษาได้รวดเร็ว ทั้งยังลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว
- แต่ปัจจุบันการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความแออัด รัฐจึงได้มีการนำเสนอแนวคิดการสร้างระบบร่วมจ่าย (co-payment) ที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการ
- การศึกษาความต้องการบริการคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจ นอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลจัดสรรไว้ในภาคประชาชนนี้ จึงให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนานโยบายและชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองโรคในประเทศไทย ภายใต้การดำเนินการพัฒนาหลักเชิงรุกในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ระบบร่วมจ่าย (Co-payment) คืออะไร

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ระบบประกันสุขภาพที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณสามารถเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของการคัดกรองด้านสุขภาพได้เพิ่มขึ้น เพราะมีการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายระหว่างภาครัฐร่วมกับผู้รับบริการ

คนไทยให้ความสำคัญ “ตรวจคัดกรอง” แค่ไหน?

การสำรวจวิจัยนี้เก็บข้อมูลในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา สมุทรปราการ สมุทรสาคร และชัยนาท พบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ

60-70

ไม่สนใจการตรวจคัดกรอง
โรคมะเร็งและโรคหัวใจเพิ่มเติม

ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนยังเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการตรวจคัดกรองโรคในระดับต่ำ

- ในกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มสนใจการคัดกรอง จะพิจารณาจากปัจจัยว่าการคัดกรองเพิ่มเติมนี้มีความแม่นยำมากกว่ามาตรการคัดกรองที่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
- อัตราความเต็มใจจ่ายสำหรับการคัดกรองด้วยมาตรการที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พบว่า อยู่ในช่วงระหว่าง 1,000 ถึง 2,500 บาทต่อมาตรการตรวจคัดกรอง โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการคัดกรองโรคมะเร็งและการคัดกรองโรคหัวใจ
- ความเต็มใจจ่ายของการตรวจคัดกรองจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยหากกลุ่มตัวอย่างทราบว่าผู้คัดกรองจะได้รับประโยชน์ในรูปแบบของอายุขัยที่เพิ่มสูงขึ้นควบคู่กันไป



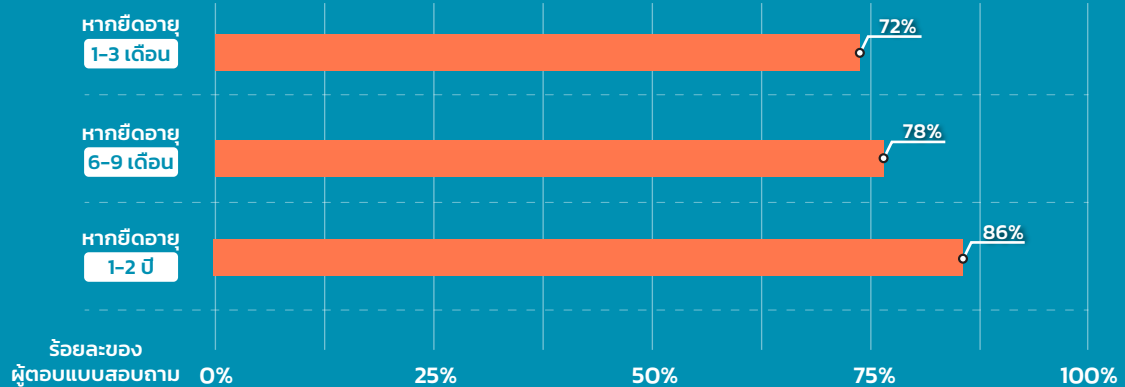
ประชาชนสนใจและเต็มใจจ่ายแค่ไหน ถ้ายืดอายุได้นานขึ้น ?

ความเต็มใจจ่ายค่าตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจในกลุ่มคนที่
สนใจตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

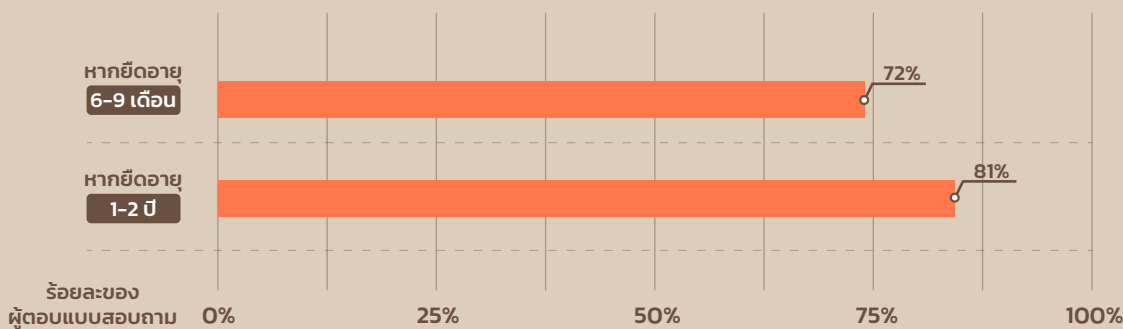
**มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อการคัดกรองทำให้
มีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น**



ความสนใจในการคัดกรองโรคหัวใจ



ความสนใจในการคัดกรองโรคมะเร็ง



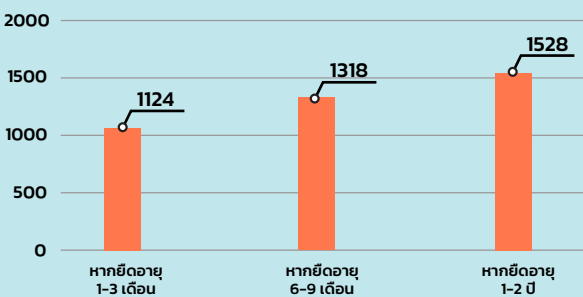
หมายเหตุ เนื่องจากข้อผิดพลาดในการสำรวจ ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ตอบคำถามความสนใจในการคัดกรองโรคมะเร็งกรณีการคัดกรองยืดอายุได้ 1-3 เดือน
ทั้งนี้ กราฟด้านบนทั้ง 2 ภาพ ไม่ได้แสดงว่าการคัดกรองโรคมะเร็งจะยืดอายุได้ยาวนานกว่าการคัดกรองโรคหัวใจแต่อย่างใด



ความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยของโรคหัวใจ



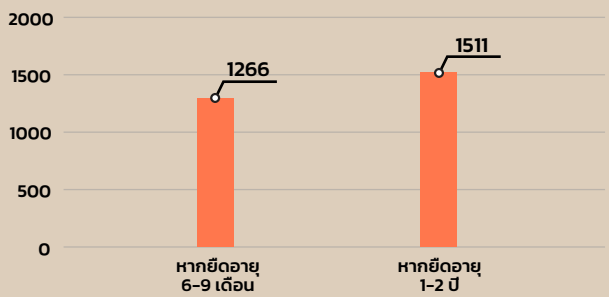
บาท



ความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยของโรคมะเร็ง



บาท



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ



กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สมาคมวิชาชีพ เช่น แพทยสภา และราชวิทยาลัยต่าง ๆ ควรเพิ่มการสื่อสารให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มประชาชนที่มีการศึกษาน้อย รายได้น้อย ให้มีความสนใจและต้องการตรวจคัดกรองโรคมากขึ้น



หาก สปสช. มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองโรคและต้องการเพิ่มกลไกร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ควรร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพ นักวิชาการและประชาชนทั่วไป ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคให้มีความทันสมัยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน



กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ประชาชนถึงประโยชน์ที่แท้จริงของการคัดกรองโรคป้องกันและปราบปรามไม่ให้เกิดโรคมะเร็งจริง ทำให้ประชาชนเข้าใจผิดและลดความเชื่อมั่นในการคัดกรองโรค



นักวิชาการควรศึกษาและทำความเข้าใจทัศนคติ แนวคิด และพฤติกรรมของประชาชนที่มีต่อนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาเพื่อสามารถพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

กระบวนการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ด้วยการลงพื้นที่ภาคสนามเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตามหลักสถิติ ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา สมุทรปราการ สมุทรสาคร และชัยนาท



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย การศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการในการคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจ นอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์ที่รัฐบาลจัดสรรให้ ภายใต้โครงการ "การขยายการเข้าถึงการคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ ในรูปแบบการร่วมจ่ายของประชาชน"

โดย รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย, น.ส.จุฬาทิพย์ บุญมา, น.ส.อิศพร เรืองทวีป และ ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



และโครงการวิจัย กระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างรวดเร็วเพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสาธารณสุขไทย และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย ภญ.เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย, นพ.กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, น.ส.ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์, นายธนกร เจริญกิตติวุฒ, น.ส.จุฬาทิพย์ บุญมา, ดร.นภดล พิมสาร, น.ส.บุปผา วงษ์ยศ, น.ส.วิลาสินี สำเนียง, ดร.วิศวะ มาลากรรณ, นพ.สมฤกษ์ จิงสมาน, น.ส.อิศพร เรืองทวีป, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย และ ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก กองบริหารการสาธารณสุข (กบส.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



น.ส.จุฬาทิพย์ บุญมา



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



น.ส.อิศพร เรืองทวีป



นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข



รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย



SPEEDD

E: Environment

รักษาสิ่งแวดล้อม

พร้อมเปลี่ยน เพื่อระบบสุขภาพที่เป็นมิตรต่อโลก: การสำรวจความเห็นผู้บริหารโรงพยาบาล

สิงหาคม 2567

- การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) เป็นปรากฏการณ์ที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยประเทศไทยมีความเสี่ยงระยะยาวที่จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกเป็นลำดับที่ 9 จากทุกประเทศทั่วโลก
- อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพอย่างมาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไทยต้องมีการปรับตัวด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการให้บริการ ซึ่งรวมถึงการช่วยลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากภาคส่วนสาธารณสุขอีกด้วย โดยนโยบายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเริ่มต้นทำให้มีปัจจัยที่อาจส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ
- งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษาความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจากผู้บริหารโรงพยาบาลทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลทั้งหมด 60 แห่งที่ครอบคลุมเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต เขตละ 5 โรงพยาบาล เพื่อสะท้อนมุมมองในแง่ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ
- ผลการศึกษพบว่าผู้บริหารในโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีความกังวลต่อปัญหาดังกล่าวอยู่ในระดับสูง ทำให้แสดงออกถึงความพร้อมในการให้ความร่วมมือเนื่องจากมองว่านโยบายปัจจุบันยังไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหา

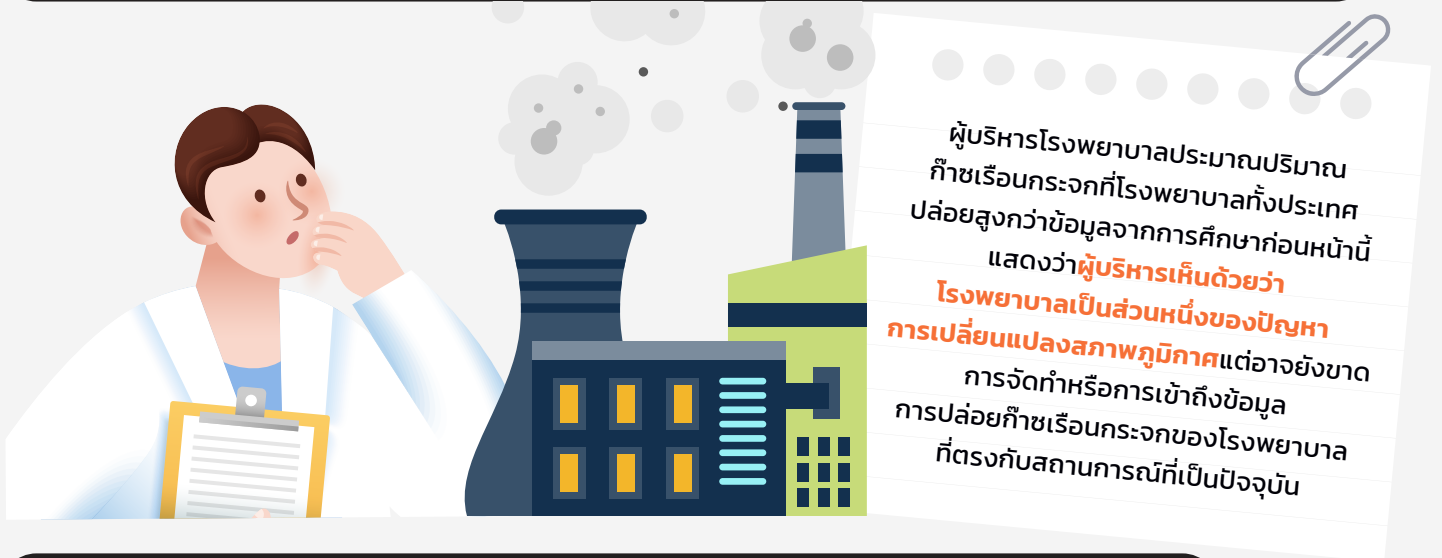
ความตระหนักของผู้บริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุข



จากความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จำนวน 55 คน ที่ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อระบบสาธารณสุข พบว่า:

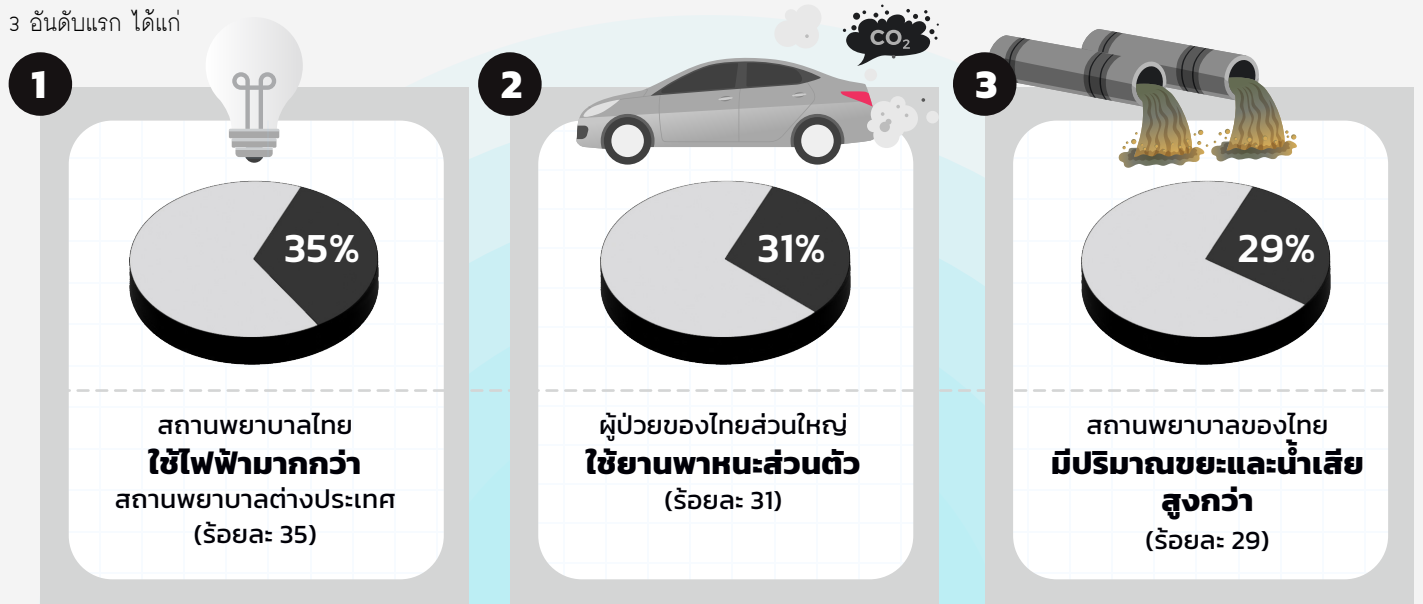
1	2	3
ร้อยละ 84 <u>มีความตระหนักอย่างสูง</u> ต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในด้านต่าง ๆ	ร้อยละ 55 <u>มองว่าภาวะโลกร้อนกระทบกับชีวิตประจำวันชัดเจน</u> แต่ยังรับมือได้	ร้อยละ 55 มองว่านโยบาย ในการแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีอยู่สอดคล้องและเพียงพอต่อสถานการณ์ปัจจุบันใน <u>ระดับปานกลาง</u>

ความเห็นต่อสถานการณ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทย



สาเหตุหลักของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลคิดว่าสาเหตุหรือกิจกรรมที่ทำให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทยสูงกว่าโรงพยาบาลในต่างประเทศ 3 อันดับแรก ได้แก่



นโยบายรับมือปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เป็นไปได้ “ง่าย” และ “ยาก” ที่สุด

นโยบายที่เป็นไปได้
ง่ายที่สุด
ในมุมมองผู้บริหาร
3 อันดับแรก ได้แก่

การเปลี่ยน
เครื่องใช้ไฟฟ้า
เป็นแบบ
ประหยัดไฟ
ร้อยละ 47



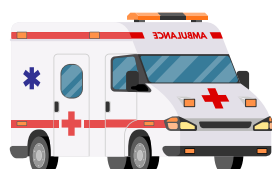
การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้า
พลังงานแสงอาทิตย์
และใช้พลังงานไฟฟ้า
แสงอาทิตย์
ร้อยละ 40



การเพิ่มการให้
บริการแพทย์ทางไกล
เพื่อลดการเดินทาง
ของผู้ป่วย
ร้อยละ 5

นโยบายที่เป็นไปได้
ยากที่สุด
ในมุมมองผู้บริหาร
3 อันดับแรก ได้แก่

การเปลี่ยน
ยานพาหนะ
ของโรงพยาบาล
เป็นรถยนต์ไฟฟ้า
ร้อยละ 40



การลดขยะ
และน้ำเสีย
จากกิจกรรมต่างๆ
ในโรงพยาบาล
ร้อยละ 16

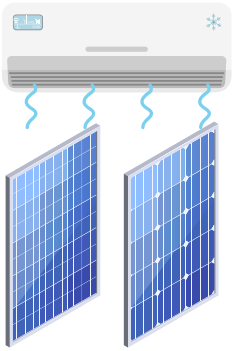


การติดตั้งระบบผลิตไฟฟ้า
พลังงานแสงอาทิตย์
และใช้พลังงานไฟฟ้า
แสงอาทิตย์
ร้อยละ 15

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรการนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลเรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้

1 มาตรการด้านการใช้พลังงานไฟฟ้า



ปัจจัยส่งเสริม

ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความเห็นว่าการใช้พลังงานไฟฟ้าในโรงพยาบาลควรมีการปรับปรุง ดังนั้นจึงควรเพิ่มนโยบายส่งเสริมการลดการใช้พลังงานไฟฟ้า เช่น การเปลี่ยนมาใช้หลอดไฟ LED ที่ประหยัดพลังงานแทนหลอดไฟแบบเก่า หรือ การเปลี่ยนเครื่องปรับอากาศที่มีอายุการใช้งานมากเป็นเครื่องปรับอากาศที่ประหยัดพลังงาน รวมไปถึงการติดตั้งระบบพลังงานแสงอาทิตย์เพื่อใช้เป็นพลังงานทดแทน เป็นต้น เนื่องจากร้อยละ 87 มีความเห็นว่านโยบายเกี่ยวกับการลดการใช้ไฟฟ้านั้นเป็นไปได้มากที่สุด

อุปสรรค

ในปัจจุบันโรงพยาบาลยังขาดมาตรฐานบันทึกรายการเครื่องใช้ไฟฟ้าจากการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 49 เท่านั้นที่มีมาตรฐานบันทึกรายการเครื่องใช้ไฟฟ้าในโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งนี้มีความจำเป็นในการปฏิบัติตามนโยบายลดการใช้ไฟฟ้า และในส่วนของนโยบายเกี่ยวกับระบบพลังงานแสงอาทิตย์ มีประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอต่อการติดตั้งระบบพลังงานแสงอาทิตย์ให้มีกำลังผลิตเพียงพอ รวมไปถึงควรสนับสนุนจัดหาผู้ดำเนินการติดตั้งที่มีประสิทธิภาพให้แก่โรงพยาบาล

2 มาตรการด้านการเดินทาง



ปัจจัยส่งเสริม

การใช้อยานพาหนะส่วนตัวของผู้รับบริการเป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของโรงพยาบาลในประเทศไทยสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

อุปสรรค

การปฏิบัติจริงของนโยบายการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลยังมีแนวโน้มที่เป็นไปได้ยากในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาล เนื่องจากมีเพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้นที่ให้ความเห็นว่าเป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ อาจมีปัจจัยอุปสรรคหลายประการในการนำไปปฏิบัติควรต้องทำการศึกษาเชิงลึกเพื่อหาข้อสรุปแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้ต่อไป



เกี่ยวกับการศึกษา

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับมอบหมายสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้จัดทำข้อมูลเรื่องความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับและทุกภูมิภาคทั่วประเทศ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สนับสนุนในการอนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหาร

โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง จาก 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยการคัดเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างความแปรผันสูงสุด (Maximum Variation Sampling method) เพื่อให้ครอบคลุมหลากหลายเขตสุขภาพ ทั้ง 12 เขตเขตละ 5 โรงพยาบาล จากการเลือก โดยอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 91.7 คิดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 55 คน



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง กระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างรวดเร็วเพื่อตอบคำถามเชิงนโยบาย สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาาระบบสาธารณสุขไทย และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวเรื่องความตระหนักต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความท้าทายในการแก้ไขปัญหา ในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลภายในกระทรวงสาธารณสุข

โดย ญญ.เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย, นพ.กฤษฏา เจริญรุ่งเรืองชัย, ญญ.ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์, นายธนกร เจริญกิตติวุฒ, น.ส.จุฬาทิพย์ บุญมา, Miss Khansa Chavarina, ดร.นภดล พิมสาร, น.ส.บุปผา วงษ์ยศ, น.ส.วิลาสินี สำเนียง, ดร.วิศวะ มาลากรรณ, นพ.สมฤกษ์ จิ่งสมาน, น.ส.อิทธิพร เรืองทวีป, น.ส.จิราธร สุตะวงศ์, Miss Saudamini Dabak, รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย และดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ผู้เขียน



ธนกร เจริญกิตติวุฒ



ดร.วิศวะ มาลากรรณ



วิลาสินี สำเนียง



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์



SPEEDD

D: Digital Health

สร้างสุขภาวะด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

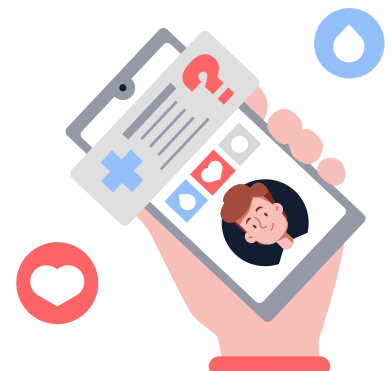
การให้บริการ 'การแพทย์ทางไกล' ในประเทศไทย เส้นทางการรักษาแห่งอนาคต

มิถุนายน 2567

- การแพทย์ทางไกล หรือโทรเวชกรรม (telemedicine) คือการสื่อสารหรือส่งผ่านข้อมูลทางการแพทย์จากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งผ่านวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ
- โรงพยาบาลในประเทศไทยให้บริการการแพทย์ทางไกลผ่านหลากหลายช่องทาง ทั้งผ่านแอปพลิเคชันสำหรับการแพทย์ทางไกล แอปพลิเคชันไลน์ และผ่านการโทร
- กลุ่มโรคที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกลมากที่สุด คือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม
- การแพทย์ทางไกลสามารถใช้เพื่อให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้ เช่น บริการฝึกฟังฝึกพูดในผู้สูงอายุเสียการได้ยิน บริการแจ้งผลการตรวจในผู้ที่รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ
- การให้บริการการแพทย์ทางไกลในประเทศไทยยังพบปัญหาและประเด็นท้าทายที่มาจากหลายปัจจัย เช่น ด้านบุคคล ด้านงบประมาณ ด้านเทคโนโลยี หรือในด้านการบูรณาการให้บริการก็ตาม ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาการแพทย์ทางไกลเป็นไปได้อย่างยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและคำนึงถึงปัจจัยในด้านต่าง ๆ ต่อไป



กิจกรรม	การรับบริการการแพทย์ทางไกล	ปัญหา/ความท้าทาย
ก่อนรับบริการ ● การคัดเลือกผู้ป่วย ● การลงทะเบียนรับบริการ	● แพทย์พิจารณาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สามารถรับบริการการแพทย์ทางไกลได้ ● ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับบริการ	ด้านงบประมาณ ● สถานพยาบาลมีงบประมาณไม่เพียงพอในการพัฒนาระบบบริการ ด้านบุคคล ● ขาดความรู้ด้านดิจิทัลทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ บุคลากรสาธารณสุขจำนวนไม่เพียงพอ
● ตรวจสอบสิทธิการรักษา	● ผู้ป่วยลงทะเบียนและติดตั้งแอปพลิเคชัน (กรณีให้บริการผ่านแอปพลิเคชัน) ● บุคลากรอธิบายขั้นตอนการรับบริการ ขอความยินยอมเข้ารับบริการ ตรวจสอบยืนยันตัวตนของผู้ป่วย และพิจารณาความพร้อมในการเข้ารับบริการ	ด้านการบูรณาการให้บริการ ● ผู้ป่วยที่สิทธิการรักษาหมดอายุระหว่างที่รอรับบริการ จะไม่สามารถรับบริการอย่างต่อเนื่องได้
● การประเมินอาการเบื้องต้น การตรวจสัญญาณชีพ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ	● ผู้ป่วยยืนยันสิทธิการรักษาก่อนวันรับบริการ ● ผู้ป่วยตรวจสัญญาณชีพที่บ้านด้วยตนเอง หรือรับการตรวจโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ● การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้จากหน่วยบริการใกล้บ้าน (ที่ร่วมบริการ) ● ผลการตรวจถูกส่งไปยัง sw. ก่อนวันนัดหมาย	
● การนัดหมาย / แจ้งเตือน	● แอปพลิเคชัน แจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดหมาย หรือบุคลากรสาธารณสุขโทรแจ้งเตือนผู้ป่วย	



	กิจกรรม	การรับบริการการแพทย์ทางไกล	ปัญหา/ความท้าทาย
ขณะรับบริการ	● การยืนยันตัวตน ● การพบแพทย์ ● การสั่งจ่ายยา หรือการตรวจเพิ่มเติม	● ผู้ป่วยยืนยันตัวตนผ่านแอปพลิเคชัน หรือถ่ายรูปตนเองคู่กับบัตรประชาชน ● ผู้ป่วยพบแพทย์ผ่านช่องทางการให้บริการ ที่โรงพยาบาลกำหนด ● แพทย์สั่งจ่ายยา หรือสั่งตรวจเพิ่มเติม ผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งข้อมูลการสั่ง จะส่งไปยังหน่วยบริการนั้น ๆ โดยอัตโนมัติ	ด้านบุคคล ● ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือขอรับบริการ เช่น ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ ไม่สะดวกคุย เป็นต้น ด้านเทคโนโลยี ● สัญญาณอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ ไม่เสถียร ● แอปพลิเคชันให้บริการไม่เสถียร หรือ ไม่เหมาะสมกับลักษณะการให้บริการ ในบางพื้นที่ ● อุปกรณ์ที่ให้บริการไม่เพียงพอ/ไม่เหมาะสม ด้านกระบวนการให้บริการ ● ผู้ป่วยรอรับบริการนาน และไม่รู้ระยะเวลา รอคอยที่แน่นอน
	● การชำระเงิน ● การจัดส่งยา และเอกสารทางการแพทย์ ● การติดตามการรักษา	● ผู้ป่วยส่งหลักฐานการชำระเงินและ ส่งหลักฐานการชำระเงินผ่านระบบออนไลน์ ● เกสเซอร์ และบุคลากรสาธารณสุขทำการ ตรวจสอบรายการ จัดเตรียม และส่งยา รวมถึงเอกสารทางการแพทย์ให้ผู้ป่วย ทางไปรษณีย์ หรือผ่านทางสถานพยาบาล ในเครือข่าย หรือส่งโดยบุคลากรสาธารณสุข (เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อสม.) ● สถานพยาบาลติดตามผลการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือยาที่ได้รับ	ด้านงบประมาณ ● การเบิกชดเชยค่าบริการยังไม่ตอบโจทย ในบางพื้นที่ เช่น สถานพยาบาลบนภูเขา หรือบนเกาะ ที่การส่งยากระทำโดย บุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น ด้านกระบวนการให้บริการ ● ปัญหาการจัดส่งยา และเอกสารทางการแพทย์ โดยบริษัทเอกชน เช่น พัสดุทกล้น พื้นที่ในการ จัดส่งไม่ทั่วถึง

ขั้นตอนการรับบริการ telemedicine และความท้าทาย

ขั้นตอนการรับบริการ



* เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการตามแนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาวิจัย

ความท้าทาย

1 บุคคล

- ความพร้อมของบุคลากร
- ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy)
- ความต้องการในการให้/รับบริการการแพทย์ทางไกล
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

2 งบประมาณ

- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ส่งผลกระทบต่อจิตใจรับบริการ)
- งบประมาณในการพัฒนาการให้บริการ และการติดตามการดำเนินงาน
- งบประมาณสำหรับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

3 เทคโนโลยี

- แอปพลิเคชันใช้งานง่ายฟรี ปลอดภัย
- มีการเชื่อมต่อข้อมูล
- ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่
- มีข้อมูลดิจิทัลขนาดใหญ่และข้อมูลเป็นพลวัต

4 สิ่งแวดล้อม

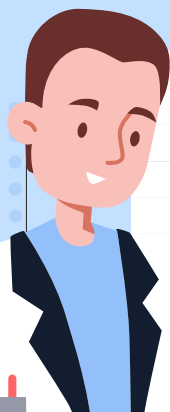
- แนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของโลก
- นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติ
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระบบการให้บริการแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centric system)
- ความพร้อมของสถานที่ให้บริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากปัญหาและความท้าทายที่พบในกระบวนการให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถสรุปข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาหรือสนับสนุนการให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ดังนี้

1 **สถานพยาบาล** ควรจัดหาแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

1



2 **สถานพยาบาล** ควรประเมินความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ต ระบบไฟฟ้า เป็นต้น เพื่อวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสม

2

3

สถานพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ โดยวางแผนและพัฒนาแนวทางการปกป้องข้อมูลให้รัดกุม

4

กองทุนสุขภาพ ควรพิจารณาปรับแนวทางการเรียกเก็บและชดเชยค่าบริการ เช่น กระบวนการยืนยันตัวตน หรือการชดเชยค่าบริการส่งยา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และรูปแบบการให้บริการจริง

5

รัฐบาลหรือหน่วยงานส่วนกลาง ควรจัดหาแนวทางเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนเกี่ยวกับการใช้สุขภาพดิจิทัลในการรับบริการการแพทย์ทางไกล

เกี่ยวกับการศึกษา

การศึกษารายกรณีการพัฒนาและการให้บริการการแพทย์ทางไกลของสถานพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้งานของระบบการแพทย์ทางไกล และแนวโน้มการใช้งานการแพทย์ทางไกลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสถานพยาบาลเฉพาะแห่ง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ประกอบด้วย การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากคลังข้อมูลสุขภาพ 43 แห่ง ในระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อมูลจากสถานพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนของการวิจัยเรื่อง "การจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติและแนวทางการติดตามประเมินผลของระบบการแพทย์ทางไกลผ่านการถอดบทเรียนในบริบทไทยและบริบทโลก"

โดย รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย, Saudamini Vishwanath Dabak, ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, จิราธร สุตะวงศ์, ปภาดา ราญรอน, เบญจมาพร เอี่ยมสกุล, เฌอริลลินธุ์ ประทุมสุวรรณ, Annapoorna Prakash, Kinanti Khansa Chavarina, Liu Sichen, ภญ.สุธาสินี คำหลวง, ปิยะดา แก้วเขียว, ธนายุต เศรษฐีโสภณ, โชติกา สุวรรณพานิช, ธนกิตติ์ อธิบัติ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ผู้เขียน



จิราธร สุตะวงศ์



ปภาดา ราญรอน

การนำ AI เข้าสู่ระบบสุขภาพไทย ข้อคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์ สู่การประเมินความคุ้มค่า

กันยายน 2567

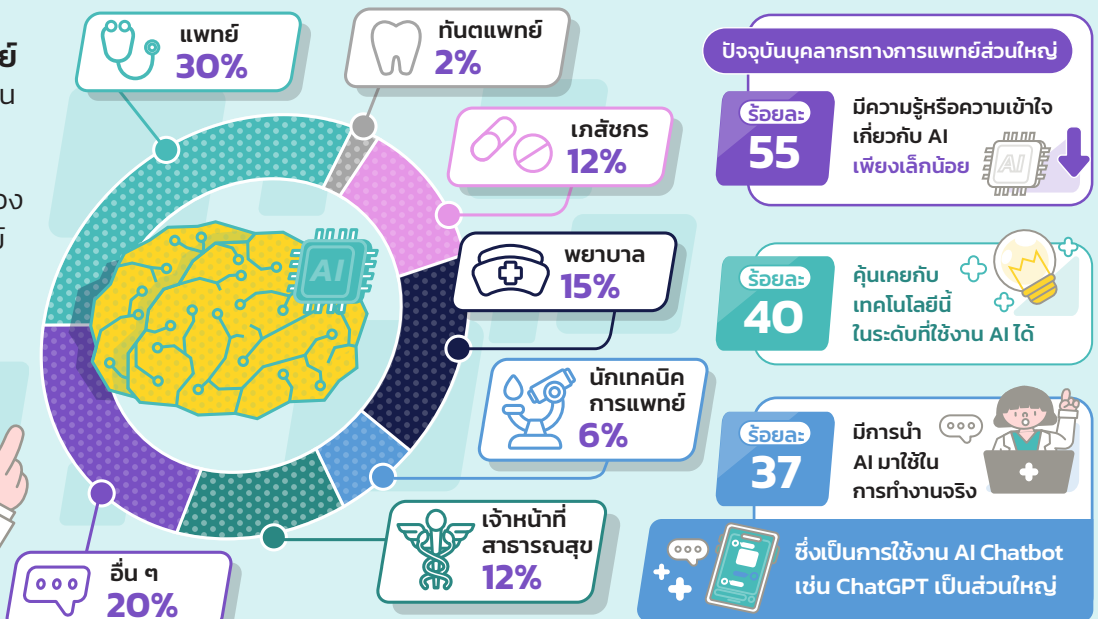
การนำปัญญาประดิษฐ์ หรือ AI เข้ามาใช้ในการระบบสุขภาพไทย มีศักยภาพในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์ AI ยังช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและรักษาโรค รวมถึงการคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของ AI ในระบบสุขภาพไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจลงทุนและนำเทคโนโลยีมาใช้ในวงกว้าง เอกสารสรุปชิ้นนี้ นำเสนอผลสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ AI เพื่อความเข้าใจภาพรวมของทัศนคติต่อ AI ในระบบสุขภาพประเทศไทย

- บุคลากรทางการแพทย์เห็นประโยชน์และยอมรับ หากมีการนำ AI เข้ามาช่วยในกระบวนการทางการแพทย์ ในระบบสุขภาพของประเทศ
- ภาครัฐควรให้ความสำคัญทั้งการนำ AI ที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการคัดกรองโรค และการสนับสนุนบริการทางการแพทย์
- ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 83 ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยจ่ายค่าชดเชยการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ให้กับสถานพยาบาล

ผลการวิจัย

บุคลากรทางการแพทย์
จำนวน **383** คน

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมุมมอง
ต่อการใช้ AI ในการแพทย์
ในประเทศไทย



ร้อยละ
41

“ คิดว่า หากใช้ผลการแนะนำ
อย่างเดียวไม่น่าเชื่อถือ
แต่หากใช้ร่วมกับความเห็นแพทย์
สามารถทำได้ ”

ร้อยละ
46

“ เชื่อว่า AI
มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง
สามารถใช้ในการแนะนำได้จริง ”

AI ที่ใช้อยู่
ในปัจจุบัน
ทั้งหมด



Chatbot
63%



AI ช่วยจัดการ
ระบบ ฯ
12%



AI Research
Assistant
25%

AI
ที่อยากใช้ใน
อนาคต



Chatbot
31%



AI ช่วยอ่าน
ผลตรวจ
23%



AI Research
Assistant
23%



Application
วิเคราะห์สุขภาพ
12%

**“บุคลากรทางการแพทย์
ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69)
กังวลด้านความปลอดภัย
ของข้อมูลผู้ป่วย”**

คงต้องติดตามกันต่อไปถึงระบบสุขภาพไทย
ที่ใช้ AI มากขึ้นอย่างรวดเร็วว่าจะพัฒนาไปอย่างไรบ้าง



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาครัฐควรสนับสนุนการใช้ AI ทางทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการนำ AI ทางทางการแพทย์มาใช้ในการสถานการณ์จริง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกี่ยวกับการศึกษา

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาแผนการประเมินความคุ้มค่าของ AI ทางทางการแพทย์ โดยทำการรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์จากบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศไทยจำนวน 383 คน เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ AI ทางทางการแพทย์ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาพัฒนาเป็นหัวข้อและแผนการที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงในประเทศไทย และมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้งานจริงในระบบสุขภาพไทย



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินสถานการณ์เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินความคุ้มค่าของปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นโครงการวิจัยย่อยภายใต้โครงการพัฒนาแนวทางการประเมินความคุ้มค่าของปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์ เพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย (Development of reference case for economic evaluation on clinical artificial intelligence for health insurance reimbursement in Thailand)

โดย นพ.กตিকা อรรถศิลป์, ดร.ปณณรัตน์ ศิลปรัตน์วงศ์, ญญ.อมลวรรณ ดุลสัมพันธ์, ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



ผู้เขียน



นพ.กตিকা อรรถศิลป์



ญญ.อมลวรรณ ดุลสัมพันธ์



ดร.ปณณรัตน์ ศิลปรัตน์วงศ์



ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาเกมเสริมทักษะ การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

พฤศจิกายน 2567

- ผู้เชี่ยวชาญทั้งฝั่งนักพัฒนาเกม กรมควบคุมโรค และผู้เชี่ยวชาญด้านปศุสัตว์ มีความเห็นว่าการใช้เกมเป็นสื่อการสอนและเก็บข้อมูลจริงของโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน และสามารถขยายผลการดำเนินงานสู่โรคอื่น ๆ ต่อไปได้
- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถเป็นผู้ขยายการใช้งานเกมเพื่อเป็นสื่อการสอนแก่ประชาชนทั่วไป ในขณะเดียวกัน กลุ่มเด็กปฐมวัยหรือกลุ่มเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุข จะเป็นกลุ่มที่เหมาะสมต่อการเล่นเกมในการสื่อสาร เพราะอยู่ในวัยที่เริ่มต้นการปลูกฝังแนวคิดที่ดีและเข้าใจวิธีการใช้งานของเกม
- การใช้เกมเป็นสื่อการสอนและเก็บข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า มีประเด็นที่ต้องกังวลมากที่สุดตามลำดับ คือ ความถูกต้องของเนื้อหา ความราบรื่นในการใช้งานเกม ตั้งแต่เริ่มเล่นจนจบเกม และการเก็บข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ที่มาและความสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้ามีอันตรายและอยู่กับคนไทยมานาน การพัฒนาและนำเกมเข้ามาเป็นสื่อการเรียนการสอนประชาชนเพื่อป้องกันประชาชนจากโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแนวทางใหม่ที่มีศักยภาพต่อการเผยแพร่ความรู้สู่ภาคประชาชนได้อย่างทั่วถึง

การผสมผสานเกมกับเข้ากับการอบรมจะช่วย อสม. ที่ทำหน้าที่ในการให้ความรู้และสอนวิธีการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับชุมชน ได้เพิ่มพูนความเข้าใจและความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้จึงนำเสนอผลการประเมินเกมในเบื้องต้น ที่ได้รับความคิดเห็นเชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรค ผู้มีประสบการณ์การอบรม อสม. ด้านโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเกม

ผลการวิจัย

ผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามออนไลน์โดยผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลเชิงปริมาณจากคะแนนความเข้าใจของผู้เล่นเกมทั้งก่อนและหลัง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองต่อการใช้เกมเป็นสื่อการสอน อสม. ด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งสิ้นจำนวน 22 ราย



จากการเก็บข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่า อสม. สามารถเข้าใจการใช้งานได้ง่ายและแสดงความพร้อมในการนำเกมไปใช้จริงในกระบวนการฝึกอบรม นอกจากนี้ **เกมมีศักยภาพสูงเหมาะสำหรับการใช้งานจริง** เมื่อควบคู่กับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วยวิธีดั้งเดิม ลักษณะของเกมที่มีความ **สวยงามดูน่าสนใจ** ช่วยดึงดูดและเพิ่มการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้เกิดความสนุกสนานระหว่างเล่นเกม อีกทั้ง **เนื้อหาในเกมได้รับการประเมินว่ามีความถูกต้องเชื่อถือได้** ทำให้มั่นใจได้ว่า อสม. จะได้รับข้อมูลที่ตรงตามหลักวิชาการ

ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อการพัฒนาเกม



เกมสามารถเพิ่มข้อความที่บ่งบอกงานภาคีรัฐขยายสื่อสารอยู่แล้ว เช่น ล้างแผล ใส่ยา ขังหมา หามขอ



ควรเน้นเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับเกม เช่น เด็กปฐมวัยศึกษา เพื่อปูพื้นฐานสร้างความเข้าใจ



การขยายผลต่อการพัฒนาเกมที่น่าสนใจ คือ การปรับระบบเกมให้ผู้เล่นอยากกลับมาเล่นซ้ำ อยากเล่นให้ได้คะแนนดี แข่งกับเพื่อนได้



เพิ่มข้อความและภาพแห่งชัยชนะของแต่ละด่านให้สามารถแบ่งปันลงในสื่อออนไลน์ได้เป็นการให้รางวัลแห่งความภาคภูมิใจแก่ผู้ที่เล่นเกมสำเร็จและเพื่อแบ่งปันเกมสู่เพื่อนและเครือข่าย





ผู้เชี่ยวชาญทั้งนักพัฒนาเกม กรมควบคุมโรค และด้านกรมปศุสัตว์ ต่างอภิปรายให้ความเห็นเพื่อช่วยให้เกมพัฒนาไปในทิศทางที่สมบูรณ์ที่สุด โดยความเห็นหลักประกอบไปด้วย การพัฒนารายละเอียดของเนื้อหาให้ถูกต้องครบถ้วน การแทรกข้อความสรุป (take home message) ในแต่ละด่านเพื่อสร้างการจดจำ และกรณีผู้เล่นมีความเข้าใจเนื้อหาผ่านเกมได้อย่างครบถ้วน จะมีฟีดแบ็กการให้รางวัลหรือ incentive ตอบแทน เพื่อให้ผู้เล่นรู้สึกถึงความสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษาผ่านเกม กล่าวคือ มีภาพแห่งชัยชนะให้สามารถบันทึกเก็บได้ หรือ เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ได้ รวมถึง ระบบของเกมสามารถให้ผู้เล่นเล่นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ได้ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้เล่นมากยิ่งขึ้น

ฟีดแบ็กของเกมทั้งหมดนี้ เพื่อกำหนดทิศทางที่น่าสนใจในการขยายผลประโยชน์ให้อีกหลายเกมในอนาคต โดยแต่ละเกมจะต้องมีการเก็บคะแนน หากผู้เล่นได้คะแนนดีและมีศักยภาพมากจะยิ่งเก็บคะแนนได้เยอะ สิ่งเหล่านี้คือตัวแสดงผลลัพธ์ความรู้และความเข้าใจของผู้เล่นต่อการป้องกันโรคในชุมชนได้จริง

เกี่ยวกับการศึกษา

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation) ได้ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้เกมในกระบวนการเรียนรู้สาระการป้องกันโรคเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า โดยลักษณะการประชุมผู้เชี่ยวชาญอิงตามแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่เรียกว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญได้เล่นเกมจริง ประเมินจริง และมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน เพื่อเข้าใจแนวคิดเชิงลึกของผู้เชี่ยวชาญ และมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้งานจริงในบริบทของระบบสุขภาพไทย



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาครัฐควรสนับสนุนการใช้สื่อสร้างสรรค์ที่มีคุณภาพอย่างกว้างขวาง ทั้งในด้านความสวยงามน่าดึงดูด ด้านประสิทธิภาพในการสื่อสาร และที่สำคัญที่สุด คือ ความถูกต้องของข้อมูลทางการแพทย์ โดยจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลสื่อ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการนำไปใช้ในพื้นที่ต่อไป

เกี่ยวกับงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้เกมเพื่อช่วยสอนอาสาสมัครสาธารณสุขและปศุสัตว์ เพื่อเสริมทักษะการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินประสิทธิภาพของเกมเสริมการเรียนรู้

โดย นพ.กิตติกา อรรถศิริ, ดร.ปณณรค์ม คิลปรัดนวงศ์

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และได้รับการสนับสนุนการวิจัยจาก ฝ่ายประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการผลิตนวัตกรรม (MIDAS)

ภายใต้มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation)



ผู้เขียน



นพ.กิตติกา อรรถศิริ



ดร.ปณณรค์ม คิลปรัดนวงศ์



SPEEDD

D: Data

สร้างและแบ่งปันข้อมูล

การประเมินระบบกำกับดูแลข้อมูล การบริการแบบ 'เรียลไทม์' สู่การกำหนดนโยบาย 'แพทย์แผนไทย-แพทย์ทางเลือก'

มิถุนายน 2567

- ทุกวันนี้ 'การแพทย์แผนไทย-การแพทย์ทางเลือก' ได้รับความนิยมเป็นอย่างสูงทั้งในและต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ตั้งเป้าหมายเพิ่มสัดส่วนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดรับกับทิศทางของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการ 'สร้างเศรษฐกิจสุขภาพ'
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สธ. ได้ร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (สสจ. สระแก้ว) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สธ. พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า 'HDC TTM Service' ทำหน้าที่กำกับดูแลข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบเรียลไทม์ได้ทุกที่ ทุกเวลา
- การเชื่อมโยงและอัปเดตข้อมูลในระบบสุขภาพแบบ 'เรียลไทม์' นำไปสู่การกำหนดนโยบายที่เหมาะสม ช่วยตอบสนองความต้องการในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที
- งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาแรกที่นำเสนอการประเมินระบบกำกับดูแลข้อมูลฯ เพื่อถอดบทเรียน และสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาและใช้งานระบบ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ช่วยเสริมสร้างระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบเรียลไทม์สำหรับการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกให้ยั่งยืน
- ประสบการณ์จากการพัฒนาและใช้งานระบบดังกล่าวของประเทศไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางเลือกอย่างแพร่หลาย

ทำความรู้จัก HDC TTM Service

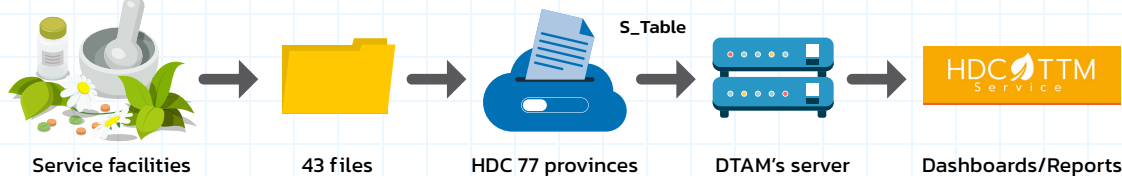


HDC TTM Service เป็นระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบเรียลไทม์ในรูปแบบ '**Dashboard**' ที่รวบรวมและรายงานข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย โดยผู้ใช้งานสามารถนำข้อมูลจากรายงานใน HDC TTM Service **ไปใช้ตรวจสอบและติดตามการให้บริการ การจัดสรรงบประมาณ รวมถึงการวางแผนการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในอนาคตได้**

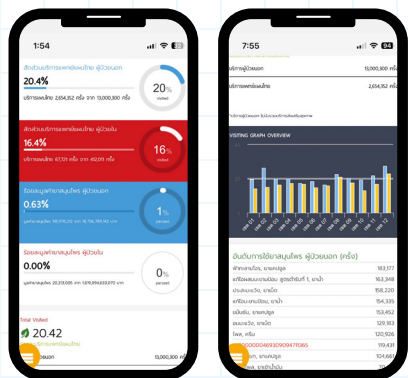
HDC TTM Service ถูกพัฒนามาจากระบบรายงานการให้บริการแบบเดิม หรือ TTM Health Script โดยมีกระบวนการส่งต่อข้อมูลการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสถานพยาบาลในเขตสุขภาพต่าง ๆ จากระบบ HDC (Health Data Center) ของ สธ. ในรูปแบบของชุดข้อมูลสรุป (S_tables) **จากนั้นจะนำมาประมวลผล และแสดงข้อมูลออกมาในรูปแบบรายงานข้อมูลการให้บริการ 5 ประเภท** ได้แก่ 1. รายงานข้อมูลการวินิจฉัยโรค 2. รายงานข้อมูลการจ่ายยา 3. รายงานหัตถการที่ให้บริการ 4. รายงานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ 5. รายงานสัดส่วนบริการแพทย์แผนไทย

นอกจากนี้ยังมีการแสดงข้อมูลในรูปแบบ **Dashboard แบบเรียลไทม์** บนหน้าเว็บแอปพลิเคชัน สามารถใช้งานได้ทางเว็บเบราว์เซอร์ผ่านอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ต

กระบวนการไหลของข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกจากสถานพยาบาลในเขตสุขภาพต่าง ๆ ไปยังรายงาน
ข้อมูลการให้บริการและ Dashboards บนหน้าเว็บแอปพลิเคชัน HDC TTM Service



ตัวอย่าง Dashboards และรายงานข้อมูลการให้บริการบนหน้าเว็บแอปพลิเคชัน HDC TTM Service



1 ข้อมูลการวินิจฉัยโรค

- การวินิจฉัยโรคด้านแพทย์แผนไทย
- อันดับการวินิจฉัยโรคแผนไทย
- การวินิจฉัยโรคด้านแพทย์แผนจีน
- อันดับการวินิจฉัยโรคแผนจีน

2 ข้อมูลการจ่ายยา

- ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร
- การใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มอายุ-เพศ
- การใช้ยาสมุนไพร 20 อันดับ
- การจ่ายยาสมุนไพรตามบัญชียาหลัก
- มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร



3 หัตถการที่ให้บริการ

- บริการแผนไทย
- นวด อบ ประคบ
- การบริการมารดา
- หลังคลอดบุตร

4 การส่งเสริมสุขภาพ

- แพทย์แผนไทย
- และแพทย์ทางเลือก

5 สัดส่วนบริการแพทย์แผนไทย

- สัดส่วนบริการแพทย์แผนไทย
- สัดส่วนบริการเฉพาะสิทธิ UC
- สัดส่วนบริการแพทย์แผนไทย (ไม่รวมส่งเสริม)

จุดเด่น จุดด้อย



จุดเด่น

- เป็นเว็บแอปพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกผ่านทางเว็บเบราว์เซอร์ ซึ่งสามารถเข้าผ่านอุปกรณ์ได้หลากหลาย เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน และ แท็บเล็ต
- ประมวลผลและแสดงผลเฉพาะข้อมูลการให้บริการเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก
- สามารถรายงานข้อมูลภาพรวมและข้อมูลเชิงลึกของการวินิจฉัยโรคการจ่ายยาสมุนไพร หัตถการที่ใช้รักษาโรค บริการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงข้อมูลสัดส่วนการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานพยาบาลแต่ละระดับได้
- ข้อมูลในรายงานและ Dashboard บน HDC TTM Service มีการอัปเดตที่ค่อนข้างเรียลไทม์
- ข้อมูลมีความปลอดภัย เนื่องจากไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนผู้เข้ารับบริการได้



จุดด้อย

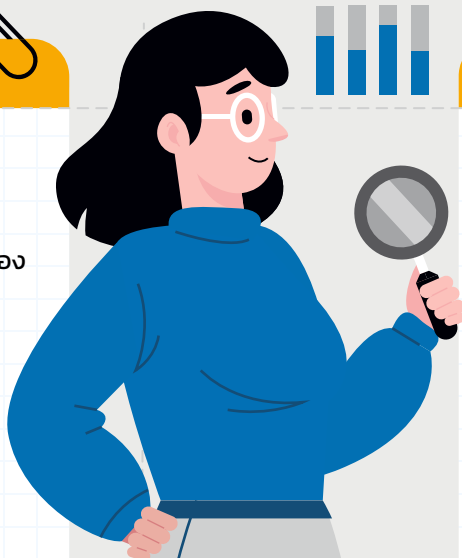
- แอปพลิเคชัน HDC TTM Service ยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง มีการประชาสัมพันธ์น้อย ทำให้การเข้าถึงหน้าเว็บแอปพลิเคชันน้อย
- ข้อมูลที่แสดงในรายงานและหน้า Dashboard เน้นเฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณ มากกว่าเชิงคุณภาพ
- ยังคงพบข้อผิดพลาดและไม่สมบูรณ์ในรายงาน ซึ่งแสดงให้เห็นเป็น ตัวอักษรสีแดง หมายถึง ข้อมูลดังกล่าวไม่ตรงกับฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข
- ข้อผิดพลาดที่พบอาจเกิดจากการตรวจสอบความถูกต้องของการป้อนข้อมูล ก่อนอัปโหลดข้อมูลเข้าสู่ระบบ ระบบ HDC TTM Service ทำให้เกิดข้อผิดพลาดดังกล่าวได้
- ไม่มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในรายงานและ Dashboard มีการอัปเดตล่าสุดเมื่อไหร่ และมีแหล่งที่มาของข้อมูลมาตรฐานใด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบ HDC TTM Service

แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านเทคโนโลยี

- ระบบจัดการข้อมูลที่ดี: ความทันเวลาของการรายงานข้อมูล
- คุณภาพของข้อมูล: ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความเหมาะสมของข้อมูล และข้อมูลสามารถนำไปใช้งานได้จริง
- ระบบเชื่อมต่อกับฐานข้อมูล
- ความเร็วในการส่งข้อมูล และการประมวลผล
- ความปลอดภัยของข้อมูล



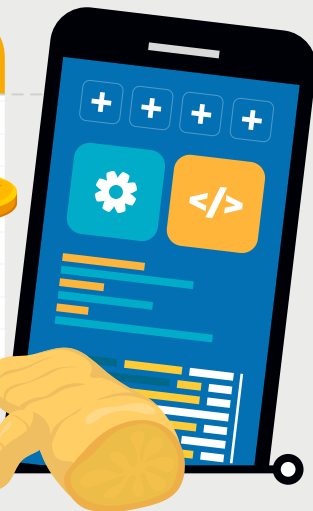
ด้านมนุษย์

- ทักษะและความสามารถของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง: ทักษะในการป้อนข้อมูลและการใช้งานระบบ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์
- ภาระงานของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านไอที
- การสื่อสารกันภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน
- การสร้างแรงจูงใจให้ใช้งานระบบ: เชื่อมโยงเข้ากับระบบประเมินผลการทำงานของบุคลากร และนำเสนอข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดประสิทธิภาพการบริการ
- การนำข้อมูลไปใช้ในเชิงบริหารองค์กร
- คำติชมและความคิดเห็นของผู้ใช้งานระบบ



ด้านองค์กร

- ความร่วมมือระหว่างองค์กร การสนับสนุนจากผู้นำองค์กร นโยบายจากฝ่ายผู้บริหาร และความต่อเนื่องของนโยบาย
- การประชาสัมพันธ์
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบ
- การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานระบบ
- การจัดสรรงบประมาณสำหรับการปรับปรุงและพัฒนาระบบ



ปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบ

แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1

ปัญหาและอุปสรรคเชิงระบบ/โครงสร้าง

- ข้อมูลในรายงานและ Dashboard ของ HDC TTM Service ยังมีการอัปเดตที่ล่าช้ากว่าข้อมูลในระบบ HDC สร. ประมาณ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามรอบการส่งต่อข้อมูลของ สร. ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้การส่งต่อข้อมูลมีความล่าช้าเพิ่มเติม อาจมาจากการบันทึกข้อมูลจากหน่วยบริการย่อยที่มีความล่าช้า ส่งผลให้ระบบการส่งต่อข้อมูลไปยังระบบ HDC มีความล่าช้าตามไปด้วย หากเจ้าหน้าที่ผู้ป้อนข้อมูลมีการแก้ไขข้อมูลก็อาจมีผลต่อการอัปเดตข้อมูลในรายงานและ Dashboard ของ HDC TTM Service ได้
- การรายงานข้อมูลบางส่วนในระบบยังไม่อัปเดต และยังขาดการรายงานข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้กัญชาทางการแพทย์ การแพทย์ และความปลอดภัยของยา
- รูปแบบการค้นหาข้อมูลในรายงานบนระบบยังมีการเข้าถึงที่ยุ่งยากและซับซ้อนอยู่ ไม่สามารถค้นหาได้รวดเร็ว
- ระบบยังขาดความเชื่อมโยงกับตัวชีวิตที่ใช้สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากร

2

ปัญหาและอุปสรรคเชิงบุคคล

- เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจและความชำนาญในการกรอกข้อมูลหรือการนำข้อมูลจากระบบไปใช้ ทำให้มีปัญหาในการป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบ
- ข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้านระบบไอที ทำให้ไม่สามารถแก้ไขหรือพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันให้ตรงตามความต้องการได้อย่างทั่วถึง
- บุคลากรส่วนใหญ่ โดยเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นยังไม่รู้จักระบบ HDC TTM Service ทำให้การใช้งานระบบดังกล่าวในบางกลุ่มเท่านั้น ส่งผลให้การใช้งานระบบมีความจำกัด ไม่แพร่หลายและไม่เป็นที่รู้จักในวงกว้าง



บทเรียนจากการใช้ระบบ HDC TTM Service ในประเทศไทย

- จากการศึกษาพบว่า บุคลากรรายงานข้อมูลการใช้บริการแพทย์แผนไทยตามระเบียบของ สร. อยู่แล้ว หากมีการรายงานข้อมูลเพิ่มเติมตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลง ควรมีระบบรายงานและกำกับดูแลข้อมูลการบริการเดียว ไม่พัฒนาซ้ำซ้อนและควรปรับปรุงระบบที่มีอยู่ให้มีข้อมูลที่ครบถ้วน ตอบโจทย์ต่อการใช้งานจริง
- ควรมีการสอบถามผู้ใช้งานเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการต่อฟังก์ชันการทำงานของระบบ โดยสอบถามทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องผ่านการประชุมหรือมีช่องทางให้แสดงความคิดเห็น (Feedback) เพื่อให้ทีมผู้พัฒนาสามารถพัฒนาระบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน
- ข้อมูลในระบบควรเชื่อมโยงกับข้อมูลการเบิกจ่าย เพราะจะส่งผลให้ข้อมูลมีความอัปเดตและมีการรายงานอย่างสม่ำเสมอ
- ข้อมูลในระบบต้องมีความเชื่อมโยงกับการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีความรับผิดชอบต่อการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ ปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ครบถ้วน
- ควรมีการตรวจสอบรหัสยา และรหัสการวินิจฉัยโรคเพื่อสร้างมาตรฐานของแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในทุกระดับของสถานพยาบาลและส่วนกลาง เพื่อให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีความทันสมัยไปพร้อม ๆ กันกับการพัฒนาของแพทย์แผนปัจจุบัน หากมีการกำกับกับการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบให้เป็นมาตรฐาน โดยให้รูปแบบ (Template) ในการบันทึกข้อมูลเดียวกัน จะทำให้ส่วนกลางสามารถนำข้อมูลไปใช้คำนวณตัวชี้วัดได้สะดวก
- ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ใช้งานระบบที่มีความต่อเนื่องทุกปีและจัดอบรมให้ความรู้ในการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำองค์กรต้องกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นประโยชน์ของการใช้ระบบ ให้บุคลากรผู้ใช้งานมีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมและเทคโนโลยีได้ และต้องมีการมอบหมายภาระงานของบุคลากรผู้ป้อนข้อมูลให้เหมาะสม
- นโยบายที่สนับสนุนการใช้งานระบบต้องมีความต่อเนื่อง เพราะมีผลต่อการพัฒนา ปรับปรุง และสนับสนุนเชิงงบประมาณ เช่น ให้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านไอทีมาสนับสนุน เป็นต้น
- ควรมีการต่อยอดระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบเรียลไทม์ในระบบรายงานการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยนี้ให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสำหรับเก็บองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมไปถึงการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์พื้นเมือง และองค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาที่เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่นที่มีการรายงานข้อมูลการให้บริการนั้น ๆ และนำข้อมูลบริการด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในระบบ HDC TTM Service มาพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปรับใช้ในระบบประเทศอื่น ๆ



เชิงนโยบาย

- ควรได้รับการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้สามารถกำหนดเป็นนโยบายสำหรับการพัฒนาและใช้งานระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบเรียลไทม์ในระบบรายงานการบริการทางการแพทย์แผนโบราณในประเทศตนเองได้โดยเฉพาะ
- หากการรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบรายงานการให้บริการสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจูงใจตามผลงาน (Incentive) ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน อาจจะช่วยให้มีการรายงานเข้าสู่ระบบอย่างสม่ำเสมอและมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในระบบมากขึ้น



เชิงปฏิบัติ

- ควรเตรียมระบบโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ทั้งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ อินเทอร์เน็ต รวมถึงระบบฐานข้อมูลให้พร้อมและเหมาะสมกับการใช้งานจริงในระบบของประเทศ
- การรายงานข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลทุกระดับในประเทศต้องมีมาตรฐานที่เหมือนกัน
- ต้องมีบุคลากรด้านไอทีที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สำหรับการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบ
- ควรมีการสำรวจความต้องการและความคิดเห็นของผู้ใช้งานเพื่อพัฒนาระบบให้ตอบสนองต่อความต้องการมากที่สุด

เกี่ยวกับการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาและการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน HDC TTM Service จำนวนทั้งสิ้น 26 คน โดยแบ่งผู้สัมภาษณ์ออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้พัฒนาโปรแกรม 2. กลุ่มผู้ใช้โปรแกรม 3. กลุ่มผู้ป้อนข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาด้วยการ 1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ HDC TTM Service และกรอบแนวคิดการประเมินระบบสารสนเทศสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ 2. พัฒนารอบแนวคิดของงานวิจัย 3. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาและการใช้งานระบบ HDC TTM Service 4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็น (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดของงานวิจัย 5. จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เพื่อนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและขอข้อเสนอแนะ และครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอผลการศึกษาและขอข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบนี้ต่อไปในอนาคต 6. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง "กรณีศึกษาระบบกำกับดูแลข้อมูลแบบเรียลไทม์ในระบบรายงานการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย (Case study of the real-time monitoring system of Thai Traditional and Alternative Medical (TTM) Services in Thailand)"

โดย กานต์ชนก ศิริสอน, เบญจมาพร เอี่ยมสกุล, ชญาพัช ราชาดัน, Manilung Nalongsack, ดร. ญญ.อัญชลี จุฑะพุทธิ, Saudamini Vishwanath Dabak และ รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกุลชัย

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก WHO South-East Asia Regional Office (องค์การอนามัยโลก สำนักงานประจำภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออก)

ผู้เขียน



เบญจมาพร เอี่ยมสกุล



ชญาพัช ราชาดัน



กานต์ชนก ศิริสอน



ดร.ญญ.อัญชลี จุฑะพุทธิ



สนับสนุนโดย

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)
- หน่วยวิจัยโรคเขตร้อนมหิดล-ออกฟอร์ด (MORU: Mahidol-Oxford Tropical Medicine Research Unit)
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
- หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนากำลังคน และทุนด้านการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษา การวิจัย และสร้างนวัตกรรม (บพค.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization)
- องค์การอนามัยโลก สำนักงานประจําภูมิภาคเอเชียใต้และเอเชียตะวันออก (WHO-SEARO: WHO South-East Asia Regional Office)
- กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation)