

# รายงานโครงการวิจัย ฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์  
(ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึง  
บริการสุขภาพของประเทศไทย

## UCBP

Development  
and evaluation  
of universal  
coverage  
benefit package  
to support  
access to  
health care  
for Thailand



โดย มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
มีนาคม พ.ศ. 2568



รายงานโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์  
มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
(Health Interventions and Technology Assessment Program Foundation)

ชื่อโครงการ การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ  
ของประเทศไทย  
(Development and evaluation of universal coverage benefit package to support access  
to health care for Thailand)

รหัสโครงการ 4710075

โดย

หัวหน้าโครงการ

รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย

คณะผู้วิจัย

ดร. ภาณุ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว

นางสาวกুমารี พัทน์

นางสาวชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์

นางสาวนิชาต์ มูลคำ

นางสาวเมอริลินธุ์ ประทุมสุวรรณ

ดร.พัชรี ชูแก้ว

นายภาณุพงศ์ เขาวนสวัสดิ์

นางสาวบุปผา วงษ์ยศ

สังกัด มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
(Health Interventions and Technology Assessment Program Foundation)  
มีนาคม พ.ศ. 2568

งบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund)

ประจำปีงบประมาณ 2567

จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

## รายงานฉบับสมบูรณ์

แผนงาน การประเมินเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่อโครงการ ภาษาไทย การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย  
ภาษาอังกฤษ Development and evaluation of universal coverage benefit package to support access to health care for Thailand

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2567”  
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของแหล่งทุน

มีนาคม พ.ศ. 2568

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ร่วมในการประชุมและให้ข้อคิดเห็นตลอดกระบวนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ เข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP 2567) เครือข่ายทีมวิจัยที่ร่วมทบทวนวรรณกรรม ร่วมพัฒนาโครงร่างวิจัย และดำเนินการศึกษาวิจัย จนได้รายงานฉบับสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณ สปสช. เขตทั้ง 3 เขต ที่ให้คณะผู้วิจัยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์ประชุมรับฟังความคิดเห็นประจำปี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ผู้สนับสนุนงบประมาณแก่โครงการ “การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย” ทั้งนี้ ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากโครงการวิจัยชิ้นนี้ ไม่ได้แสดงทัศนคติของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

คณะผู้วิจัย  
มีนาคม 2568

## บทสรุปผู้บริหาร

ประเทศไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติดังกล่าวมีขึ้นเพื่อจัดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน และให้บริการครอบคลุมในกลุ่มประชากรกว่าร้อยละ 75 ที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม ด้วยสถานะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขจึงควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสม มีความทันสมัยและพร้อมรองรับสถานการณ์และภัยคุกคามด้านสุขภาพใหม่ ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการดังกล่าวข้างต้น จึงได้ดำเนินโครงการ “การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบ มีความโปร่งใส เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ ในการดำเนินงานประยุกต์ใช้ 4 หลักการสำคัญของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) Systematic process คือ มีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบและมีรายละเอียดขั้นตอนที่ชัดเจน 2) Transparent process คือ มีการดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ 3) Participatory process คือ การเข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทุกขั้นตอนในกระบวนการเน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายทีมวิจัยและนักวิชาการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ และ 4) Evidence informed policy development คือ การมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนเชิงนโยบาย การดำเนินงานภายใต้โครงการ “การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย” ได้ผลสรุปจากการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อและผ่านการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ UCBP ตามเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ จำนวน 6 หัวข้อ ซึ่งจะเข้าสู่กระบวนการสรรหาทีมวิจัยเพื่อทำการศึกษาวิจัย และผลการศึกษาที่ได้จะใช้ในการพิจารณาและตัดสินใจเชิงนโยบายในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

นอกจากการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์แล้ว โครงการฯ ได้ดำเนินการหลัก ๆ ดังนี้

- 1) การลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์เวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต ประจำปี 2567 โดยลงพื้นที่ 3 เขต คือ เขต 1 เชียงใหม่ เขต 7 ขอนแก่น และเขต 12 สงขลา เพื่อสร้างการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อเพื่อพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในฐานะของผู้รับบริการ
- 2) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายทีมวิจัย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Exchange) ทั้งในและนอกองค์กร ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิจัยจากหน่วยงานภายในและภายนอก ในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัย และขยายโอกาสการดำเนินงานร่วมกันในอนาคต และ
- 3) การพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อเพื่อพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในฐานะของผู้รับบริการ และเข้ามามีส่วนร่วมเสนอหัวข้อปัญหา ในแต่ละรอบปี

**คำสำคัญ** ชุดสิทธิประโยชน์, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การคัดเลือกหัวข้อ, เวทีรับฟังความคิดเห็น

## Executive summary

The National Health Security Act, B.E. 2545 (A.D. 2002) of Thailand has established a development of the health benefits package that meet the standard of care and cover more than 75 percent of the population (those of which are not covered by the Social Security Scheme and the Civil Servant Medical Benefit Scheme). Given the ever-changing trends in health and the rapid advancement of health technology, the benefits package must be able to improve and adapt to these quick changes. To ensure that people have access to basic healthcare needs, this process of developing the benefits package must be emphasized.

To support this mission, the "Universal Coverage Benefits Package" or "UCBP" project has been established. The main objective of this project is to support and facilitate the development of benefits package under the Universal Coverage Scheme. The UCBP process has four core principles guiding its approach: 1) Systematic, 2) Transparent, 3) Participatory, and 4) Evidence informed policy development. These principles ensure that this process follows clear and organized steps, is transparent and traceable, involves all relevant stakeholders, and provides evidence that inform and support decision making. There are currently 6 health topics that have been nominated and prioritized through the selection criteria. These topics will be assessed further by researcher teams and the findings will be used to inform decision-making in further developing the benefit packages in the UCBP.

Other tasks under the UCBP project are as follows: 1) Conducting site visits to observe public hearing forums by the National Health Security Office (NHSO). These visits take place in 3 NHSO regional offices: region 1<sup>st</sup> (Chiang Mai), region 7<sup>th</sup> (Khon Kaen), and region 12<sup>nd</sup> (Songkhla) with the objective to raise the public's awareness and understanding about these public hearing forums and the process of developing the benefits package, as well as to further emphasize the participatory nature of the UCBP process. 2) Promoting the capacity of the research network through knowledge exchange between institutions, both within and outside organization. This can also promote collaboration between researchers, improve technical capacity, and expand opportunities for future collaboration. 3) Developing communication materials and disseminating information to emphasize the importance of this participatory process and encourage the public to nominate topics through their perspective as care receivers.

**Keywords:** benefits package, universal coverage scheme, topic selection, public hearing forum

## สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ .....	a
บทสรุปผู้บริหาร.....	c
Executive summary.....	d
สารบัญ .....	e
สารบัญตาราง .....	g
สารบัญรูป.....	h
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล .....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา .....	2
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม .....	3
2.1 ผลการทบทวนวรรณกรรม .....	3
2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
2.3 เอกสารอ้างอิง.....	8
บทที่ 3 รายละเอียดผลการศึกษา.....	9
3.1 วัตถุประสงค์ 1 และ 2 .....	9
3.1.1 ที่มาและความสำคัญ .....	9
3.1.2 การดำเนินงาน .....	9
3.1.3 ผลการศึกษา .....	13
3.1.4 รายงานการลงพื้นที่เพื่อร่วมสังเกตการณ์.....	14
3.2 วัตถุประสงค์ 3.....	15
3.2.1 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) .....	16
3.2.2 การศึกษา เรื่อง การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้สูงอายุไทย .....	19
3.2.3 การศึกษา เรื่อง การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่ อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักติดต่อกันซ้ำ.....	22
3.2.4 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ของการใช้เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรแบบไร้สายในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเต้นช้า .....	24
3.2.5 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจและรักษา hypereosophilic syndrome.....	25

3.2.6 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ: การศึกษาส่วนเพิ่มเติมโดยเพิ่มชุดตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะด้วยตนเองด้วยเทคนิค immunochromatography .....	27
3.2.7 ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจรหัสพันธุกรรมเชิงลึก โดยการถอดรหัสพันธุกรรมของยีนทั้งหมดในมนุษย์สำหรับการคัดกรองโรคหายาก .....	29
3.2.8 ผลการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อโรคหายาก จำนวน 3 เรื่อง.....	30
3.2.9 ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review) และจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งไทยและต่างประเทศ เรื่อง การถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศไทย.....	30
3.3 วัตถุประสงค์ 4.....	31
3.3.1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ.....	32
3.3.2 การจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา .....	33
3.3.3 การเข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการ.....	35
3.3.4 การประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน UCBP.....	38

## สารบัญตาราง

ตาราง 1 ประเภทของเทคโนโลยี.....	3
ตาราง 2 รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมของหัวข้อ UCBP ปี 2567 .....	11
ตาราง 3 สรุปคะแนนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ UCBP ปี 2567 .....	13

## สารบัญรูป

รูปที่ 1 กรอบการวิจัย .....	7
รูปที่ 2 สรุปหัวข้อปัญหาฯ จากมติที่ประชุมผู้บริหาร สปสช.....	10

## บทที่ 1 บทนำ

### 1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้เข้าสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อรัฐบาลไทยประกาศเป็นนโยบายในปี พ.ศ. 2544 และรัฐสภาได้ลงมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อจัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชาชน โดยมีองค์กรที่มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>1</sup> ทำหน้าที่กำกับดูแลเพื่อให้ประชาชนประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งประเทศที่ไม่ใช่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า<sup>2</sup> ซึ่งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะทำให้การดูแลสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นแล้ว ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ รวมทั้งสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรด้านสุขภาพ การเลือกเทคโนโลยีเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ โปร่งใส และมีหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการ UCBP (Universal Coverage Benefit Package) เป็นการดำเนินงานที่เน้นการสนับสนุนกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหา การจัดลำดับความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งจะพิจารณาเฉพาะเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยา ซึ่งกระบวนการ UCBP ประกอบด้วยหลายขั้นตอน ตั้งแต่การรับฟังความเห็นและข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อกำหนดประเด็นหัวข้อบริการสุขภาพและ/หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพ การรวบรวมข้อมูลและการศึกษาทางวิชาการ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การตัดสินใจในการปรับปรุงหรือขยายสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามความจำเป็นด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนผู้มีสิทธิ

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ คือ “ยุทธศาสตร์ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564” ซึ่งประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ 9 ยุทธวิธี เพื่อดำเนินการตามพันธกิจ 4 ประการ คือ

- 1) รวบรวม ประเมินความต้องการประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ วัคซีน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) พัฒนาและผลักดันให้เกิดประเภทและขอบเขตฯ ใหม่ที่เหมาะสม และปรับปรุงประเภทและขอบเขตบริการที่มีอยู่แล้วให้เกิดการเข้าถึงมากขึ้น
- 3) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการตามประเภทและขอบเขต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<sup>1</sup> สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์, สปสช. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564) ฉบับทบทวน พ.ศ. 2562 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2561

<sup>2</sup> รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553. บทที่ 14 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2554 (หน้า 465-484).

4) ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาประเภทและขอบเขตฯ และระบบบริการของ 3 กองทุน คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความเท่าเทียมกัน

สายงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. ได้เล็งเห็นถึงสถานการณ์จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในระยะ 1 (พ.ศ. 2552-2559) และระยะที่ 2 (พ.ศ. 2560-2562) อีกทั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” โดยมีเป้าประสงค์ 3 ประการ คือ ประชาชนเข้าถึงบริการ การเงินการคลังมั่นคง และดำรงธรรมาภิบาล ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ดังกล่าว จึงมอบหมายให้ HITAP เป็นที่วิชาการดำเนินโครงการ “กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ โครงการ UCBP เนื่องจาก HITAP เป็นหน่วยงานที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานของโครงการ UCBP ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2559 สามารถประสานระหว่างทีมวิจัยกับผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ โดยยึดหลักการของความโปร่งใสและความเป็นอิสระทางวิชาการ ทั้งนี้ ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการให้มีความเหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากยิ่งขึ้น มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดโครงการ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเสนอหัวข้อปัญหาฯ เพื่อให้กระบวนการมีความเป็นระบบ น่าเชื่อถือ โปร่งใส ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญตลอดทั้งกระบวนการ

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

**วัตถุประสงค์หลัก:** เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบ มีความโปร่งใส เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ

**วัตถุประสงค์ย่อย:**

- 1) เพื่อจัดให้มีการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic nomination) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม
- 2) เพื่อจัดให้มีการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic selection) ตามเกณฑ์การพิจารณาทั้ง 6 เกณฑ์ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยนักวิชาการและเครือข่ายวิจัยโครงการ UCBP
- 3) เพื่อพัฒนาโครงร่างวิจัยและดำเนินการศึกษาวิจัยนโยบายและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพแบบรวดเร็ว (rapid assessment) และแบบ full HTA
- 4) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Exchange) กระบวนการดำเนินการวิจัยของเครือข่ายโครงการ UCBP และการพัฒนาความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

## บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

### 2.1 ผลการทบทวนวรรณกรรม

กระบวนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญในต่างประเทศ

#### 1) ประเทศออสเตรเลีย

ออสเตรเลียจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เรียกว่า เมดิแคร์ (Medicare) โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ (Medicare Benefits Scheme: MBS) และชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefit Scheme: PBS ซึ่งครอบคลุมยาและวัคซีน โดยการประเมินจะแยกตามประเภทของเทคโนโลยี คณะกรรมการที่รับผิดชอบการประเมินเทคโนโลยีจะแตกต่างกันไป

ตาราง 1 ประเภทของเทคโนโลยี

ประเภทของเทคโนโลยี	คณะกรรมการที่ทำการประเมินเทคโนโลยี	ชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง
อุปกรณ์เทียม	PDC*	PL* (เอกซน)
ยาและวัคซีน	PBAC	PBS/NIP*
บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี (Medical services associated with technologies)	MSAC	MBS
การทดสอบการวินิจฉัย (Diagnostic tests)	MSAC	MBS

หมายเหตุ \* คือ PDC = Protheses and Devices Committee, PL = Protheses List, PBAC = Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBS = Pharmaceutical Benefits Scheme, MSAC = The Medical Services Advisory Committee

คณะกรรมการที่ทำการประเมินฯ และชุดสิทธิประโยชน์ที่เทคโนโลยีจะถูกบรรจุหลังจากได้รับการประเมินแล้ว (1)

การประเมินเทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและเทคโนโลยีที่จำเป็นทางการแพทย์โดยผ่านทาง MBS และ PBS รวมถึงประกันสุขภาพเอกชน หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีและให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล ได้แก่ TGA MSAC PBAC และ Protheses List Advisory Committee (PLAC) โดยในแต่ละหน่วยงานใช้กรอบแนวคิดหลักในการประเมินดังนี้

- 1) การประเมินความปลอดภัยและประสิทธิศักร์ (efficacy) ของเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายในประเทศ (market regulation) เพื่อให้แน่ใจว่ายาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ นั้นมีการควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ มีการใช้ตรงตามวัตถุประสงค์
- 2) การตรวจสอบ ทบทวน และประเมิน (appraisal) ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้งบประมาณของรัฐ การขอ

เงินคืนจากประกันสุขภาพเอกชนกรณีเกี่ยวกับอุปกรณ์เทียมต่าง ๆ และการติดตามประเมินผล หลังจากยาออกสู่ตลาดแล้ว

กระบวนการประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย เริ่มจากการขึ้นทะเบียนยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้ Therapeutic Goods Administration (TGA) หากได้รับอนุมัติแล้วจึงสามารถออกสู่ท้องตลาด และถูกขึ้นทะเบียนยาที่ Australian Register of Therapeutic Goods (ARTG) โดยบุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงรายการได้ทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน จากนั้นจะเป็นการแยกประเภทผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีเพื่อการประเมินและนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยแบ่งเป็นยาและวัคซีน อุปกรณ์ที่จะเพิ่มใน MBS และอุปกรณ์ใหม่ที่อยู่ใน MBS อยู่แล้วแต่ต้องการบรรจุลงในรายการอุปกรณ์เทียมจากประกันสุขภาพของภาคเอกชน ซึ่งจะทำให้สามารถขอเบิกเงินชดเชย (reimbursement) จากโครงการต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น หากจะมีการนำยาเข้า PBS ต้องผ่านการประเมินกับ PBAC ก่อนโดยดำเนินการตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ ส่วนขั้นตอนหลังจากนั้นจะเป็นการติดตามและประเมินผลหลังจากยาออกสู่ท้องตลาดแล้ว<sup>(2)</sup>

## 2) ประเทศแคนาดา

สำหรับการเสนอการรักษาเพื่อประเมินเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระดับประเทศ คือ การเสนอให้แก่ Canadian Agency for Drug and Technologies in Health (CADTH) ในการประเมินผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อตามที่ระบุในคู่มือของ CADTH มี 2 กลุ่ม คือ บริษัทฯ และหน่วยงานดูแลชุดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดน<sup>(3)</sup> ในส่วนของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยา เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย CADTH ไม่ได้มีกลไกการประเมินที่มีกระบวนการเชื่อมต่อกับกลไกการพิจารณาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของจังหวัด/ดินแดนโดยตรง แต่มีบริการที่เรียกว่า Health Technology Assessment and Optimal Use โดยเปิดโอกาสให้ประชาชน กลุ่ม หรือองค์กรสามารถเสนอเทคโนโลยีเพื่อขอให้ CADTH จัดทำรายงานการประเมินได้ โดยการกรอกแบบฟอร์มบนเว็บไซต์ของ CADTH ซึ่งกระบวนการการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่ไม่ใช่ยาของ CADTH ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

1. การคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญ
2. การกำหนดขอบเขตของการประเมิน
3. การวางแผนโครงการประเมิน
4. การศึกษาวิจัย
5. การทบทวน
6. การจัดทำคำแนะนำการใช้ที่เหมาะสม (อาจข้ามขั้นตอนนี้ได้หากไม่จำเป็น)
7. การเผยแพร่ผลการประเมิน

ทั้งนี้ ส่วนการเสนอการรักษาเพื่อเข้ารับการประเมินเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระดับจังหวัดของ Ontario ตามที่ระบุในคู่มือ คือ บริษัทฯ เท่านั้น<sup>(4)</sup>

## 3) ประเทศอังกฤษ

อังกฤษมีระบบประกันสุขภาพในรูปแบบรัฐสวัสดิการ ประชาชนอังกฤษทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลผ่านระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) ที่ครอบคลุมบริการสุขภาพตามความจำเป็น การประเมินเทคโนโลยีภายใต้โปรแกรม TAP ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนหลัก<sup>(5)</sup> ได้แก่ 1) การส่งหลักฐานวิชาการ 2) การทบทวนหลักฐานวิชาการ และ 3) การประเมินเทคโนโลยี โดยบริษัทเอกชนจะส่งหลักฐานเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีที่เสนอให้แก่ NICE จากนั้น NICE จะเชิญคณะที่ปรึกษาหรือ

ผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อคิดเห็นหรือข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่อยู่ในการประเมิน แล้วส่งข้อมูลและข้อคิดเห็นให้ Evidence Review Group (ERG) รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและจัดทำรายงานและส่งต่อให้ technical team จัดทำข้อมูลเชิงเทคนิค (technical report) ของการใช้เทคโนโลยีภายใต้ความรับผิดชอบของคณะที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญมีหน้าที่ให้ข้อคิดเห็นต่อ technical report และส่งต่อข้อมูลให้แก่คณะกรรมการประเมิน เทคโนโลยี (Technology Appraisal Committee) พิจารณาข้อมูล/รายงานที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น ๆ ทั้งหมด เพื่อตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะต่อ NHS การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบ NHS สำหรับ เทคโนโลยีหรือการรักษาทางการแพทย์ใหม่ ต้องผ่านการประเมินเทคโนโลยีที่รับผิดชอบโดยหน่วยงาน National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ซึ่งทำหน้าที่ประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมถึงเสนอผลการประเมินต่อ NHS เพื่อพิจารณาให้เพิ่มเทคโนโลยีนั้น ๆ ให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ NICE ยังทำหน้าที่ในการจัดทำคู่มือ (Guideline) เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการรักษา<sup>(6,7)</sup>

NICE ได้แบ่งการประเมินเทคโนโลยีออกเป็น 5 โปรแกรม ตามประเภทของเทคโนโลยีและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ได้แก่

- 1) The Technology Appraisal Programme (TAP)
- 2) The Medical Technologies Evaluation Programme (MTEP)
- 3) The Diagnostics Assessment Programme (DAP)
- 4) The Interventional Procedures Programme (IPP)
- 5) The Medicines and Technologies Programme (MTP)

โดยที่โปรแกรม IPP มุ่งเน้นประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของเทคโนโลยี ขณะที่โปรแกรม MTP ประเมินเฉพาะยา ซึ่งทั้ง 2 โปรแกรมข้างต้นไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษา ผู้ทำการศึกษาจึงได้ทบทวนรายละเอียดเฉพาะของโปรแกรม TAP, MTEP, และ DAP เท่านั้น โดยพบว่า มีขั้นตอนหลักในการดำเนินงานที่คล้ายกัน ประกอบด้วย การเสนอและคัดเลือกเทคโนโลยี การประเมินเทคโนโลยี และการตัดสินใจ แตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละโปรแกรม

#### 4) ประเทศสวีเดน

หน่วยงานในระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน งบประมาณสำหรับจัดสรรบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐจึงมีสัดส่วนหลักมาจากภาษีที่เป็นรายรับของสภามณฑลและเทศบาลเมือง โดยหน่วยงานเหล่านี้มีสิทธิ์เรียกเก็บภาษีและกำหนดอัตราภาษีภายในพื้นที่ของตนเอง ในขณะที่รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณเพียงบางส่วน ดังนั้น ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศสวีเดนจึงไม่มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไว้อย่างชัดเจน แต่จะแตกต่างกันไปตามพื้นที่ที่สภามณฑลเป็นผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม สิทธิประโยชน์ในภาพรวมครอบคลุมการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม สุขภาพจิต การดูแลระยะยาว ยาและเวชภัณฑ์

ในกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข (กรณีไม่ใช่ยาและเวชภัณฑ์ และบริการทันตกรรม) The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (TLV) จะจัดทำและเผยแพร่รายงานเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment; HTA) ของเครื่องมือแพทย์ (Medical device) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ (decision making) ของสภามณฑล ทั้ง 21 แห่ง ในการจัดให้มีบริการด้วยเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านการประเมิน HTA จาก TLV โดยการประเมิน HTA มีขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ โดย TLV ได้ทำงานร่วมกับสภามณฑลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

พัฒนากระบวนการประเมินเครื่องมือแพทย์เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และการประเมิน HTA ของ TLV ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินประสิทธิภาพทางคลินิก ค่าใช้จ่าย และการประเมิน cost effectiveness ตลอดจนความไม่แน่นอนในการประเมิน (uncertainty in the assessment)

2) ผลกระทบที่เกี่ยวกับจริยธรรม กฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลกระทบด้านงบประมาณที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดให้มีบริการเครื่องมือแพทย์แก่ประชาชน

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดย Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU) ไม่ได้มีผลหรือการนำไปใช้โดยตรงต่อการพิจารณาพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศ แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสำหรับผู้กำหนดนโยบาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง<sup>(8)</sup> ซึ่งในการจัดลำดับความสำคัญ หัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายใต้ SBU นั้นการประเมินเทคโนโลยีของ SBU เริ่มต้นที่การรับข้อเสนอหรือโครงร่างจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ได้แก่ บุคลากรทำงานด้านสาธารณสุข กลุ่มคนทำงานเพื่อสังคม ผู้บริหารระดับสูงในสถานพยาบาลหรือสภาเขต หรืออาจได้รับข้อเสนอจากหน่วยงาน เช่น สมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ หน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐที่ทำงานด้านสาธารณสุข รวมถึงคณะกรรมการ บริหารและคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิทยาศาสตร์ภายใน SBU (SBU Scientific Advisory Committees) ส่วนการประเมินเทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพ หรือ HTA ของ SBU ใช้เวลาดำเนินการศึกษาวิจัยประมาณ 1-2 ปี ต่อ 1 โครงการ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นเกณฑ์หลักในการดำเนินโครงการ ทั้งนี้ SBU ได้เผยแพร่คู่มือชื่อว่า “Assessment of methods in health care and social services” ซึ่งแจกจ่ายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ HTA ที่ดำเนินการวิจัยโดย SBU<sup>(9)</sup> การประเมินเทคโนโลยีบางรายการอาจนำไปใช้อ้างอิงในแนวทางหรือคู่มือระดับประเทศ ที่ประกาศโดยคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (The National Board of Health and Welfare: NBHW) หรือหน่วยงานที่ดูแลด้านสิทธิประโยชน์ (The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency: TLV)

## 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของการดำเนินงานโครงการ UCBP และการดำเนินงานหัวข้อโรคหายาก ได้ปรับใช้ตามหลักการสำคัญของกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) **Systematic process** คือ มีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบและมีรายละเอียดขั้นตอนที่ชัดเจนซึ่งกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหา เพื่อนำไปศึกษาวิจัย และการพิจารณาตัดสินใจบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างถ้วนหน้า การดำเนินงานอย่างเป็นระบบจะช่วยจัดการกับข้อมูลด้านสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายให้มีความชัดเจนและครอบคลุม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นระบบย่อมแสดงให้เห็นถึงความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าวได้เช่นกัน

2) **Transparent process** คือ มีการดำเนินงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ เนื่องจากกระบวนการ UCBP เป็นกระบวนการที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับประเทศ และเป็นการตัดสินใจภายใต้ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่มีผลต่องบประมาณ อีกทั้งยังมีผู้ที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกขั้นตอนการดำเนินงานจะต้องมี

ความโปร่งใสและตรวจสอบได้ มีหลักเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างตรงไปตรงมา เพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจมีความถูกต้อง เหมาะสม และน่าเชื่อถือมากที่สุด

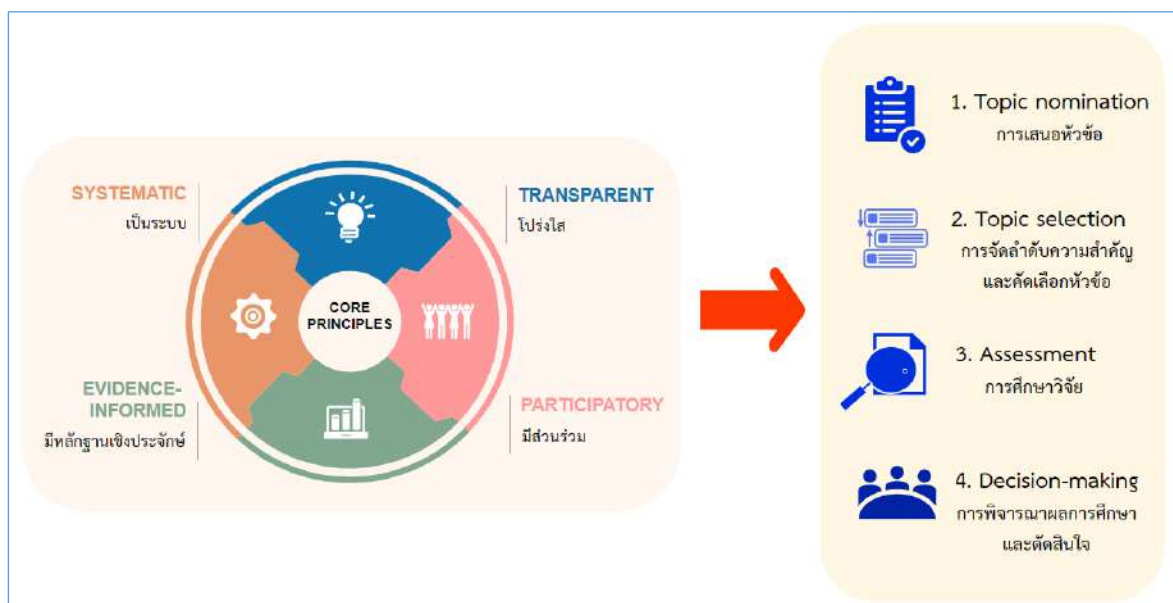
**3) Participatory process** คือ การเข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทุกขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ เน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม เครือข่ายที่มวิจัยและนักวิชาการได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลการดำเนินงาน การร่วมเสนอหัวข้อปัญหาฯ การร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็น การทบทวนและจัดทำข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อใช้ในกระบวนการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ UHC ที่คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งการดำเนินงานภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะก่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือกันดำเนินงานให้บรรลุผล รวมถึงเกิดกระบวนการตัดสินใจที่ยอมรับได้จากทุกฝ่าย ช่วยสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในสังคมได้

**4) Evidence informed policy development** คือ การมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนนโยบาย ในกระบวนการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อปัญหาฯ หรือการพิจารณาตัดสินใจเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ เป็นการตัดสินใจโดยกลุ่มบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจมีความยากลำบากจากความคิดเห็นที่หลากหลาย ดังนั้นการตัดสินใจอย่างมีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่ออยู่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินว่ามีความชัดเจนและน่าเชื่อถือ นำมาพิจารณาให้ความเห็นร่วมกัน เพื่อให้ได้ทางเลือกสำหรับการตัดสินใจที่เป็นเอกฉันท์

ในการดำเนินงานโครงการ UCBP และกระบวนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อโรคหายาก ได้มีการประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวข้างต้น เพื่อสนับสนุนกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การเสนอหัวข้อปัญหาฯ (topic nomination)
- 2) การจัดลำดับความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อปัญหาฯ (topic selection)
- 3) การศึกษาวิจัย (assessment)
- 4) การพิจารณาตัดสินใจ (decision-making)

รายละเอียดกรอบการวิจัย ตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบการวิจัย

## 2.3 เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health and Ageing. Review of Health Technology Assessment in Australia. 2009 December 2009.

2. Department of Health. Health Technology Assessment (HTA) 2017 [updated 27 February 2017]. Available from:  
<https://www1.health.gov.au/internet/hta/publishing.nsf/Content/home-1>

3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Procedures for the CADTH Common Drug Review and Interim Plasma Protein Product Review. 2020 25 June 2020. 2020.

4. Ontario Public Drug Programs. Ontario Guidelines for Drug Submission and Evaluation. 2016.

5. National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the processes of technology appraisal. 2018.

6. Ruth Thorlby. International Health Care System Profiles; England: The commonwealth fund; 2020 [updated June 5, 2020]. Available from:  
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.

7. Smith PC CK. Should countries set an explicit health benefits package? the case of the English National health service. Value in Health. 2017;20(1):60-6.

8. Med Tech Reimbursement Consulting. Ongoing medical technology and IVD-related HTA projects at Swedish SBU [Internet]2017 26 May 2017. Available from:  
<https://mtrconsult.com/news/ongoing-medical-technology-and-ivd-related-hta-projects-swedish-sbu>.

9. Swedish Agency for Health Technology Assessment of Social Services. Assessment of methods in health care and social services. 2018.

## บทที่ 3 รายละเอียดผลการศึกษา

### 3.1 วัตถุประสงค์ 1 และ 2

**วัตถุประสงค์ที่ 1** เพื่อจัดให้มีการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic nomination) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม และ**วัตถุประสงค์ที่ 2** เพื่อจัดให้มีการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic selection) ตามเกณฑ์การพิจารณาทั้ง 6 เกณฑ์ ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยนักวิชาการ และเครือข่ายวิจัยโครงการ UCBP

#### 3.1.1 ที่มาและความสำคัญ

การพัฒนาและประเมินชุดสิทธิประโยชน์ (ที่ไม่ใช่ยา) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทยหรือกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โครงการ UCBP: Universal Coverage Benefit Package) เป็นการดำเนินงานที่เน้นการสนับสนุนกระบวนการรับฟังความเห็นและการเสนอหัวข้อปัญหา จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อกำหนดประเด็นหัวข้อบริการสุขภาพและ/หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพ การจัดลำดับความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อ การรวบรวมข้อมูลและการศึกษาทางวิชาการ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การตัดสินใจในการปรับปรุงหรือขยายสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามความจำเป็นด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งการศึกษานี้จะพิจารณาเฉพาะเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยา

#### 3.1.2 การดำเนินงาน

1) การพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพและจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้น ตามเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ

ทีมวิจัยตรวจรับหัวข้อปัญหาที่ได้รับมอบจาก สปสช. ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้เสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพของหัวข้อ UCBP เพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2567 ซึ่งในรอบนี้มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 5 กลุ่ม ที่เสนอหัวข้อปัญหาเข้ามา คือ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย, ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์, ผู้ป่วย ประชาสังคม และประชาชนทั่วไป, นวัตกรรมทางการแพทย์ และนักวิชาการด้านสาธารณสุข ส่วนกลุ่มที่ไม่เสนอหัวข้อเข้ามา คือ กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ และคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และในรอบปีนี้มีกลุ่ม call center ของ สปสช. ร่วมเสนอหัวข้อเข้ามาด้วย และหัวข้อที่เสนอเข้ามาทั้งหมดมีจำนวน 36 หัวข้อ ซึ่งหัวข้อทั้ง 36 หัวข้อนั้น สปสช. และทีมวิจัยได้พิจารณาเบื้องต้นและแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ที่ประชุมผู้บริหาร สปสช. (Policy Advocacy Meeting: PAM) ให้ทีมวิจัยนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละหัวข้อ คือ 1) ชื่อหัวข้อ และชื่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เสนอหัวข้อแต่ละเรื่อง 2) เหตุผลของการเสนอหัวข้อ และ 3) สรุปข้อมูลตามรูปแบบ PICO ซึ่งประกอบด้วย ประชากร (P: Population), เทคโนโลยี/โปรแกรม/บริการทางสุขภาพ (I: Intervention), แนวทางการรักษาเดิม (C: Comparator) และผลลัพธ์ที่ต้องการ (O: Outcome) สำหรับนำเสนอต่อที่ประชุม PAM เพื่อพิจารณาเบื้องต้น ซึ่งที่ประชุม PAM ได้พิจารณาให้ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review) จำนวน 4 เรื่อง แต่มี 1 เรื่องอยู่ระหว่างทำการศึกษา ส่วนหัวข้อที่เหลือให้นำเข้ากระบวนการ UCBP เพื่อดำเนินการต่อไป และบางหัวข้อพิจารณาตัดออก เนื่องจากเป็นสิทธิ

ประโยชน์แล้ว หัวข้อซ้ำ ข้อมูลของข้อเสนอไม่เพียงพอ/ไม่มีข้อมูลประสิทธิผล และเป็นหัวข้อที่ไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติรองรับ/แนวทางเวชปฏิบัติไม่แนะนำให้ใช้ รายละเอียด ตามรูปที่ 2



รูปที่ 2 สรุปหัวข้อปัญหาฯ จากมติที่ประชุมผู้บริหาร สปสช.

ทีมวิจัยนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อ เข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 โดย สปสช. เป็นผู้ดำเนินการจัดประชุม และทีมวิจัยเป็นผู้นำเสนอข้อมูลประกอบแต่ละหัวข้อปัญหาฯ ซึ่งมติที่ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ มอบมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) จัดหาทีมวิชาการร่วมทบทวนวรรณกรรมแต่ละหัวข้อ และให้คะแนนตามเกณฑ์การพิจารณาจำนวน 14 หัวข้อ<sup>3</sup> รายละเอียดดังตารางที่ 2 เพื่อนำเข้าพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

#### การทบทวนวรรณกรรมตามเกณฑ์การพิจารณา

ทีมวิจัยสรรหาทีมวิชาการรวมทั้งเครือข่ายทีมวิจัยโครงการ UCBP เพื่อร่วมทบทวนวรรณกรรมตามรูปแบบ PICO เกณฑ์การพิจารณาทั้ง 6 เกณฑ์ และเตรียมข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อปัญหาฯ รวมทั้งให้คะแนนในเบื้องต้นตามเกณฑ์เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา โดยจัดประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันกับทีมวิชาการ 1 ครั้ง

เกณฑ์การพิจารณาทั้ง 6 เกณฑ์ ได้แก่

1. จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (size of the population affected by the disease)
2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (severity of disease)

<sup>3</sup> รายงานการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ครั้งที่ 3/2566 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566

3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (effectiveness of health intervention)
4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (variation in practice)
5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (economic impact on household expenditure)
6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (equity/ethical and social implication)

รายละเอียดเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ ตามเอกสารแนบ 1

ทีมวิชาการจะเลือกหัวข้อปัญหา ทั้ง 6 หัวข้อ ตามความรู้ความเชี่ยวชาญ โดยทีมวิจัยมีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้ทีมวิชาการเข้าใจตรงกัน

รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมของหัวข้อปัญหา ปี 2567 รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 2

ตาราง 2 รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมของหัวข้อ UCBP ปี 2567

ที่	ชื่อหัวข้อ	ชื่อผู้ทบทวน
1	การคัดกรองและให้บริการกายภาพบำบัดในเด็กอายุ 10-15 ปี ที่มีภาวะกระดูกสันหลังคด	รศ. ดร. พญ.ภัทรวลัย ตีลังจิตร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
2	ชุดสิทธิประโยชน์ของทันตอุปกรณ์ยึดขากรรไกรล่างมาด้านหน้า สำหรับประชากรที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น	ผศ. ดร. ทพญ.วรางคณา จิรรัตนโสภา คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล
3	นวัตกรรม AL Strip ชุดตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะเพื่อตรวจคัดกรอง ติดตามโรคไตเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	ดร. ญญ.อารีรัตน์ ลีละธนาฤกษ์ คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหาสารคาม
4	การปรับรูปแบบการจ่าย P&P Fee Schedule บริการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) โดยใช้ Mobile application (Lifestyle modification with digital tools)	พญ.ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
5	ชุดอุปกรณ์ผ่าตัดศัลยกรรมขากรรไกรและใบหน้าเฉพาะบุคคล	ทพญ.วรุตตา เกษมศานต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ ม.มหิดล
6	การใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีผู้ป่วยเด็กมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดชีวิต	ผศ.ทิภาดา สามสีทอง คณะเภสัชศาสตร์ ม.อุบลราชธานี
7	ชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็วโดยใช้ปัสสาวะ (Urine OV Rapid Diagnosis Test; OV-RDT) ระดับโรงพยาบาลส่งเสริม	อยู่ระหว่างศึกษาวิจัยในโครงการ "การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และความเป็นไปได้ของมาตรการป้องกันและควบคุม พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี"

ที่	ชื่อหัวข้อ	ชื่อผู้ทบทวน
	สุขภาพตำบล สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ	ในประเทศไทย" โดยทีมวิจัยของกรมควบคุมโรค
8	โครงการพัฒนาการตรวจหาเยื่อโรคโดยวิธีตรวจรหัสพันธุกรรม แบบทั้งเอ็กโซมเพื่อให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากพันธุกรรม	ส่งเข้ากระบวนการโรคหายาก
9	การป้องกัน วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพ/การรักษาแบบประคับประคองโรคพันธุกรรมกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) อย่างครบวงจรและเป็นองค์รวม	ส่งเข้ากระบวนการโรคหายาก
10	การวินิจฉัยและการรักษาโรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis type 1, (NF1)) ที่มี plexiform neurofibromas ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ในผู้ป่วยเด็ก	ส่งเข้ากระบวนการโรคหายาก
11	สิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดระยะต้นด้วยเทคโนโลยี low-dose computed tomography (LDCT)	ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review)
12	เพิ่มรายการ ถูงซิลิโคนยืดขยายผิวหนัง (tissue expander) รักษาแผลหดรั้งจากแผลไหม้ หรือเนื้องอกขนาดใหญ่ ชุดหัวฉีดน้ำแรงดันสูงตัดเนื้อตาย ชุดตัดยืดขยายผิวหนังแบบตาราง เพื่อปลูกถ่ายผิวหนัง	ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review)
13	ครอบฟันและรักษารากฟันแท้	อยู่ระหว่างการศึกษา
14	การบำบัดปวดมะเร็งด้วยการหยดมอร์ฟินเข้าช่องน้ำไขสันหลังผ่าน intrathecal port	ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review)

หมายเหตุ หัวข้อที่ 7 อยู่ระหว่างทำการศึกษ หัวข้อที่ 8-10 เป็นหัวข้อโรคหายาก จะส่งเข้ากระบวนการโรคหายาก และ หัวข้อที่ 11-14 ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ

รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ จำนวน 3 เรื่อง รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 3

เนื่องจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้ง 3 เรื่องที่ทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ ได้รับการพิจารณาว่าอาจจะเป็นเทคโนโลยีที่ดีและถูกกว่าเทคโนโลยีเดิม ซึ่งสามารถพิจารณาให้ทดแทนรายการชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบันได้ การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการจึงมุ่งเน้นไปที่ข้อมูลเรื่องประสิทธิผล (efficacy) ความปลอดภัย (safety) และการประมาณการภาระงบประมาณ (budget estimation) เพื่อนำเสนอในที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) หรือ Policy Advocacy Meeting (PAM)

#### การประชุมของนักวิชาการเพื่อเตรียมนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม

เมื่อทีมวิชาการทบทวนวรรณกรรมแล้วเสร็จ ทีมวิจัยได้จัดประชุมนักวิชาการเพื่อข้อมนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม ในวันที่ 12 มกราคม 2567 เป็นการประชุมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมีวิชาการ และเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยในปี 2567 นี้ มีหัวข้อปัญหา ที่เข้าสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 6 หัวข้อ และมีทีมีวิชาการจำนวน 6 ท่าน ดำเนินการทบทวนเอกสารวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศ

ในการประชุมครั้งนี้ ทีมีวิชาการที่ทบทวนวรรณกรรมแต่ละหัวข้อปัญหา ได้นำเสนอข้อมูลหัวข้อละไม่เกิน 5 นาที และที่ประชุมอภิปรายร่วมกันไม่เกินหัวข้อละ 5 นาที ทั้งนี้ได้มีผู้เสนอหัวข้อปัญหา จากทุกภาคส่วน รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านเข้าร่วมรับฟังและอภิปรายในการประชุมครั้งนี้ด้วย โดยสรุปประชุมรายละเอียด ตามเอกสารแนบ 4

### 3.1.3 ผลการศึกษา

**สรุปหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญ เสนอต่อที่ประชุม คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ**

ทีมีวิจัยรวบรวมข้อมูลผลการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อ UCBP ของทีมีวิชาการและเครือข่ายวิจัย ที่ปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นของที่ประชุมนักวิชาการเพื่อเตรียมนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมต่อที่ประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 วันที่ 22 มกราคม 2567 โดยทีม สปสช. เป็นผู้ดำเนินการจัดประชุม และทีมีวิชาการที่ร่วมทบทวนวรรณกรรม เป็นผู้นำเสนอข้อมูลประกอบแต่ละหัวข้อปัญหาฯ สรุปรายละเอียดคะแนนตามเกณฑ์ ดังตาราง 3

ตาราง 3 สรุปคะแนนการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ UCBP ปี 2567

ที่	ชื่อหัวข้อ	เกณฑ์						คะแนนรวม
		1	2	3	4	5	6	
1	การคัดกรองและให้บริการกายภาพบำบัดในเด็กอายุ 10-15 ปี ที่มีภาวะกระดูกสันหลังคด	2	3	3	1	1	1	11
2	ชุดสิทธิประโยชน์ของทันตอุปกรณ์ยึดขากรรไกรล่างมาด้านหน้า สำหรับประชากรที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น	5	4	2	1	1	1	14
3	นวัตกรรม AL Strip ชุดตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ เพื่อตรวจคัดกรอง ติดตามโรคไตเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	4,5	2,5	3	1	1	3	14,15, 17,18
4	การปรับรูปแบบการจ่าย P&P Fee Schedule บริการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) โดยใช้ Mobile application (Lifestyle modification with digital tools)	5	5	4	1	1	3	19

ที่	ชื่อหัวข้อ	เกณฑ์						คะแนนรวม
		1	2	3	4	5	6	
5	ชุดอุปกรณ์ผ่าตัดศัลยกรรมขากรรไกรและใบหน้าเฉพาะบุคคล	1	3	2	1	4	2	13
6	การใช้เครื่องช่วยหายใจ กรณีผู้ป่วยเด็กมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดชีวิต	1	5	3,4	1	5	2	17,20

ที่มา รายงานการประชุมคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขครั้งที่ 2/2566 วันที่ 30 สิงหาคม 2566

มติที่ประชุมเห็นชอบการจัดลำดับความสำคัญของข้อเสนอหัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีสุขภาพเพื่อการประเมินความจำเป็นและผลกระทบเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2567 และเสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตฯ เพื่อพิจารณาต่อไป

การดำเนินงานโครงการ UCBP ปี 2567 ผลการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญและการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการให้ สปสช. ส่งต่อแหล่งทุนเพื่อประกาศหาทีมวิจัยเพื่อทำการศึกษาวิจัยต่อไป การดำเนินงานตลอดทั้งกระบวนการ ทีมวิจัยเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบและโปร่งใส ผู้เสนอหัวข้อมีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบและข้อมูลที่ใช้ประกอบการเสนอหัวข้อปัญหาฯ เครือข่ายทีมวิจัยและนักวิชาการได้มีโอกาสร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาวิจัยถือเป็นการสร้างทีมสร้างเครือข่ายทีมวิจัยโครงการ UCBP ให้มีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น

### 3.1.4 รายงานการลงพื้นที่เพื่อร่วมสังเกตการณ์

การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเป็นหนึ่งในหลักการสำคัญของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะขั้นตอนของการเสนอหัวข้อปัญหา ที่ต้องการความเห็นจากทุกภาคส่วนเพื่อให้กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมมากขึ้น ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า หัวข้อที่เสนอจากกลุ่มภาคประชาชน ประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย เป็นหัวข้อที่มักไม่มีข้อมูลประกอบการเสนอหัวข้อหรือรายละเอียดการติดต่อผู้เสนอหัวข้อ ทำให้ข้อเสนอถูกพิจารณาตัดออกเนื่องจากความไม่ชัดเจนของประเด็นที่เสนอ ดังนั้น การดำเนินงานโครงการในรอบปี 2567 ทีมวิจัยจึงติดต่อพื้นที่ สปสช. เขต เพื่อสอบถามรายละเอียดการจัดประชุมรับฟังความเห็นของภาคประชาชน เพื่อเข้าไปร่วมสังเกตการณ์ การดำเนินงานประชุม และร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่ทีมวิจัยดำเนินการ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ร่วมประชุมได้เข้าใจความสำคัญของการเสนอหัวข้อ ซึ่ง สปสช. เขตที่จัดประชุมในช่วงเวลาที่ทีมวิจัยสามารถลงพื้นที่ได้ และยินดีให้ทีมวิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุม มีจำนวน 3 เขต คือ สปสช. เขต 1 เชียงใหม่ สปสช. เขต 7 ขอนแก่น และ สปสช. เขต 12 สงขลา โดยมีทีมสื่อสารองค์กรของ HITAP เข้าร่วมสัมภาษณ์และบันทึกภาพบรรยากาศของการประชุมร่วมด้วย

ทีมวิจัยได้สรุปข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการลงพื้นที่ รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 5

### 3.2 วัตถุประสงค์ 3

เพื่อพัฒนาโครงสร้างวิจัยและดำเนินการศึกษาวิจัยนโยบายและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพแบบรวดเร็ว (rapid assessment) และแบบ full HTA

มีการพัฒนาโครงสร้างวิจัยและดำเนินการศึกษาวิจัยนโยบายและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จำนวน 10 การศึกษา โดยแบ่งเป็น

1. การศึกษาแบบ full HTA 6 การศึกษา ซึ่งเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละการศึกษาแบบ full HTA มีที่มาจากกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic nomination) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม และผ่านการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic selection) ตามเกณฑ์การพิจารณาทั้ง 6 เกณฑ์ แต่ละการศึกษามีการควบคุมคุณภาพการศึกษาผ่านการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกำหนดขอบเขตของการศึกษา และการประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น ตามข้อกำหนดของคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 รวมถึงมีข้อกำหนดให้ส่งรายงานความก้าวหน้าเพื่อติดตามความคืบหน้าระหว่างดำเนินการศึกษาด้วย

2. การทบทวนวรรณกรรมแบบ scoping review 1 การศึกษา ซึ่งเป็นหัวข้อที่ได้รับมอบหมายจากคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการโรคหายากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการศึกษาการตรวจหาลำดับเบสแบบ Whole exome sequencing (WES) ที่เป็นเทคโนโลยีในการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมโดยเฉพาะโรคหายาก

3. การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review) โดยทบทวนวรรณกรรมในเทคโนโลยีด้านสุขภาพจากกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีสุขภาพ (Topic nomination) จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม ปี 2567 ที่เกี่ยวข้องกับโรคหายาก จำนวน 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) การตรวจหายีนก่อโรคโดยวิธีตรวจหาลำดับเบสแบบ Whole exome sequencing (WES) แบบทั้งเอ็กโซมเพื่อให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากพันธุกรรม 2) การป้องกัน วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพ/การรักษาแบบประคับประคองโรคพันธุกรรมกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) อย่างครบวงจร และเป็นองค์รวม 3) การวินิจฉัยและการรักษาโรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis type 1 (NF1)) ที่มี plexiform neurofibromas ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ในผู้ป่วยเด็ก การทบทวนวรรณกรรมใน 3 หัวข้อ ทบทวนข้อมูลตามเกณฑ์การพิจารณาหัวข้อโรคหายาก 5 เกณฑ์ และข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในไทยและต่างประเทศ ได้แก่ การประเมินความคุ้มค่า แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines: CPG) ความปลอดภัย และต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (direct non-medical cost) ซึ่งส่งผลกระทบต่อครัวเรือน ผลการทบทวนวรรณกรรมได้นำเสนอในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการโรคหายากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข

4. การศึกษาถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรม และนำข้อค้นพบเบื้องต้นไปจัดประชุมหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบพบตัว (in-person consultation meeting) โดยมีผู้เชี่ยวชาญทั้งในประเทศไทยและจากต่างประเทศเข้าร่วมประชุม รวมถึงผู้แทนจากคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

ที่วิจัยนำเสนอข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

- การศึกษาที่ 1: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)
- การศึกษาที่ 2: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้สูงอายุไทย
- การศึกษาที่ 3: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักติดต่อกันซ้ำ
- การศึกษาที่ 4: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ของการใช้เครื่องช่วยการเดินของหัวใจถาวรแบบไร้สายในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเต้นช้า
- การศึกษาที่ 5: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจและรักษา hyper eosinophilic syndrome
- การศึกษาที่ 6: ศึกษาแบบ full HTA เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ: การศึกษาส่วนเพิ่มเติมโดยเพิ่มชุดตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะด้วยตนเองด้วยเทคนิค immunochromatography
- การศึกษาที่ 7: ทบทวนวรรณกรรมแบบ scoping review เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจรหัสพันธุกรรมเชิงลึก โดยการถอดรหัสพันธุกรรมของยีนทั้งหมดในมนุษย์สำหรับการคัดกรองโรคหายาก
- การศึกษาที่ 8: ทบทวนวรรณกรรมของหัวข้อโรคหายาก จำนวน 3 เรื่อง คือ
  - 8.1 เรื่อง การตรวจหายีนก่อโรคโดยวิธีตรวจรหัสพันธุกรรม แบบทั้งเอ็กโซมเพื่อให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากพันธุกรรม
  - 8.2 เรื่อง การป้องกัน วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสภาพ/การรักษาแบบประคับประคอง โรคพันธุกรรมกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) อย่างครบวงจรและเป็นองค์รวม
  - 8.3 เรื่อง การวินิจฉัยและการรักษาโรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis type 1 (NF1)) ที่มี plexiform neurofibromas ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ในผู้ป่วยเด็ก
- การศึกษาที่ 9: ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review) และจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งไทยและต่างประเทศ เรื่อง การถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย

ทีมวิจัยสรุปข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละการศึกษา ดังนี้

### 3.2.1 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองต่อการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)

#### 3.2.1.1 ที่มาและความสำคัญ

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน (Non-Hodgkin's Lymphoma: NHL) ที่พบได้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 ของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในประเทศไทย (1) และเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดที่มีการดำเนินโรครุนแรง ในประชากรไทยมี

อัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 48.8<sup>(1)</sup> การตรวจประเมินระยะของโรคและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นด้วย Positron Emission Tomography-Computed Tomography (PET-CT) scan มีความแม่นยำสูงกว่าเมื่อเทียบกับการตรวจด้วย Computed Tomography (CT) scan ช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาได้แม่นยำมากขึ้น จึงได้รับการบรรจุในแนวทางการรักษาทั้งในและต่างประเทศ<sup>(2-4)</sup> อย่างไรก็ตามเนื่องจากการตรวจ PET-CT scan เป็นการตรวจที่มีต้นทุนสูง รวมถึงยังไม่พบการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจ PET-CT ในมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด DLBCL ในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ วิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ และการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

### 3.2.1.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนอรรถประโยชน์ ดำเนินการตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564<sup>(5)</sup> โดยใช้แบบจำลองต้นไม้การตัดสินใจ (decision tree model) ร่วมกับแบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model) ในมุมมองสังคม (societal perspective) และการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ ในมุมมองผู้จ่ายเงิน (payer perspective) ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยทำการศึกษาใน 3 มาตรการ ได้แก่ 1) การตรวจประเมินระยะและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นด้วย PET-CT scan 2) การใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะเพียงอย่างเดียว และ 3) การใช้ PET-CT scan ในการประเมินการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นเพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพตลอดชีพของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในรูปของปีสุขภาวะ (Quality adjusted life years: QALYs) กับแนวทางปัจจุบันที่ใช้ CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้น และคำนวณอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost effectiveness ratio: ICER) เพื่อเปรียบเทียบกับความเต็มใจจ่ายของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (one-way sensitivity analysis) และแบบอาศัยความน่าจะเป็น (probabilistic sensitivity analysis) วิเคราะห์สถานการณ์ (scenario analysis) และวิเคราะห์ขีดจำกัด (threshold analysis) สำหรับต้นทุนค่าตรวจ PET-CT scan เพิ่มเติมด้วย ในส่วนของการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เป็นการสำรวจความสามารถในการให้บริการของสถานบริการตรวจ PET-CT scan ในประเทศไทย โดยขอความอนุเคราะห์ในการกระจายแบบสำรวจจากสมาคมเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และสำรวจความเห็นต่อการส่งตรวจ PET-CT scan จากอายุรแพทย์โรคเลือด โดยขอความอนุเคราะห์ในการกระจายแบบสำรวจจากสมาคมโลหิตวิทยา

### 3.2.1.3 สรุปผลการศึกษา

จากการจำลองการดำเนินไปของโรคโดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า การใช้ PET-CT scan ในการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นเพียงอย่างเดียว เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สูงสุด โดยมีค่า ICER 23,282 บาทต่อปีสุขภาวะ ตามด้วยการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้น โดยมีค่า ICER 123,586 บาทต่อปีสุขภาวะ ขณะที่มาตรการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะเพียงอย่างเดียว ไม่มีความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการปัจจุบัน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังมีแนวโน้มเช่นเดิมในการวิเคราะห์ความไวและวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ พบว่า การใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นเพียงอย่างเดียว มีภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดอยู่ที่ปีละ 14-15 ล้าน

บาท ในขณะที่มาตรการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้น มีภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นสูงที่สุดอยู่ที่ปีละ 31-32 ล้านบาท

จากการสำรวจสถานบริการของรัฐที่ให้บริการตรวจ PET-CT scan 6 แห่ง จากสถานบริการทั้งหมด 7 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับ (response rate) ร้อยละ 86 พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้หน่วยบริการในจังหวัด ขอนแก่นและสงขลา ไม่สามารถให้บริการตรวจ PET-CT scan ได้อย่างเต็มความสามารถ ได้แก่ จำนวน บุคลากรไม่เพียงพอ ทั้งแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์และช่างเทคนิค ต้นทุนการให้บริการต่อครั้งสูง และการ ขนส่งสารเภสัชรังสี เมื่อพิจารณาความเห็นต่อการส่งตรวจ PET-CT scan จากอายุรแพทย์โรคเลือด 37 ท่าน ส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถส่งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับการตรวจ PET-CT scan ได้มากขึ้น ได้แก่ การตรวจได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ ตามด้วยการมีสถานบริการที่สามารถตรวจ PET-CT scan ได้ มากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย การมีระยะเวลารอคอยที่สั้นลง และการ ให้บริการปรึกษาทางไกล (teleconsultation) ตามลำดับ

#### 3.2.1.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

##### สรุปอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการใช้ PET-CT scan ในการตรวจประเมินระยะและการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้น DLBCL แรกในประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์และพารามิเตอร์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งความถูกต้องเชิงพินิจ และความถูกต้องในการพยากรณ์โรค อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ข้อมูลต้นทุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลเดียว แต่จากการวิเคราะห์ความไวโดยอาศัยความ น่าจะเป็น พบว่า ผลการศึกษาและข้อสรุปเชิงนโยบายยังอยู่ในทิศทางเดียวกับกรณีฐาน นอกจากนี้สัดส่วนการ ตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นในผู้ป่วยระยะลุกลามที่ได้รับการประเมินระยะโรคต่ำกว่าความเป็นจริง ที่ได้มาจากการตั้งสมมติฐานเนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์เพิ่มเติม พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อสรุปเชิงนโยบาย แสดงให้เห็นถึงความคงทน (robustness) ของผลการศึกษานี้ ในการสำรวจความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการเป็นการสำรวจผ่านการตอบแบบสอบถามในรูปแบบ ออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถสอบถามถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการเชิงลึกได้ จึงควรมีการศึกษาด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ต่อไป เพื่อให้เข้าใจบริบทของหน่วยบริการในแต่ละพื้นที่มากขึ้น

##### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การตรวจประเมินการตอบสนองหลังการรักษาเสร็จสิ้นของผู้ป่วย DLBCL ด้วย PET-CT scan ที่ ราคา 30,000 บาท เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าสูงสุดในบริบทประเทศไทย จึงควรบรรจุเข้าในชุดสิทธิ ประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับในหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดด้านต้นทุน ซึ่งอาจเกิดจากมีผู้ บริการจำนวนน้อย หรือมีต้นทุนเพิ่มเติมจากการขนส่งสารเภสัชรังสี อาจพิจารณาให้หน่วยบริการสามารถ เบิกจ่ายเพิ่มเติมได้ แต่ไม่เกิน 47,000 บาท ซึ่งเป็นราคาที่ยังทำให้การตรวจประเมินการตอบสนองหลังการ รักษาเสร็จสิ้น ด้วย PET-CT scan ยังมีความคุ้มค่าในบริบทประเทศไทย อย่างไรก็ตามการเพิ่มเพดานการ เบิกจ่ายที่สูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณที่มากขึ้นด้วย เนื่องจากการเบิกจ่ายที่ 30,000 บาทในปัจจุบัน ส่งผลให้มีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นปีละ 14-15 ล้านบาท ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาต้นทุนการเบิกจ่ายที่เหมาะสม เพื่อให้หน่วยบริการสามารถรองรับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นได้ และอยู่ใน กรอบงบประมาณที่ สปสช. สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ สปสช. พิจารณาการ ติดตามและประเมินผล หากมาตรการนี้ได้เข้าบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

2) การใช้การให้คำปรึกษาทางไกลเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยให้หน่วยบริการสามารถให้บริการตรวจ

PET-CT scan ได้มากขึ้น โดยอาจต้องเป็นการหารือร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติและราคาเบิกจ่ายที่เหมาะสม และอาจมีการติดตามผลในช่วง 2 ปีแรกของการให้บริการ เพื่อนำมาปรับแนวทางการให้บริการและการเบิกจ่ายต่อไป

3) การเพิ่มการกระจายตัวของแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการให้บริการตรวจ PET-CT scan มากขึ้น โดยโรงพยาบาลอาจพิจารณาให้เป็นลำดับความสำคัญลำดับต้น ๆ ในการส่งแพทย์เพื่อเรียนต่อเฉพาะทาง โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่สามารถให้บริการตรวจ PET-CT scan ได้แต่ยังขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์

### 3.2.1.5 เอกสารอ้างอิง

1. Intragumtornchai T, Bunworasate U, Wudhikarn K, et al. Non-Hodgkin lymphoma in South East Asia: An analysis of the histopathology, clinical features, and survival from Thailand. *Hematol Oncol*. 2018;36(1):28-36.

2. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology Bcell Lymphoma [Internet]. Vol. version 3.2024. 2024 [cited 2024 Dec 20]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/b-cell.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf)

3. Tilly H, Gomes da Silva M, Vitolo U, Jack A, Meignan M, Lopez-Guillermo A, et al. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2024 Dec 20];26 Suppl 5:vii78–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314773/>

4. The Thai society of hematology. Guideline for diagnosis and treatment for lymphoma 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 20]. Available from: [https://tsh.or.th/file\\_upload/files/Lymphoma%20Guideline%202022.pdf](https://tsh.or.th/file_upload/files/Lymphoma%20Guideline%202022.pdf)

5. คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2564. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564 [Internet]. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP); 2564. Available from: [http://doi.nrct.go.th/?page=resolve\\_doi&resolve\\_doi=10.12755/HITAP.res.2021.2](http://doi.nrct.go.th/?page=resolve_doi&resolve_doi=10.12755/HITAP.res.2021.2)

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 6

## 3.2.2 การศึกษา เรื่อง การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ในผู้สูงอายุไทย

### 3.2.2.1 ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) โดยใน พ.ศ. 2565 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 19.2 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.4 ใน พ.ศ. 2583 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาจากกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ภาวะการหกล้ม ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากนำไปสู่การบาดเจ็บ การเป็นผู้ป่วยติดเตียง และภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งในระดับบุคคลและประเทศ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในปัจจุบันยังไม่ตอบโจทย์บริบทที่แท้จริง เนื่องจากวิธีการที่แยกส่วน

ระหว่างนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานทำให้ขาดการประยุกต์ใช้ในพื้นที่จริง แนวทางการวิจัยการออกแบบร่วมกัน (Co-Design) ที่เน้นการพัฒนามาตรการจากความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงจึงเป็นอีกหนึ่งรูปแบบการศึกษาที่สามารถลดช่องว่างและสร้างมาตรการที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะในแต่ละพื้นที่ โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนามาตรการป้องกันการหกล้มในระดับปฐมภูมิ รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการป้องกันและการจัดการอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการออกแบบร่วมกัน เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและจัดการอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและภาคประชาชนจากพื้นที่ 5 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนในด้านความแตกต่างของสภาพภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมที่อาจจะมีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย

### 3.2.2.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการภายใต้แนวคิดการวิจัยการออกแบบร่วมกัน และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธี ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับผู้สูงอายุ 5 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละภาคของประเทศไทย จำนวน 752 คน สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้เทคนิคกลุ่มสนทนากลุ่ม โดยรวบรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มาร่วมกันออกแบบมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากนั้นนำผลการศึกษาทั้งสองส่วนมากำหนดกรอบในการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มระดับปฐมภูมิในผู้สูงอายุไทย

### 3.2.2.3 สรุปผลการศึกษา

สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12.6 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพาสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของที่อยู่ มาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มประกอบด้วย 7 มาตรการ คือ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุ (2) การให้ความรู้ผู้สูงอายุ (3) การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ (4) การคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ (5) การจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (6) การปรับสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และ (7) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และเข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การพลัดตกหกล้มได้ในอนาคต

### 3.2.2.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุพบว่า สัดส่วนการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 12.6 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการหกล้มพบว่า ปัจจัยทางชีวภาพ (เพศ และอายุ) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะชุมชน ฯลฯ) สภาพาสุขภาพ (เช่น ความสามารถในการได้ยิน จำนวนยาที่รับประทาน ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ฯลฯ) และสิ่งแวดล้อมของที่อยู่ (เช่น สภาพพื้นที่บ้าน ห้องน้ำ ฯลฯ) มีความสัมพันธ์กับภาวะการหกล้มของผู้สูงอายุ

ในขณะที่การพัฒนามาตรการเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากกระบวนการกลุ่มในระดับพื้นที่ มาตรการที่ถูกเสนอเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การเตรียมพร้อมก่อนวัยสูงอายุ 2) การให้ความรู้ผู้สูงอายุ 3) การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ 4) การคัดกรองปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 5) การจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6) การปรับสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และ 7) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันหกล้ม

นอกจากนี้ในการประชุมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้มีการอภิปรายถึงการดำเนินงานเพื่อไปสู่เป้าหมาย “ลดจำนวนผู้สูงอายุหกล้ม” ที่จะต้องมีการดำเนินตามมาตรการที่ครอบคลุมทั้ง 7 มาตรการในข้างต้น ประกอบกับปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น กฎหมาย นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทรัพยากรดำเนินงาน (งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง) ฯลฯ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาและข้อจำกัดของการดำเนินงาน คือ “งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ” และ “กลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้สูงอายุ ประชาชนในชุมชน) ขาดความตระหนักและไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม” ทั้งนี้ สาเหตุจากงบประมาณไม่เพียงพอ สามารถเกิดจากเหตุปัจจัยได้แก่ 1) คนในชุมชนทั้งประชาชนทั่วไปและผู้ปฏิบัติงาน (เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ผู้ดูแล (care giver; CG)) ไม่ทราบถึงแหล่งงบประมาณในระดับชุมชน 2) งบประมาณที่ใช้สำหรับการดูแลสุขภาพและคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุอยู่ในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งถูกรวมกับงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพในองค์กรรวมของคนในพื้นที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่รู้สึกว่างบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน หรือไม่สามารสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดูแลสุขภาพและคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและต่อเนื่องได้ และ 3) การขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมถึงข้อมูลจำเป็นสำหรับการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณในระดับชุมชน ซึ่งการขาดข้อมูลที่มีคุณภาพสามารถส่งผลต่อปัญหา “กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานขาดความตระหนักและไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม” ได้ เนื่องจากเมื่อชุมชนขาดข้อมูลความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานรัฐในระดับพื้นที่จึงไม่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของคนในชุมชน และอาจส่งผลให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นไม่ได้รับความสนใจหรือการตอบสนองที่ดีจากคนในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ดังนี้

#### **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**

1. ควรประเมินการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention หรือ P&P) ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการเข้าถึงบริการ ให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. ควรสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการ P&P เช่น ผู้รับบริการสามารถนำผลการตรวจสุขภาพไปลดหย่อนค่าประกันสังคม/ลดภาษี/ให้สิทธิประโยชน์เพิ่ม โดยมุ่งเน้นให้บุคคลไปรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสม่ำเสมอ
3. ควรพิจารณาปรับระบบการจ่ายชดเชยการให้บริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม 9 ด้านจากเหมาจ่ายเป็นจ่ายตามปริมาณและคุณภาพการให้บริการเพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้หน่วยบริการ
4. บูรณาการสิทธิประโยชน์อื่นที่สามารถนำมาใช้ร่วมกัน ได้แก่ สิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมในกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระดับจังหวัด รวมทั้งการให้อุปกรณ์เครื่องช่วยในการเดินแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น

#### **กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)**

รวบรวมแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมให้เป็นรูปแบบเดียวกันทุกหน่วยงาน บูรณาการโปรแกรมรายงานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีหลายโปรแกรมที่ซ้ำซ้อนให้

เหลือโปรแกรมเดียว โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อได้ เพื่อลดภาระงานให้ผู้ปฏิบัติงาน

### **กระทรวงมหาดไทย**

1. ผลักดันนโยบาย “ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” เป็นนโยบายหลักของกระทรวงมหาดไทย เพื่อสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เร่งสำรวจและปรับปรุงพื้นที่สำหรับรองรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในชุมชน

2. พัฒนาแนวทางการสำหรับการขับเคลื่อน “ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” อย่างเป็นทางการ  
**กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)**

3. เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนงาน “ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุครบวงจร (senior complex)” โดยทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และศูนย์กลางในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ภาคเอกชน ฯลฯ

4. จัดตั้งโครงการนาร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง พร้อมสนับสนุนมาตรการจูงใจให้บุคคล องค์กร หรือภาคธุรกิจ สนใจเข้าร่วมลงทุน เช่น การลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ร่วมลงทุน หรือมอบสิทธิประโยชน์แก่บุคคลที่ร่วมลงทุนสำหรับการให้บริการ senior complex ในอนาคต

### **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)**

1. สำรวจความจำเป็นและความต้องการของคนในชุมชนเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาพื้นที่ ให้รองรับสังคมสูงอายุ เช่น ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (senior complex)

2. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการเชื่อมโยงเครือข่ายภาคเอกชน สถาบันการศึกษา หรืออื่น ๆ ในระดับพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้าง/ปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุและชุมชน

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะช่วยพัฒนานโยบาย มาตรการ และชุดสิทธิประโยชน์ที่ตอบสนองต่อความต้องการจริงของชุมชน และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 7

### **3.2.3 การศึกษา เรื่อง การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่ อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักติดต่อยากันชัก**

#### **3.2.3.1 ที่มาและความสำคัญ**

โรคลมชักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย มีความชุกของผู้ป่วยโรคลมชักในประชากรไทย เท่ากับ 7.2 ต่อ 1,000 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยากันชักเป็นทางเลือกแรก แต่มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 ที่ไม่ตอบสนองต่อยากันชัก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง รวมถึงมีคุณภาพชีวิตต่ำ การผ่าตัดเพื่อลดหรือกำจัดการชักเป็นทางเลือกการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยลมชักติดต่อยากันชัก อย่างไรก็ตาม ก่อนทำการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพื่อหาจุดกำเนิดการชักในสมอง โดยปกติจะใช้การตรวจที่ไม่รุกราน เช่น video-EEG monitoring และ MRI แต่ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถหาจุดกำเนิดการชักได้ด้วยวิธีเหล่านี้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการตรวจด้วยการใส่อิเล็กโทรดในสมองหรือที่เรียกว่า invasive intracranial monitoring ซึ่งมี 2 วิธีหลัก คือ การใส่อิเล็กโทรดที่ผิวสมอง (Subdural electrode, SDE) และการใส่อิเล็กโทรดในสมอง (Stereo electroencephalography, SEEG) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลังการตรวจด้วยวิธี SEEG หรือ SDE จะมีการปลดการชักมากกว่าการรักษาด้วยยากันชักปกติ แต่

การตรวจด้วย SEEG หรือ SDE เป็นการตรวจที่ซับซ้อนจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพง ดังนั้น การศึกษานี้จึงทำการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่อิเล็กโทรดในสมองสำหรับผู้ป่วยลมชักที่ดื้อต่อยาทั้งในบริบทของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับตัดสินใจสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

### 3.2.3.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ในการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ด้วยแบบจำลอง Decision tree ร่วมกับแบบจำลอง Markov เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและปีสุขภาวะของผู้ป่วยตลอดชีวิตเมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยวิธี SEEG และ SDE เทียบกับการรักษาด้วยยากันชักปกติ ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อต่อยาทั้งในระหว่างการประเมินก่อนผ่าตัดขั้นแรก (phase I pre-surgical evaluation) แล้วไม่สามารถหาจุดกำเนิดชักได้ ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง ได้แก่ ประสิทธิภาพและความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยได้จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจและรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา โดยผู้ป่วยมีอายุเริ่มต้นที่ 5 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ 26 ปี ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ได้จากฐานข้อมูลการเงินของสถาบันประสาทวิทยา ต้นทุนทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์และอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่สถาบันประสาทวิทยา ตัวแปรอื่น ๆ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ วิเคราะห์ผลในรูปของต้นทุนและประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) และวิเคราะห์ความไวทั้งแบบทางเดียวและแบบอาศัยความน่าจะเป็น

### 3.2.3.3 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยวิธี SEEG และ SDE มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยมีต้นทุนที่ต่ำกว่าและมีปีสุขภาวะที่มากกว่าการรักษาด้วยยากันชักปกติ ทั้งแบบจำลองที่มีผู้ป่วยอายุเริ่มต้นที่ 5 ปี และ 26 ปี แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในเรื่องของเทคโนโลยีที่ใช้ตรวจทั้งในด้านปริมาณและการกระจายตัวซึ่งมีอยู่ 5 แห่งทั่วประเทศ โดยมีผู้ป่วยเป้าหมายในปีที่ 1 จำนวน 40,452 คน และปีที่ 2-5 ปีละ 370 คน แต่สถานพยาบาลสามารถตรวจผู้ป่วยได้ปีละประมาณ 50 คน ซึ่งคิดเป็นภาระงบประมาณรวมทั้งหมด ประหยัดกว่าการไม่ได้ตรวจหาจุดกำเนิดการชักและการรักษาด้วยยากันชักปกติ 3.3-3.7 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี

### 3.2.3.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยวิธี SEEG และ SDE ในผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อต่อยาทั้งในระหว่างการประเมินก่อนผ่าตัดขั้นแรก (phase I pre-surgical evaluation) แล้วไม่สามารถหาจุดกำเนิดชักได้ เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทย โดยยังไม่พบการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศแถบเอเชีย ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในฮังการีและสเปน ที่พบว่าการตรวจด้วย SEEG มีต้นทุนที่สูงกว่าการรักษาด้วยยากันชักแต่มีปีสุขภาวะที่สูงกว่า จึงควรมีการบรรจุการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองด้วยการใส่อิเล็กโทรดในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ควรมีนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรและเทคโนโลยีการตรวจ เพื่อให้สามารถรองรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยเป้าหมายที่มีความจำเป็นต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3.2.3.5 เอกสารอ้างอิง

1. Asawavichienjinda T, Sitthi-Amorn C, Tanyanont W. Prevalence of epilepsy in rural Thailand: a population-based study. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet. 2002;85(10):1066-73.

2. Garcia-Lorenzo B, del Pino-Sedeño T, Rocamora R, López JE, Serrano-Aguilar P, Trujillo-Martín MM. Stereoelectroencephalography for refractory epileptic patients considered for surgery: systematic review, meta-analysis, and economic evaluation. *Neurosurgery*. 2019;84(2):326-38.

3. Kovács S, Tóth M, Janszky J, Dóczy T, Fabó D, Boncz I, et al. Cost-effectiveness analysis of invasive EEG monitoring in drug-resistant epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2021;114:107488.

### 3.2.4 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ของการใช้เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจถาวรแบบไร้สายในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเต้นช้า

#### 3.2.4.1 ที่มาและความสำคัญ

เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจแบบถาวรชนิดไร้สาย (Leadless pacemaker; LPM) เป็นทางเลือกที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดมีสายนำสัญญาณได้ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีหลอดเลือดดำสำหรับสอดสายสัญญาณ ปัจจุบัน LPM ยังไม่ได้บรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใส่เครื่อง LPM ในผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเต้นช้าที่มีข้อบ่งใช้ในประเทศไทย

#### 3.2.4.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการใช้ LPM จำนวน 4 รุ่น คือ Micra VR1, Micra AV1, Micra VR2 และ Micra AV2 เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการใส่เครื่อง epicardial pacemaker ในมุมมองทางสังคม โดยการใช้แบบจำลอง Markov model โดยทำการวิเคราะห์ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป และกำหนดกรอบเวลาการศึกษาถึงอายุ 100 ปี รวบรวมค่าพารามิเตอร์ในส่วนของประสิทธิผลด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ และจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต้นทุนอ้างอิงจากรายการต้นทุนจากฐานข้อมูลปฐมภูมิ วิเคราะห์ความไม่แน่นอนและวิเคราะห์ขีดจำกัดของความคุ้มค่า จากนั้นวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณ โดยทำนายผลกระทบสำหรับ 5 ปี

#### 3.2.4.3 สรุปผลการศึกษา

การใส่ LPM ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ยังไม่มี ความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย อย่างไรก็ตามพบว่า Micra VR2 เป็นวิธีการรักษาที่มีค่า ICER น้อยที่สุด คือเท่ากับ 160,683 บาทต่อ QALY เมื่อเปรียบเทียบกับ การใส่ epicardial pacemaker ทั้งนี้การใส่เครื่อง Micra VR2 นั้นมีอายุของแบตเตอรี่ยาวนานมากที่สุดคือ 17 ปี พบว่า หากอายุของแบตเตอรี่ลดลงจะส่งผลต่อโอกาสของความคุ้มค่าที่ลดลง เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านงบประมาณหากมีการให้บริการในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ พบว่าการใส่เครื่อง Micra VR2 จะคิดเป็นต้นทุนรวมในปีที่ 0-5 เท่ากับ 309.23 ล้านบาท ปัจจุบันความครอบคลุมของบริการอาจจะยังจำกัดในโรงพยาบาลแพทย์ขนาดใหญ่

#### 3.2.4.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การใส่ leadless pacemaker ยังไม่มี ความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับ การใส่ epicardial pacemaker อย่างไรก็ตามพบว่า Micra VR2 มีแนวโน้มจะมีความคุ้มค่าหากมีการสั่งใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใส่ conventional pacemaker ได้

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถสรุปผลและเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. แม้ว่าการใส่เครื่อง leadless pacemaker ยังไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยในมุมมองทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การใส่เครื่อง Micra VR2 เป็นวิธีการรักษาที่มี ICER น้อยที่สุดเท่ากับ 160,683 บาทต่อ QALY ดังนั้น เสนอให้พิจารณาบรรจุ Micra VR2 อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในผู้ที่มีข้อบ่งชี้คือไม่สามารถใส่เครื่องช่วยการเต้นของหัวใจชนิดมีสายได้เนื่องจากมีประวัติการติดเชื้ หรือไม่มี venous access แทนการใส่เครื่อง epicardial pacemaker

2. เสนอให้มีการต่อรองราคาเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ Micra VR2 ให้มีราคาต่ำกว่า 350,000 บาท

3. เสนอให้มีการพัฒนาแนวทางการสั่งใช้และเบิกจ่ายสำหรับ leadless pacemaker ให้ชัดเจน หากมีการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเต็มประสิทธิภาพ

4. เสนอให้มีการส่งเสริมและพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใส่เครื่อง leadless pacemaker และให้มีการกระจายตัวในส่วนภูมิภาคเพิ่มเติม

### 3.2.4.5 เอกสารอ้างอิง

1. Reynolds D, Duray GZ, Omar R, Soejima K, Neuzil P, Zhang S, et al. A Leadless Intracardiac Transcatheter Pacing System. N Engl J Med. 2016;374(6):533-41.

2. Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eur Heart J. 2021;42(35):3427-520.

3. Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022;75(5):430.

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 9

## 3.2.5 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจและรักษา hypereosinophilic syndrome

### 3.2.5.1 ที่มาและความสำคัญ

Hypereosinophilic syndrome (HES) เป็นโรคหายากที่มีการตรวจแยกโรคซับซ้อน มีคำแนะนำว่าการตรวจยีน FIP1L1:PDGFRA สามารถช่วยแยกกลุ่มย่อยของโรค HES และช่วยให้การเลือกใช้ยามีความเหมาะสมมากขึ้น ในกลุ่มที่มี FIP1L1:PDGFRA เป็นบวกแสดงว่าเป็น myeloid-HES ควรใช้ยา imatinib ส่วนกลุ่มที่ผลตรวจเป็นลบถือเป็น non-myeloid-HES ควรใช้ยา glucocorticoids แต่การตรวจนี้และยา imatinib ยังไม่ได้ถูกกำหนดอยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับโรค HES การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการตรวจหาโรค HES และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจและรักษา HES

### 3.2.5.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์โดยใช้แบบจำลอง Decision tree และ Markov เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของการตรวจยีน FIP1L1:PDGFRA และรักษาโรค HES ด้วยยา imatinib และยา glucocorticoids เริ่มต้นจากผู้ป่วยอายุ 18 ปีที่กำหนด cycle length ที่ 6 เดือน และได้รับการดูแล

รักษาไปจนครบอายุ 100 ปี ศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับ 5 ปี และศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการ

### 3.2.5.3 สรุปผลการศึกษา

การตรวจยีน *FIP1L1-PDGFR* ด้วยวิธี FISH และ RT-PCR มีความไวและความจำเพาะของ FISH ได้เท่ากับร้อยละ 75.89 และ 98.04 ตามลำดับ ส่วน RT-PCR ได้เท่ากับ 86.36 และ 95.00 วิธี RT-PCR เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า FISH เล็กน้อย การตรวจยีนทั้งสองวิธีตามด้วยการรักษาด้วยยา imatinib และ glucocorticoids มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเทียบกับการไม่ตรวจยีนและรักษาต่อด้วย glucocorticoids มีค่า ICER เท่ากับ 10,011 และ 15,108 บาท/QALY ตามลำดับ แต่ FISH ทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากกว่า RT-PCR ตามหลักการ Extended Dominance

การเพิ่มการตรวจด้วยวิธี FISH และ RT-PCR ช่วยประหยัดได้ในปีแรก (388,179) และ (635,360) แต่ความประหยัดจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่ปีที่ 5 เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่ remission เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 8-9 ตั้งแต่ปีที่ 5 เป็นต้นไป ส่วนงบประมาณสำหรับค่าตรวจด้วย FISH และ RT-PCR ในปีแรก คิดเป็น 155,000 และ 99,704 ตามลำดับ

### 3.2.5.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การตรวจยีน *FIP1L1-PDGFR* ด้วยวิธี FISH และ RT-PCR มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดย FISH เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากกว่า RT-PCR เนื่องจากมี Extended dominance เนื่องจากเป็นโรคที่มีขั้นตอนการวินิจฉัยซับซ้อนจึงควรจัดทำแนวทางสำหรับประเทศไทย และควรมีการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย HES ในระดับภูมิภาค เนื่องจากการตรวจทั้งสองวิธีนั้นยังมีจำกัดใช้เฉพาะในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาในข้างต้น สามารถสรุปผลและเสนอเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1) การตรวจยีน *FIP1L1-PDGFR* ด้วยวิธี FISH และ RT-PCR มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองทางสังคม แต่วิธี FISH เป็นทางเลือกที่คุ้มค่ามากกว่า RT-PCR เนื่องจากมี Extended dominance จึงควรแนะนำให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์

2) เนื่องจาก RT-PCR เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้ตรวจ จึงอาจเสนอเป็นทางเลือกอันดับถัดไปสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนอง เพื่อยืนยันผลของการตรวจยีน

3) ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาสำหรับประเทศไทย จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการตรวจเพื่อแพทย์ทั่วประเทศได้ใช้เป็นคู่มือในการรักษา

4) ควรพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย HES ในระดับภูมิภาค เนื่องจากการตรวจทั้งสองวิธีนั้นยังมีจำกัดใช้เฉพาะในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่

### 3.2.5.5 เอกสารอ้างอิง

1. Chusid MJ, Dale DC, West BC, Wolff SM. The hypereosinophilic syndrome: analysis of fourteen cases with review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1975;54(1):1-27.

2. Ogbogu PU, Rosing DR, Hone MK, 3rd. Cardiovascular manifestations of hypereosinophilic syndromes. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2007;27(3):457-75.

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายการยา รายการบริการและอัตราจ่ายแบบ Fee schedule ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565 [Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/210>].

4. กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติและหลักฐานเชิงประจักษ์: องค์การอาหารและยา; [cited 2567 มกราคม, 3]. Available from: [https://ndi.fda.moph.go.th/drug\\_national](https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national).

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 10

### 3.2.6 การศึกษา เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ: การศึกษาส่วนเพิ่มเติมโดยเพิ่มชุดตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะด้วยตนเองด้วยเทคนิค immunochromatography

#### 3.2.6.1 ที่มาและความสำคัญ

ไตวายเรื้อรัง (CKD) มีความชุกสูงในประเทศไทยและมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามาก มีคำแนะนำว่าการคัดกรองความเสี่ยงของภาวะ CKD จะมีประโยชน์ อายุที่มากขึ้นถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิด CKD แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้กำหนดให้มีการคัดกรองไตให้แก่คนกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาข้อเสนอชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย โดยการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ

#### 3.2.6.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของวิธีการคัดกรองไต 7 วิธี ในมุมมองทางสังคมและมุมมองผู้ให้บริการ โดยใช้แบบจำลอง Decision tree และ Markov model ร่วมกัน วิธีการคัดกรอง ได้แก่ Serum creatinine (Scr), Proteinuria dipstick (Pro), Microalbuminuria dipstick (Micro), Albumin-to-creatinine ratio (ACR) dipstick (ACRdip) การใช้ 2 วิธีร่วมกัน คือ Pro+Scr และ Micro+Scr และ immunochromatography (IMC) รวบรวมค่าพารามิเตอร์ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หอคิวบิก วิเคราะห์ความไม่แน่นอน และวิเคราะห์ขีดจำกัดของความคุ้มค่า จากนั้นวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณจากมุมมองของ สปสช. โดยทำนายผลกระทบสำหรับ 5 ปี และศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดบริการจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

#### 3.2.6.3 สรุปผลการศึกษา

ภายใต้ความยินดีที่จะจ่ายของประเทศไทยที่ 160,000 บาทต่อ QALY การคัดกรองทั้ง 7 วิธี ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปปีละ 1 ครั้งไปจนมีอายุ 100 ปี ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทประเทศไทย ทั้งในมุมมองทางสังคมและในมุมมองผู้ให้บริการ แต่หากลดระยะเวลาการให้คัดกรองลดลงเหลือ 10 ปี วิธี IMC มีโอกาสคุ้มค่าโดยมีค่า ICER เท่ากับ 115,062 บาทต่อ QALY แต่มีโอกาสคุ้มคร้อยละ 30

ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิเห็นว่าการคัดกรองไตในผู้สูงอายุมีประโยชน์ และเครื่องมือคัดกรองที่ใช้ในการศึกษานี้สามารถทำได้ง่าย แต่เสนอแนะว่าควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ก่อนประกาศนโยบาย ได้แก่ ความพร้อมด้านอัตรากำลัง การฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถที่จะคัดกรองได้ การเตรียมระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบส่งต่อหลังจากที่คัดกรองแล้วพบว่า เป็นโรค และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการคัดกรองและเข้ารับการรักษา

#### 3.2.6.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การคัดกรองไตในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีละ 1 ครั้งไปจนตลอดชีวิต ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทย อย่างไรก็ตามการจัดบริการนี้มีความเป็นไปได้ในระดับ

ปฐมภูมิแต่ควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร และระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบส่งต่อหลังจากที่คัดกรองแล้วพบว่าเป็นโรค

จากผลการศึกษาทั้งหมดนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดบริการ ดังนี้

1) ยังไม่ควรบรรจุการคัดกรอง CKD ในผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีละ 1 ครั้งไปจนตลอดชีวิตด้วยวิธีการคัดกรองทั้ง 7 วิธีเป็นสิทธิประโยชน์ เนื่องจากไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

2) หากลดระยะเวลาการให้คัดกรองลดลงเหลือ 10 ปี ปีละ 1 ครั้ง วิธี IMC มีโอกาสคุ้มค่าโดยมีค่า ICER เท่ากับ 115,062 บาทต่อ QALY แต่มีโอกาสดูแลผู้ป่วยละ 30 ซึ่งข้อเสนอแนะนี้จะต้องขอพิจารณาร่วมกับคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์ต่อไป

3) การคัดกรอง CKD มีโอกาสคุ้มค่าเพิ่มขึ้นเมื่อความชุก CKD เพิ่มขึ้น นั่นคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงซึ่ง สปสช. ได้ให้สิทธิประโยชน์แล้วโดยให้มีการตรวจติดตาม eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นประจำทุกปี

4) หากมีการเพิ่มเติมการคัดกรองไตเรื้อรังในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตามข้างต้น สปสช. จำเป็นจะต้องเตรียมจัดสรรงบประมาณสำหรับการคัดกรองไตเรื้อรังปีละ 1 ครั้ง ให้แก่หน่วยบริการเพิ่มเติมเพื่อครอบคลุมค่าใช้จ่ายของการบริการที่เพิ่มขึ้น โดยอาจเป็นการจัดสรรเพิ่มงบประมาณป้องกันสุขภาพหรือจัดสรรเป็นงบประมาณคงที่ตามรายหัวของประชาชนในพื้นที่ และงบประมาณสำหรับการรักษาไตวายเรื้อรังทุกระยะเพิ่มเติม

5) หากมีการเพิ่มเติมการคัดกรองไตเรื้อรังในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตามข้างต้น ควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ก่อนการดำเนินการจริง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ด้านอัตรากำลัง และการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือในการคัดกรองได้ การเตรียมความพร้อมของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วย และระบบการส่งต่อผู้ป่วยหลังจากการคัดกรองและหลังการวินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรัง และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตให้ผู้สูงอายุรับทราบ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการคัดกรองและเข้ารับการรักษาต่อไป

### 3.2.6.5 เอกสารอ้างอิง

1. Boulware, L. E., Jaar, B. G., Tarver-Carr, M. E., Brancati, F. L., & Powe, N. R. (2003). Screening for Proteinuria in US Adults: A Cost-effectiveness Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 290(23), 3101–3114. <https://doi.org/10.1001/jama.290.23.3101>

2. Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chairasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavanant, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., & Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(5), 1567–1575. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669>

3. Sugrue, D. M., Ward, T., Rai, S., McEwan, P., & van Haalen, H. G. M. M. (2019). Economic Modelling of Chronic Kidney Disease: A Systematic Literature Review to Inform Conceptual Model Design. *Pharmacoeconomics*, 37(12), 1451–1468. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00835-z>

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 11

### 3.2.7 ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจรหัสพันธุกรรมเชิงลึก โดยการถอดรหัสพันธุกรรมของยีนทั้งหมดในมนุษย์สำหรับการคัดกรองโรคหายาก

#### 3.2.7.1 ที่มาและความสำคัญ

การหาลำดับจีโนมแบบ Whole exome sequencing (WES) เป็นเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรม โดยเฉพาะโรคหายาก โดยช่วยให้สามารถวิเคราะห์บริเวณที่เข้ารหัสโปรตีนของยีนได้ (protein-coding regions)<sup>(1)</sup> WES สามารถวิเคราะห์ยีนจำนวนมากได้ในคราวเดียว ทำให้สามารถระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทางพันธุกรรมได้อย่างแม่นยำ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยเร่งให้กระบวนการวินิจฉัยและการจัดการเป็นไปอย่างรวดเร็วขึ้นเท่านั้น แต่ยังสามารถค้นพบยีนที่ก่อให้เกิดโรคใหม่ ๆ ได้อีกด้วย นอกจากนี้ การกลายพันธุ์ที่ค้นพบผ่านการหาลำดับยีนแบบ WES สามารถนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและตรงเป้าหมายยิ่งขึ้น<sup>(2)</sup> อย่างไรก็ตาม การนำ WES มาใช้ยังมีความท้าทายในแง่ของต้นทุนและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของ WES มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุข และผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจอย่างรอบคอบเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีนี้ไปปรับใช้และบูรณาการเข้ากับการปฏิบัติทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งไม่เพียงแต่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายทางตรงของเทคโนโลยีเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความคุ้มค่าในมุมมองทางสังคมอีกด้วย<sup>(3)</sup>

#### 3.2.7.2 สรุประเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยทำการสืบค้นในฐานข้อมูลทั้งหมด 4 ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, EMBASE, Scopus และ Cost-Effectiveness Analysis (CEA) Registry by Tufts Medical Center โดยจะทำการคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้เทคโนโลยี WES ที่ใช้ในการวินิจฉัยและคัดกรองโรคทางพันธุกรรมในมนุษย์

#### 3.2.7.3 สรุปผลการศึกษา

ผลการสืบค้นพบว่า มีบทความที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 32 บทความ โดยเกือบทั้งหมดทำการศึกษาในประเทศที่มีรายได้สูง ซึ่งทั้งหมดได้มุ่งเน้นไปที่การประเมินประสิทธิภาพของ WES ในการวินิจฉัยโรค และมีการศึกษาในมุมมองของระบบสุขภาพเป็นส่วนมาก ซึ่งโดยภาพรวมแล้วการใช้ WES ในการตรวจวินิจฉัยเมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีเปรียบเทียบอื่น มีแนวโน้มที่จะคุ้มค่าหรือประหยัดต้นทุน เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มการใช้ WES เป็นลำดับแรกในการตรวจวินิจฉัยพบว่า มีแนวโน้มที่จะให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า และสามารถช่วยประหยัดต้นทุนได้ในสัดส่วนที่มากกว่าการใช้ WES หลังจากการตรวจด้วยวิธีอื่น เมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีการรายงานมากที่สุด คือ ความสามารถในการวินิจฉัย (diagnostic yield) พบว่า การใช้ WES สามารถเพิ่มความสามารถในการวินิจฉัยและมีต้นทุนที่ลดลงอีกด้วย

#### 3.2.7.4 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การใช้ WES ในการตรวจวินิจฉัยโรคในบริบทของประเทศที่มีรายได้สูง มีแนวโน้มที่จะมีความคุ้มค่าหรือประหยัดต้นทุน โดยเฉพาะเมื่อใช้ WES เป็นลำดับแรกในการตรวจวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม ในแต่ละประเทศ รวมถึงประเทศไทยควรมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศนั้น ๆ เนื่องจากในแต่ละประเทศมีความแตกต่างทั้งในด้านของเทคโนโลยีที่ใช้เป็นมาตรฐาน ระบบสุขภาพ และต้นทุนที่อาจจะส่งผลต่อความคุ้มค่าของการใช้ WES ได้ ซึ่งการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศต่อไป

### 3.2.7.5 เอกสารอ้างอิง

1. Bergant G, Maver A, Lovrecic L, Čuturilo G, Hodzic A, Peterlin B. Comprehensive use of extended exome analysis improves diagnostic yield in rare disease: a retrospective survey in 1,059 cases. *Genetics in Medicine*. 2018;20(3):303-12.

2. Frésard L, Montgomery SB. Diagnosing rare diseases after the exome. *Molecular Case Studies*. 2018;4(6):a003392.

3. Christensen KD, Dukhovny D, Siebert U, Green RC. Assessing the costs and cost-effectiveness of genomic sequencing. *Journal of personalized medicine*. 2015;5(4):470-86.

รายละเอียดผลการศึกษา ตามเอกสารแนบ 12

### 3.2.8 ผลการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อโรคหายาก จำนวน 3 เรื่อง

1) การตรวจหายีนก่อโรคโดยวิธีตรวจรหัสพันธุกรรม แบบทั้งเอ็กโซม เพื่อให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากพันธุกรรม

2) การป้องกัน วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพ/การรักษาแบบประคับประคอง โรคพันธุกรรมกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิด Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) อย่างครบวงจร และเป็นองค์รวม

3) การวินิจฉัยและการรักษาโรคท้าวแสนปม (Neurofibromatosis type 1(NF1)) ที่มี plexiform neurofibromas ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ในผู้ป่วยเด็ก

รายละเอียดผลการทบทวนวรรณกรรม ตามเอกสารแนบ 13

### 3.2.9 ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review) และจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งไทยและต่างประเทศ เรื่อง การถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศไทย

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage kidney disease; ESKD) เป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก โดยผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว ทั้งนี้ประเทศไทยเริ่มให้สิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะสิทธิการบำบัดทดแทนไตครั้งแรกในปี 2541 เป็นการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis; HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis; PD) แบบเต็มจำนวนแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เฉพาะสิทธิข้าราชการและประกันสังคมเท่านั้น 10 ปีต่อมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ในการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ชื่อ “นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) แก่ประชาชนที่อยู่นอกเหนือสิทธิข้าราชการและประกันสังคม ซึ่งเป็นจำนวนประชากรกว่าร้อยละ 70 ของประเทศ โดยผู้ป่วย ESKD ที่ขอรับบริการ PD เป็นทางเลือกแรกจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หลังการประกาศใช้นโยบายดังกล่าว หลายภาคส่วนช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายอย่างรวดเร็ว จนนโยบายประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จนประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง โดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) มีความพยายามที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศไทยในการดำเนินนโยบายบำบัดทดแทนไตดังกล่าว

จนในปี พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้ปรับปรุงนโยบายบำบัดทดแทนไต โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผสานกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (Shared-decision making) ซึ่งนโยบายใหม่นี้เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้ไม่ว่าจะเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตวิธีใดก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นในการตัดสินใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกรณี que เลือกทำการฟอกเลือด เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น จะเห็นได้ว่านโยบายล่าสุดส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการกำหนดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในระบบเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนของการทำ HD ที่สูงกว่าการทำ PD

เพียงเวลา 2 ปี ของการเปลี่ยนนโยบายพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไตเกินกว่าที่ สปสช. คาดการณ์ถึง 24,000 ราย ส่งผลให้ สปสช. มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกว่า 2 พันล้านบาทต่อปี อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากของหน่วยบริการฟอกเลือดในภาคเอกชนที่อยู่ในเมืองใหญ่ ๆ จากภาพสะท้อนดังกล่าวทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนที่ขาดของกองทุนรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไม่เพียงพอ เพราะงบประมาณมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ด้วยเหตุนี้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย International Society of Nephrology และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนของกระบวนการนโยบายและศึกษาผลกระทบของการปรับเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยทั้งสองครั้ง เพื่อให้ทราบผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและเป็นบทเรียนให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไต รวมถึงกลุ่มประเทศมีรายได้ต่ำและปานกลาง ที่กำลังดิ้นรนหากองทุนเพื่อการบำบัดทดแทนไตแก่ประชาชน ซึ่งเป็นการรักษาที่มีราคาแพง ผู้ป่วยต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิตเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 14

### 3.3 วัตถุประสงค์ 4

เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Exchange) กระบวนการดำเนินการวิจัยของเครือข่ายโครงการ UCBP และการพัฒนาความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

โครงการ UCBP มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Exchange) ด้านกระบวนการดำเนินการวิจัยและการพัฒนาความรู้ โดยมุ่งสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายนักวิจัยทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตลอดจนพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ สร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ และเพิ่มศักยภาพของนักวิจัยให้สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง

การพัฒนาเครือข่ายที่วิจัยทั้งในและนอกองค์กร เป็นกระบวนการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิจัยจากหน่วยงานภายในและภายนอก เพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัย และขยายโอกาสการดำเนินงานร่วมกันในอนาคต เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว โครงการ UCBP ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายการวิจัย รวมถึงการพัฒนาการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยมีการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 2) การจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา
- 3) การเข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการ

#### 4) การประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน UCBP

### 3.3.1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

#### 3.3.1.1 การอบรมประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านการแพทย์

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านการแพทย์เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การตัดสินใจด้านนโยบายสาธารณสุขมีความแม่นยำและคุ้มค่าตามบริบทของประเทศนั้น ๆ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจในด้านการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพด้วย ดังนั้น การสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เครือข่ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้าร่วมอบรมและศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านการแพทย์จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในระยะยาว

การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 หลักสูตร ได้แก่

*หลักสูตรเบื้องต้น* เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาก่อนหรือผู้ที่สนใจความรู้พื้นฐานของการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญ หลักการ องค์ประกอบ แนวทาง และขั้นตอนของการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ตลอดจนตัวอย่างการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์และแนวโน้มของการประเมินเทคโนโลยีในอนาคต

*หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ* สำหรับผู้ที่เคยผ่านการอบรมในหลักสูตรเบื้องต้นมาแล้วหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งหลักสูตรนี้จะเน้นการปฏิบัติ โดยการสร้างแบบจำลองในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Early HTA) และเมื่อผลิตภัณฑ์ออกสู่ท้องตลาด

HITAP จึงสนับสนุนงบประมาณให้กับเครือข่าย 5 ท่าน เข้าร่วมการอบรม ซึ่งการอบรมดังกล่าวจะสามารถพัฒนาทักษะในการใช้ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์เพื่อประเมินผลกระทบของมาตรการหรือโครงการทางการแพทย์ในมิติต่าง ๆ เช่น ความคุ้มค่าในการใช้ยา การลงทุนในเครื่องมือแพทย์ หรือการจัดสรรทรัพยากรในโรงพยาบาล การอบรมนี้ยังช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการวิเคราะห์การนำข้อมูลทางการแพทย์มาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน การตัดสินใจ และการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

นอกจากนี้ การที่เครือข่ายและบุคลากรได้เข้าร่วมอบรมจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนานโยบายสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในระยะยาว และช่วยให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศมีความเข้มแข็งมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นจากการได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและคุ้มค่าต่อการลงทุน

#### 3.3.1.2 กิจกรรม Sustainable Development Goals (SDGs) Workshop

Sustainable Development Goals (SDGs) หรือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นกรอบแนวทางการองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้กำหนดขึ้นในปี ค.ศ. 2015 โดยมีเป้าหมาย 17 ข้อ ครอบคลุมมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความยั่งยืนและความเท่าเทียมในระดับโลก เช่น การขจัดความยากจน การส่งเสริมการศึกษา การลดความเหลื่อมล้ำ และการจัดการสิ่งแวดล้อม เป้าหมายเหล่านี้มุ่งหวังให้ทุกประเทศร่วมมือกันเพื่อสร้างอนาคตที่ยั่งยืนและสมดุลทั้งในมิติของเศรษฐกิจ สังคม และ

สิ่งแวดล้อม โดยตั้งเป้าหมายให้สำเร็จภายในปี ค.ศ. 2030 ในกรณีนี้ เพื่อให้การเรียนรู้เกี่ยวกับ SDGs สามารถเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น จึงมีการจัดกิจกรรม SDGs Workshop ที่ใช้การเล่นเกมเป็นเครื่องมือในการจำลองสถานการณ์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมาย SDGs ผ่านการทำงานเป็นทีม

ผู้เข้าร่วมจะได้ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของโลกเสมือนที่จำลองขึ้นมา ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรงบประมาณ และเวลา ผู้เข้าร่วมจึงต้องบริหารจัดการทรัพยากร การลงทุน และการพัฒนาในมิติต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ทั้งระดับส่วนบุคคล สังคม หรือชุมชนที่เราอยู่ ไปจนถึงภาพรวมในระดับโลก โดยกิจกรรมเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับ SDGs จากนั้นผู้เข้าร่วมจะแบ่งทีมเพื่อทำงานร่วมกัน โดยแต่ละทีมมีบทบาทและเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น การลงทุนในพลังงานสะอาด การจัดการทรัพยากรน้ำ การลดขยะ หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เกมจึงท้าทายการตัดสินใจ การสื่อสาร และความร่วมมือของทุกคน ผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้การจัดการทรัพยากร การประสานงาน และการสร้างผลลัพธ์ที่มีความสมดุลระหว่างเป้าหมายด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม SDGs Game ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน และความสำคัญของความร่วมมือระหว่างประเทศและองค์กรต่าง ๆ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม การวางแผนที่มีประสิทธิภาพ และการมองภาพรวมในระดับโลก ผู้เข้าร่วมจะเห็นผลกระทบจากการตัดสินใจในเกม ซึ่งสามารถสะท้อนถึงสถานการณ์ในชีวิตจริง และเรียนรู้ว่าการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ สามารถส่งผลกระทบต่อเป้าหมายภาพรวมได้ กิจกรรมนี้จึงเป็นสื่อการเรียนรู้ที่สร้างความตระหนักและแรงบันดาลใจให้ผู้เข้าร่วมลงมือทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนโลกไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

### 3.3.1.3 การอบรมหลักสูตรเรียนรู้การทำสื่อ การทำวิจัยนโยบายสาธารณะ และการทำงานครีเอทีฟดีไซน์สไตล์ 101

หลักสูตรเรียนรู้การทำสื่อ การทำวิจัยนโยบายสาธารณะ และการทำงานครีเอทีฟดีไซน์สไตล์ 101 เป็นหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้เข้าร่วมอบรมในด้านการพัฒนาสื่อ การวิจัยเชิงนโยบาย และการออกแบบเชิงสร้างสรรค์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นระบบ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 9 หลักสูตร ภายใต้ 3 หมวดหมู่ คือ Journalism, Policy Research และ Creative Design ซึ่งแต่ละหมวดหมู่มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 15

## 3.3.2 การจัดประชุมวิชาการ/สัมมนา

### 3.3.2.1 การประชุมเชิงวิชาการระดับนานาชาติ The Priorities 2024 Shaping the Future of Health Prioritization: Strategies for sustainable solutions ครั้งที่ 14

หัวข้อ: แกนกลางสำคัญของจริยธรรมและการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพ: สมดุลระหว่างประสิทธิภาพและความเสมอภาค (Ethics at the Heart of Health Priority Setting: Striking a Balance Between Efficiency and Equity)

การประชุมเชิงวิชาการโดยสมาคม International Society for Priorities in Health (ISPH) ซึ่งจัดขึ้นทุก ๆ 2 ปี ถือเป็นโอกาสสำคัญสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัย และผู้กำหนดนโยบายจากทั่วโลก นับตั้งแต่การประชุมครั้งแรกซึ่งถูกจัดในปี 1996 ที่เมืองสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน การประชุม

ดังกล่าวได้พัฒนากลายเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนความรู้ที่สำคัญ รวมถึงการพัฒนาต่อยอดความร่วมมือทางวิชาการและการพัฒนาทางวิชาชีพ ในช่วง 28 ปีที่ผ่านมา การประชุมดังกล่าวถูกจัดขึ้นในสถานที่ต่าง ๆ ทั่วโลก และเป็นประวัติศาสตร์อันยาวนานของการมีส่วนร่วมระดับนานาชาติและการเสวนาแบบสหวิทยาการ (Multidisciplinary) ในเรื่องของการจัดลำดับความสำคัญ (Priority setting) ซึ่งมีความสำคัญ โดยเฉพาะในบริบทของการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น ทรัพยากรด้านการแพทย์ สุขภาพ และสาธารณสุข เป็นต้น

การประชุม ISPH ครั้งที่ 14 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 8-10 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ที่กรุงเทพฯ ประเทศไทย ถือเป็นครั้งแรกที่มีการจัดการประชุมขึ้นในทวีปเอเชีย ซึ่งปกติจะจัดขึ้นในยุโรปหรืออเมริกาเหนือ โดยประเทศไทยได้รับเกียรติรับหน้าที่เป็นเจ้าภาพของงานประชุมในครั้งนี้ โดยนำสมาชิกทั่วโลกของสมาคม ISPH และผู้เชี่ยวชาญระดับภูมิภาคมารวมตัวกัน ส่งเสริมความร่วมมือใหม่ ๆ และเสริมสร้างความพยายามร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืน

สำหรับประเทศไทยซึ่งมีการนำเอาการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) มาใช้เป็นเครื่องมือและกระบวนการช่วยในการจัดสรรทรัพยากรและพัฒนานโยบายด้านสิทธิประโยชน์ในการรักษาของประชาชนของประเทศนั้น การประชุมของ ISPH จึงเอื้อประโยชน์อย่างมากในการดึงศักยภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดลำดับความสำคัญซึ่งรวมถึงด้าน HTA จากทั่วโลกมาเข้าร่วมในการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ในระหว่างการประชุม ซึ่งถือเป็นพื้นที่สำหรับการพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพนักวิจัยหรือผู้เข้าร่วมจากประเทศไทยด้วย

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 16

### 3.3.2.2 การอบรมหลักสูตรการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (EE in Policy Forum)

วันที่ 21-22 ตุลาคม 2567 ได้มีการจัดงาน EE in Policy Forum ซึ่งเป็นการอบรมการประเมินความคุ้มค่า เพื่อนำไปใช้เชิงนโยบาย โดยมีวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ 12 ท่าน และแขกรับเชิญพิเศษอีก 6 ท่าน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเปิดมุมมองใหม่ ๆ ในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) และนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย อีกทั้งส่งเสริมงานวิจัยให้เปลี่ยนเป็นการลงมือทำด้านต่าง ๆ ได้ในความเป็นจริงในบริบทสังคมไทยในปัจจุบัน

งานวิจัยที่ได้ดำเนินการในงาน Event นี้ จัดในรูปแบบเสวนา “HTalk” ใน EE in Policy Forum เพื่อมุ่งเน้นการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบของการตัดสินใจทางการเงินในระบบสุขภาพ โดยมีการนำเสนอข้อมูลที่สำคัญจากนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการนำเสนองานวิจัยเหล่านี้ผ่านกระบวนการ Storytelling จะช่วยให้ข้อมูลที่ซับซ้อนถูกถ่ายทอดออกมาในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจ ทำให้ผู้เข้าร่วมงานสามารถรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่

ในช่วงการเตรียมงาน HITAP ได้มอบหมายให้ Normthing ซึ่งมีประสบการณ์ในการจัดอีเวนต์ทอล์ก รวมทั้งได้ใบอนุญาตจัดงานอย่างเป็นทางการจาก TED Conference รวมทั้งได้รับทุนเข้าไปที่งาน TED ในอเมริกา ได้ทำการจัดอบรมและให้คำปรึกษาเรื่อง Storytelling แก่ทีมงาน HITAP เพื่อให้การนำเสนอข้อมูล

และเนื้อหาในงานนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ทำให้งาน EE in Policy Forum วันที่ 21-22 ตุลาคม 2567 ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 17

### 3.3.2.3 การจัดกิจกรรมเสวนาวิชาการ เรื่อง จากข้อมูลสู่ข้อมูลเชิงลึก: กลยุทธ์ทางเศรษฐมิติในการสร้างหลักฐานจากโลกแห่งความเป็นจริง (From Data to Insights: Econometric Strategies for Generating Real-World Evidence)

กิจกรรมจัดขึ้นวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันความรู้เกี่ยวกับเทคนิคทางเศรษฐมิติเชิงชั้นสูง และกรณีศึกษาสำหรับการสร้างหลักฐานจากโลกแห่งความเป็นจริง โดยเน้นการใช้งานในเชิงปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ (Universal Health Benefit Package - UHBP) นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายในการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้เครื่องมือและแนวคิดในการนำเทคนิคดังกล่าวไปปรับใช้ รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ บรรยายโดยศาสตราจารย์ Erin Strumpf ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพและนโยบาย

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นถึงศักยภาพของ RWE ในฐานะเครื่องมือสำคัญสำหรับการประเมินความคุ้มค่าของนโยบายและมาตรการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การประยุกต์ใช้ RWE เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ช่วยยกระดับกระบวนการตัดสินใจ และชี้ให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้เชิงปฏิบัติและแนวทางที่เป็นนวัตกรรมสำหรับการประเมินนโยบายในระบบสุขภาพ ผลลัพธ์จากกิจกรรมนี้ คือ ผู้เข้าร่วมได้รับความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับ RWE และวิธีการประยุกต์ใช้ในงานวิจัยและการกำหนดนโยบาย ซึ่งช่วยให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายในระบบสุขภาพ

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 18

### 3.3.3 การเข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการ

#### 3.3.3.1 การอบรมหลักสูตรสัมฤทธิ์บัตร การให้บริการสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน รุ่นที่ 28 จัดโดย สถาบันพระปกเกล้า

การให้บริการสาธารณะ คือ กิจกรรมที่รัฐบาลต้องรับผิดชอบต่อประชาชน เป็นการให้บริการเพื่อคนจำนวนมาก สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม สร้างความไว้วางใจให้กับประชาชน เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยหลักการที่สำคัญที่สุดซึ่งผู้ดำเนินโครงการให้บริการสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีและยึดไว้ เพื่อให้สามารถดำเนินการให้สำเร็จ เช่น ความทั่วถึง หรือการสร้างการเข้าถึงโครงการโดยทั่วถึงเพื่อให้แน่ใจว่าคนพื้นฐานต่างก็ก็สามารถเข้าถึงกิจกรรมนี้ได้เช่นเดียวกัน หรือการบูรณาการ ซึ่งการคิดเป็นองค์รวมและการทำงานเป็นพหุภาคีเพื่อให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและครอบคลุมคนทุกกลุ่มที่มีความสนใจและอาจได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจของรัฐและท้องถิ่น เป็นต้น

การค้นหาคำถามที่ต้องการในการให้บริการสาธารณะมีมุมมองที่แตกต่างกันอยู่ 2 รูปแบบ 1) เป็นการมองชุมชนจากปัญหาและความขาดแคลนของชุมชน มีการนำกระบวนการทัศนคติความเป็นเมืองเข้าไปในพื้นที่ชุมชน ทำให้มองเห็นแต่ข้อจำกัด ข้อด้อย หรือความแตกต่างของชุมชน 2) เป็นการมองชุมชนจากปัญญาและความสามารถ ซึ่งเป็นมุมมองชุมชนเชิงบวก ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้าง

นวัตกรรม ทำให้เกิดเครือข่าย ตลอดจนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนได้ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการค้นหาความต้องการในการให้บริการสาธารณะ

ในด้านของเทคนิคและเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมซึ่งมีอยู่หลากหลายรูปแบบ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้แสดงความคิดเห็น เสนอแนะ และมีส่วนร่วม อีกทั้งยังช่วยลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์ และกระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม สร้างความกระตือรือร้นในเวลาที่เหมาะสม สามารถหาข้อสรุป หรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และยังสร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้น หรือการประชุมกลุ่มแบบ Samoan Circle ซึ่งจะใช้ในกรณีที่ต้องการให้ประชาชนได้มีการแสดงความคิดเห็น ในมุมมองที่แตกต่างกัน เป็นกระบวนการของการสร้างความเป็นพลเมืองและเป็นการให้สิทธิ์แก่ผู้ที่มีความคิดเห็นต่างในประเด็นที่ยังมีข้อคิดเห็นหลากหลายแต่มีข้อโต้แย้งกัน ซึ่งไม่มีใครที่เป็นกลางเพียงพอที่จะเอื้อให้เกิดการประชุมได้

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 19

### 3.3.3.2 MIDSEA (Modelling Infectious Disease in South East Asia)

“MIDSEA summer school, workshop, and symposium 2024” เป็นกิจกรรมภาคฤดูร้อนที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 19 – 29 มิถุนายน ค.ศ. 2024 ณ เมืองกวีญิน ประเทศเวียดนาม โดยเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญที่สร้างแบบจำลองโรคติดเชื้อในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ Modelling Infectious Disease in South East Asia (MIDSEA) network กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เสริมสร้างศักยภาพให้นักวิจัยรุ่นใหม่สามารถสร้างแบบจำลองโรคติดเชื้อได้ และ 2) สร้างความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ผลจากแบบจำลองในการจัดการและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อในประเทศของตน

กิจกรรมประกอบไปด้วยการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ (workshop) ซึ่งผู้เข้าร่วมจะได้เรียนรู้พื้นฐานการสร้างแบบจำลองคณิตศาสตร์ (Mathematic Model) การตั้งสมมติฐานของแบบจำลอง และได้ลงมือสร้างแบบจำลองโดยใช้โปรแกรม R รวมทั้งมีการบรรยายเกี่ยวกับหลักการนำเสนอผลการศึกษาที่ดี และการสื่อสารงานวิจัยสู่สาธารณะ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกเข้าฟังบรรยายตามหัวข้อที่สนใจเพิ่มเติม ได้แก่ 1) Modelling 102 2) Inference methods 3) Simulation methods 4) Modelling intervention และ 5) การ Spatial methods ภายหลังจากกิจกรรม workshop จะมีการจัดการประชุมอภิปราย (symposium) ซึ่งผู้เข้าร่วมทุกคนจะได้นำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ workshop ตลอดทั้งกิจกรรม

กิจกรรม MIDSEA summer school, workshop, and symposium 2024 ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้ความเข้าใจในหลักการการสร้างแบบจำลองโรคติดเชื้อและสามารถพัฒนาแบบจำลองให้สามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ นอกจากนี้ กิจกรรมนี้มีผู้เข้าร่วมมาจากองค์กรที่มีบทบาทแตกต่างกันในระบบสุขภาพ เช่น ผู้กำหนดนโยบาย นักศึกษา นักวิจัย อาจารย์มหาวิทยาลัย แพทย์ในโรงพยาบาล จึงทำให้ได้เรียนรู้มุมมองที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกส่วนในระบบสุขภาพต่อการใช้แบบจำลองโรคติดเชื้อเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดในภูมิภาคในอนาคต

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 20

### 3.3.3.3 ประชุมวิชาการ “Mount Hood Diabetes Health Economics Conference in Clinical Decision Making 2024”

เครือข่ายความท้าทายด้านโรคเบาหวาน Mount Hood (Mount Hood Diabetes Challenge Network) ได้จัดงานประชุมวิชาการเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economics) และแบบจำลองทางคอมพิวเตอร์ (computer simulation model) ของโรคเบาหวาน ทุกสองปีตั้งแต่ พ.ศ. 2542 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลระหว่างนักพัฒนาและผู้ใช้แบบจำลองสำหรับโรคเบาหวาน ในปีนี้งานประชุม Mount Hood ถูกจัดขึ้นเมื่อวันที่ 23-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ณ ประเทศฮ่องกง โดย Chinese University of Hong Kong และ University of Oxford ซึ่งมีการรวมตัวกันของผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ โดยเฉพาะผู้ที่มาจากภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เพื่อแบ่งปันความรู้ใหม่ ๆ และพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการในภูมิภาคในการประเมินเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยใช้แบบจำลองโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นไปตามมาตรฐานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment: HTA) ระดับสากล ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การบรรยาย และการนำเสนอแบบปากเปล่า โดยมีการบรรยายในหัวข้อ “Importance of cost-effectiveness analysis in health technological assessment to clinical practice and optimal healthcare resource allocation in Asia” เป็นส่วนหนึ่งของการประชุมวิชาการครั้งนี้

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 21

### 3.3.3.4 Dashboard Development and Diethylene Glycol/Ethylene Glycol Screening Technologies

โดยเมื่อวันที่ 9-12 เมษายน พ.ศ. 2567 ณ Jesus College มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด สหราชอาณาจักร MQRG ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ พร้อมทั้งเชิญผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายภูมิภาค ได้แก่ แอฟริกา เอเชีย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอเมริกา รวมกว่า 27 ประเทศทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานกำกับดูแลยาในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (low) รายได้ปานกลาง (lower) และรายได้สูง (high) ผู้เชี่ยวชาญและนักพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจคัดกรอง รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การตำรวจสากล (Interpol) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และตัวแทนจากตำรายาฟาร์มาโคเปียของสหรัฐอเมริกา (United States Pharmacopeia) เพื่อร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจคัดกรอง (Screening Technology) ให้สามารถใช้ในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้มาตรฐานหรือเป็นผลิตภัณฑ์ปลอมได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งหนึ่งในเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลให้เกิดการอภิปราย มาจากเหตุการณ์เสียชีวิตของเด็กจำนวนมากหลายร้อยรายทั่วโลก โดยมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนของสารเคมีอันตราย ได้แก่ ไดเอทิลีนไกลคอล (Diethylene Glycol: DEG) และเอทิลีนไกลคอล (Ethylene Glycol: EG) ในยาน้ำเชื่อมสำหรับเด็ก (Paediatric Medicine Syrup) ส่งผลให้เกิดความต้องการด้านคุณลักษณะใหม่ ๆ ของเทคโนโลยีการตรวจคัดกรอง รวมถึงความสนใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่สามารถตรวจจับสารปนเปื้อนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ความท้าทายที่จะถ่ายทอดผลงานวิจัยไปปรับใช้เป็นนโยบาย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการคัดเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมให้ดียิ่งขึ้น เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของการอภิปราย

รายละเอียด ตามเอกสารแนบ 22

### 3.3.4 การประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน UCBP

#### 3.3.4.1 คลิปประชาสัมพันธ์โครงการ: สิทธิที่คนไทยเกือบทั้งหมด ไม่รู้ว่าตัวเองมี

ทีม UCBP ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบคลิปวิดีโอ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อเพื่อพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในฐานะของผู้รับบริการ และเข้ามาร่วมเสนอหัวข้อปัญหา ในแต่ละรอบปี โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. การวางแผนและเตรียมผลิตสื่อ ทางทีม UCBP ได้มีการวางแผนร่วมกับฝ่ายสื่อสารองค์กร HITAP สปสช. และทีมผู้ผลิตสื่อ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนไทยที่มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหา จากนั้นวิเคราะห์ช่องทางในการเผยแพร่ที่เหมาะสม โดยเลือกใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียยอดนิยม ได้แก่ Facebook, YouTube และ TikTok เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมทุกช่วงวัย

2. การพัฒนาเนื้อหาเพื่อจัดทำ Storyboard โดยทีม UCBP ฝ่ายสื่อสารองค์กร HITAP และ สปสช. ได้ระดมสมองและกำหนดแนวคิดหลักว่า ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ทางทีมได้พัฒนาเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ทั้งสิทธิบัตรทองคืออะไร ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ ความสำคัญของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเสนอหัวข้อ รวมถึงช่องทางและวิธีการเสนอหัวข้อปัญหา เพื่อพัฒนาเป็นสิทธิประโยชน์ จากนั้นจึงนำมาพัฒนาเป็น Storyboard และสคริปต์ที่สมบูรณ์

3. การผลิตคลิปวิดีโอ ในการผลิตสื่อทางทีม UCBP ให้ความสำคัญกับการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ภาพประกอบที่สื่อความหมายชัดเจน และการนำเสนอที่น่าสนใจเพื่อดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย และก่อนการเผยแพร่ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างละเอียดโดยดูเนื้อหาภาพรวม ความถูกต้องของข้อมูล ทดสอบการรับชมในอุปกรณ์ต่างๆ และมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของนักวิจัยและ สปสช. เพื่อให้คลิปวิดีโอมีเนื้อหาข้อมูลที่ถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. การเผยแพร่คลิปวิดีโอ ทีมดำเนินการเผยแพร่คลิปในเดือนพฤษภาคม 2567 เพื่อสร้างการรับรู้ให้ประชาชนก่อนที่จะมีการเปิดรับหัวข้อ UCBP ประจำปี 2568 ในเดือนกรกฎาคม 2567 ทั้งนี้ได้มีการจัดทำแคมเปญโฆษณาบน Facebook เพื่อเพิ่มการเข้าถึง นอกจากนี้มีการขอความร่วมมือจากเครือข่าย UCBP ในการแชร์คลิป และส่งข่าวประชาสัมพันธ์ไปยังช่องทางต่าง ๆ เพื่อขยายฐานผู้ชมให้กว้างขึ้น

ผลลัพธ์ที่ได้จากการเผยแพร่คลิปวิดีโอทาง YouTube คือ มียอดวิวสูงถึง 81,000 ครั้ง ในระยะเวลา 10 เดือน (พ.ค.-ต.ค. 2567) และประชาชนผู้รับชมได้แสดงการมีส่วนร่วมในรูปแบบของการกดไลก์และแสดงความคิดเห็นเป็นจำนวนมาก และในปีนี้มีประชาชนส่งหัวข้อปัญหา เข้ามาเป็นจำนวนมาก รวมทั้งสิ้น 34 หัวข้อ โดยมีความหลากหลายทั้งในแง่ของพื้นที่และประเด็นที่เสนอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

โดยสรุป การผลิตสื่อเชิญชวนให้มีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี สามารถสร้างการรับรู้และกระตุ้นการมีส่วนร่วมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เพียงแต่นำไปสู่การได้รับข้อเสนอที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังสามารถสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริงต่อไปในอนาคต

สำหรับแผนการดำเนินงานในอนาคต ทีม UCBP มีแนวคิดที่จะผลิตสื่อที่น่าสนใจ การนำข้อเสนอ/หัวข้อปัญหา จากประชาชนเข้าสู่กระบวนการพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์สำหรับการรับฟังความคิดเห็นและสร้างการรับรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าความคิดเห็นของพวกเขามีความสำคัญ

## รายละเอียดดังลิงก์

“สิทธิที่คนไทยเกือบทั้งหมดไม่รู้ว่ามี”

<https://www.youtube.com/watch?v=tVeovEKCC7M>

### 3.3.4.2 คลิปจากการลงพื้นที่สังเกตการณ์เวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วไป

จากการลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์เวทีรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขต ประจำปี 2567 ทีม UCBP ได้จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบคลิปวิดีโอ จำนวน 2 ชิ้น ความยาวคลิปละประมาณ 10 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อเพื่อพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในฐานะของผู้รับบริการ รวมถึงสะท้อนความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นไปยังผู้กำหนดนโยบาย โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1. การวางแผนและเตรียมผลิตสื่อ ทางทีม UCBP ได้มีการวางแผนร่วมกับฝ่ายสื่อสารองค์กร HITAP และทีมผู้ผลิตสื่อ Yenta Studio โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้กำหนดนโยบายหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จากนั้นวิเคราะห์รูปแบบของสื่อที่เหมาะสม โดยเลือกใช้คลิปวิดีโอสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ประชาชน ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิจัย เพื่อให้คลิปวิดีโอมีความน่าสนใจและครอบคลุมเนื้อหาในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้มากที่สุด

2. การพัฒนาเนื้อหาเพื่อจัดทำ Storyboard และแนวคำถามสัมภาษณ์ โดยทีม UCBP ฝ่ายสื่อสารองค์กร HITAP และทีมผู้ผลิตสื่อ Yenta Studio ได้ระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ได้ข้อสรุปแนวทางการผลิตสื่อวิดีโอ ดังนี้

#### คลิปวิดีโอที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้กำหนดนโยบาย หรือ สปสช.

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นในพื้นที่ สปสช. เขต เพื่อสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงกระบวนการในอนาคต โดยเน้นสัมภาษณ์ตัวแทนของภาคประชาชนที่เข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นประจำปี

##### 1. การนำเสนอในวิดีโอจะใช้การเล่าเรื่องเป็น 2 มุมมอง

- มุมมองของประชาชนที่มีต่อตัวเอง เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับฟังความคิดเห็น การรับรู้ และความเข้าใจของประชาชนต่อสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการ และความช่วยเหลือเพิ่มเติมที่ประชาชนต้องการ

- มุมมองของประชาชนที่มีต่อกระบวนการรับฟังความคิดเห็น และกระบวนการทำงานของ สปสช. ส่วนกลาง และ สปสช. เขต โดยกล่าวถึงภาพรวมของกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ประโยชน์ที่ค้นพบ จุดแข็ง และจุดที่สามารถพัฒนาได้ของกระบวนการทำงานดังกล่าวข้างต้น

2. รูปแบบการตัดต่อ จะมีการนำคลิปวิดีโอที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการลงพื้นที่ สปสช. เขตทั้ง 3 เขต มาตัดต่อโดยให้เห็นมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้รับบริการหรือประชาชน เพื่อให้เห็นภาพรวมของความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทั้ง 3 กลุ่ม และให้เห็นมุมมองที่หลากหลาย

## คลิปวิดีโอที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนทั่วไป

วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจบทบาทในการมีส่วนร่วมในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงกระบวนการหลังจากการเข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็น ซึ่งครอบคลุมถึงการรับฟังข้อเสนอ การคัดเลือก และการพิจารณาข้อเสนอในแต่ละขั้นตอน โดยมีแนวทางการผลิตสื่อ ดังนี้

1. การนำเสนอในวิดีโอนี้จะใช้การเล่าเรื่องผ่านการทำงานของนักวิจัยทีมโครงการ UCBP ที่ทำงานวิจัย จัดทำข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาข้อเสนอสู่สิทธิประโยชน์ โดยเล่าเรื่องต่อจากการรับฟังความคิดเห็นว่า ข้อเสนอที่ประชาชนเสนอมานั้น มีเส้นทางหรือกระบวนการอย่างไร ก่อนที่จะไปถึงการพิจารณาตัดสินใจ และบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ โดยมีบทสัมภาษณ์ของผู้บริหาร ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มในพื้นที่ สปสช. ทั้ง 3 เขต เป็นข้อมูลสนับสนุน

2. รูปแบบติดต่อ จะประกอบด้วยภาพบรรยากาศการทำงาน การประชุมของทีมวิจัย ภาพการลงพื้นที่ของทีมวิจัย วิดีโอจากการสัมภาษณ์ผู้แทนในพื้นที่ และวิดีโอจากการสัมภาษณ์นักวิจัยทีมโครงการ UCBP รวมถึงการใช้ภาพกราฟิกช่วยอธิบายและเล่าเรื่องร่วมด้วย

3. การผลิตคลิปวิดีโอ ได้มีการสัมภาษณ์ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงนักวิจัย โดยเก็บภาพบรรยากาศจากสถานที่จริง เพื่อให้เห็นกระบวนการทำงานที่เกิดขึ้นจริง และในการผลิตสื่อทางทีม UCBP ให้ความสำคัญกับการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ภาพประกอบที่สื่อความหมายชัดเจน และการนำเสนอที่น่าสนใจเพื่อดึงดูดความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย และก่อนการเผยแพร่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างละเอียดโดยดูเนื้อหา ภาพรวม ความถูกต้องของข้อมูล ทดสอบการรับชมในอุปกรณ์ต่าง ๆ และมีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของนักวิจัยและ สปสช. เพื่อให้คลิปวิดีโอมีเนื้อหาข้อมูลที่ถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. การเผยแพร่คลิปวิดีโอ ทีมดำเนินการเผยแพร่คลิปในเดือนพฤศจิกายน 2567 เพื่อสร้างการรับรู้ให้ประชาชน ทั้งนี้ได้มีการจัดทำแคมเปญโฆษณาบน Facebook เพื่อเพิ่มการเข้าถึง นอกจากนี้มีการขอความร่วมมือจากเครือข่าย UCBP ในการแชร์คลิป และส่งข่าวประชาสัมพันธ์ไปยังช่องทางต่าง ๆ เพื่อขยายฐานผู้ชมให้กว้างขึ้น

ผลลัพธ์ที่ได้จากการเผยแพร่คลิปวิดีโอทาง YouTube ของ HITAP คือ มียอดวิวสูงถึง 200 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน (พ.ย. 67-ก.พ. 68) นอกจากนี้ยังเผยแพร่บนเว็บไซต์ UCBP หรือ <https://ucbp.nhso.go.th/> เพื่อเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### รายละเอียดดังลิงก์

คลิปวิดีโอที่ 1 เสียงนั้นสำคัญไฉน? การเดินทางของเสียงจากประชาชน สู่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพไทย <https://www.youtube.com/watch?v=0fpt4qSOXhs&t=6s>

คลิปวิดีโอที่ 2 “สปสช.” รวมพลัง “HITAP” ลงพื้นที่รับฟังปัญหา ผ่านขั้นตอน สู่สิทธิประโยชน์ที่ตอบโจทย์ <https://www.youtube.com/watch?v=DWcNetZ0dCA&t=2s>