

รายงานฉบับสมบูรณ์

รายงานการสังเคราะห์ข้อเสนอ ทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health Screening) ในประเทศไทย

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
บวรศม ลีระพันธ์
ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร
ภรณ์ เหล่าอิทธิ
กนิษชานันท์ ช่วยเรือง

ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

31 มีนาคม 2559

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 มีมติเกี่ยวกับนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน และมอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศึกษาพัฒนากลไกพัฒนาระบบบริการการตรวจสุขภาพในระดับชาติ ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โครงการนี้จึงจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือก ประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้นและพัฒนาแนวทางเบื้องต้นของสิ่งที่หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในภาคปฏิบัติควรต้องมีการดำเนินการ โดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการจัดทำกรณีศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องเพื่อเทียบเคียงประเด็นการพัฒนา ร่วมกับการประชุมปรึกษาหารือรับฟังข้อคิดเห็นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความท้าทายของระบบบริการตรวจสุขภาพ และกำหนดทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพในระดับชาติ

บริการตรวจสุขภาพหรือการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยมีประเด็นที่เป็นความท้าทายที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ขอบเขตและจุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่หลายฝ่ายยังใช้ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะประเด็นการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองสุขภาพ คัดกรองโรค เพื่อจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเพื่อจุดมุ่งหมายอื่น (2) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางและข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ผู้ที่ควรรับผิดชอบในการพัฒนาแนวทางและข้อแนะนำ รวมถึงการนำแนวทางหรือข้อแนะนำดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ (3) การให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเชิงธุรกิจ ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้ระบบบริการตรวจสุขภาพมีความซับซ้อน และมีผลประโยชน์ของหลายฝ่ายเกี่ยวข้อง (4) การกำกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจน และ (5) บทเรียนที่เทียบเคียงกันได้ของการจัดการเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญมีส่วนร่วม และการพิจารณาทางเลือกกลไกต่างๆ จากความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา

ทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพที่ควรนำมาพิจารณา 3 ทางเลือก ประกอบด้วย (1) หน่วยงานกลางในกำกับของรัฐ (2) การให้เป็นภารกิจของหน่วยงานภายในของกระทรวงสาธารณสุข และ (3) คณะกรรมการระดับชาติโดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ โดยมีเกณฑ์พิจารณาที่อาจนำมาใช้เพื่อเป็นหลักในการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับการยอมรับจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง, ความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการ, ความยั่งยืนและต่อเนื่องของการดำเนินการ, โอกาสการพัฒนาไปสู่องค์กรความเชี่ยวชาญ, ความสามารถในการสื่อสารและเผยแพร่สารสนเทศแก่ผู้เกี่ยวข้อง และความสามารถในการประสานไปสู่การบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวในเบื้องต้น คณะทำงานมีความเห็นว่า ทางเลือกลำดับที่ 3 น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
สารบัญ	iii
บทที่ 1 ที่มาของโครงการและระเบียบวิธีการศึกษา	1
บทที่ 2 สถานการณ์และความท้าทายของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย	8
บทที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย	21
ภาคผนวก	36
1. กรณีสึกษากระบวนการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย	37
2. กรณีสึกษาการพิจารณา Glucosamine ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	46
3. กรณีสึกษากลไกดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ และกำกับดูแลบริการตรวจสุขภาพในต่างประเทศ	57
4. กรณีสึกษากระบวนการ กลไก และเกณฑ์พิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	63
5. บริบทของการตรวจสุขภาพในประเทศไทย	72
6. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1	77
7. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 2	91

บทที่ 1

ที่มาและระเบียบวิธีการศึกษา

หลักการและเหตุผล

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 มติ 1 เรื่อง นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ข้อย่อยที่ 6 ได้มอบหมายให้ สวรส. ศึกษาพัฒนากลไกพัฒนาระบบบริการการตรวจสุขภาพในระดับชาติ ซึ่งคาดหวังในบทบาท 3 ประการคือ (1) กำหนดนโยบายและแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม (2) การตรวจสอบและควบคุมมาตรฐาน รวมทั้งรับรองระบบคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ และติดตามการดำเนินงานในการตรวจสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และ (3) การให้ความรู้แก่ประชาชน และข้อมูลเพื่อการกำหนดนโยบาย ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว มักใช้มาตรการการตรวจสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี อีกทั้งยังมีการใช้การตรวจสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการของระบบบริการสุขภาพในเชิงบูรณาการ เช่น การจัดการสุขภาพในระบบ Managed care ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือการจัดการสุขภาพในรูปแบบ Chronic Disease Management ในประเทศสหราชอาณาจักร และประเทศแคนาดา ส่งผลให้การพัฒนานโยบายและมาตรฐานการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีการคัดเลือกคณะกรรมการระดับชาติในการพิจารณาแนวทางการตรวจสุขภาพ ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ มีองค์ประกอบของการทำงานร่วมกับสถาบันและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือมีการดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ เช่น เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานต่างๆ และหน่วยงานที่มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการตรวจแต่ละรายการ ส่งผลให้การให้ข้อมูลต่อสาธารณะ การทบทวนและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ตลอดจนการนำมาบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ในการประกันสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพ อยู่บนฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงอาจมีหน่วยงานในการกำกับและติดตามการดำเนินงาน ด้วย เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งได้กำหนดระยะเวลาในการทบทวนนโยบายดังกล่าวไว้ทุกๆ 3 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้การตรวจสุขภาพดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีความเท่าเทียมกัน

สำหรับประเทศไทย การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (CSMBS) อย่างไรก็ตาม การกำหนดบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ไม่ปรากฏข้อมูลการพิจารณาที่ชัดเจน บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นการกำหนดในลักษณะที่เป็นไปตามที่มักมีการปฏิบัติกันมา (Customary practice) ไม่มีกลไกในการพิจารณาที่เป็น

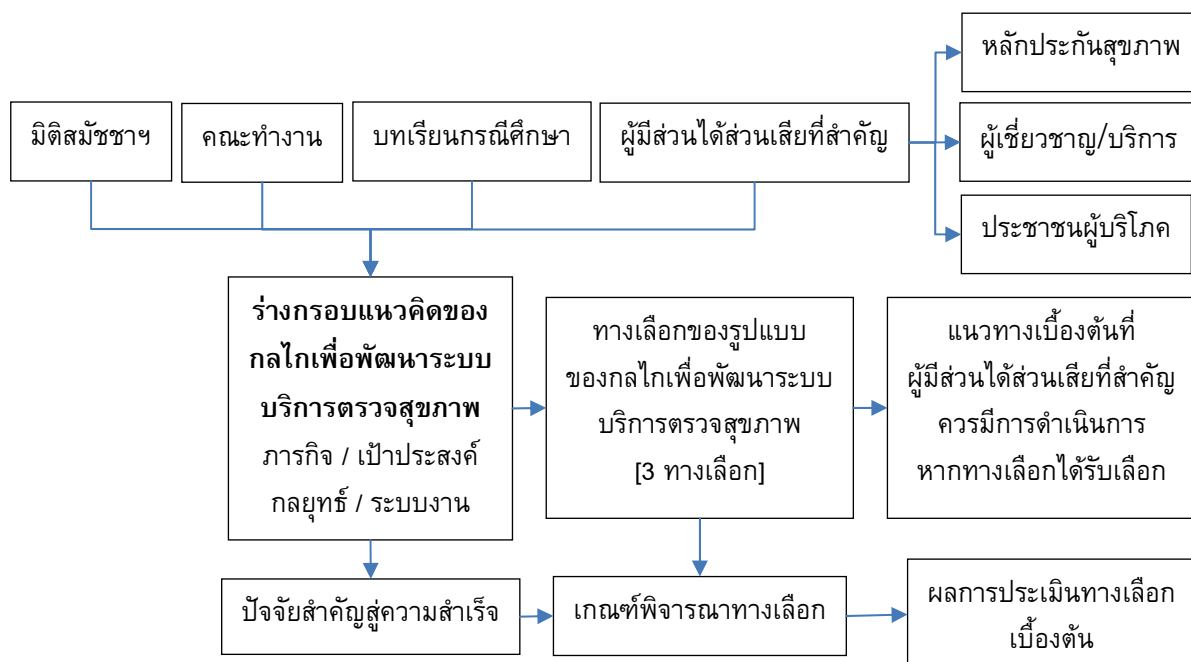
ทางการ รวมถึงติดตามข้อมูลว่ามีการใช้บริการมากน้อยเพียงใด เกิดประโยชน์เพียงใด ตลอดจน ทบทวนความคุ้มค่าและความสอดคล้องกับหลักฐานและข้อแนะนำทางวิชาการ รวมถึงให้ข้อมูลต่อ สาธารณะ ทั้งนี้ ยังเป็นที่รับรู้เป็นการทั่วไปในชีวิตประจำวันผ่านสื่อต่างๆ ได้อีกว่า บริการตรวจสุขภาพ มักเป็นเครื่องมือทางการตลาดของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลกลุ่มต่างๆ เพื่อหารายได้ ทั้งในกลุ่ม โรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน การตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือ รังสีวิทยา หลายประเภทมีราคาแพง และไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นประโยชน์ที่คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายของ ผู้บริโภคหรือไม่ และยังไม่มีการใดที่ประกันคุณภาพของผลตรวจ ซึ่งอาจมีปัญหาเนื่องจากการแข่งขันใน ด้านราคา

โครงการนี้ จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาและเสนอทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจ คัดกรองสุขภาพ (Health Screening) ในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือทั้งในระดับ นโยบาย และระดับปฏิบัติการให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นระบบในการกำหนดและทบทวนนโยบาย แนวปฏิบัติ กำกับดูแล ติดตามประเมินผล รวมถึงให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ แก่ประชาชนผู้บริโภคเกี่ยวกับ บริการตรวจคัดกรองสุขภาพของไทย ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนำไปใช้ ขับเคลื่อนการดำเนินการเชิงระบบต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ทางเลือกแต่ละทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ
3. เพื่อประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์ พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบการ ตัดสินใจในโอกาสต่อไป
4. เพื่อพัฒนาแนวทางเบื้องต้น ของสิ่งที่หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญใน ภาคปฏิบัติ ควรต้องมีการดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ ได้รับการ เลือกไปดำเนินการ

กรอบแนวคิดของโครงการ



ข้อตกลงเบื้องต้นของโครงการ

- 1) โครงการนี้ เป็นการพัฒนาข้อเสนอทางวิชาการที่คำนึงสิ่งที่จะจะเป็นในเชิงระบบเป็นหลัก ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เช่น ปัจจัยทางการเมือง หรือกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยประกอบการพิจารณา แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักในการพิจารณาจัดทำข้อเสนอ
- 2) ขอบเขตของการศึกษา จำกัดกรอบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เฉพาะในส่วนที่เป็นการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรผู้มีสุขภาพดี ทั้งนี้เพื่อจุดมุ่งหมายในการประเมินสถานะสุขภาพ หรือค้นหาความผิดปกติของสุขภาพในระยะเริ่มต้น ไม่รวมถึงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนหรือเพื่อประเมินการพยากรณ์โรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ อยู่แล้ว
- 3) โครงการนี้ไม่ครอบคลุมถึงการศึกษาและข้อเสนอแนวทาง กระบวนการ วิธีการหรือเครื่องมือในทางวิชาการ หรือในทางเทคนิคในการพิจารณาหลักฐานทางวิชาการ ประเมินคัดกรอง วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือในการพัฒนาและกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่แนะนำบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงแนวทางหรือหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่าบริการตรวจสุขภาพใด ควรหรือไม่ควรเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ

- 4) ตามข้อกำหนดของโครงการที่เป็นข้อจำกัดด้านเวลา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสารในวงจำกัด ร่วมกับการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดประเด็นวิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหาที่สำคัญเพื่อพิจารณาในคณะทำงานเท่านั้น ไม่รวมถึงการทบทวนเอกสารทางวิชาการอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การทบทวนเอกสารในวงกว้างหรือการศึกษาติดตามประเมินผลกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในประเทศหรือต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ
- 5) การศึกษาจะนำเสนอทางเลือกในการพัฒนากลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ(Health Screening) ในประเทศไทย ไม่เกิน 3 ทางเลือก เพื่อนำสู่การตัดสินใจในเชิงระบบต่อไป ทั้งนี้เป็นการพัฒนาทางเลือกที่น่าจะเป็นโดยหลักการ ซึ่งอาจไม่สามารถกำหนดได้รองรับบริบททางการเมืองทั้งในระดับประเทศ และภายในระบบสุขภาพ การนำไปใช้อาจต้องปรับเปลี่ยนรายละเอียดบางประการไปตามสถานการณ์

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) หมายถึง การตรวจสุขภาพของผู้ที่ยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาโรคและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ ทั้งนี้ไม่รวมถึง (1) การตรวจสุขภาพผู้มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย หรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และ (2) การตรวจสุขภาพผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น [สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระเบียบวาระที่ 2.4 เรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน, 8 พฤศจิกายน 2556]

การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม หมายถึง การตรวจสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชา โดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ที่มุ่งเน้นการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะทำเฉพาะรายการที่มีข้อมูล หลักฐานที่บ่งชี้แล้วว่ามีประโยชน์คุ้มค่าแก่การตรวจ เพื่อค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องแต่เนิ่นๆ [สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระเบียบวาระที่ 2.4 เรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน, 8 พฤศจิกายน 2556]

กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างองค์กร ทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นหน่วยงานที่เป็นอิสระ เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน หรือเป็นคณะกรรมการภายใต้กำกับของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชน ที่จะมีภารกิจหน้าที่ ครอบคลุมแต่ไม่จำกัดอยู่เพียงเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม การตรวจสอบ ควบคุม มาตรฐาน การให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ประชาชน และติดตามการดำเนินงานของบริการตรวจ

สุขภาพในระดับชาติ ทั้งนี้อาจเป็นระบบงานที่กลไกดำเนินการเอง หรือประสานให้หน่วยงานอื่นที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการก็ได้

ระเบียบวิธีการศึกษา

การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Focus group) ร่วมกับการจัดทำกรณีศึกษา (Case studies)

วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานโครงการแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การเตรียมข้อมูลและฐานความรู้เพื่อการทำงาน และส่วนที่ 2 การสังเคราะห์เนื้อหาหลักของข้อเสนอทางวิชาการ

ส่วนที่ 1 การเตรียมข้อมูลและฐานความรู้เพื่อการทำงาน

1. ประชุมร่วมกับผู้ประสานงานโครงการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อกำหนดคณะทำงานในโครงการฯ และทาบทามเข้าร่วมโครงการ คณะทำงานจะเป็นกลุ่มผู้ดำเนินการหลักของโครงการเพื่อพัฒนาข้อเสนอฯ
2. ประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงและทบทวนประเด็นต่อไปนี้
 - a. กรอบแนวคิด และวิธีการดำเนินงานของโครงการในแต่ละระยะ
 - b. กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เพื่อเป็นคนที่ปรึกษาเพื่อให้ข้อมูลและข้อคิดเห็น (Key informants) ในระยะต่อไปของการทำงาน โดยหลักการจะประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากหน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ ผู้ทรงคุณวุฒิจากบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน ผู้แทนจากแพทยสภาหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ ผู้บริหารของโรงพยาบาลภาครัฐ และภาคเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นแพทย์ปฏิบัติงานหรือดูแลคลินิกที่ทำหน้าที่ด้านการตรวจสุขภาพ ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และผู้แทนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - c. กำหนดการจัดทำบทเรียนกรณีศึกษา ประเด็นบทสรุปสำคัญที่ควรได้รับจากกรณีศึกษาแต่ละเรื่อง ภายใต้กรอบระยะเวลารวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเบื้องต้น ไม่เกิน 2 เดือน
 - d. ร่างกรอบทางเลือกเบื้องต้น สำหรับเป็นต้นร่างในการจัดทำรายละเอียดและวิเคราะห์
 - e. วาระการประชุมคณะทำงานครั้งที่ 2 และชุดคำถามเพื่อแลกเปลี่ยนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญที่กำหนดไว้

3. มอบหมายคณะทำงานจัดทำและถอดบทเรียนกลไกที่ทำหน้าที่ที่เทียบเคียงกับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพ 5 เรื่อง ประกอบด้วย

- (1) กรณีศึกษาระบบการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย
- (2) กรณีศึกษา Glucosamine ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และ
- (3) กลไกดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ และกำกับดูแลบริการตรวจสุขภาพในต่างประเทศ
- (4) กระบวนการ กลไกและเกณฑ์พิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (5) บริบทของการตรวจสุขภาพในประเทศไทย

ทั้งนี้โดยกำหนดเบื้องต้นให้เนื้อหาเชิงวิเคราะห์ของบทเรียนแต่ละเรื่อง ประกอบด้วย

- a. ที่มาของสถานการณ์หรือปัญหาเชิงระบบที่นำไปสู่การจัดตั้งกลไกดังกล่าว
- b. องค์ประกอบเชิงโครงสร้างองค์กรของกลไก และความสัมพันธ์เชิงระบบกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ
- c. วิธีการหรือแนวทางในการดำเนินงาน
- d. ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ หรือไม่สำเร็จของการดำเนินการของกลไกตามกรณีศึกษานั้นๆ

หากที่ประชุมคณะทำงานเห็นร่วมกันว่าควรปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมประเด็นในจุดใดที่จะให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ตรงกับการใช้งานมากกว่า อาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

4. จัดประชุมสนทนากลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ตามชุดคำถามที่กำหนด วิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญ เพื่อทบทวน
5. ประชุมคณะทำงานร่วมกันเป็นระยะ เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าเชิงเนื้อหา และแลกเปลี่ยนประเด็นสำคัญก่อนจัดทำเป็นบทความประกอบรายงานกรณีศึกษาแต่ละเรื่อง

ส่วนที่ 2 การสังเคราะห์เนื้อหาหลักของข้อเสนอทางวิชาการ

1. ประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์และจัดทำสรุปประเด็นหลักของกรณีศึกษา และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้ยึดประเด็นหลักจากหัวข้อการทบทวนเป็นหลัก
2. จัดทำร่างเกณฑ์เพื่อพิจารณาทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพ ที่สอดคล้องและสามารถอธิบายได้จากข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ตามระบุไว้ตามข้อ 1
3. จัดทำกรอบทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3 ทางเลือกที่เป็นรูปธรรม ที่สอดคล้องและสามารถอธิบายได้จากข้อสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ตามระบุไว้ตามข้อ 1
4. ประชุมคณะทำงานเพื่อทบทวนและปรับปรุงประเด็นทางเลือกและเกณฑ์พิจารณา

5. ประชุมคณะทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ในการพิจารณาสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำเป็นต้องดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง ได้รับการเลือกที่จะดำเนินการต่อไป
6. ประชุมคณะทำงานเพื่อทดลองประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสอบสุขภาพ รวมถึงวิเคราะห์เงื่อนไขสำคัญ ที่เอื้อต่อทางเลือกแต่ละทางเลือก ประกอบการพิจารณาด้วย
7. วิเคราะห์ สรุปผล และบรรณาธิกร รายงานฉบับสมบูรณ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย
2. เกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ
3. แนวทางเบื้องต้นของสิ่งที่หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในภาคปฏิบัติ ควรต้องมีการดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ ได้รับการเลือกไปดำเนินการ
4. ผลการประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น

บทที่ 2

สถานการณ์และความท้าทาย ของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

บริการคัดกรองตรวจสุขภาพ หรือที่มักเรียกกันทั่วไปว่า การตรวจสุขภาพ (Health screening) ในประเทศไทยเป็นบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนของสถานการณ์ในหลายด้านและหลายมุม การประชุมสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญกับบริการตรวจสุขภาพ ทั้งกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้ที่ดูแลสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ผู้บริโภค ตลอดจนนักวิชาการด้านระบบสาธารณสุข และการจัดทำกรณีศึกษาใน 4 กรณีที่มีสถานการณ์ที่สามารถเทียบเคียงกับบริการตรวจสุขภาพในประเทศไทย บ่งชี้ถึงความท้าทายที่สำคัญของบริการตรวจสุขภาพในประเทศไทยดังนี้

1. นิยามเชิงปฏิบัติการ ขอบเขตและจุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองสุขภาพ

1.1. การตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) หรือการตรวจคัดกรองโรค (Disease screening)

ในประเทศไทย การตรวจคัดกรองสุขภาพยังไม่มีนิยามเชิงปฏิบัติการที่สามารถนำไปสู่การกำหนดขอบเขตหรือองค์ประกอบของบริการได้อย่างชัดเจน แม้ว่ามติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะให้นิยามของการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) ว่าหมายถึง การตรวจสุขภาพของผู้ที่ยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาโรคและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ โดยไม่รวมถึง (1) การตรวจสุขภาพผู้มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย หรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และ (2) การตรวจสุขภาพผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น¹ แต่นิยามดังกล่าวยังไม่ใช่นิยามที่มีการยอมรับหรือการนำไปใช้กันโดยทั่วไป อีกทั้งยังมีผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับนิยามที่จะสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (นิยามเชิงปฏิบัติการ) ตลอดจนขอบเขตของบริการมักมีการให้บริการกันอยู่โดยสถานพยาบาลต่างๆ ว่า จะถือว่าเป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพ หรือเป็นเพียงการตรวจคัดกรองโรค การตรวจคัดกรองสุขภาพควรมุ่งเน้นที่สุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือควรให้ครอบคลุมถึงการตรวจคัด

¹ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ เรื่องนโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน 2.4 ระเบียบวาระที่ 6, 2556 พฤศจิกายน

กรองโรคที่ถือเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เพื่อการวินิจฉัยโดยเร็วที่จะนำไปสู่การรักษาแต่เนิ่นๆ ด้วยหรือไม่

1.2. เทคโนโลยีทางการแพทย์กับการตรวจคัดกรองทางสุขภาพ

บริการการตรวจคัดกรองสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในหลากหลายรูปแบบ เช่น

- (1) การสอบถามข้อมูลบุคคล เช่น การถามประวัติการสูบบุหรี่, การใช้แบบประเมินสุขภาพ
- (2) การตรวจร่างกาย เช่น การวัดความดันโลหิต, การวัดดัชนีมวลกาย (BMI), การตรวจชีพจร
- (3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจภาวะโลหิตจาง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
- (4) การตรวจโดยการบันทึกภาพเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจทางรังสีวิทยา
- (5) การตรวจโดยหัตถการ เช่น การตรวจ Pap smear, การส่องกล้องทางเดินอาหาร

การตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีการให้บริการโดยสถานพยาบาลกันโดยทั่วไป ที่มักได้รับความสนใจ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยการตรวจห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและการตรวจโดยอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ มากกว่าการคัดกรองโดยการสอบถามข้อมูลบุคคลหรือการตรวจร่างกาย ทั้งนี้อาจเพราะการเชื่อมโยงการรับรู้ในเรื่องนี้กับข้อมูลบริการที่เป็นสิทธิที่สามารถให้เบิกจ่ายได้ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ (เช่นดังภาพที่ 2.1) ในขณะที่การให้ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์โดยสถานพยาบาลโดยเฉพาะภาคเอกชน มักมีเนื้อหามุ่งเน้นไปที่การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่หลายประเภทอาจมีราคาแพง ที่มักใช้เพื่อการวินิจฉัยโรคหรือติดตามโรค เช่น Tumor markers มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของชุดการตรวจ (Package) ของการตรวจคัดกรองสุขภาพ แม้ว่าในบริการคัดกรองตรวจสุขภาพของสถานพยาบาลต่างๆ จะมีองค์ประกอบของการซักประวัติหรือการตรวจร่างกายโดยแพทย์เป็นส่วนหนึ่งในบริการดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นจุดเน้น

ภาพที่ 2.1 ตัวอย่างรายการตรวจสุขภาพประจำปีที่ประชาชนพึงมีโดยโรงพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่ง ที่มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถขอใช้บริการได้

คำแนะนำสำหรับผู้ให้บริการตรวจสุขภาพเชิงรุก						
รายการตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ใช้บริการจะได้รับบริการตรวจตามรายการที่กำหนดในตาราง โดยแบ่งตาม เพศ อายุ ดังต่อไปนี้ (เป็นรายการตรวจที่กระทรวงการคลังกำหนด)						
ลำดับ	รายการตรวจ	ผู้ให้บริการ				การปฏิบัติก่อนตรวจ
		อายุไม่เกิน 35 ปี		อายุเกิน 35 ปี		
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1	เอ็กซเรย์ปอด	170	170	170	170	ไม่ต้องงดน้ำ งดอาหาร ก่อนตรวจ
2	ตรวจปัสสาวะ	50	50	50	50	
3	ตรวจอุจจาระ	70	70	70	70	
4	ตรวจมะเร็งปากมดลูกและตรวจภายในเฉพาะสตรี	-	200	-	200	
5	ตรวจส่วนประกอบของเลือด (CBC)	90	90	90	90	
6	ตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS)			40	40	งดน้ำ งดอาหาร หลังเที่ยงคืน ก่อนวัน ที่มาตรวจ
7	ตรวจไขมันในเลือด (Cholesterol)			60	60	
8	ตรวจไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (TG)			60	60	
9	ตรวจยูเรีย ในโตรเจนในเลือด (BUN)			50	50	
10	ตรวจครีเอตินีนในเลือด (Creatinine)			50	50	
11	ตรวจ SGOT			50	50	
12	ตรวจ SGPT			50	50	
13	ตรวจ ALK Phosphatase			50	50	
14	ตรวจกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)			60	60	
15	ค่าบริการทางการแพทย์	50	50	50	50	
กรณีผู้รับบริการในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ เอกชน จะตรวจเพิ่มเติมจากที่กำหนดสามารถตรวจได้โดยแจ้งให้ทีมงานตรวจสุขภาพทราบ						โดยสามารถแจ้ง งดอาหารก่อนตรวจได้

อย่างไรก็ตาม การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชี้ว่า มีแนวโน้มของการนำแบบประเมินความเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพมาใช้ในการตรวจคัดกรองสุขภาพบ้าง เช่น เพื่อทำกรมธรรม์ประกันสุขภาพ แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายทั่วไป

1.3. การตรวจคัดกรองสุขภาพในฐานะเครื่องมือเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเพื่อการคัดกรองสุขภาพเพื่อจำแนกกลุ่มคน

แม้ว่าจุดมุ่งหมายหลักของการตรวจคัดกรองสุขภาพจะเป็นไปเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับทราบสถานะของสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของตน แต่บ่อยครั้งที่การตรวจคัดกรองสุขภาพถูกนำไปใช้ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อจำแนกกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพออกจากผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการรับบุคคลเข้าทำงาน เลื่อนตำแหน่ง หรือรับเข้าศึกษาต่อ การจำแนกดังกล่าวมักเป็นไปเพื่อรับหรือไม่รับบุคคล หรืออย่างน้อยเพื่อทราบความเสี่ยงของบุคคลเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับอนาคต แนวปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งมีข้อมูลว่าเริ่มต้นในการตรวจสุขภาพของข้าราชการ ต่อมากลายเป็นการตรวจคัดกรองที่ถูกอ้างอิงนำไปบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ แม้ว่า การตรวจบางชนิดจะไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนที่ชัดเจนว่าได้ประโยชน์เพื่อการคัดกรองสุขภาพ

นอกจากนี้ มักมีข้อถกเถียงถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีต่อหน่วยงานหรือสังคม ความถูกต้องเหมาะสมตามหลักอาชีวอนามัย การเคารพสิทธิส่วนบุคคล การปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ตลอดจนประเด็นเชิงจริยธรรมอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะเมื่อมีการตรวจคัดกรองแล้วพบปัญหาทางสุขภาพ จะมีการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่องให้แก่ผู้รับบริการ

1.4. การคัดกรองเพื่อการค้นพบโรคให้รวดเร็วเพื่อป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ความรุนแรง หรือการตรวจสุขภาพเพื่อไม่ให้สบายใจว่าไม่มีโรค

ในมุมมองของประชาชนผู้บริโภค ความรู้ความเข้าใจที่มีต่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีความแตกต่างกันไปตามระดับของความรู้หรือการศึกษา มีข้อสังเกตว่าผู้รับบริการจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบจุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองสุขภาพ หลายคนไม่ได้มาตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาโรคที่อาจมีความรุนแรงหรือสามารถรักษาได้ในระยะเริ่มแรก และไม่ทราบว่าแม้เพียงบางโรคเท่านั้นที่สามารถคัดกรองเพื่อเริ่มต้นการรักษาโดยเร็วแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้ ส่วนหนึ่งตีความการไม่พบโรคจากการตรวจคัดกรองสุขภาพว่าตนมีสุขภาพหรือไม่มีโรคใดในร่างกาย ส่วนหนึ่งไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ยังเป็นปัญหากับตนอยู่ ทำให้มีข้อวิตกกังวลในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิบางส่วนว่า ความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องที่มีต่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ อาจส่งผลไปในทางตรงกันข้ามกับการสร้างเสริมสุขภาพ กล่าวคือทำให้ผู้ที่รับบริการ ดำรงชีวิตโดยประมาท ขาดพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเอง อันมีเหตุมาจากผลการตรวจที่สรุปไว้ว่า “สุขภาพ

ปกติ” นอกจากนี้การคัดกรองสุขภาพในมุมของปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนสุขภาพในองค์ประกอบที่ไม่ใช่เรื่องของความเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเป็นโรค ยังไม่ได้รับการกล่าวถึงมากนักในหมู่ผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไป²

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาทางวิชาการในวงกว้างเพียงพอในประเทศไทยเกี่ยวกับความรู้ ความคิดหรือความเชื่อของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยตรงเกี่ยวข้องกับปัจจัยใด

2. แนวทางและข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทย

2.1. แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) หรือข้อแนะนำ (Recommendation) สำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานของต่างประเทศ

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน ผู้บริโภคจำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลทางระบาดวิทยา ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนา รวบรวมและนำเสนอแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำทางคลินิกในด้านต่างๆ รวมถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น National Guideline Clearing House ของ Agency for Health Research and Quality (AHRQ) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ของประเทศสหราชอาณาจักร แต่ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานหรือกลไกที่รับผิดชอบโดยตรงในการศึกษาวิจัยและจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำในการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชนโดยเฉพาะ ทั้งในด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยทั่วไป หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทำให้ข้อแนะนำที่ใช้สำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ใช้กันในประเทศไทย มักมีที่มาจากข้อแนะนำที่มีใช้กันในประเทศอื่น ซึ่งหากเทียบเคียงกับกรณีของยา ประเทศไทยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติที่ทำหน้าที่พิจารณาว่ายาที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของคนไทย จัดทำเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือมีบทบาทเด่นชัดกว่าหน่วยงานอื่นๆ ในการเสนอแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ผ่านมา ได้แก่ ราชวิทยาลัยต่างๆ และสมาคมวิชาชีพในด้านการแพทย์ โดยเฉพาะราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ มาร่วมกันศึกษา พิจารณา และจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่เป็นการทำงานในลักษณะของการอาสาสมัคร ทำให้มีข้อจำกัดจาก การประชุมรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินการดังกล่าวจะเป็นไปตาม

² ข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนากับแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีในการให้การดูแลผู้มารับบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลภาครัฐ รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เรียบเรียงรายงานนี้

ความสนใจทางวิชาชีพ อีกทั้งการดำเนินการดังกล่าวไม่ใช่ภารกิจหลักขององค์กรเหล่านี้ ทำให้งานอาจขาดความต่อเนื่องและความยั่งยืน และมีกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ขับเคลื่อนโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมการนำแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ ไปใช้ แต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะมีการเผยแพร่แนวทางเหล่านั้นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

ล่าสุด หน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมและจัดทำแนวทางหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยได้มีการประชุมร่วมกับตัวแทนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและองค์กรวิชาชีพเฉพาะสาขาต่างๆ ในปี 2558 เพื่อสรุปแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพในคนไทย เพื่อนำสู่การใช้ประโยชน์

2.2. มุมมองความคุ้มค่าและความสามารถในการจ่ายเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า ไม่ใช่บริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีการนำเสนออยู่ในท้องตลาดของประเทศไทย จะเป็นการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการค้นหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่จะนำไปสู่การจัดการที่เหมาะสม แม้แต่แนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีใช้ในต่างประเทศก็อาจไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมหรือคุ้มค่าที่จะนำมาใช้ในการคัดกรองสุขภาพของประชาชนคนไทยเป็นการทั่วไปได้ในทุกกรณี ทั้งนี้เนื่องจากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองมีความแตกต่างกัน เช่น ความชุกของโรค ความเสี่ยงทางระบาดวิทยา ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

มุมมองเรื่องความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองสุขภาพ มีจุดพึงพิจารณาอีกกว่าเป็นการตัดสินใจในระดับปัจเจกกว่าคุ้มค่า การตัดสินใจเพื่อกลุ่มเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม หรือการตัดสินใจในภาพรวมสำหรับประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งมุมมองที่แตกต่างกัน และการให้เป็นคำแนะนำสำหรับประชากรแต่ละกลุ่ม อาจส่งผลข้อสรุปที่แตกต่างกันได้ ประสพการณ์จากเรื่องการพิจารณาเรื่อง Glucosamine ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการบ่งชี้ว่า การประกาศหรือให้คำแนะนำแก่ประชาชนในวงกว้างในเรื่องที่อาจเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับไปแล้วในวงกว้าง แต่มาพบภายหลังว่าอาจเป็นการให้สิทธิประโยชน์ที่ไม่คุ้มค่า จะเป็นการยากในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อสถานการณ์ดังกล่าวมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวข้องหลายฝ่าย และเกี่ยวข้องกับเงินหรืองบประมาณจำนวนมาก

นอกเหนือจากการพิจารณาเรื่องความคุ้มค่า ความพร้อมในการจัดบริการและสามารถในการลงทุนและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเป็นสิ่งที่ต้องนำมาประกอบการพิจารณา เนื่องจากการตรวจคัดกรองบางประเภทในประเทศไทย โดยเฉพาะการตรวจทางรังสีวิทยา หรือการตรวจที่ต้องอาศัยการทำหัตถการของแพทย์ อาจมีข้อจำกัดในด้านความพร้อมของบุคลากรเครื่องมือ และสถานที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีงบประมาณในการลงทุน รวมถึงใช้จ่ายเป็นค่าดำเนินการ

ต่อเนื่อง การเผยแพร่และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยที่ระบบหลักประกันสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานของการจัดบริการในภาครัฐ

2.3. ความเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีบทบาทอย่างมากในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น หรือเหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ ผ่านทางการกำหนดให้บริการเหล่านั้นเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองในระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าวบางส่วนหรือทั้งหมด เป็นเครื่องมือเชิงระบบที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและช่วยสร้างความเป็นธรรมในการถึงบริการให้กับประชาชนทุกกลุ่ม

ประสบการณ์ในต่างประเทศ พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร หรือประเทศสาธารณรัฐเกาหลี จะมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ และรวบรวมแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำในการทำเวชปฏิบัติด้านต่างๆ ไว้โดยเฉพาะ โดยหน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพจะเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่เป็นอิสระต่อกัน ที่จะนำแนวทางหรือข้อแนะนำเหล่านั้นมาประกอบการพิจารณา

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีการประเมินความคุ้มค่าของบริการสุขภาพต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการกำหนดไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ยังไม่ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองสุขภาพในลักษณะของการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเอง เห็นว่า การกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ควรเป็นกระบวนการทางวิชาการ ที่แยกจากการพิจารณาว่าจะบูรณาการข้อแนะนำดังกล่าวไว้เป็นสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อการแบ่งแยกความรับผิดชอบและป้องกันข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการขัดแย้งกันของผลประโยชน์ (Conflict of interest) ระหว่างประเด็นทางวิชาการ ซึ่งอาจนำไปใช้กำหนดคำแนะนำสำหรับประชาชนในวงกว้างและประเด็นทางการคลังสาธารณสุข ที่ต้องพิจารณาความคุ้มค่าหรือความพร้อมด้านทรัพยากรด้วยมุมมองที่ต่างออกไป

3. การให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเชิงธุรกิจ

3.1. ตลาดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

ตลาดสำหรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพมีความซับซ้อน เนื่องจากเป็นบริการที่ผู้รับบริการสามารถเป็นผู้ร้องขอ เลือกและตัดสินใจเข้าใช้บริการได้เอง โดยอาจได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจจากแหล่งต่างๆ ก่อนเข้ามาใช้บริการที่สถานพยาบาล (Pull decision)

ต่างจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งแพทย์มักเป็นผู้แนะนำและสั่งการรักษาให้แก่ผู้ป่วย (Push decision) ทำให้หากนำจุดมุ่งหมายของการให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพและลักษณะของกลุ่มผู้ใช้บริการมาประกอบการพิจารณา อาจสามารถแบ่งส่วนตลาดเพื่อนำไปสู่การกำหนดกลไกและแนวทางเพื่อพัฒนาบริการตรวจคัดกรองสุขภาพของประเทศได้เป็นอย่างดีน้อย 5 ส่วนตลาด ดังนี้

3.1.1. ตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ เป็นส่วนตลาดที่หน่วยงานภาครัฐมักให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพและใช้งบประมาณของรัฐ ทั้งนี้หน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพ จะเป็นผู้กำหนดไว้ให้เป็นสิทธิประโยชน์ โดยที่มาจากสิทธิประโยชน์ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เริ่มต้นไว้เป็นบรรทัดฐาน โดยภายหลังเริ่มมีการศึกษาทางวิชาการและการใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์มากำหนดเป็นกรอบ และขยายการตรวจคัดกรองออกไปนอกเหนือจากส่วนที่ถือกันว่าเป็นชุดการตรวจสุขภาพประจำปี ไปสู่การตรวจคัดกรองเฉพาะโรค เช่น การตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ตลาดส่วนนี้มีผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้มีสิทธิประกันสังคมก็สามารถใช้สิทธิได้ ผ่านทางสถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน

3.1.2. ตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อการเข้าทำงาน หรือการตรวจตามระยะเวลาปฏิบัติงานตามที่กำหนดในกฎหมายด้านแรงงานหรือการประกอบอาชีพ เป็นส่วนตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพ ที่ผู้มารับบริการอาจไม่ใช่ผู้ตัดสินใจเข้าใช้บริการ แต่มาจากข้อกำหนดตามที่นายจ้างต้องให้พนักงานที่จะเข้าทำงาน หรือทำงานอยู่แล้ว ต้องได้รับการตรวจ ซึ่งอาจเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย หรือข้อกำหนดด้านอาชีวอนามัยในการประกอบอาชีพ บางครั้งอาจขยายรวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีไปพร้อมกันในลักษณะสวัสดิการที่จัดให้กับพนักงาน ส่วนตลาดนี้ยังอาจรวมถึงการตรวจสุขภาพเพื่อขอใบรับรองแพทย์ก่อนเข้าศึกษาต่อในสถานศึกษา การรับทุนการศึกษาหรือการขอวีซ่าสำหรับการเรียนต่อหรือการทำงานในต่างประเทศด้วย ซึ่งผู้ใช้ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพไม่ใช่ตัวผู้รับการตรวจเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เป็นการยากที่แยกการพิจารณาออกไปจากประเด็นของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยรวม

3.1.3. ตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับบุคคลทั่วไป กลุ่มผู้บริโภคในตลาดส่วนนี้ มักเป็นประชาชนผู้มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการเองได้ หรืออาจได้รับสิทธิ

ประโยชน์จากนายจ้างให้ตรวจได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ที่มาขอใช้บริการตรวจสุขภาพกับสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน คนกลุ่มนี้แม้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพพื้นฐานอยู่ แต่ไม่ได้รับบริการตามสิทธิความคุ้มครองที่ได้รับ หรือรับบริการบางส่วนเพิ่มเติมจากสิทธิพื้นฐานที่มี ผู้รับบริการมักเป็นผู้ริเริ่มความคิดที่จะมาใช้บริการนี้เอง โดยอาจได้รับคำแนะนำจากครอบครัวหรือเพื่อน ตลอดจนแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นในสถานพยาบาลที่มารักษาพยาบาลอยู่ ตลอดจนสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่างๆ ที่พบเห็นได้โดยทั่วไป

สถานพยาบาลต่างๆ มักจะมีการประชาสัมพันธ์และนำเสนอบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นชุดการตรวจสุขภาพประจำปี (Package) ซึ่งมีการให้คำแนะนำให้สอดคล้องกับกลุ่มเพศและอายุ รวมถึงการตรวจเฉพาะบางรายการที่ผู้บริโภครู้สึกว่าเป็นกลุ่มโรคที่อันตรายร้ายแรงหรือคุกคามต่อสุขภาพให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้หากพบล่าช้า เช่น โรคมะเร็ง โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนมีการนำเสนอในรูปแบบของการซื้อ Package ตรวจสุขภาพให้เป็นของขวัญแก่คนที่รัก เช่น บิดา มารดา ตามกระแสผู้บริโภคที่ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น ลักษณะการตรวจคัดกรองมักมุ่งเน้นไปที่การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา ร่วมกับการตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจด้วยเครื่อง Ultrasound การตรวจร่างกายโดยแพทย์ เป็นต้น (ภาพที่ 2.2)

- 3.1.4. ตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ซึ่งส่วนตลาดนี้มีลักษณะสะท้อนความพยายามในการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงที่ปกติใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น Computerized Axial Tomography (CAT scan หรือ CT scan), Magnetic Resonance Imaging (MRI), รวมถึง Positron Emission Tomography (PET scan) มาใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรค เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้ CT colonoscopy, โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โดยใช้ CT coronary angiography, และโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ MR angiography เป็นต้น หรือแม้แต่การประชาสัมพันธ์การใช้ MRI เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพทั้งร่างกายเพื่อค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น ส่วนตลาดนี้มักเป็นเป้าหมายทางการตลาดของสถานพยาบาลในภาคเอกชน ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการที่ให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาอิสระหลายราย ทั้งนี้มีการให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเพื่อแนะนำผู้สนใจใช้บริการ และอาจมีการเสนอให้ส่วนลดราคาค่าตรวจ³ ซึ่งผู้รับบริการสามารถติดต่อเข้ารับบริการได้เองโดยไม่ต้องมีใบสั่งการตรวจรักษาของแพทย์ โดยมีข้อสังเกตว่าจุดมุ่งหมายของสถานพยาบาลส่วนหนึ่งของการดำเนินการเหล่านี้ เป็นไปเพื่อใช้เครื่องมือแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีราคาแพงให้คุ้มค่ากับการลงทุนมากขึ้น

³ การนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อ Internet โดยค้นหาผ่าน Google Search ด้วยคำสำคัญ “CT MRI PET ตรวจสุขภาพ”

ภาพที่ 2.2 ข้อมูลชุดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีการนำเสนอของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่สามารถหาอ่านได้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต

รายละเอียดการตรวจ		Advance	Active	Advance Gentleman	Active Gentleman	Advance Lady	Active Lady
ตรวจร่างกายโดยแพทย์	Physical Examination	•	•	•	•	•	•
ตรวจตา โดยจักษุแพทย์	Eye Screening	•	•	•	•		
ตรวจสุขภาพฟัน	Dental Checkup	•		•			
ตรวจความสมบูรณ์ของเลือด	Complete Blood Count	•	•	•	•	•	•
ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	Fasting Blood Sugar	•	•	•	•	•	•
ตรวจวัดระดับน้ำตาลสะสม	HbA1c			•	•	•	•
ตรวจวัดระดับไขมันในเลือด	Total Cholesterol	•	•	•	•	•	•
	Triglyceride	•	•	•	•	•	•
	LDL - Cholesterol	•	•	•	•	•	•
	HDL - Cholesterol	•	•	•	•	•	•
ตรวจการทำงานของตับ	ALT	•	•	•	•	•	•
	AST	•	•	•	•	•	•
	Albumin	•	•	•	•		
	Alkaline Phosphatase	•		•			
ตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์	TSH	•		•		•	
ตรวจการทำงานของไต	Creatinine	•	•	•	•	•	•
ตรวจหาโรคเกาต์	Uric acid	•	•	•	•	•	•
ตรวจปัสสาวะ	Urine Examination	•	•	•	•	•	•
ตรวจอุจจาระ	Stool Examination	•	•	•	•	•	
ตรวจหาค่ามะเร็งระยะต้น	Alpha Fetoprotein	•	•	•	•	•	
ตรวจหาค่ามะเร็งระยะลุกลาม	CEA	•	•	•	•	•	
เอ็กซเรย์ปอด	Chest X-ray	•	•	•	•	•	•
เอ็กซเรย์ปอดด้านข้าง	Chest Lt.Lateral	•		•			
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	Electrocardiogram (EKG)	•	•	•	•	•	•
ตรวจอวัยวะในช่องท้องส่วนบนด้วยคลื่นเสียง	Ultrasound Upper Abdomen	•	•	•	•	•	
ตรวจอวัยวะในช่องท้องส่วนล่างด้วยคลื่นเสียง	Ultrasound Lower Abdomen	•		•		•	•
ตรวจหาค่ามะเร็งต่อมลูกหมาก	PSA			•	•		
ตรวจการทำงานของหัวใจขณะออกกำลังกายด้วยวิธีเดินสายพาน	Exercise Stress Test (EST)	•		•			
ตรวจภาวะตีบตันของหลอดเลือดส่วนปลาย	Ankle Brachial Index (ABI)	•		•			
ตรวจมะเร็งปากมดลูก	Thin Prep PAP smear					•	•
ตรวจมะเร็งเต้านม	Digital Mammogram (with Ultrasound Breast)					•	
ราคา (บาท)		13,500	6,600	14,000	7,500	14,500	7,500

ที่มา: ภาพตารางการตรวจสุขภาพที่พบได้ในสื่ออินเทอร์เน็ต โดยการค้นหาผ่าน Google Search

3.1.5. ตลาดของการตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติหรือที่เป็นหนึ่งของ Medical tourism ซึ่งส่วนตลาดนี้กำลังเติบโตอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐ และขยายตัวตามธุรกิจบริการสุขภาพในภาคเอกชน โดยรายงานที่นำเสนอต่อการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยในปี 2551 ประมาณการว่าร้อยละ 21 ของนักท่องเที่ยวที่บินตรงเข้ามาเพื่อรับบริการสุขภาพในประเทศไทย (Direct fly-in) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40 ของนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการสุขภาพทั้งหมด เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพื่อรับบริการตรวจสุขภาพ ในขณะที่ร้อยละ 30 ของนักท่องเที่ยวอื่นๆ ที่มีการใช้บริการสุขภาพ จะใช้บริการตรวจสุขภาพด้วย

อย่างไรก็ตาม มูลค่าของตลาดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยเป็นเท่าใด ยังไม่เคยมีการศึกษาไว้อย่างเป็นระบบ แต่การประมาณการจากองค์กรที่ทำการวิจัยด้านตลาดสุขภาพ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ความเห็นไว้ในการสนทนากลุ่ม เชื่อว่ามีมูลค่ามากกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปี⁴ ในส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากประมาณการจากจำนวนผู้มีสิทธิ และสิทธิประโยชน์ที่วางไว้ และมีผู้ใช้บริการครบถ้วนตามสิทธิอาจมีขนาดของตลาดอยู่ที่หลายพันล้านบาท

3.2. สถานพยาบาลภาครัฐ และสถานพยาบาลภาคเอกชน ใช้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นกลยุทธ์เพื่อหารายได้

บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เป็นบริการประเภทหนึ่งของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้แทบในทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน โดยอาจเป็นส่วนหนึ่งของบริการของโรงพยาบาลระดับต่างๆ คลินิกแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือแม้แต่ศูนย์บริการที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยเฉพาะด้าน เช่น ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หรือการตรวจทางรังสีวิทยา โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีเทคโนโลยีพร้อมกว่ากลุ่มอื่น บริการตรวจคัดกรองสุขภาพมักถูกมองเป็นเครื่องมือในการหารายได้ของสถานพยาบาล ทั้งทางตรงจากค่าบริการ และทางอ้อมจากโอกาสที่จะได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในกรณีที่คัดกรองพบโรค และด้วยศักยภาพในการหารายได้ของตลาดตรวจสุขภาพนี้ โรงพยาบาลหลายแห่งจะมีการจัดตั้งคลินิก หน่วยงาน หรือศูนย์ตรวจสุขภาพขึ้นโดยเฉพาะเพื่อให้ความสะดวกในการบริการ บริหารงานและเจาะตลาดส่วนนี้ นอกจากนี้ อาจยังมีการจัดบริการเคลื่อนที่ หรือคลินิกนอกสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการที่มีลักษณะที่ติดต่อขอใช้บริการเป็นกลุ่ม เช่น เป็นสวัสดิการให้แก่พนักงานบริษัท เป็นต้น ทั้งนี้แต่ละสถานพยาบาลมักจะมีการกำหนดชุดบริการไว้เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ และอาจมีการ

⁴ ประมาณการเบื้องต้นจากข้อมูลตามการศึกษาสถานภาพและความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจบริการทดสอบทางการแพทย์ และตรวจสุขภาพในประเทศไทย ที่นำเสนอไว้ต่อกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กรอบการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการประชุมที่ปรึกษาของโครงการนี้

นำเสนอหรือปรับเพิ่มการตรวจเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง ให้แก่ผู้รับบริการตามแต่ละขอ บางสถานพยาบาลมีจัดบริการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพควบคู่กับการตรวจสุขภาพไปด้วย รวมถึงแนะนำการดูแลรักษาต่อเนื่องเมื่อพบความผิดปกติในผลการตรวจ แต่บางสถานพยาบาลจะให้บริการตรวจสุขภาพเพียงอย่างเดียว เมื่อแจ้งผลการตรวจแล้ว ก็ขึ้นกับผู้รับบริการเองว่าจะปฏิบัติตนต่อไปอย่างไร⁵

มีข้อสังเกตว่า เนื่องจากบริการตรวจคัดกรองสุขภาพมีลักษณะเป็นบริการเพื่อหารายได้ ดังนั้นการออกแบบหรือกำหนดองค์ประกอบของบริการหรือชุดตรวจสุขภาพหลายอย่าง อาจไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับว่าสามารถใช้ในการคัดกรองสุขภาพ หรือคัดกรองโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือคุ้มค่า แต่อาจเป็นวิธีการที่ปกติใช้เพื่อการวินิจฉัยหรือติดตามโรค ส่วนหนึ่งเป็นบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือคำขอของลูกค้าผู้รับบริการ หรือลอกเลียนแบบมาจากผู้ให้บริการรายอื่นๆ ซึ่งให้บริการกันอยู่โดยทั่วไป จนกลายเป็นความคาดหวังของลูกค้าไม่ให้บริการไม่ได้ เสมือนว่าขาดตกบกพร่องอะไรไป

3.3. ความสนใจของบริษัทประกันภัยที่นำเสนอกรมธรรม์ประกันสุขภาพ

ที่ผ่านมา บริษัทประกันภัยมีการขอให้ผู้เอาประกันทำการตรวจสุขภาพก่อนการขายกรมธรรม์ประกันสุขภาพหรือประกันชีวิตอยู่บ้าง โดยเฉพาะกรณีการทำประกันรายบุคคล เพื่อคัดกรองโรคที่เป็นความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะกรณีโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ผู้เอาประกันเองอาจไม่ทราบ หรือไม่ยินดีเปิดเผย แต่ข้อมูลจากการประชุมร่วมกับตัวแทนผู้บริหารของธุรกิจประกันภัยและประกันสุขภาพบ่งชี้ว่าปัจจุบันแนวโน้มของธุรกิจประกันภัยกำลังหันไปสู่การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพมากขึ้น โดยการใช้แบบสอบถามประเมินสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ร่วมกับการใช้เงื่อนไขในการทำกรมธรรม์ที่ผู้เอาประกันมีหน้าที่ต้องเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของตนเองตามที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจในการติดตามศึกษาต่อเนื่องเพื่อนำมาประกอบการจัดทำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองสุขภาพต่อไป

4. การกำกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ

4.1. การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นบริการที่ความเสี่ยงด้านคุณภาพและมาตรฐาน

ด้วยความหลากหลายของสถานพยาบาลผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ลักษณะของการให้บริการ การแข่งขันทางธุรกิจ เช่น การลดแลกแจกแถม การให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคทางสื่อต่างๆ ตลอดจนถึงความเชื่อและพฤติกรรมของประชาชนผู้บริโภค บริการตรวจคัดกรองสุขภาพจึงเป็นบริการที่มีความเสี่ยงด้านคุณภาพและมาตรฐานของบริการในหลายด้าน เช่น

⁵ ข้อมูลจากการสนทนาโดยตรงกับผู้บริหารของโรงพยาบาลภาครัฐ และผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชน

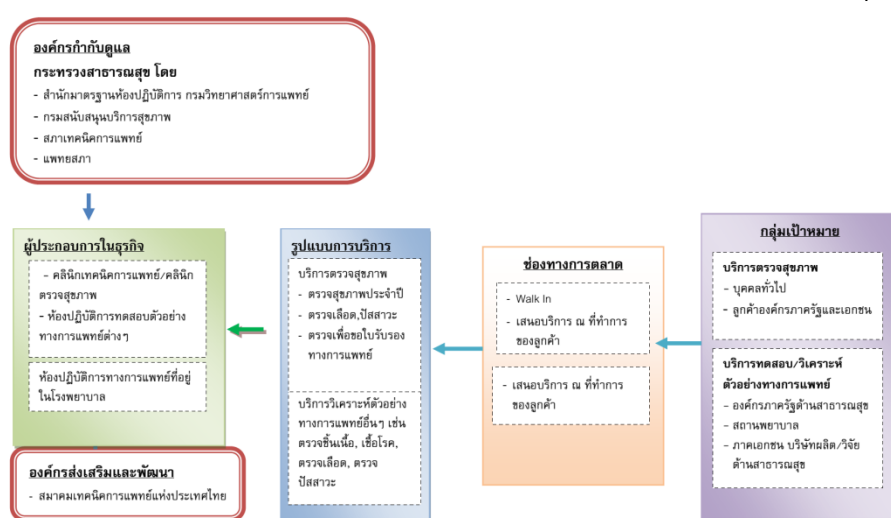
ความถูกต้องของการประชาสัมพันธ์ข้อมูลโดยสถานพยาบาล คุณภาพหรือมาตรฐานของห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ บริการในส่วนที่เป็นการประกอบวิชาชีพ การดูแลข้อมูลที่เป็นความลับทางสุขภาพและความถูกต้องของการแจ้งผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ เป็นต้น

4.2. ยังไม่มีหน่วยงานติดตามกำกับคุณภาพของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยเฉพาะ

นอกเหนือไปจากความพยายามในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรทางวิชาชีพในประเทศไทยที่เข้ามาดำเนินการในการจัดทำข้อกำหนดหรือติดตามกำกับคุณภาพของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นการเฉพาะ ว่าบริการตรวจคัดกรองสุขภาพควรประกอบด้วยขั้นตอนของบริการ องค์ประกอบของกระบวนการบริการ การให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ การจัดสถานที่ทรัพยากรบุคคล สิ่งที่พึงปฏิบัติหรือสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติอื่นๆ ควรเป็นอย่างไร แม้ว่าจะมีหน่วยงานหลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอยู่ เช่น กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้บทบาทในการรับรองคุณภาพอาจรวมถึงสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมถึงองค์กรทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องจากบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล และสมาคมเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ด้วยโครงสร้างของระบบที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามที่มีผู้วิเคราะห์ไว้ (ภาพที่ 2.3) ซึ่งให้เห็นว่ายังมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้องกับการขยายตัวของบริการด้านนี้อีกด้วย

ภาพที่ 2.2 การวิเคราะห์ภาพรวมโครงสร้างของธุรกิจการตรวจสุขภาพและการทดสอบวิเคราะห์ตัวอย่างทางการแพทย์ จากรายงานที่ทำเสนอกรมพัฒนาธุรกิจการค้า



ที่มา: สำนักบริหารการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. การศึกษาสถานภาพและความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจบริการทดสอบทางการแพทย์และตรวจสุขภาพในประเทศไทย. จัดทำโดยบริษัท ซี เอ อินเตอร์เนชั่นแนล อินฟอร์เมชั่น จำกัด. 2553.

5. บทเรียนที่สำคัญบางประการจากเทียบเคียงจากกรณีศึกษาระบบยาบัญญัติหลักแห่งชาติ และปัญหา Glucosamine

5.1 การกำหนดทิศทางของการทำงานของกลไกที่ทำหน้าที่กำกับดูแลหรือพัฒนางานให้มีความชัดเจน

- การกำหนดให้รายการแบบ Positive List หรือรายการที่อนุมัติให้เป็นสิทธิประโยชน์บริหารจัดการง่ายกว่าในรูปแบบ Negative list หรือรายการที่ยกเว้นจากสิทธิประโยชน์ เนื่องจากการใส่เพิ่มง่ายการถอดออก เพราะการได้รับง่ายยอมให้การรับรู้ที่ดีกว่าการสูญเสีย
- การติดตามประเมินผลต่อเนื่องในเชิงรุก ดีกว่าการตั้งรับ เผชิญเหตุและรอเรื่องร้องเรียน
- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในกระบวนการพิจารณาและตัดสินใจ มีความสำคัญยิ่ง

5.2 การพิจารณาทางเลือกระหว่างปรับปรุงกลไกที่มีการดำเนินการอยู่เดิม กับการจัดตั้งกลไกใหม่

- ทางเลือกที่อาจนำมาพิจารณาประกอบด้วย
 - (1) ทำงานบนพื้นฐานของกลไกเดิมที่มีอยู่ โดยจัดการความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลไกเดิม (เช่น กลไกบัญชียาหลักแห่งชาติ)
 - (2) จัดตั้งองค์กรกลางเป็นกลไกใหม่
 - (3) การใช้รูปแบบลูกผสม (hybrid) เช่น ตั้งองค์กรใหม่ แต่ใช้กลไกนโยบายเดิม ร่วมกับกลไกนโยบายใหม่ๆ
- การจัดการความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในลักษณะที่ถูกรับรู้ว่าเป็น inclusive และมีการพิจารณาการมีส่วนร่วมมากกว่าประเด็นวิชาการแต่เพียงอย่างเดียว

5.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญที่พื้งนำมาพิจารณากรณีที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ

- ผู้ป่วยและครอบครัว และผู้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
- องค์กรวิชาชีพ และองค์กรในภาควิชาการที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ให้บริการสุขภาพ
- องค์กรของรัฐในฐานะผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข
- องค์กรของรัฐผู้ควบคุมกำกับกับการดำเนินตามนโยบายการคลังของประเทศ ในฐานะตัวแทนผู้จ่ายภาษี เช่น กรมบัญชีกลาง
- ผู้ผลิตและผู้จำหน่าย รวมทั้งประเด็นการโฆษณาประชาสัมพันธ์
- ผู้ชี้แนะนโยบายและสื่อสารมวลชน

บทที่ 3

ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับ กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

1. ทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

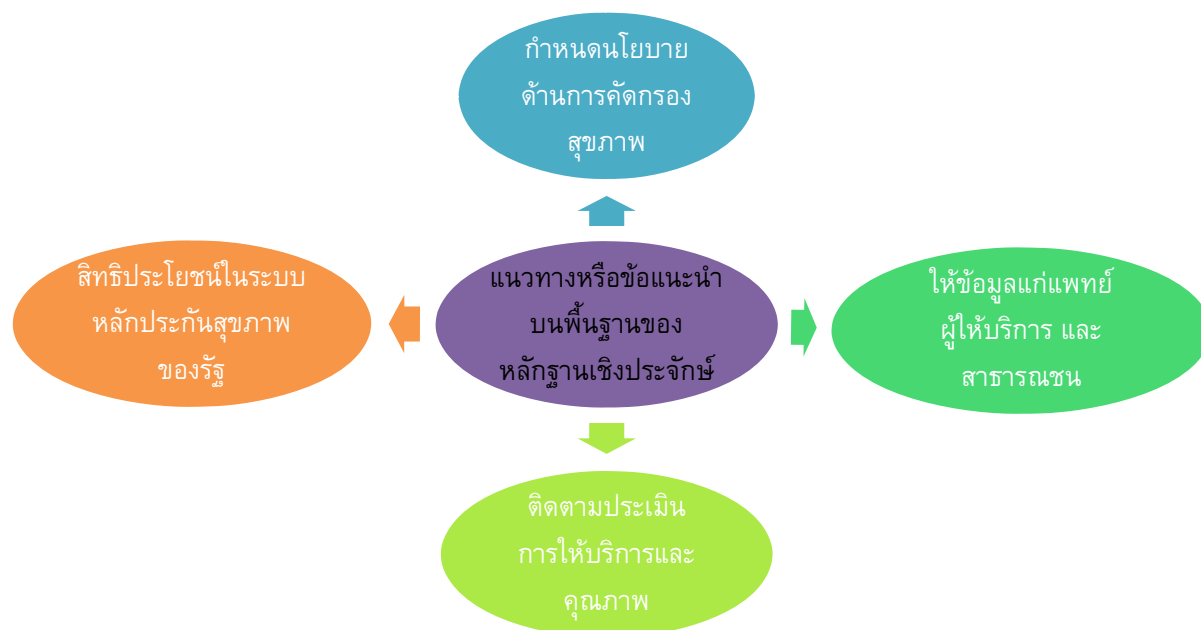
เมื่อพิจารณาบทบาทที่สำคัญที่การตรวจคัดกรองสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบทรวิเคราะห์ที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 2 ไว้ข้างต้น ร่วมกับข้อคิดเห็นจากที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองสุขภาพและกรณีศึกษาที่ได้นำมาเทียบเคียงไว้ ทำให้เห็นได้ว่าระบบงานที่สำคัญที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศ น่าจะประกอบด้วย 5 ส่วน (ภาพที่ 3.1) ได้แก่

- การพัฒนาแนวทางหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับคนไทย ครอบคลุมการกำหนดนิยามและขอบเขตของการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย การประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวน กำหนดและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ทั้งนี้โดยคำนึงถึงหลักเกณฑ์ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ศักยภาพในการให้บริการของผู้ให้บริการ และความสามารถในการจ่ายของประเทศ เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรม
- การกำหนดนโยบายด้านการคัดกรองสุขภาพ ครอบคลุม การวิเคราะห์และพิจารณาข้อมูลด้านระบาดวิทยา แนวทางหรือข้อแนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ความพร้อมและโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการ ตลอดจนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนแต่ละภาคส่วน รวมถึงให้แนวทางการบริหารจัดการการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ ให้สอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน
- การกำหนดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ครอบคลุมระบบและกลไกของหน่วยงานที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ที่จะพิจารณานำแนวทางหรือข้อเสนอแนะด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ และสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานด้านการประเมินต้นทุนและความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ไปบูรณาการไว้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม ให้ความคุ้มครองสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิตลอดจนวางกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และคุ้มค่าในมุมมองของสังคมโดยรวม ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ดังกล่าวอาจกำหนดไว้เป็นการ

ทั่วไป หรือเจาะจงกับประชากรเฉพาะกลุ่มตามลำดับความสำคัญและความพร้อมของทรัพยากรของประเทศ

- การติดตามประเมินการให้บริการและคุณภาพของบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่ การพิจารณาแนวทางหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพนำมาจัดทำข้อกำหนดและตัววัดที่เกี่ยวกับการให้บริการทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ครอบคลุมรูปแบบและประเภท การกระจายไปยังกลุ่มประชากร สถานพยาบาล คุณภาพและความถูกต้อง การได้รับการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง และข้อร้องเรียนต่างๆ ซึ่งอาจรวมถึงการเฝ้าระวังสถานการณ์การโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการปฏิบัติตามมาตรฐานรวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องของสถานพยาบาลต่างๆ นำมาเป็นวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นข้อมูลป้อนกลับ และเสนอแนะแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อบริหารจัดการต่อไป
- การให้ข้อมูลแก่แพทย์ ผู้ให้บริการ และสาธารณชน เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ครอบคลุมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ และการบูรณาการแนวทางและข้อแนะนำต่างๆ เข้าสู่กระบวนการเรียนการสอนของแพทย์ ทั้งแพทยศาสตรบัณฑิตและการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้เกิดการให้คำแนะนำการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประชาสัมพันธ์คำแนะนำและข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงให้แก่ประชาชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่สนใจให้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพดังกล่าว กับบุคลากรในองค์กร หรือเป็นส่วนหนึ่งในการทำประกันสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นแหล่งอ้างอิง เมื่อต้องการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ภาพที่ 3.1 ระบบงานที่สำคัญด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ



ด้วยระบบงานที่สำคัญ 5 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้แก่

- หน่วยงานด้านนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย), กระทรวงแรงงาน และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- หน่วยงานด้านวิชาการ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องของแพทยสภา, และมหาวิทยาลัยต่างๆ
- หน่วยงานด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาล เช่น กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กระทรวงอื่นๆ ที่มีสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานในสังกัด, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหน่วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
- กลไกกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สมาคมนิติการแพทย์ และสภาการพยาบาล
- หน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง บริษัทประกันภัยที่จำหน่ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ เป็นต้น
- หน่วยงานด้านบริการ ได้แก่ สถานพยาบาลผู้ให้บริการทั้งรัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาลคลินิก ศูนย์บริการตรวจทางรังสีวิทยา รวมถึงห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อิสระต่างๆ รวมถึงแพทย์ และสถาบันผลิตแพทย์ต่างๆ
- หน่วยงานภาคสังคม เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสื่อสารมวลชน
- ประชาชนผู้บริโภค ซึ่งอาจหมายรวมถึง ประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ โดยทั่วไป และผู้ประกอบการอาชีพที่ต้องการการตรวจสุขภาพบางประเภทตามที่กำหนดไว้โดยเฉพาะ

เมื่อนำสถานการณ์ต่างๆ มาประกอบการพิจารณาร่วมกับระบบงานที่สำคัญและความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ทางเลือกที่น่าเป็นไปได้ของการกำหนดกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย จะมีการดำเนินการต่อไป น่าจะประกอบด้วย 3 ทางเลือก ได้แก่ (1) การเป็นหน่วยงานกลางในกำกับของรัฐ (2) การให้เป็นภารกิจของหน่วยงานภายในของกระทรวงสาธารณสุข และ (3) การตั้งคณะกรรมการระดับชาติเพื่อบริหารจัดการโดยมีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีรองรับและให้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ทั้งนี้ การปล่อยสถานการณ์ในการกำกับดูแลบริการตรวจสุขภาพที่มีการดำเนินการอยู่ดังเช่นปัจจุบัน ไม่ถือเป็นทางเลือกที่ควรนำมาพิจารณา

1) กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปหน่วยงานกลาง ในกำกับของรัฐที่มีความเป็นอิสระ

กลไกตามทางเลือกรูปนี้ มีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

- มีกฎหมายรองรับในจัดตั้งและการปฏิบัติให้เป็นไปตามภารกิจ ทั้งนี้อาจจัดตั้งโดยมีพระราชบัญญัติ หรือกฎหมายในลักษณะอื่นรองรับความเป็นองค์กร กำหนดภารกิจ ขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน
- ดำเนินการภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยอาจให้อยู่ภายใต้การกำกับของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขแล้วแต่กรณี
- มีคณะกรรมการอำนวยการเพื่อกำกับดูแลหน่วยงาน และมีคณะที่ปรึกษาที่ให้มีการมีส่วนร่วมจากภาควิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านนโยบาย กำกับ คุณภาพมาตรฐาน วิชาชีพ หลักประกันสุขภาพและประชาชนผู้บริโภค
- มุ่งเน้นระบบงานครอบคลุมทั้ง 5 ด้านที่เสนอไว้ โดยมีโครงสร้างองค์กร และระบบงานเป็นของตนเอง แต่อาจดำเนินการเองบางส่วนเอง หรืออาจจัดจ้าง หรือสร้างความร่วมมือกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอก เป็นผู้ดำเนินการ
 - (1) การดำเนินการครอบคลุม การจัดทำแนวทางหรือข้อเสนอแนะด้านการตรวจคัดกรอง สุขภาพ การติดตามประเมินการให้บริการและคุณภาพ และการให้ข้อมูลต่อแพทย์ ผู้ให้บริการและประชาชน
 - (2) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อ รับทราบและกำหนดนโยบาย รวมถึงกรณีที่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการ กำกับดูแลส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - (3) ประสานกับหน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อกำหนดบริการตรวจคัด กรองสุขภาพให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรบุคคลในการดำเนินการในระดับหนึ่ง ที่ สามารถดำเนินการตามระบบงานเชิงระบบได้

2) การมอบหมายให้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานในกำกับดูแลของ กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ หรือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

กลไกตามทางเลือกรูปนี้ มีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

- เป็นหน่วยงานภายใน หรือภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข
- ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการลักษณะอักษรจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ปฏิบัติภารกิจในการพัฒนาบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ตามระบบงานที่กำหนด โดยอาจดำเนินการเองหรือประสานกับหน่วยงานอื่นในการ

ดำเนินการ ทั้งนี้หน่วยงานที่มีความเหมาะสมได้แก่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

- ให้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองสุขภาพ ที่ให้มีการมีส่วนร่วมจากภาควิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านนโยบาย กำกับคุณภาพ มาตรฐาน วิชาชีพ หลักประกันสุขภาพและประชาชนผู้บริโภค ซึ่งจะมาจากส่วนราชการ อื่นภายในกระทรวงสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่ และหน่วยงานภายนอก
- มุ่งเน้นระบบงานครอบคลุมทั้ง 5 ด้านที่เสนอไว้ โดยมีโครงสร้างองค์กรและระบบงาน ดำเนินการเองครอบคลุมการจัดทำแนวทางหรือข้อแนะนำด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ การติดตามประเมินการให้บริการและคุณภาพ และการให้ข้อมูลต่อแพทย์ ผู้ให้บริการและประชาชนเป็นหลัก โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบและกำหนดนโยบาย รวมถึงกรณีที่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการกำกับดูแลส่วนที่เกี่ยวข้อง และประสานกับหน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อกำหนดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรบุคคลในการดำเนินการในระดับหนึ่ง ที่สามารถดำเนินการตามระบบงานเชิงระบบได้

3) กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปคณะกรรมการระดับชาติ มีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีรองรับ โดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

กลไกตามทางเลือกนี้ มีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

- จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติ ในรูปแบบลักษณะคล้ายกับคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ โดยมีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีรองรับ เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่กำหนด ครอบคลุมระบบงานหลักทั้ง 5 ด้าน
- องค์ประกอบคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนผู้บริหารของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและตัวแทนภาคส่วนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ รวมถึงภาคประชาชน มีผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการยอมรับเป็นประธาน และมีผู้ที่ได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ
- มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ซึ่งในเบื้องต้น หน่วยงานที่เหมาะสมที่สุด ได้แก่ กรมการแพทย์ โดยมีการมอบหน้าที่และกำหนดโครงสร้าง กรอบงบประมาณและบุคลากรรองรับการทำงานที่ชัดเจน และมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมเป็นฝ่ายเลขานุการและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการศึกษาวิจัยในฐานะหน่วยงานวิชาการภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

- มุ่งเน้นระบบงานครอบคลุมทั้ง 5 ด้านที่เสนอไว้ โดยมีโครงสร้างองค์กร และระบบงานเป็นของตนเอง แต่อาจดำเนินการเองบางส่วนเอง หรืออาจจัดจ้าง หรือสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอก เป็นผู้ดำเนินการ
 - (1) การดำเนินการครอบคลุม การจัดทำแนวทางหรือข้อเสนอแนะด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ การติดตามประเมินการให้บริการและคุณภาพ และการให้ข้อมูลต่อแพทย์ผู้ให้บริการและประชาชน
 - (2) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบและกำหนดนโยบาย รวมถึงกรณีที่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการกำกับดูแลส่วนที่เกี่ยวข้อง
 - (3) ประสานกับหน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อกำหนดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรบุคคลเพื่อดำเนินงานในระดับหนึ่งตามระบบงานเชิงการจัดการองค์กร และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการดำเนินโครงการเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบที่กำหนดไว้ เช่น การพัฒนาข้อเสนอแนะ การศึกษาสถานการณ์และประเมินผล เป็นต้น

ทางเลือกทั้งสามเปรียบเทียบกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันตามกรอบระบบงาน 5 ด้าน สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 3.2 ต่อไปนี้

ภาพที่ 3.2 การเปรียบเทียบกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3 ทางเลือก

ระบบงาน	ทางเลือกที่ 1	ทางเลือกที่ 2	ทางเลือกที่ 3	สภาพปัจจุบัน
	หน่วยงานอิสระโดยมีกฎหมายรองรับ	หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการระดับชาติ	
จัดทำแนวทาง/ข้อเสนอแนะ	- ดำเนินการเอง หรือ บริหารให้มีผู้ดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- ดำเนินการเอง หรือ บริหารให้มีผู้ดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- ดำเนินการเอง หรือ บริหารให้มีผู้ดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- ราชวิทยาลัยแพทย์ จัดทำตามโอกาส - กรมการแพทย์รวบรวม
กำหนดนโยบาย	- จัดประชุมหรือรวบรวม ข้อมูลเสนอหน่วยงานที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย	- จัดประชุมหรือรวบรวม ข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย	- ดำเนินการเองเพื่อจัดทำร่างนโยบายเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำสู่การปฏิบัติ	- ไม่มีชัดเจน
สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกัน	- จัดประชุมหรือรวบรวม ข้อมูลเสนอหน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพเพื่อพิจารณา	- จัดประชุมหรือรวบรวม ข้อมูลเสนอหน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพเพื่อพิจารณา	- จัดประชุมหรือรวบรวม ข้อมูลเสนอหน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพเพื่อพิจารณา	- ราชวิทยาลัยแพทย์ จัดทำตามโอกาส
ติดตามประเมินคุณภาพ	- ดำเนินการเอง หรือ บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง	- บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- ไม่มีชัดเจน
ให้ข้อมูลแพทย์และสาธารณะ	- ดำเนินการเอง หรือ บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- บริหารให้มีผู้รับไปดำเนินการ โดยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทางวิชาการ	- ราชวิทยาลัยผู้จัดทำ เผยแพร่แก่แพทย์ - กรมการแพทย์ประกาศ ทดลองใช้ในกระทรวง สาธารณสุข - ไม่มีผู้ดูแลในส่วน ของประชาชนทั่วไป

2. เกณฑ์เพื่อพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

ข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์จากกรณีศึกษาในต่างประเทศ และกรณีศึกษาเกี่ยวกับยาในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ บ่งชี้ว่าการดำเนินการในการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยมีปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ที่ควรนำมาใช้เป็นเกณฑ์เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของแต่ละทางเลือกที่นำไปข้างต้น ซึ่งผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายสามารถนำมาประกอบการพิจารณา ได้แก่

- (1) การได้รับการยอมรับจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยอมรับที่มีต่อหน่วยงานหรือกลไกที่ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้หน่วยงานที่ต้องนำแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการตรวจคัดกรองสุขภาพไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในแง่มุมต่างๆ สามารถเกิดขึ้นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การนำไปบูรณาการไว้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ การนำไปบูรณาการในการเรียนการสอนและฝึกอบรมของแพทย์ การนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการหรือประชาชนทั้งในส่วนทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน เป็นต้น

ปัจจัยหลายประการส่งผลต่อการยอมรับของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น ความเชื่อถือในการทบทวนหรืออ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์, ความโปร่งใสและเป็นกลางทางวิชาการ, ความสามารถในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวทางหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจสุขภาพและติดตามกำกับบริการ, การเอื้ออำนวยให้เกิดความยืดหยุ่นที่จะนำข้อเสนอแนะไปใช้ในทางปฏิบัติทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน เป็นต้น

- (2) ความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการ ซึ่งในที่นี้ครอบคลุมถึงระยะเวลาที่ต้องใช้ในการจัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่กำหนดไว้ได้

ความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการ ขึ้นกับความยากง่ายในการเตรียมการเชิงโครงสร้างในการบริหารจัดการ ความจำเป็นที่ต้องมีหรือร่างกฎหมาย ข้อบังคับหรือประกาศที่เกี่ยวข้อง ความจำเป็นที่ต้องมีการเจรจาทกลงกับผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ความเห็นร่วมของรูปแบบการทำงาน และการระดมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการในระยะเริ่มต้น เช่น งบประมาณ สถานที่ และบุคลากร โดยเฉพาะประธานคณะกรรมการหรือหัวหน้าคณะทำงานและสมาชิก ที่จะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนา

- (3) ความยั่งยืนและต่อเนื่องของการดำเนินการ หมายถึงโอกาสหรือความเป็นไปได้ที่กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพนี้ จะสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดช่วงหรือเปลี่ยนแปลงไปตามความสนใจของผู้เกี่ยวข้อง หรือการหมดวาระหรือเปลี่ยนแปลงวาระของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อาจมีความสนใจหรือนโยบายส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป ซึ่งมักส่งผลต่อการสนับสนุนทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณหรือบุคคลต่อกลไกที่ทำหน้าที่อยู่อย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มักส่งผลต่อความยั่งยืนหรือความต่อเนื่องของการดำเนินการ มักได้แก่ ความเป็นทางการของโครงสร้างองค์กรของกลไกที่กำหนดขึ้น มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน การเป็นองค์กรที่มีกรอบงบประมาณหรือกรอบอัตรากำลังที่ได้รับการจัดสรรมาเป็นการเฉพาะ

รวมถึงสามารถบริหารให้ได้รับการติดตามและการให้ความสนใจสนับสนุนจากกลไกหรือหน่วยงานอื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

- (4) โอกาสการพัฒนาไปสู่องค์กรความเชี่ยวชาญ อันเป็นส่วนหนึ่งที่จะนำไปสู่การยอมรับหรือเชื่อถือของฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระบบสถานพยาบาล แพทย์ผู้ให้การดูแล และประชาชน เนื่องจากการดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นบริการที่ต้องมีการศึกษา วิจัยและอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักฐานทางวิชาการอยู่ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีการสะสมความรู้และเรียนรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการที่รอบด้าน อีกทั้งแนวทางหรือข้อแนะนำด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนการดูแลรักษาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต่อเนื่องต่อไป

โอกาสการพัฒนาไปสู่องค์กรความเชี่ยวชาญ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดึงดูดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญหรือทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การเกาะติดกับสถานการณ์ให้สามารถดำเนินการได้ตามกรอบเวลาจนบรรลุผลความสามารถในการจัดการความรู้ รวมถึงความมีตัวตนให้เป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง

- (5) ความสามารถในการสื่อสารและเผยแพร่สารสนเทศแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ครอบคลุมถึงทั้งแพทย์สถาบันการศึกษา ประชาชนผู้บริโภค ผู้กำหนดนโยบาย รวมถึงผู้บริหารองค์กรต่างๆ โดยการบริหารจัดการการสื่อสารอย่างครอบคลุม เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย สามารถเป็นศูนย์กลางสำหรับการอ้างอิงทางวิชาการ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาให้แก่ประชาชนเมื่อมีข้อสงสัย หรือต้องการร้องเรียน และสามารถสื่อสารแก่ข้อสงสัยในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือสูญเสียผลประโยชน์ ด้วยความโปร่งใส และการยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้

ความสามารถในการสื่อสารจำเป็นต้องอาศัยความรู้จริงในเรื่องที่ดำเนินการที่เป็นมาอย่างต่อเนื่อง ความยืดหยุ่นขององค์กรในการเปิดรับแนวคิดในการสื่อสารใหม่ ความไวต่อเหตุการณ์ ความเป็นกลางและการบริหารจัดการร่วมกับแนวร่วมและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมอย่างใกล้ชิด

- (6) ความสามารถในการประสานไปสู่การบังคับใช้กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับในกรณีจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการ เนื่องจากความหลากหลายและความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการที่หลากหลายและมีผลประโยชน์ทางธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภค

การประสานไปสู่การบังคับใช้กฎหมาย ขึ้นอยู่กับความเข้าใจและความร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานอื่นๆ ของรัฐบาล หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้บริการรวมถึงหน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

3. ผลประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบการตัดสินใจในโอกาสต่อไป

ทางเลือก 3 ทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่มีการนำเสนอไว้ก่อนหน้านี้ มีจุดเด่นและข้อจำกัดในการนำมาดำเนินการให้เกิดประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ด้วยเงื่อนไขหลายประการขึ้นกับผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายต้องการให้ความสำคัญกับประเด็นตามเกณฑ์พิจารณา 6 ด้าน ในด้านใดมากกว่ากัน ขึ้นกับจุดมุ่งหมายของการพัฒนาในระยะยาว และระยะสั้น

ทางเลือกที่ 1 จัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปหน่วยงานกลางในกำกับของรัฐที่มีความเป็นอิสระ ซึ่งทางเลือกนี้มีจุดเด่นหลายประการโดยเฉพาะในเรื่องความยั่งยืนและความต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากจะเป็นกลไกที่มีภารกิจเฉพาะ ทำหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด มีทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณรองรับชัดเจน นอกจากนี้ยังมีโอกาสสูงที่จะพัฒนาไปสู่องค์กรที่มีความเชี่ยวชาญได้ง่ายกว่าทางเลือกอื่นๆ ในระยะยาว สามารถพัฒนาระบบงานหลายด้านที่จำเป็นไว้กับองค์กรได้ เช่น การวิจัยและพัฒนาแนวทางหรือข้อแนะนำ การติดตามประเมินการใช้บริการและคุณภาพ การสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศให้แก่แพทย์ ผู้ให้บริการ ประชาชน สังคม สาธารณะที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ สามารถเลือกได้ว่าจะดำเนินการเอง หรือบริหารในลักษณะเครือข่ายหรือจัดจ้างให้มีผู้รับไปดำเนินการ

อย่างไรก็ตาม ทางเลือกนี้จะต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการเตรียมการ ทั้งในด้านกฎหมาย และระบบในการบริหารจัดการองค์กร อีกทั้งการเสนอเป็นองค์กรใหม่ อาจมีบทบาทที่ทับซ้อนกับหน่วยงานที่เคยดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อโต้แย้งที่ต้องอภิปรายและวางแผนการทำงานไม่เกิดความขัดแย้งกับหน่วยงานอื่นๆ ได้ หรือนโยบายของรัฐบาลอาจไม่สนับสนุนให้มีหน่วยงานของรัฐที่เป็นองค์กรอิสระใหม่ๆ เกิดขึ้น ตลอดจนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประสานการบังคับใช้กับกฎหมายกับส่วนราชการต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่กำกับดูแลสถานพยาบาลหรือคุ้มครองผู้บริโภคในด้านบริการสุขภาพ

ทางเลือกที่ 2 มอบหมายให้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานในกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ หรือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย มีจุดเด่นที่สามารถเริ่มดำเนินการได้อย่างรวดเร็วในส่วนของระบบงานที่สอดคล้องกับภารกิจขององค์กรที่มีอยู่แล้ว เช่น การทบทวนและศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำนิยามเชิงปฏิบัติการ และพัฒนาแนวทางหรือข้อตกลงเพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงการวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามประเมินการใช้บริการและคุณภาพของการบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ หรือเพื่อให้มีกระบวนการทบทวนประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบเป็นระยะ และยังสามารถ

เอื้อต่อการประสานให้มีการบังคับใช้กฎหมายแก่ผู้ให้บริการที่ดำเนินการผิดกฎหมายหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคได้ หากมีส่วนเกี่ยวข้อง

กระนั้นทางเลือกที่ 2 นี้จะมีข้อจำกัดด้านการได้รับความยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะภาคส่วนที่ทำงานด้านวิชาการและผู้ให้บริการภาคเอกชน ความยั่งยืนและความต่อเนื่องของการดำเนินการซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเมื่อมีการปรับเปลี่ยนนโยบายของกระทรวงหรือความสนใจของผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับขีดความสามารถในด้านการสื่อสารหรือเผยแพร่แนวทางหรือข้อเสนอแนะสู่สาธารณะในวงกว้างจากแนวทางการทำงานตามระบบราชการโดยปกติ

ทางเลือกที่ 3 กำหนดให้กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในรูปคณะกรรมการระดับชาติ มีกฎหมายรองรับโดยมีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ มีจุดเด่นที่สนับสนุนการดำเนินการตามทางเลือกนี้ คือ ต้องการความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการที่ไม่สามารถรอกระบวนการทางกฎหมายและกระบวนการทางบริหารที่ยาวนานนักได้ ในขณะที่สามารถสร้างการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องได้รับด้านมากกว่าทางเลือกที่ 2 เนื่องจากมีโครงสร้างคณะกรรมการที่มีกฎหมายหรือมติคณะรัฐมนตรีรองรับ เหมือนเช่นคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ สร้างการมีส่วนร่วมในระดับอำนาจการได้กว้างขวาง และระดมความร่วมมือด้านวิชาการและการสนับสนุนทางทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวข้องกับการดำเนินการหลายๆ ส่วนให้มาสนับสนุนการทำงานได้ ซึ่งสามารถนำบทเรียนจากการดำเนินการเกี่ยวกับบัญชาหลักแห่งชาติเป็นกรณีเทียบเคียงเพื่อพัฒนาการทำงานได้

อย่างไรก็ตามทางเลือกนี้มีเงื่อนไขแห่งความสำเร็จที่สำคัญ คือ ความน่าเชื่อถือของคณะกรรมการฯ และการมอบหมายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ว่าจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเข้มแข็งหรือไม่ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม รวมถึงการประสานการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องว่าจะดำเนินการได้ดีเพียงใด

ทั้งนี้การประเมินโดยองค์รวมตามเกณฑ์พิจารณา 6 ด้านที่วางไว้ ดังแสดงในภาพที่ 3.3 บ่งชี้ให้เห็นว่าทางเลือกที่ 3 น่าจะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่าทางเลือกอื่นๆ ในระยะสั้นถึงระยะกลาง อย่างไรก็ตามทางเลือกที่ 1 จะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจขึ้นหากเป็นเพื่อเป้าประสงค์ในระยะยาว และหน่วยงานดังกล่าวสามารถดำเนินการร่วมกับภารกิจอื่นได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าหรือประสิทธิภาพของการลงทุนในการจัดตั้งองค์กรใหม่ เช่น การพัฒนาและติดตามแนวทางเวชปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะของประเทศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น อนึ่งการกำหนดทางเลือก อาจดำเนินการร่วมกันได้ โดยบริหารจัดการให้เหมาะสมกับช่วงระยะเวลา โดยอาจให้ใช้ทางเลือกที่ 2 ก่อนในระยะสั้น จนกว่าจะสามารถดำเนินการตามทางเลือกที่ 3 ได้ และรอเวลาที่เหมาะสมร่วมกับงานด้านอื่นๆ เพื่อกลับมาพิจารณาความเหมาะสมของทางเลือกที่ 1 เป็นต้น

ภาพที่ 3.3 การเปรียบเทียบทางเลือกสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์พิจารณา

เกณฑ์พิจารณา	ทางเลือกที่ 1	ทางเลือกที่ 2	ทางเลือกที่ 3
	หน่วยงานอิสระโดยมีกฎหมายรองรับ	หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการระดับชาติ
การได้รับการยอมรับจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ปานกลาง: - มีความเป็นกลาง แต่ต้องพิสูจน์ตนเองเพื่อสร้างการยอมรับจากหน่วยงานอื่น รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข	น้อยที่สุด: - มุมมองมักจำกัดอยู่ในส่วนของเครือข่ายบริการของกระทรวงฯ การดำเนินการเปลี่ยนไปตามผู้กำหนดนโยบายได้บ่อย	มากที่สุด: - หากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญมีส่วนร่วมในคณะกรรมการฯ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเข้มแข็ง
ความรวดเร็วในการเริ่มดำเนินการ	ใช้เวลามากที่สุด: - ต้องผ่านกระบวนการพูดคุยตกลงกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกระบวนการทางกฎหมาย	ใช้เวลาน้อยที่สุด: - จัดประชุมหรือรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดนโยบาย	ใช้เวลาเตรียมระยะหนึ่ง: - ดำเนินการเองเพื่อจัดทำร่างนโยบายเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำสู่การปฏิบัติ
ความยั่งยืนและต่อเนื่องของการดำเนินการ	มากที่สุด: - มีกฎหมายรับรองภารกิจ วางระบบงานรองรับได้ครบวงจร - มีโครงสร้างองค์กร และช่องทางรับการจัดสรรทรัพยากรที่ชัดเจน	น้อยที่สุด: - เสี่ยงสูงต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแนวทางการบริหารงานภายในกระทรวงฯ เมื่อเปลี่ยนผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหาร	ปานกลาง: - มีบทเรียนปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่เรียนรู้ได้จากคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ
โอกาสการพัฒนาไปสู่องค์กรความเชี่ยวชาญ	มากที่สุด: - องค์กรยั่งยืน มีทรัพยากรสนับสนุนต่อเนื่อง สร้างบุคลากรมืออาชีพที่มีความก้าวหน้าตามสายงานได้	น้อยที่สุด: - บุคลากรผู้รับผิดชอบหลักหรืองานด้านวิชาการมักหมุนเวียน เป็นข้อจำกัดในการสะสมองค์ความรู้	ปานกลาง: - สร้างความเชี่ยวชาญผ่านโครงสร้างและสมาชิกของคณะกรรมการและคณะทำงานที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก
ความสามารถในการสื่อสารและเผยแพร่สารสนเทศแก่ผู้เกี่ยวข้อง	มากที่สุด: - สามารถออกแบบองค์กรตามการวิเคราะห์สมรรถนะหลักที่ต้องการเพื่อรองรับระบบงานที่กำหนดไว้ได้ ทั้งที่ต้องทำเองและดำเนินการร่วมกับผู้อื่น	น้อยที่สุด: - มีข้อจำกัดตามโครงสร้างการทำงานภายในกระทรวงฯ ที่ผ่านมามีช่องทางจำกัดกว่าทางเลือกอื่นในการระดมความเชี่ยวชาญจากหน่วยงานภายนอก	ปานกลาง: - สร้างความเชี่ยวชาญผ่านการจัดโครงสร้างของคณะกรรมการและคณะทำงานที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก และความเป็นศูนย์กลางการอำนวยความสะดวกของคณะกรรมการ
ความสามารถในการประสานไปสู่การบังคับใช้กฎหมาย	น้อยที่สุด: - ไม่สามารถดำเนินการเองได้ ต้องประสานไปยังหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการอื่นๆ	มากที่สุด: - อยู่ในระบบบริหารจัดการของกระทรวงฯ เต็มรูปแบบ ผู้บริหารสามารถจัดความสัมพันธ์ภายในได้ตามความเหมาะสม	ปานกลาง: - อยู่ในระบบบริหารจัดการของกระทรวงฯ แต่ต้องประสานเชื่อมโยงการพิจารณาของคณะกรรมการฯ กับโครงสร้างบริหารของกระทรวงฯ

4. แนวทางเบื้องต้นที่หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในภาคปฏิบัติควรดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ได้รับการเลือกไปดำเนินการ

ข้อมูลจากการวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ใช้ประกอบการพิจารณาจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ร่วมกับข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากที่ปรึกษาของโครงการที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินการหลายส่วน นอกเหนือไปจากในส่วนของการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพที่จะจัดตั้งให้มีขึ้น การดำเนินการเหล่านี้จะมีส่วนเสริมให้กลไกการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 การดำเนินการที่จำเป็น ไม่ว่าทางเลือกใดจะได้เลือกให้ดำเนินการ

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานเชิงนโยบายและติดตามการดำเนินการตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ จัดให้มีการประชุมร่วมกับหน่วยงานระดับนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน เพื่อพิจารณาเลือกทางเลือกของการจัดตั้งกลไกดังกล่าวที่เห็นว่ามีประโยชน์และมีความเป็นไปได้สูง นำเสนอและติดตามสนับสนุนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานทางวิชาการ ควรพิจารณาแผนงานวิจัยเชิงระบบในระยะสั้นถึงกลาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ของตลาดระบบบริการตรวจสุขภาพในองค์ประกอบด้านต่างๆ ในทุกส่วนตลาด ทั้งในเชิงปริมาณ เช่น ขนาดตลาด จำนวนและประเภทผู้ให้บริการ และเชิงคุณภาพ เช่น พฤติกรรมของประชาชนผู้รับบริการ รูปแบบการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลป้อนเข้าให้แก่กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ ตลอดจนพิจารณาแผนงานวิจัยที่จะสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบงานที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ
- หน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพและประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง บริษัทประกันภัยที่จำหน่ายกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการศึกษาติดตามสถิติและรูปแบบการใช้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงควรมีการทบทวนแนวทางและหลักเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพื่อมีส่วนร่วมในการวางแนวทางร่วมกันสำหรับการพิจารณาสหสิทธิประโยชน์ของบริการในด้านนี้ให้สอดคล้องกัน รวมทั้งรับแนวทางที่ได้ตกลงร่วมกันผ่านกลไกพัฒนาระบบฯ ไปปฏิบัติให้เกิดรูปธรรม

- ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องของแพทยสภา, สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ มหาวิทยาลัย ตัวแทนสถานพยาบาลและตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วมในคณะกรรมการ หรือคณะทำงานต่างๆ ที่จะจัดตั้งขึ้น เพื่อทบทวนทางวิชาการในการกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ รวมถึงการจัดทำแนวทางหรือข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองสุขภาพที่จะมีขึ้น
- หน่วยงานด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาล เช่น กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กระทรวงอื่นๆ ที่มีสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานในสังกัด, สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และหน่วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีส่วนร่วมในการวางแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการทบทวน ตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (หากมีความจำเป็น) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดแผนงานสนับสนุนการสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนากลไกการสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชน รวมถึงเสริมพลังสื่อมวลชน เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นระบบ

4.2 การดำเนินการเพิ่มเติม ที่ขึ้นอยู่กับว่าทางเลือกใดได้รับเลือกไปดำเนินการ

การดำเนินการในบางส่วนต่อไปนี้เพิ่มเติมอาจมีความแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับแต่ละทางเลือกของการจัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ทั้งนี้ประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับแต่ละทางเลือก ได้แก่

- กรณีเลือกทางเลือกที่ 1 หน่วยงานด้านนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข อาจต้องเป็นตัวกลางร่วมกับหน่วยงานทางวิชาการ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องของแพทยสภา จัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานในการดำเนินการ เพื่อขับเคลื่อนและผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการอื่นๆ ตามระบบงาน 5 ด้านที่วางไว้ไปพลางก่อน
- กรณีเลือกทางเลือกที่ 2 หน่วยงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ควรเข้าไปมีส่วนร่วม และบทบาทเชิงรุกในการดำเนินการเกี่ยวกับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพื่อช่วยเพิ่มมุมมองของผู้รับผิดชอบภายในกระทรวงสาธารณสุข และแนะแนวทางการดำเนินการให้เกิดความร่วมมือในภาคส่วนต่างๆ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข
- กรณีเลือกทางเลือกที่ 3 กระทรวงสาธารณสุขควรมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการวางระบบงานและทบทวนโครงสร้างองค์กรของหน่วยงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการระดับชาติที่จะจัดตั้งขึ้น ในฐานะฝ่ายเลขานุการ และหน่วยงานที่จะมีบทบาทอย่างสำคัญและเป็นผู้ดำเนินการนำแนวทางต่างๆ ที่ได้กำหนดไปสู่การปฏิบัติ

4.3 การติดตามประเมินผลความก้าวหน้า และผลสำเร็จของการดำเนินการ

การให้มีกลไกระดับชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพ จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ ควรมีการติดตาม ทบทวนความก้าวหน้าและผลสำเร็จเป็นระยะ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำมาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจปรับปรุงและแก้ไขการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนต่อไป โดยประเด็นที่ควรมีการติดตามประเมินผลได้แก่ประเด็นต่อไปนี้

- 1) ความก้าวหน้าของการจัดตั้งกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพตามที่ได้มีการตัดสินใจเลือกไว้แล้ว
- 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญที่การบริหารจัดการกลไกเพื่อพัฒนาระบบฯ
- 3) แนวทางหรือข้อแนะนำเพื่อการตรวจสุขภาพที่เป็นผลผลิต หลักเกณฑ์ วิธีการ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของแนวทางที่แนะนำ
- 4) ความสำเร็จในการนำแนวทางหรือข้อแนะนำด้านการตรวจสุขภาพไปจัดทำนโยบายด้านการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศ
- 5) การยอมรับแนวทางหรือข้อแนะนำโดยมีการนำไปใช้อ้างอิงในการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ
- 6) การยอมรับแนวทางหรือข้อแนะนำโดยมีการนำไปใช้อ้างอิงในการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของภาคเอกชน
- 7) การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบและเนื้อหาของการนำเสนอชุดบริการตรวจสุขภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน
- 8) การเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ รวมถึงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังการรับการตรวจสุขภาพ
- 9) คุณภาพของบริการตรวจสุขภาพและการรายงานผลการตรวจสุขภาพประเภทต่างๆ
- 10) การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบและเนื้อหาของการประชาสัมพันธ์บริการตรวจสุขภาพ
- 11) ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของประชาชนในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพในกลุ่มวัยและระดับความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการดูแลสุขภาพของตนเองภายหลังรับทราบผลของการตรวจสุขภาพแล้ว
- 12) การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจสุขภาพ รวมถึงการนำกรณีที่เกิดขึ้นไปใช้เพื่อปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบและกระบวนการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ภาคผนวก

1. กรณีศึกษาระบบการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย
2. กรณีศึกษาการพิจารณา Glucosamine ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
3. กรณีศึกษาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ และกำกับดูแลบริการตรวจสอบสุขภาพในต่างประเทศ
4. กรณีศึกษากระบวนการ กลไก และเกณฑ์พิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. บริบทของการตรวจสอบสุขภาพในประเทศไทย
6. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1
7. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 2

1. กรณีศึกษาระบบการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติของไทย

1.1 ที่มาของสถานการณ์หรือปัญหาเชิงระบบที่นำสู่การจัดตั้งกลไกดังกล่าว

การกำหนดยาจำเป็น หรือ Essential medicines นั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ได้นำหลักการนี้มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ความชุกของโรค หลักฐานทางวิชาการทั้งในแง่ประสิทธิภาพและความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข⁽¹⁾ ทั้งนี้รายการยาจำเป็นดังกล่าวไม่ได้ถูกกำหนดเพื่อให้เป็นมาตรฐานโลก แต่เป็นเพียงแนวทางให้ประเทศสมาชิกทั้งหลายถือหลักในการสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และเป็นการพัฒนาคลังของระบบยาในประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการจัดซื้อจัดหา การเก็บรักษา ตลอดจนการประกันคุณภาพยา⁽²⁾

โดยเหตุผลและที่มาอันเดียวกัน ประเทศไทยได้ประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยาและจัดทำ “บัญชียาจำเป็นแห่งชาติ” ฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยจัดให้มียาปลอดภัย มีคุณภาพดี ในราคาพอสมควรกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะยาสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศ และการพัฒนายาสมุนไพรและยาแผนโบราณ ต่อมาได้กำหนดให้สอดคล้องกับหลักการของ WHO ให้เป็น “บัญชียาหลักแห่งชาติ” ในปี พ.ศ. 2539 และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง จนมาถึงฉบับล่าสุดคือ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2556⁽³⁾

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคต่าง ๆ สูงขึ้น ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยจำเป็นซึ่งมีความหลากหลายทั้งชนิด จำนวนและราคา ส่งผลโดยตรงต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค จากผลการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่าในปี 2553 มูลค่าการบริโภคยาในประเทศเป็นเงินกว่าหนึ่งแสนสามหมื่นล้าน มีอัตราการเพิ่มสูงกว่าการเพิ่มขึ้นของการลงทุนด้านสุขภาพ และสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ แนวโน้มยานำเข้าเพิ่มสูงเร็วมาก เมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์ในประเทศ โดยกลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ยาด้านการติดเชื้อ ยากลุ่มระบบหัวใจหลอดเลือด และยากลุ่มทางเดินอาหาร นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติปี 2550- 2556 ให้ความเห็นว่า “แนวโน้มการเพิ่มของมูลค่าการบริโภคยาที่สูงมากนี้ เกิดจากทั้งราคายาที่สูงขึ้นเนื่องจากการมีสิทธิบัตร การที่คนไทยเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ที่สำคัญที่สุดเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมเกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม รวมทั้งการที่คนไทยมีอายุยืนขึ้นและมีโรคเรื้อรังมากขึ้น”⁽¹⁾ นำไปสู่การวางแผนและนโยบายแห่งชาติด้านยาซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดคือ พ.ศ. 2554⁽²⁾ โดยกำหนดให้

- ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน
- การประกันคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยา

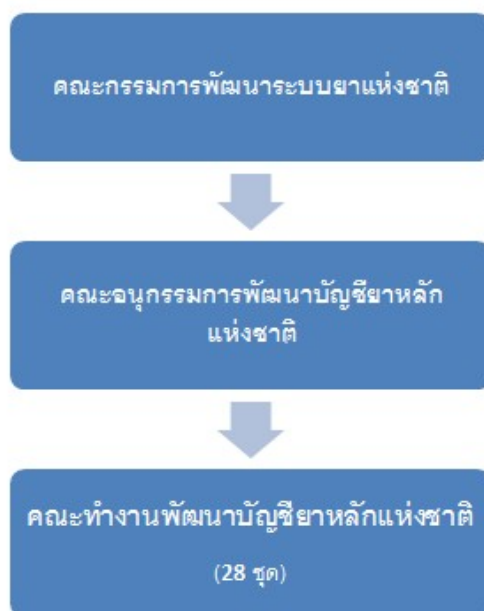
- การสร้างเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผล
- การส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นอย่างเสมอภาค ยั่งยืน ทันการณ์
- การสร้างกลไกการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ
- อุตสาหกรรมยามีการพัฒนาจนประเทศสามารถพึ่งตนเองได้

บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นกลไกหนึ่งในการส่งเสริมระบบการใช้อย่างสมเหตุผลของประเทศให้เป็นไปตามนโยบายยุทธศาสตร์การใช้อย่างสมเหตุผล ตามหลักปรัชญาคือการจัดให้มีรายการยาที่มีความจำเป็นอย่างพอเพียง (Optimum list) สำหรับป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใสและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา ให้สามารถเข้าถึงยาได้ โดยสามารถใช้จ่ายได้ตรงกับโรค และส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ไม่ใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น (การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ ทันเวลา คุ่มค่า และเหมาะสมทั้งชนิด ยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา และระยะเวลาใช้ยา) และบัญชียาหลักแห่งชาติยังเป็นรายการยาสำหรับระบบประกันสุขภาพใช้เป็นแนวทางกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยา (pharmaceutical benefit scheme) ของผู้ถือสิทธิในระบบประกันสุขภาพดังกล่าว

การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย เพื่อให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุมชนิดของยาที่จำเป็นในการแก้ปัญาสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่การปรับปรุงแนวทางการประเมินยา การพิจารณา หากมีข้อมูลใหม่ ระบบการทบทวนยาเป็นกลุ่มหรือทั้งบัญชีโดยใช้ข้อมูลความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ สุขภาพและผลกระทบทางงบประมาณมากขึ้นและส่งเสริมการใช้จ่ายตามบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงเป็นกลยุทธสำคัญตามยุทธศาสตร์และนโยบายดังกล่าว

1.2 องค์ประกอบเชิงโครงสร้างองค์กรของกลไก และความสัมพันธ์เชิงระบบกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ

โครงสร้างการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วยคณะกรรมการดังภาพต่อไปนี้



คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 คณะอนุกรรมการ ได้แก่

- คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
- คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยา ซึ่งประกอบด้วย คณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยา 5 คณะ
 - 1) คณะทำงานกำหนดราคากลางยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 2) คณะทำงานกำหนดราคากลางยาแผนไทย
 - 3) คณะทำงานกำหนดราคากลางยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 4) คณะทำงานกำหนดราคากลางยารักษาโรคมะเร็งและยาที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน
 - 5) คณะทำงานกำหนดราคากลางยากลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและยารักษาแผลที่ทางเดินอาหาร
- คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย
 - 1) คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดเลือกยาแผนปัจจุบัน 20 สาขา
 - 2) คณะทำงานคัดเลือกยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 3) คณะทำงานคัดเลือกยากำพร้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ

- 4) คณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 5) คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 6) คณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี⁽²⁾
- 7) คณะทำงานต่อรองราคายาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 8) คณะทำงานติดตามและประเมินผลบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 9) คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อสรรหาคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 10) คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อพิจารณบัญชีย่อยของสาขาจิตเวชศาสตร์
- 11) คณะทำงานจัดทำปรัชญาการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.3 ที่มาของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

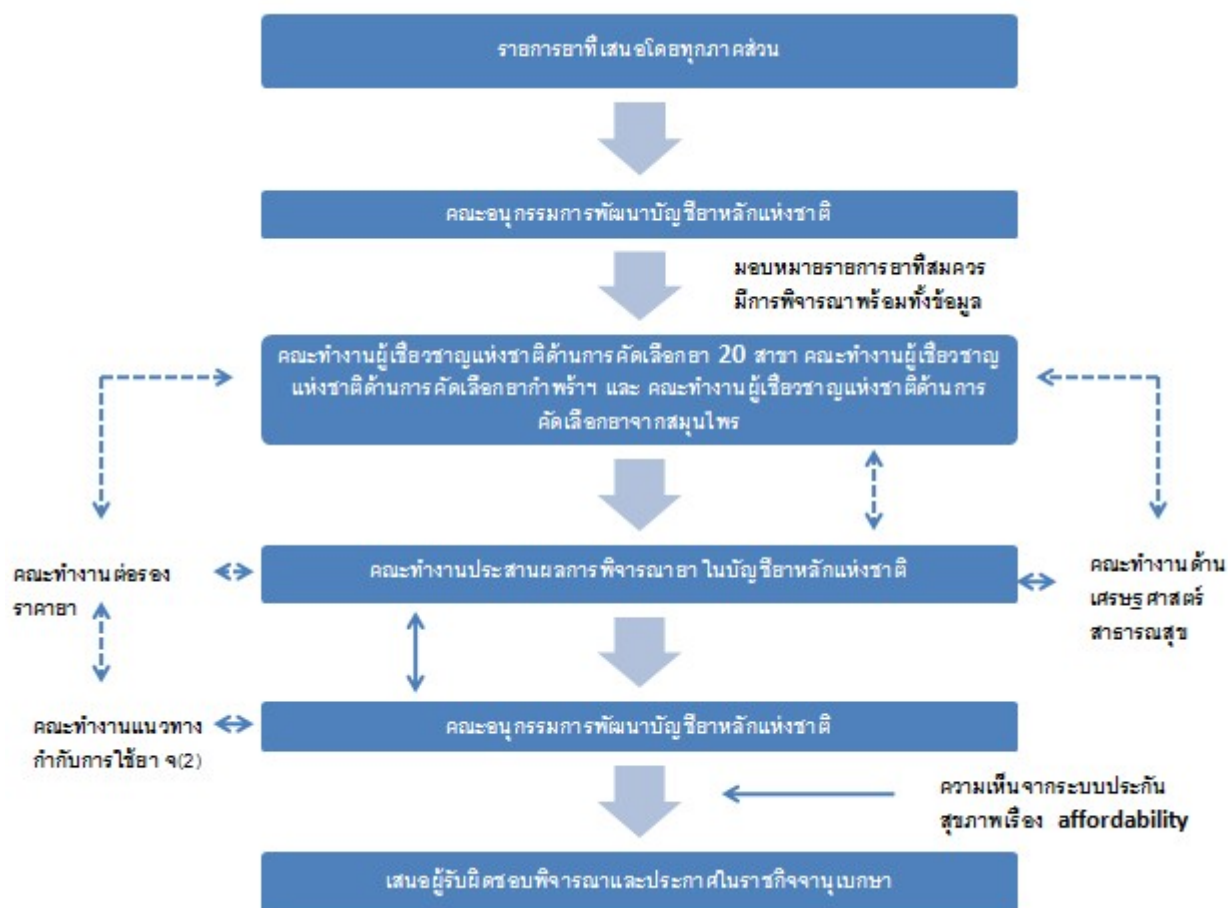
กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งทำงานภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีวาระการทำงาน 3 ปี ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้ง และบุคคลผู้เป็นอนุกรรมการประมาณครึ่งหนึ่งมาโดยตำแหน่ง ได้แก่ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน, เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้แทน, อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้แทน อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกหรือผู้แทน, ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน, ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน, นายกสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลหรือผู้แทน, รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาที่ได้รับมอบหมาย โดยมีผู้อำนวยการสำนักยาหรือผู้แทนเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ และเภสัชกรที่เลขานุการคณะกรรมการอาหารและยามอบหมายจำนวน 2 ท่านเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ นอกจากนั้นมาจากการคัดเลือกโดยจะเป็นผู้แทนจากหลายภาคส่วน เช่น ตัวแทนจากราชวิทยาลัยต่างๆซึ่งเป็นแพทย์ ตัวแทนจากสภาเภสัชกรรม ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

1.4 อำนาจหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ 2555 - 2558

- ปรับปรุงปรัชญา หลักการ และเกณฑ์การพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งเกณฑ์จริยธรรมในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ
- พิจารณาและคัดเลือกรายการยาที่คณะทำงานเฉพาะสาขาหรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องเสนอเพื่อพิจารณาว่ายาใดสมควรเป็นยาหลักแห่งชาติ
- พิจารณาแก้ไข ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้เหมาะสม ทันสมัยสอดคล้องกับความเป็นไปในการใช้ในปัจจุบัน และความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการ
- ติดตาม รวบรวม ประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อประกอบการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

- แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามที่มอบหมาย

องค์ประกอบเชิงโครงสร้างองค์กรของกลไกและความสัมพันธ์เชิงระบบภายในองค์กร



1.5 วิธีการหรือแนวทางในการดำเนินงาน

แนวทางการพิจารณาคัดเลือกยาให้เป็นยาหลักแห่งชาติ

- ยาที่จะได้รับการคัดเลือกให้เป็นยาหลักแห่งชาติจะพิจารณาจากเกณฑ์ 3 ด้านหลักๆ ได้แก่
 - 1) มีหลักฐานว่ามีประสิทธิผล ปลอดภัย (efficacy and safety) พิจารณาจากข้อมูลทางวิชาการ ใช้ระบบการให้คะแนนเปรียบเทียบยาชนิดต่างๆ ควบคู่กับการประเมินราคายาต่อหน่วยของคุณภาพ ซึ่งระบบคะแนนที่ใช้คือ ISafe Score (Information, Safety, administration restriction and frequency of dose, and Efficacy)
 - Information เป็นค่าคะแนนของความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งได้มาจากข้อมูล สองส่วน ส่วนแรกเป็นปริมาณของเอกสารที่ได้รับการตีพิมพ์ของรายการยาที่พิจารณา (quantity of publications) นำมาเปรียบเทียบกับปริมาณเอกสารของ ยาที่เป็นตัวเปรียบเทียบ และข้อมูล

ส่วนที่สองคือ คุณภาพของเอกสาร (quality of documents) ซึ่งสืบค้น จากฐานข้อมูล Micromedex® ที่ได้ประเมินคุณภาพ เอกสารการศึกษาวิจัยไว้ โดยแยกประเมินระหว่างการศึกษาวิจัยในผู้ใหญ่และเด็ก แต่ละส่วนมีคะแนนสูงสุดเป็น 1 เมื่อได้ข้อมูลทั้งสองส่วนจะนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต้ม ความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งคะแนนสูงสุดเท่ากับ 1 เช่นเดียวกัน

- การให้แต้มคะแนนในส่วน ประสิทธิภาพของยา (efficacy) โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูล Micromedex®, BMJ clinical evidence, Cochrane review ซึ่งการประเมินประสิทธิภาพจะแยกประเมินตามข้อบ่งใช้ และแยกพิจารณาระหว่างการใช้ในผู้ใหญ่และเด็ก ใน ส่วนนี้คะแนนเต็มเท่ากับ 1 เช่นเดียวกัน

- ความปลอดภัยในการใช้ ยา (safety) เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของความเสี่ยงในการใช้ยาซึ่งรวมถึงข้อควรระวังและ ข้อห้ามใช้ (precautions and contraindications) อาการ ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง (severe adverse effect) และ ปฏิกริยาระหว่างยา (drug interactions) โดยฐานข้อมูลที่ ใช้ประกอบการพิจารณาอ้างอิงจาก Micromedex®, Medscape Druginfo Database และ Clinical Pharmacology ซึ่งการให้คะแนนขึ้นกับความสำคัญมากน้อยต่างกัน ความถี่ของการเกิดอาการไม่พึง ประสงค์และความรุนแรงของปัญหา สำหรับยาที่มีการศึกษาใหม่ๆที่พบว่ามีประสิทธิภาพและมี ความปลอดภัยในกลุ่มประชากรที่ศึกษา ยังคงต้องรอ ประเมินความปลอดภัยอีกระดับหนึ่งในกลุ่มประชากร จริงเมื่อยาออกสู่ท้องตลาด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา (.อย) ได้กำหนดให้ยาที่ได้รับการขึ้น ทะเบียนใหม่ต้องมีการติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program, SMP) อย่างน้อยหนึ่งถึงสองปียาเหล่านี้ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นยาหลักแห่งชาติ เว้นเสียแต่จะเป็นยาที่จำเป็นต้องใช้ ไม่มีวิธี การรักษาอื่นทดแทนได้ทั้งนี้ต้องมีประโยชน์เหนือความ เสี่ยงอย่างเห็นได้ชัดหรือเป็นยาที่สามารถช่วยเพิ่มการแข่งขัน และลดการผูกขาด ที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลด ลงอย่างชัดเจน เช่น ยาต้านไวรัส เป็นต้น

- administration restriction and frequency of dose ผู้ป่วยโรค เรื้อรังมีปัญหาในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา และ อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษา 8-10 ดังนั้น การพิจารณาคัดเลือกยาหลักแห่งชาติจึงคำนึงถึงความ สะดวกในการใช้ยาของผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงความ สะดวกในการบริหารยาของผู้ให้บริการ นอกจากนี้แล้ว ความถี่ในการใช้ยาถือเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการ หนึ่ง ยาที่ต้องให้บ่อยๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการ ใช้และไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งส่งผลต่อการ รักษาได้ 9 โดยการให้คะแนนของการไม่มีข้อจำกัดในการ ให้ยาและการใช้ยารวันละครั้งจะเท่ากับ 1 และคะแนนลด ลงตามลำดับเมื่อมี ข้อจำกัดและความถี่ที่มากขึ้น

นอกจากนี้มีการประเมินราคาด้วยดัชนี EMCI (Essential Medicine Cost Index) ซึ่งเป็นอีกเครื่องมือที่ใช้ประเมินราคา โดยนำราคายาต่อวันหารด้วยคะแนน ISaE ซึ่งการคำนวณขนาดยาต่อวันนั้นใช้ฐานข้อมูลจาก WHO กำหนดเป็น DDD (Defined Daily Dose) 11 ราคาที่นำมาคำนวณได้มาจากรฐานข้อมูลการจัดซื้อยาซึ่งรวบรวม โดยศูนย์ข้อมูลข่าวสาร

ด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (Drugs and Medical Supplies Information Center, DMSIC) การเฉลี่ยราคายาระหว่าง original product และ generic product และการเฉลี่ยราคาตาม สัดส่วนปริมาณการใช้ยา ยาที่มีราคาประหยัดจะมีค่า ดัชนี EMCI ที่ต่ำอย่างไรก็ตาม การคัดเลือกยาแต่ละ รายการจะต้องผ่านเกณฑ์ ISaFe ก่อนจึงจะนำมาพิจารณา ดัชนี EMCI

- 2) มีความคุ้มค่า (Cost effectiveness) การพิจารณาความคุ้มค่าของยาจะใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าของยาที่ 1.2 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อประชากร 1 คน (Gross National Income per capita หรือ GNI per capita) คือไม่เกิน 160,000 บาท ต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น รายได้ประชาชาติต่อประชากรไทย 1 คนได้จากรายงานของธนาคารโลก
 - 3) รัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายของยานั้นได้ (affordability) ดัชนี ISaFe และ EMCI เป็นข้อมูลสำหรับประกอบการพิจารณาเท่านั้น การพิจารณาจะคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย ในภาพรวมของประเทศ ความสามารถในการจ่ายของประเทศ (Affordable) และความเสมอภาค (equity) เป็นอีกประเด็นที่ต้องนำมาใช้ในการประเมินคัดเลือกยาหลักแห่งชาติ เนื่องจากทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่ จำกัด หากยามีราคาแพงโอกาสการเข้าถึงยากก็จะลดลง อีกทั้งกองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนต้องแบกรับภาระหนัก และอาจลดความสามารถในการสนับสนุนได้ ดังนั้น ความคุ้มค่าของการรักษาด้วยยารายการนั้น จึงต้องมีการประเมินเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจโดย ประเมินผลกระทบทางการเงินในช่วง 5-10 ปีข้างหน้า โดยการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณจะประเมินทั้งผลกระทบด้านงบประมาณจากยาที่เสนอให้เป็นยาหลักแห่งชาติ และผลกระทบด้านงบประมาณในภาพรวมที่เป็นงบประมาณที่เพิ่มขึ้น (Incremental budget) จากการมียานานใหม่ที่ใช้ทดแทนเทคโนโลยีการรักษาเดิมที่ใช้อยู่
- เกณฑ์พิจารณาคัดเลือกยาแผนปัจจุบัน ยาจากสมุนไพร และยากำพร้า ให้เป็นยาหลักแห่งชาติ อาจแตกต่างกันได้ ซึ่งมีการไต่ถามทำงานพิเศษในการพิจารณา
 - การพิจารณาคัดเลือกยาหลักแห่งชาติอาศัยข้อมูลวิชาการเป็นหลักร่วมกับพิจารณาของ คณะทำงานฯ และอนุกรรมการฯ โดยต้องคำนึงถึงความจำเป็นของยานานนั้น ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเป็นสำคัญ
 - การพิจารณาคัดเลือกยาหลักแห่งชาติในกรณีที่มีการเปรียบเทียบคุณสมบัติของยาหลายขนาน คณะทำงานฯ และคณะอนุกรรมการฯ จะพยายามใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การพิจารณา ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาแผนปัจจุบันจะพยายามใช้ดัชนี ISaFe ประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาที่เสนอกับยาอื่นที่มีข้อ บ่งชี้ เดียวกันตาม Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC Code) และยาหลักแห่งชาติอื่น

การคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ⁽³⁾ เป็นไปตามขั้นตอนต่อไปนี้



1.6 ปัจจัยสำคัญที่นำสู่ความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการดำเนินการตามกลไกตามกรณีศึกษานั้น ๆ

* ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

1) การมีระบบหลักประกันสุขภาพกับการใช้ยาในบัญชียาหลัก และ สปสช.ทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งในการต่อรองราคายากับทางบริษัทยา

2) การใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบปิด (Close- end): capitation เป็นการเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะการบริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ใช้การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group) สำหรับบริการผู้ป่วยในซึ่งโรงพยาบาลจะต้องรับภาระเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมรายจ่าย

3) การใช้ระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม เช่น ระบบจัดหาแบบรวมศูนย์ (Central Procurement) และ Vendor Management Inventory (VMI) ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งในการบริหารสินค้าคงคลัง สำหรับยาแพง ทำให้โรงพยาบาลไม่ต้องรับภาระในการบริหารจัดการ

4) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรวิชาชีพต่างๆ ราชวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ ภาคประชาชน

5) การทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้เสีย

6) การศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลเชิงวิชาการที่สำคัญ

7) การใช้กระบวนการ Health technology assessment ร่วมกับวิจรรณญาณของคณะทำงานฯ และอนุกรรมการฯ โดยคำนึงถึงความจำเป็นของยานานนั้น ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเป็นสำคัญ

*** ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค**

1) การใช้ระบบการจ่ายเงินแบบเปิด (Opened- end): ระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งใช้การจ่ายเงินตามรายการบริการ (fee for services) อันอาจเป็นแรงจูงใจให้มีสิ่งใช้บริการการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น (supply induced demand) ทำให้ควบคุมรายจ่ายด้านยาได้ยาก

2) การที่แพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องมีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest) ในการเลือกจ่ายยา โดยอาจจะเป็นตัวแทนที่บริษัทให้ช่วยนำเสนอขายของตนเข้าในบัญชียาหลักฯ

3) การตอบสนองต่อนโยบายระดับโลก เช่น มติของ World Health Assembly คณะกรรมการจะมีวาระสามปี นอกจากนี้กรรมการที่มาโดยตำแหน่งมักส่งผู้แทนมา ซึ่งการเปลี่ยนคณะกรรมการบ่อยทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการทำงาน

4) การทำงานของทีมเลขานุการ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้เกิดความล่าช้า เช่น การที่ต้องตามเรื่องหรือหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ ส่วนใหญ่ยาแต่ละตัวจึงต้องใช้เวลานานถึงสามปีในการพิจารณา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้เสนอยานั้นๆ ไม่ทราบขั้นตอน หรือไม่มีความพร้อมเตรียมไว้แต่แรก ยาบางตัวแม้มีข้อมูลว่ามีความคุ้มค่า แต่เนื่องจากมีผู้ที่จำเป็นต้องใช้จำนวนมาก ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นรัฐบาลและ สปสช.จึงพิจารณาว่าไม่ควรอยู่ในบัญชียาหลัก ในทางตรงข้ามยาบางชนิด ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แต่มีผู้จำเป็นต้องใช้น้อย กลับได้รับการพิจารณารับรอง ส่วนหนึ่งเพราะมีผลต่อภาคประชาชน หรือมีผู้ช่วยพูดรับรอง (Lobby) รวมทั้งกรณีที่เสนอโดยอาจารย์แพทย์อาวุโส ภาคประชาชนที่เข้ามาเป็นตัวแทนขาดความรู้เชิงลึก ทำให้พบปัญหาในการให้ความเห็นไม่มากเท่าที่ควร และอาจมีการกดดันจากกระแสสังคมซึ่งมีผลต่อการพิจารณา โดยเฉพาะกรณีที่มีความก้ำกึ่งในการพิจารณา ก็อาจจะเป็นพวกมากลากไป ระบบการส่งต่อและการพิจารณาแต่ละขั้นตอนยังมีความล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/4042>
2. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555- 2559 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ISBN 987-974-244-330-6
3. <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/essential/list>

2. กรณีศึกษาการพิจารณา Glucosamine ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

2.1 ที่มาของสถานการณ์

วิธีการหรือแนวทางการพิจารณาคัดเลือกยา ให้เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ **Glucosamine**

กรณีศึกษาการยกเลิกการใช้สิทธิเบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียาหลัก 4 รายการ รวมทั้งยา Glucosamine ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นกรณีศึกษาที่เหมาะสมในการถอดบทเรียนกลไกที่ทำหน้าที่เทียบเคียงกับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากเป็นกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกลไกเชิงนโยบายและการจัดการของกองทุนสุขภาพภาครัฐ ซึ่งในที่นี้คือ กรมบัญชีกลางซึ่งดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของสวัสดิการของสวัสดิการการรักษายาบาลในการคัดเลือกและยกเลิกชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนสุขภาพภาครัฐ ในกรณีศึกษานี้คือ ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อในกลุ่ม SYSADOA จำนวน 4 รายการ ได้แก่ 1) glucosamine, 2) glucosamine with chondroitin sulfate, 3) Diacerein, 4) hyaluronan and its derivatives และเป็นกลไกที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย ได้แก่ ระบบการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย (national essential drugs list)

ทั้งนี้ กระบวนการกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นกระบวนการเชิงนโยบายที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกนำหลักการนี้มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดยไม่ได้มีการกำหนดรายการยาจำเป็นเพื่อให้เป็นมาตรฐานโลก แต่เป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกใช้เป็น “กลไก” เชิงนโยบาย เพื่อสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการพัฒนากลไกของระบบยาในประเทศ ทั้งด้านการจัดซื้อจัดหา การเก็บรักษา ยา ตลอดจนการประกันคุณภาพยา โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ความชุกของโรค หลักฐานทางวิชาการทั้งในแง่ประสิทธิภาพและความปลอดภัย และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยประเทศไทยได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทยอยู่ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบยาหลักแห่งชาติ มีการประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยาและจัดทำบัญชียาจำเป็นแห่งชาติ ฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 ซึ่งต่อมาได้กำหนดให้สอดคล้องกับหลักการของ WHO ให้เป็น “บัญชียาหลักแห่งชาติ” ในปี พ.ศ. 2539 และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องจนมาถึงฉบับล่าสุดคือ บัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งการพิจารณาบัญชียาดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่ได้ผลต่อสุขภาพจริง และเป็นการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเป็นการคัดเลือกยาเพื่อให้ประชาชนทุกคนในประเทศ โดยไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจำกัดสิทธิในการใช้ยาของประชาชน และไม่ได้เป็นการใช้กำหนดสิทธิของสวัสดิการกองทุนสุขภาพกองทุนใดกองทุนหนึ่งเท่านั้น

กระบวนการสำคัญเพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติมีความทันสมัยอยู่ตลอดเวลา คือ การคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนใหญ่ ได้แก่

1) การเสนอรายการยาโดยผู้ขายหรือบริษัทยาเข้าสู่การให้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญระดับชาติในแต่ละสาขา ซึ่งได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เสนอโดยราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้เชี่ยวชาญระดับชาติจะพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับยานั้นๆ จากข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือได้เท่านั้น

2) การศึกษาความคุ้มค่าโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์ (โดยเฉพาะยาที่มีราคาสูงจะมีการเน้นการทำงานในขั้นตอนนี้มากเป็นพิเศษ) ซึ่งจะนำผลการวิจัยทั้งหมดเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะทำงานประสานผล เพื่อให้ความเห็นต่อคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ

3) ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ (ซึ่งประกอบด้วย แพทย์และเภสัชกรอาวุโส ผู้แทนจากหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกองทุนต่างๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานหลักประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง ซึ่งดูแลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสวัสดิการการรักษาพยาบาล (CSMBS) และผู้แทนผู้ป่วย) เพื่อเสนอต่อประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ (นายกรัฐมนตรี) และนำประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา

คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติมีหลักพิจารณาว่ายาที่ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน ดังต่อไปนี้^๖

- 1) เป็นยาที่มีประสิทธิผล (effectiveness) คือเป็นยาที่รักษาได้ผลจริง หรือได้ผลมากพอจนให้เป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อผู้ป่วย มีข้อมูลของผลการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันได้ว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยอย่างชัดเจนเป็นยาที่มีความปลอดภัย (safety) ไม่มีอันตรายมากกว่ามากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ
- 2) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ (cost-effectiveness, value) มีความคุ้มค่า โดยราคาขายสอดคล้องกับผลประโยชน์ที่ได้รับ หรือไม่สูงจนเกินความสามารถในการจ่ายของระบบสุขภาพของประเทศ

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติมีความเห็นว่า ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียาหลัก (Glucosamine) รวมทั้งรายการ 4 ไม่สมควรถูกบรรจุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ได้ตัดสินใจมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เนื่องจากมีคุณสมบัติไม่ครบทั้ง 3 ประการข้างต้น และคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ยังคงมียาอื่นๆ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งที่เป็นยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร ทั้งที่เป็นยารับประทาน ยาฉีด และยาทาเฉพาะที่ ซึ่งมี

^๖ สรุปจากการให้ข้อมูลของ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ประสิทธิผลจริงในการบรรเทาอาการให้แก่ผู้ที่มีอาการโรคข้อเสื่อมซึ่งแพทย์สามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า

ความสัมพันธ์ระหว่างบัญชียาหลักแห่งชาติและการพิจารณาสิทธิการเบิกจ่ายยาในระบบ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

แม้ว่ายา Glucosamine จะถูกพิจารณาเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ยังคงพบว่าเป็นยาที่ได้รับความนิยมใช้เป็นอย่างมากในประเทศไทย ทั้งการซื้อใช้เองโดยประชาชน ทั้งการจ่ายเป็นยาให้กับผู้ป่วยโดยแพทย์ มีการศึกษาพบว่าเฉพาะการใช้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประมาณปีละ 600 ล้านบาท⁷ และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆ ปี ทำให้เกิดเป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่า ในการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดินเพื่อเบิกจ่ายยากลุ่มดังกล่าวจากการที่ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลราชการ ซึ่งมีจำนวนเงินที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในระยะเวลาไม่ถึง 5 ปี และมีมูลค่าสูงถึง 4.6 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2555

หนึ่งในสาเหตุที่ทำให้มีการใช้ยา Glucosamine จำนวนมากในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลราชการ แม้ว่ายา Glucosamine ถูกพิจารณาเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะหลักเกณฑ์ในการเบิกยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของกรมบัญชีกลางอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หากมีการลงนามเบิกจ่ายจากแพทย์ 3 คน ซึ่งลงความเห็นว่ามี ความจำเป็นต้องใช้ยาในรายการนี้ ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า โรงพยาบาลมักมีการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกให้แพทย์ที่ต้องการจ่ายยาดังกล่าวให้ผู้ป่วย โดยมักมีการลงนามใบอนุญาตการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติไว้ล่วงหน้า เพื่อให้แพทย์ที่ต้องการใช้ยานอกบัญชียาหลักก็สามารถดึงใบสั่งยาดังกล่าวมาสั่งยาได้เลย เช่น ในโรงพยาบาลต้องมีแพทย์ที่มีอำนาจลงนาม 3 คน ก็พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งก็จัดการให้มีการลงนามรอไว้แล้ว 2 คนเหลือไว้ช่อง 1 สำหรับแพทย์ที่รักษา ซึ่งสามารถดึงมาลงนามได้

นอกจากนั้น การเพิ่มขึ้นของงบประมาณระบบสวัสดิการคาดการณ์เป็นเกิดขึ้นในช่วงเดียวกันกับที่มีการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการจำกัดงบประมาณแบบปลายปิด ทำให้มีโรงพยาบาลจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ต้องหาเงินเข้าโรงพยาบาลเพิ่มเติมจากการเบิกจ่ายเงินจากระบบสวัสดิการข้าราชการเพื่อทดแทนรายรับที่หายไป

จากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในระบบสวัสดิการรักษายาบาลราชการดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคมพ.ศ. 2553 ให้กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะค่ายาในบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งกรมบัญชีกลางพิจารณาแต่งตั้งคณะทำงาน

⁷ การให้ข้อมูลของ ดร.นพ.ยศ ตีระพัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

วิชาการทางการแพทย์ (“คณะทำงานวิชาการฯ”) เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการควบคุมให้มีการใช้ยากลุ่มที่มีราคาแพงและมีมูลค่าการใช้สูงให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยมอบหมายให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ในเครือสถาบันของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการเฝ้าระวังการใช้กลุ่มยาที่อาจมีการใช้อย่างไม่เหมาะสม และมีมูลราคารการเบิกจ่ายสูงนำเสนอกลุ่มยาที่ควรต้องทบทวนเงื่อนไขการเบิกจ่ายต่อคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์

ผลการศึกษาของสวปก. ซึ่งทำการสำรวจการใช้ยาในโรงพยาบาล 34 แห่ง ที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกจำนวน 100,000 ครั้งต่อปี ในช่วงเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 พบว่าสถานการณ์การใช้ยาในโรงพยาบาลกลุ่มดังกล่าว มีการใช้ยา 9 กลุ่มที่มีอัตราการเบิกจ่ายยานอกบัญชีสูง ซึ่งคาดว่าจะเป็นการสิ้นเปลืองเงินงบประมาณของประเทศประมาณ 4,851 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น คณะทำงานวิชาการฯ จึงเสนอให้กรมบัญชีกลางออกมาตรการเพื่อยกเลิกหรือควบคุมการใช้ยาใน 9 กลุ่มนี้ ซึ่งได้แก่:

- 1) กลุ่มยาลดข้อเข่าเสื่อม (Glucosamine) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 442 ล้านบาทต่อปี
- 2) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด (Antilipidemia) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดงบประมาณได้อีก 1009 ล้านบาทต่อปี
- 3) กลุ่มยาป้องกันโรคกระดูกพรุน (Drugs affected bone metabolism) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 712 ล้านบาทต่อปี
- 4) กลุ่มยาลดกระสและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Anti-ulcerant/vericeal bleeding) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 599 ล้านบาทต่อปี
- 5) กลุ่มยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs, Anti-osteoarthritis) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 415 ล้านบาทต่อปี
- 6) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (Angiotensin converting enzyme inhibitors: ACE inhibitors) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 87 ล้านบาทต่อปี
- 7) กลุ่มยาลดความดันโลหิต (Angiotensin-II Receptor blockers: ARBs) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 87 ล้านบาทต่อปี
- 8) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 376 ล้านบาทต่อปี
- 9) กลุ่มยารักษามะเร็ง (Anticancer drugs) ซึ่งคาดว่าจะประหยัดเงินงบประมาณได้ 647 ล้านบาทต่อปี

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากรมบัญชีกลางเตรียมเสนอมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของยาทั้ง 9 กลุ่ม แต่มีเพียงกลุ่มยาลดข้อเข่าเสื่อม (Glucosamine) ที่จะห้ามใช้เลยในทุกกรณี เนื่องจากมีบ่งชี้ทางวิชาการว่ายาในกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิผลหรือไม่มีความคุ้มค่าเพียงพอ เพราะจากการสืบค้นข้อเท็จจริงของสวปก. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งได้ทำการทบทวนเอกสารงานวิจัยมากกว่า และความคุ้มค่าของ

ยากลุ่มดังกล่าว ได้ผลสรุปว่า Glucosamine มีประสิทธิภาพไม่ต่างจากยาหลอก (placebo) และไม่คุ้มค่าในการใช้ และเพื่อความโปร่งใสและการพึงการพึงความรอบด้าน

วิธีการหรือแนวทางการพิจารณายกเลิกการใช้สิทธิเบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่ นอกบัญชียาหลัก 4 รายการ (รวมทั้งยา Glucosamine) ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการ

คณะทำงานวิชาการฯ ได้ส่งผลการศึกษาให้แก่ราชวิทยาลัยแพทย์ฯ สมาคมฯ และมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้อ รวมทั้งสมาคมผู้ผลิตและจำหน่ายเพื่อให้ความเห็นต่อข้อเสนอดังกล่าว ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 ซึ่งคณะทำงานวิชาการฯ ได้รับหนังสือและข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 แห่ง แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งกลับมามีอย่างถืถ้วนแล้ว พบว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อสรุปของคณะทำงานวิชาการฯ ได้ คณะทำงานวิชาการฯ จึงได้เสนอความเห็นต่อ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2553 ซึ่ง คณะกรรมการฯ ได้มีมติให้ยกเลิกการเบิกจ่ายยากลุ่มดังกล่าว และกรมบัญชีกลางได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว127 ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 แจ้งเวียน หัวหน้าส่วนราชการ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ/สถานพยาบาลที่กระทรวงการคลังกำหนด เพื่อทราบและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติ โดยคำสั่งมีผลการสั่งใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554

การตอบสนองของสาธารณะต่อแนวทางการดำเนินงานของคณะทำงานวิชาการการแพทย์ ภายใต้คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ของกรมบัญชีกลาง

หลังจากคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีมติให้ยกเลิกการ เบิกจ่ายยากลุ่มดังกล่าว ยังคงมีข้อโต้แย้งจากฝ่ายที่เคยได้รับประโยชน์ว่าการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการ ซึ่งคณะทำงานวิชาการฯ ได้ออกมาชี้แจงถึงเหตุผลข้อ ว่าการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine ไม่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการ

เหตุผลหลักคณะทำงานวิชาการฯ ใช้ในการชี้แจงถึงเหตุผลข้อว่าการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine ไม่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการ ได้แก่ 1) หลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลกบ่งชี้ชัด ว่ายา Glucosamine ไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างที่เคยเชื่อกัน ดังนั้นการยกเลิกการ เบิกจ่ายยากลุ่มนี้ จึงไม่ควรพิจารณาว่าเป็นการลดรอนสิทธิ เนื่องจากไม่ว่าจะใช้ยากลุ่มนี้หรือไม่ก็ได้มี ผลต่อการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแต่อย่างใด และ 2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลคาดการณ์มีการใช้ จ่ายเงินงบประมาณซึ่งจัดเก็บมาจากภาษีอากรซึ่งประชาชนทุกคนเป็นผู้จ่ายภาษี ดังนั้นประสิทธิภาพ ของการใช้จ่ายและความเป็นธรรมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการใช้จ่าย เมื่อหลักฐานเชิง ประจักษ์บ่งชี้ว่ายากลุ่มดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาการยังคงให้มีการเบิกจ่ายยากลุ่ม ดังกล่าวจึงเท่ากับเป็นการใช้จ่ายเงินที่ไม่คุ้มค่าและไม่เป็นธรรมต่อผู้จ่ายภาษี ทั้งนี้ ในปัจจุบันหลาย ประเทศในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยกว่าประเทศไทย (เช่น สหราชอาณาจักร สวีเดน ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น

สหรัฐอเมริกา (ในส่วนของกระทรวงกลาโหม) มาเลเซีย) ก็ไม่อนุญาตให้มีการเบิกจ่ายยาในกลุ่มนี้ให้กับผู้ป่วยในระบบสวัสดิการในประเทศเหล่านั้นอย่างด้วยเหตุผลเดียวกันคือ การขาดประสิทธิผลของยา และไม่มีความคุ้มค่าในการเบิกจ่ายโดยการใช้จ่ายเงินภาครัฐด้วยระบบประกันสุขภาพของประเทศ

คณะทำงานวิชาการ มีความพยายามที่จะสื่อสารไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง⁸ ได้แก่ ประชาคมข้าราชการ รวมทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเห็นแย้งทั้งหลายว่า ในการดำเนินการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine นั้น มีขั้นตอน และวิธีการทำงานที่มีความละเอียดรอบคอบ เป็นกระบวนการที่โปร่งใสมีประสิทธิภาพ มุ่งทำงานเพื่อให้เกิดผลให้ผู้มีสิทธิรับสวัสดิการได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและเกิดการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่าและยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่มีส่วนได้ส่วนเสียจะร่วมกันทำงานเพื่อให้ประเทศชาติเกิดความคุ้มค่าในการใช้งบประมาณแผ่นดินอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองและการเคลื่อนไหวจากกลุ่มผู้ไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการดังกล่าว ตัวอย่างเช่น ในเดือนกุมภาพันธ์ 2554 นายแพทย์ท่านหนึ่งเป็นอดีตแพทย์อายุรกรรมประจำคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา พร้อมกลุ่มข้าราชการบำนาญประมาณ 20 คน⁹ ได้ยื่นหนังสือร้องเรียนต่อแพทยสภา กรณีที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการที่กรมบัญชีกลางทำหนังสือมายังศูนย์การแพทย์พัฒนาว่าพบการใช้จ่ายยาเกินความจำเป็นและเรียกคืนเงิน 6 ล้านบาทซึ่งเป็นส่วนของนายแพทย์ท่านนี้ 1.4 ล้านบาท โดยผู้อำนวยการศูนย์แพทย์พัฒนาและคณะกรรมการการแพทย์ มีคำสั่งให้นายแพทย์ท่านดังกล่าวออกจากตำแหน่ง แล้วตั้งคณะกรรมการตรวจสอบย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ถึง 2555 โดยนายแพทย์ท่านดังกล่าวระบุว่าไม่เป็นธรรมและกระทบต่อผู้ป่วย

นอกจากนั้น ยังมีข้าราชการกลุ่มหนึ่ง รวมถึงแพทยสภา ที่ไม่เห็นด้วยกับมติดังกล่าวโดยเห็นว่าเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ทำให้สมาคมข้าราชการพลเรือนอาวุโสได้เข้ายื่นฟ้องต่อศาลปกครอง และเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2558 ศาลปกครองพิพากษา จึงมีคำสั่งถึงที่สุดให้เพิกถอนกฎกระทรวงการคลังถ้วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว127 ที่ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553 และวันที่ 20 พ.ค.2558 และให้มีผลตามวันประกาศผลแห่งคำพิพากษาในราชกิจจานุเบกษา¹⁰ โดยมีข้อพิจารณาในประเด็นส่วนประเด็นต่อมา การออกคำสั่งห้ามการเบิกจ่ายยากลุ่ม SYSADOA เป็นการใช้ดุลพินิจที่ชอบด้วยกฎหมายหรือไม่? ซึ่งศาลได้พิเคราะห์ข้อเท็จจริงในคดีแล้วรับฟังได้ว่า ข้อคิดเห็นและน้ำหนักคำแนะนำของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยที่มีที่มาจากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทางวิชาการในต่างประเทศประกอบกับการศึกษาข้อเท็จจริงที่เป็นสถานการณ์ของระบบสวัสดิการและฐานะทางเศรษฐกิจในบริบทของสังคมไทยย่อมมีน้ำหนักแก่การรับฟังไม่น้อยไปกว่าข้อมูลจากงานวิจัยทางวิชาการที่คณะทำงานวิชาการแพทย์ของผู้ถูกฟ้องคดี (กระทรวงการคลัง) รวบรวมและวิเคราะห์ไว้ประกอบกับเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริง

⁸ หนังสือพิมพ์มติชน 10 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ 11 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 14 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 15 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ 23 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์คมชัดลึก 23 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ 23 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ 23 ก.พ. 54

⁹ หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ 23 ก.พ. 54, หนังสือพิมพ์คมชัดลึก 23 ก.พ. 54

¹⁰ <http://www.hfocus.org/content/2015/05/10007>; <http://m.matichon.co.th/readnews.php?newsid=1443670885>

ตามเอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามีนและไยลาโรแนนชนิดฉีดเข้าข้อของคณะทำงานวิชาการแพทย์ฯ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการใช้ยาในประเทศไทยที่ใช้กลูโคซามีนซัลเฟต (GS) เป็นหลัก และยังมีความเห็นของราชวิทยาลัยและสมาคมที่ได้แย้งหลักเกณฑ์การห้ามเบิกจ่ายค่ายากลูโคซามีน และเสนอให้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลทางการแพทย์และความคุ้มค่าของยาในประเทศไทยเพื่อประกอบการพิจารณาอย่างสมบูรณ์ก่อนมีการออกหลักเกณฑ์ห้ามการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มดังกล่าวอันเป็นข้อมูลบ่งชี้ว่าความคิดเห็นในทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิภาพความคุ้มค่าของยาในประเทศไทยยังไม่ตกผลึก ข้อเท็จจริงจึงเป็นอันรับฟังได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีออกหลักเกณฑ์ห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยา SYSADOA ทุกรูปแบบ และห้ามเบิกจ่ายกลุ่มยานี้ดัดเข้าข้อจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยไม่ได้ตรวจสอบเงื่อนไขและข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการใช้ยาที่องค์กรวิชาชีพกำหนดอย่างรอบด้าน ทำให้เนื้อหาตามหลักเกณฑ์ที่พิพาทของผู้ถูกฟ้องคดีไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนดอันเป็นองค์ประกอบสำคัญตามมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาของสวัสดิการฯ ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบและอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 เห็นได้ว่าการออกกฎของผู้ถูกฟ้องคดีเป็นการพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการทางการแพทย์ที่ขาดน้ำหนักให้รับฟังได้อย่างหนักแน่นว่ากลุ่มยาดังกล่าวไม่มี "ความคุ้มค่า" และ "มีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน" เนื่องจากยังมีข้อโต้แย้งทั้งจากราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย รวมทั้งจากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการออกหลักเกณฑ์ของผู้ถูกฟ้องคดี

2.2. ประเด็นเชิงระบบเกี่ยวกับกลไกเชิงนโยบายจากกรณีศึกษา

2.2.1 ความเข้าใจเรื่องเกณฑ์การพิจารณา (criteria) ในการพิจารณายกเลิกการใช้สิทธิเบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียาหลัก 4 รายการ (รวมทั้งยา Glucosamine) ในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ไม่ชัดเจน หรือเข้าใจไม่ตรงกัน

2.2.1.1 ประสิทธิผล vs. ประสิทธิภาพ: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มเน้นการนำเสนอประเด็นเรื่องประสิทธิผล และความปลอดภัย (effectiveness and safety) คือการที่ยาใช้ได้ผล แต่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่มีนำเสนอประเด็นเพิ่มเติมจากเรื่องประสิทธิผล คือมีประเด็นเรื่องประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่า (efficiency or cost-effectiveness) ร่วมด้วย

2.2.1.2 ประสิทธิภาพในมุมมองของใคร?: ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มมีนำเสนอประเด็นเรื่องประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่า แต่กลับใช้หลักฐานเรื่องความคุ้มค่าที่ได้จากข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งเป็นข้อมูลต้นทุนจากต่างประเทศ และใช้เกณฑ์การประเมินความคุ้มค่าที่ไม่ตรงกับเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ประเมินความคุ้มค่าที่ใช้ในประเทศไทย

2.2.1.3 ควบคุม vs. ยกเลิก: กรมบัญชีการมีความต้องการ “ควบคุม” การใช้ยาค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งใช้ข้อพิจารณาเรื่องความไม่คุ้มค่าหรือ

ประสิทธิภาพที่ต่ำเป็นหลัก และไม่พบว่ามี การต่อต้านนโยบายมากนัก แต่การพิจารณา “ยกเลิก” การใช้สิทธิเบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียาหลัก 4 รายการ รวมทั้งยา Glucosamine ใช้ข้อพิจารณาเรื่องประสิทธิผล คือรักษาไม่ได้ผล (แม้ว่าจะไม่มีประเด็นเรื่องความปลอดภัย) พบว่ามี การต่อต้านนโยบายมากกว่า

2.2.2 ความเข้าใจในหลักการหรือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการคลังสาธารณะ (public finance) เพื่อสนับสนุนงบประมาณแผ่นดินในการเบิกจ่ายยา Glucosamine อาจจะไม่ตรงกัน

2.2.2.1 รัฐในฐานะผู้ดูแลการคลังสาธารณะ vs. รัฐในฐานะนายจ้าง: ผู้รับสิทธิประโยชน์ (beneficiary) คือกลุ่มข้าราชการ อาจมองว่าการเบิกจ่ายยาดังกล่าวเป็น “สิทธิ” (right) ที่เคยพึงได้รับจากรัฐบาลในฐานะ “นายจ้าง” (employer) และอาจไม่ได้สนใจว่าการเบิกจ่ายยาของกรมบัญชีกลางมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเรื่องการคลังสาธารณะ (regulator of public financing) หรือต้องพิจารณาความจำเป็นในการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งต้องพิจารณาแนวคิด “ต้นทุนเสียโอกาส” (opportunity cost) ร่วมด้วย

2.2.2.2 ยา vs. อาหารเสริม: หากพิจารณา Glucosamine เป็นยาจะส่งสัญญาณว่าเป็นสิ่งจำเป็น (necessities) (หากพิจารณาเป็นอาหารเสริม จะส่งสัญญาณ เรื่องทางเลือก (options) สำหรับผู้ที่จ่ายเองได้ หรือความฟุ่มเฟือย (luxuriousness) ซึ่งรัฐไม่ควรต้องสนับสนุนงบประมาณ

2.2.2.3 ความเชื่อ vs. หลักฐานทางวิทยาศาสตร์: ผู้รับสิทธิประโยชน์ (beneficiary) คือกลุ่มข้าราชการ อาจมองการเบิกจ่ายยาเป็น “อภิสิทธิ์” (privilege) ที่จะได้เป็นผู้ใช้ “ยาแพนยาหรุ ยาตี” ซึ่งอาจเป็นมุมมองที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ (belief) จึงไม่ได้ให้คุณค่ากับประสิทธิผล และประสิทธิภาพที่จำเป็นต้องอ้างอิงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence)

2.2.3 ความเป็นอิสระทางวิชาชีพ (professional autonomy) ของแพทย์ผู้จ่ายยา มีส่วนทำให้เกิดความขัดแย้งกับนักวิชาการหรือสถาบันวิชาการที่พยายามเสนอนโยบายแบบอิงหลักฐาน (evidence-informed policymaking) ซึ่งอาจเห็นได้จากที่แม้ว่าประเด็นทางวิชาการได้ถูกนำเสนออย่างชัดเจนแล้ว (ทั้งประเด็น ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพ) แต่ยังคงมีการถกเถียงในวงกว้าง และได้รับความสนใจจากสาธารณะ รวมทั้ง การที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มหนึ่ง (รวมทั้งแพทย์บางกลุ่มด้วย) นำเรื่องนี้ไปถึงห้องร้องในชั้นศาล อาจบ่งชี้ถึง ความพยายามรักษาไว้หรือแสดงออกถึงความเป็นอิสระทางวิชาชีพ

2.2.4 ความครอบคลุมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในการกำหนดนโยบาย (inclusiveness of stakeholders in policymaking process)

- 2.2.4.1 คณะทำงานวิชาการการแพทย์ ภายใต้คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ ของกรมบัญชีกลาง ได้ทำงานโดยมุ่งเน้นให้มีผู้มีส่วนได้ส่วน
เสียทุกกลุ่มมีส่วนในการกำหนดนโยบาย เช่น พิจารณาข้อมูลและความเห็น จากทั้ง
องค์กรวิชาชีพแพทย์ (เช่น ราชวิทยาลัยฯ) เกษัชกร นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผู้กำหนด
นโยบายการคลังสาธารณะ (เช่น ผู้บริหารกรมบัญชีกลาง)
- 2.2.4.2 แม้จะมีความพยายามให้มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีส่วนในการกำหนดนโยบาย แต่
อาจจะยังไม่ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วน โดยเฉพาะผู้ได้รับผลกระทบเชิงลบ
เช่น ก่อนกำหนดนโยบาย “ควบคุม” ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลัก
แห่งชาติ อาจไม่ได้รับฟังข้อมูลหรือความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐที่ได้รับ
ผลกระทบเนื่องจากการจำหน่ายยาต้นแบบ (original drugs) ให้รายได้มากกว่าการ
จำหน่ายยาเลียนแบบ (generic drugs) ซึ่งอาจมีส่วนทำให้ขาดกลุ่ม ผู้สนับสนุน
นโยบาย “ยกเลิก” การใช้สิทธิเบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียา
หลัก 4 รายการ รวมทั้งยา Glucosamine ในรพ.ของรัฐบางส่วน
- 2.2.5 ประเด็นอื่นๆ ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อด้านการเงินของโรงพยาบาลรัฐ อาจส่งผลให้แพทย์ใน
โรงพยาบาลของรัฐ และผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐ ไม่สนับสนุนการพิจารณายกเลิกการใช้สิทธิ
เบิกจ่ายยาเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อที่อยู่นอกบัญชียาหลัก 4 รายการ(รวมทั้งยา Glucosamine)
ของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ตัวอย่างเช่น
- 2.2.5.1 เกณฑ์ของกรมบัญชีกลางซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถหารายได้จากค่ายา
ต้นแบบ (รวมทั้งยา Glucosamine) ได้มากกว่ายาเลียนแบบ
- 2.2.5.2 การขาดทุนจากการบริหารผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจทำให้เกิดการจ่ายยา
ให้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (รวมทั้งยา Glucosamine) ในจำนวนที่มากขึ้น
เพื่อให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cross-subsidization among health
schemes)
- 2.2.5.3 การไม่มีนโยบายให้ผู้รับบริการสุขภาพจ่ายร่วม ณ จุดใช้บริการสุขภาพ (no co-
payment policy) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการบางประเภท นอกเหนือจากสิทธิ
พื้นฐานที่กำหนดไว้ ทำให้ขาดทางเลือกอื่นๆ นอกเหนือจากการให้เบิกยาหรือการ
ยกเลิกการเบิกยา (ไม่ให้เบิกยา)
- 2.2.5.4 ระบบการจ่ายเงิน (payment mechanisms) มีผลต่อการจ่ายยานอกบัญชียาหลัก
แห่งชาติ (รวมทั้งยา Glucosamine) เนื่องจากการกรมบัญชีกลางเบิกจ่ายผู้ป่วยนอก
ด้วยการให้เบิกจ่ายตรง (direct reimbursement) ซึ่งยังไม่มีกระบวนการควบคุมการใช้ยานอก
บัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประสิทธิผล (เช่น แพทย์ลงลายมือชื่อเพื่อ standby ไว้ 2 คน
ล่วงหน้า รอเพียงลายมือชื่อของแพทย์คนที่ 3) แตกต่างจากระบบการจ่ายเงินของ

ผู้ป่วยในซึ่งใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยในน้อยกว่า

- 2.2.6 มีความสับสนระหว่างประเด็นทุจริตกับประเด็นการทำเวชปฏิบัติแบบไม่อิงหลักฐาน ซึ่งอาจมีส่วนทำให้นโยบายการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine ได้รับแรงต่อต้านจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้ตั้งใจทุจริต หรือไม่ได้รับผลประโยชน์จากการจ่ายยา Glucosamine

2.2.6.1 เมื่อพิจารณาโดยทั่วไป การจ่ายยา Glucosamine เป็นประเด็นการทำเวชปฏิบัติแบบไม่อิงหลักฐาน (no evidence-based, out-of-date practice) ไม่ถึงกับเป็นทิวเวชปฏิบัติ (malpractice) เพราะไม่พบอันตราย แต่เมื่อมีโอกาสถูกพิจารณาให้เป็นประเด็นทุจริต (corruption) ร่วมด้วย อาจมีส่วนทำให้นโยบายการยกเลิกการเบิกจ่ายได้รับแรงต่อต้านจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้ตั้งใจทุจริตหรือไม่ได้รับผลประโยชน์อันสมควรจากการจ่ายยา Glucosamine ทั้งนี้ แพทย์บางกลุ่มอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) เช่น มีความสัมพันธ์กับบริษัททำให้มีการจ่ายยา Glucosamine มาก หรือเป็นผู้ชี้แนะ (advocate) ของการใช้ยา Glucosamine ในคนไข้บางประเภท แต่แพทย์ที่จ่ายยา Glucosamine หรือแพทย์ที่สนับสนุนการใช้ยา Glucosamine ก็ไม่จำเป็นต้องมีผลประโยชน์ทับซ้อน หรือต้องรับผลประโยชน์จากบริษัทยาเสมอไป

2.2.6.2 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) ตรวจสอบและพบว่า แพทย์บางคนจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติผิดปกติ หรือข้าราชการบางคนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผิดปกติ หรือเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติผิดปกติ อาจเป็นประเด็นทุจริต

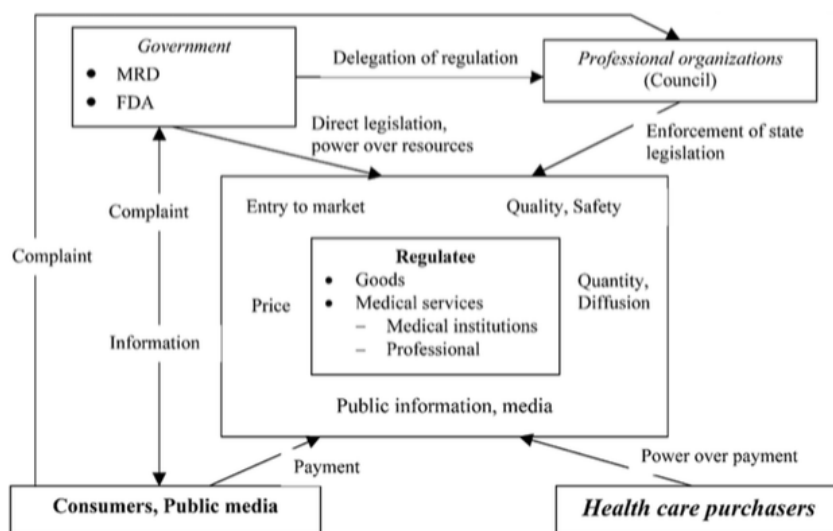
2.2.6.3 การตรวจสอบพบว่าการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากผิดปกติใน รพ.รร.แพทย์ และรพ.ของรัฐอื่นๆ (เช่น กลาโหม) มากกว่ารพ.ในสังกัดสธ. อาจเกิดจากประเด็นอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น จำนวนยาในบัญชียาของแต่ละรพ. ไม่ใช่เรื่องทุจริตแต่เพียงอย่างเดียว

2.2.6.4 ผู้ผลิตและ/หรือผู้จำหน่าย (manufactures/suppliers/marketeers) ของยาต้นแบบ Glucosamine อาจมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม (เช่น over-claim หรือโจมตียาเลียนแบบตัวอื่นๆ) ซึ่งอาจทำให้ประเด็นทุจริตและผลประโยชน์ทับซ้อนมีความชัดเจนขึ้นในมุมมองของผู้ผลักดันนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine

2.2.6.5 ผู้บริหารและข้าราชการกรมบัญชีกลางผู้พิจารณาวิธีการหรือแนวทางการพิจารณายกเลิกการใช้สิทธิเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (รวมทั้งยา Glucosamine) ของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ต่างก็เป็นผู้มีใช้สิทธิ (beneficiary) ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ซึ่งอาจพิจารณาเป็นผู้มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflicts of interest) ได้เช่นกัน

2.2.7 ความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลไกเดิม มีผลต่อความราบรื่นของการทำงานบนพื้นฐานกลไกเดิมนั้นๆ โดยความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลไกเดิม (เช่น กลไกบัญชียาหลักแห่งชาติ) อาจมีผลต่อความราบรื่นของการทำงานเรื่องการยกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine เพราะขึ้นอยู่กับ “เครดิต” ของกลไกเดิม แม้ว่ายกเลิกการเบิกจ่ายยา Glucosamine เพราะไม่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ แต่ประเด็นค่าใช้จ่ายสูงร่วมกับยาอื่นๆ ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ อาจทำให้ประเด็น การยกเลิกการใช้สิทธิเบิกจ่ายยา Glucosamine “ถูกรับรู้” หรือยึดโยงกับประเด็นการคัดเลือกยา หรือการควบคุมการใช้ยาอื่นๆ ในอดีต และอาจส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนหรือต่อต้านนโยบายนี้จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในอดีต

2.3 สรุปองค์ประกอบเชิงโครงสร้างองค์กรของกลไก และความสัมพันธ์เชิงระบบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกรณีศึกษา



ภาพแสดง **Conceptual framework of health sector regulation**

(Source: Teerawattananon, et al. 2003)

3. กรณีศึกษาการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ และ กำกับดูแลบริการตรวจสุขภาพในต่างประเทศ

- การดำเนินการในประเทศสหราชอาณาจักร

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) เป็นหน่วยงานอิสระที่มีการก่อตั้งขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลในการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับบริการทางสุขภาพ สาธารณสุขและสังคม รวมถึงการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และยาต่างๆ เรื่องในอังกฤษ และบางเรื่องยังสามารถใช้ในเวลส์ สกอตแลนด์และไอร์แลนด์เหนือ หากเข้าเกณฑ์โดยมีการจัดตั้ง *Clinical practice guideline* ที่มีการประเมินทั้งทางด้านความคุ้มค่า ความเหมาะสมกับบริบทของอังกฤษ และยังมีหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การปรับใช้แนวทางปฏิบัติอีกด้วย โดยมีผู้รับผลงานหลักคือ NHS ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

1) รายละเอียดของหน่วยงาน NICE

NICE¹¹ (National Institute for Health and Care Excellence) เป็นหน่วยงานที่กำหนดแนวทางปฏิบัติระดับชาติ และให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาการบริการทางสุขภาพและสังคม โดยมีประวัติการทำงานดังนี้คือ ก่อตั้งในปี คศ. 1999 ในนามของ the National Institute for Clinical Excellence เพื่อจัดเป็นหน่วยงานทางสุขภาพพิเศษเพื่อลดความแตกต่างของการให้บริการและคุณภาพของการรักษาและบริการของ NHS ต่อมาในปี คศ.2005 ได้มีการควบรวมกับ Health Development Agency และได้เปลี่ยนชื่อเป็น National Institute for Health and Clinical Excellence และได้ทำการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางสาธารณสุขเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ ในเดือนเมษายน คศ.2013 ภายใต้พรบ.การบริการสุขภาพและสังคม 2012 (Health and Social Care Act 2012) ทำให้หน่วยงานเปลี่ยนเป็น Non Departmental Public Body (NDPB) โดยได้รับการสนับสนุนจาก Department of Health แต่จัดเป็นหน่วยงานอิสระจากรัฐบาล มีหน้าที่พัฒนาแนวทางปฏิบัติและคุณภาพการบริการทางสังคม (developing guidance and quality standards in social care) และได้เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น National Institute for Health and Care Excellence คณะกรรมการอิสระเป็นผู้เสนอแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะ NICE Board เป็นผู้กำหนดกลยุทธ์และนโยบาย แต่การทำงานหรือการตัดสินใจจะเป็นของ Senior Management Team (SMT) และภายใต้พรบ.นี้ทำให้ NICE เป็นหน่วยงานที่ผลิตแนวทางปฏิบัติเพื่ออังกฤษเท่านั้น แต่จากข้อตกลงบางประการทำให้ ผลงานหรือบริการของ NICE บางประการถูกนำไปใช้ที่ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือด้วย โดย devolved administrations ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของ NICE เป็นผู้ตัดสินใจเรื่องการใช้ NICE products ในประเทศต่างๆ เหล่านี้ โดยปัจจุบันมีที่ทำการที่ลอนดอน และเมืองแมนเชสเตอร์

¹¹ <https://www.nice.org.uk/>

หน่วยงาน NICE ยังได้มีการกำหนดเป็นกฎบัตร NICE (NICE charter¹²) ไว้ 37 ประการ โดยจะขอสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆดังนี้

- NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) เป็นองค์กรอิสระซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานระดับชาติ และข้อมูลในการให้บริการสุขภาพ และสังคมด้วยคุณภาพที่ดี เพื่อการป้องกันและรักษาความเจ็บป่วย โดยแนวทางปฏิบัติของ NICE นี้ช่วยทั้งบุคลากรทางสุขภาพ สาธารณสุขและสายสังคมในการให้บริการที่ดีจากการได้รับข้อมูลที่ดี (best possible care based on the best available evidence)
- NICE เป็นหัวใจของระบบสุขภาพและสังคม (Health and social care system) โดยทำงานใกล้ชิดกับองค์กรทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ได้แก่ the Care Quality Commission, Public Health England, Monitor และ NHS อังกฤษ โดยสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการทำงานที่เน้นด้านคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งหน่วยงานและผู้ให้บริการใช้แนวทางปฏิบัติและแหล่งข้อมูลเพื่อการรับรองคุณภาพอื่นๆ ของ NICE เพื่อพัฒนาผลการทำงาน
- NICE ยังได้กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- มีการประเมินทั้งด้านผลการรักษาและประสิทธิผลเกี่ยวกับยาใหม่ๆ หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่คนไข้
- แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานคุณภาพและคำแนะนำต่างๆ ผ่านการทำงานอย่างอิสระและมีอำนาจภายใต้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่มีอยู่เพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพสำหรับคนไข้
- ข้อมูลของ NICE สามารถสืบค้นได้ทั้งจากทางออนไลน์ หรือแอปพลิเคชันมือถือ
- แนวทางปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อลดความแตกต่างระหว่างการทำงานในประเทศ
- จากการสร้างแนวทางปฏิบัตินี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ให้บริการเพื่อใช้ในการทำงาน รวมถึงคนไข้ที่สามารถใช้ในการศึกษาเป็นแนวทางถึงสิ่งที่จะได้รับการจากการรักษา

2) หลักการของแนวทางการดำเนินการ

- เป็นหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับระดับนานาชาติ จากการทำงานที่มีแบบแผนชัดเจน คือ การทำงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ มีความร่วมมือจากสาธารณะ การทำงานเป็นอิสระ ตรวจสอบได้ มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ มีการนำเรื่องของความเท่าเทียม และคุณค่าทางสังคมประกอบการพิจารณา และมีการพัฒนาวิธีการดำเนินการ ด้วยหลักการต่อไปนี้
 - O Evidence
 - O Expert input

¹² https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/Who-we-are/NICE_Charter.pdf

- Public involvement
- Independence, genuine consultation and transparency
- Review
- Social values and equity considerations
- Methodological developments

3) การสร้างการมีส่วนร่วม

- มีการรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการทุกเรื่อง ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป หน่วยงานจาก NHS หน่วยงานทางอุตสาหกรรม ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการทางสังคม และ รัฐบาลท้องถิ่น
- กระบวนการปรึกษาจะเปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรสามารถให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะตลอดช่วงที่มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานทางคุณภาพ โดยมีการจัดทำจากองค์กรที่เป็นอิสระและไม่มีอคติ ซึ่งประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย ตั้งแต่ ศัลยแพทย์ ผดุงครรภ์ นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ รวมถึงการรับฟังความเห็นจากสาธารณะ
- มีการจัดตั้ง Citizen Council ถือเป็น advisory body ที่รวบรวมสมาชิกจากสาธารณะทั่วอังกฤษ เพื่อเป็นการยืนยันว่าความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไปจะได้รับการเสนอในขั้นตอนการวางแผนงาน
- มีการทำงานร่วมกับผู้ผลิตในภาคอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ และให้คำแนะนำต่อ NHS เกี่ยวกับข้อมูลที่เหมาะสม และยังได้จัดตั้ง UK PharmaScan ในปี 2010 เพื่อเป็นฐานข้อมูลเกี่ยวกับยาใหม่ๆ และในปี 2011 ได้มีการจัดตั้ง pathway เกี่ยวกับเครื่องมือทางการแพทย์ และได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับ NHS อีกด้วย และยังคงจะพัฒนา fee-for-service Scientific Advice program อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริษัทต่างๆสามารถนำเสนอผลิตภัณฑ์เพื่อเข้าสู่ตลาดและสามารถเข้ารับการประเมินจากโปรแกรมของ NICE

4) การนำแนวทางของ NICE ไปใช้ประโยชน์

- แนวทางปฏิบัติของ NICE มีหลายประเภททั้งการรักษา สาธารณสุข งานบริการทางสังคม การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์
- ได้รับการสนับสนุนจาก the NHS constitution หากแพทย์พบว่าผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับยาหรือการรักษาจากแนวทางปฏิบัติของ NICE
- อย่างไรก็ตาม NICE ทราบดีว่า แนวทางปฏิบัติที่ออกมาบางครั้งไม่เหมาะกับระดับท้องถิ่น เนื่องจากมีทรัพยากรจำกัด ดังนั้น NICE มีการทำงานร่วมกับระดับท้องถิ่นเพื่อให้การ

ทำงานสามารถเป็นไปได้ด้วยดี รวมถึงหน่วยงานทางการกุศล จิตสาธารณะ หรือองค์กรท้องถิ่นอื่นๆ โดย NICE มีความพยายามในการรับฟังความคิดเห็นจากทุกๆ ฝ่ายเพื่อนำเข้าสู่การสร้างแนวทางปฏิบัติระดับท้องถิ่น

- มีการสื่อสารสู่ประชาชนในวงกว้างเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานคุณภาพ และคำแนะนำอื่นๆ
- ได้มีการปรับให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น ทั้งรูปแบบกระดาษ รูปแบบดิจิทัล และทำให้เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสาธารณะ
- มีการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
- และมีการจัดทำสื่อการสอนในสื่อออนไลน์เพื่อให้ผู้ใช้ผลงานสามารถติดตามและเข้าใจแนวทางปฏิบัติของ NICE ได้สะดวกยิ่งขึ้น
- NICE มีหน้าที่ในการสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และยังมีหน้าที่ในการใช้ทรัพยากรของ NICE อย่างเหมาะสม

● ระบบบริการสาธารณสุขสาธารณรัฐเกาหลี

สาธารณรัฐเกาหลีมีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดภายในระยะเวลา 50 ปี จากประเทศที่มีความยากจนมาสู่ประเทศอุตสาหกรรมระดับต้นๆ โดยมีประชาชนเกินครึ่งพักอาศัยอยู่ละแวกเมืองหลวงและมีเพียง 18% ที่อยู่ในถิ่นชนบท จากข้อมูลประชากรในปี 2010 พบมีประชากรทั้งสิ้น 49,410,366 คน มีการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมี 72.8% อายุ 15-64 ปี และ 11% อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การพัฒนาของประเทศรวมถึงการพัฒนาด้านระบบสาธารณสุขโดยความชุกของกลุ่มโรคติดเชื้อลดลงจนไม่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประเทศ ในขณะที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังมีความชุกเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 70 ของสาเหตุการตายทั้งหมด การพัฒนารวมถึงการพัฒนาแหล่งที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้น ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพ

Ministry for Health and Welfare (MoHW, กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ) มีหน้าที่วางกลยุทธ์และยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีการสนับสนุนทางการเมืองอย่างกว้างขวางผ่านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance) ผ่าน Universal coverage (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กระทรวงนี้มีหน่วยงานที่มีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์ กำหนดนโยบาย กำหนดมาตรฐานและการให้ใบ certification และดูแลเกี่ยวกับเอกสารหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้ว่าการเน้นด้านระบบสาธารณสุข ทั้งในด้าน การเงิน ระบบประกันและสิทธิประโยชน์ การสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก การแพทย์แผนเกาหลี (Traditional Medicine) สุขภาพจิต สุขภาพช่องปาก และการดูแลระยะยาว ดังจะเห็นได้จาก พรบ.ที่ผ่านออกมาจำนวนมาก

ภายในระยะเวลา 30 ปี สาธารณรัฐเกาหลีพัฒนางานด้านสาธารณสุขจากเดิมที่มี limited medical infrastructure และ health financing system ที่กระจายและครอบคลุมประชากรเพียงส่วนน้อย มาสู่ระบบบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบการให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการภาคเอกชน เป็นไปตามกลไกตลาด และให้บริการในสภาวะแวดล้อมที่ไม่ได้มีแบบแผนชัดเจน ภายใต้การจ่ายเงินผ่านระบบประกันสุขภาพหรือจ่ายค่าบริการสุขภาพ (The service delivery model is largely private sector led, market-oriented, and operates in a rather deregulated environment, with funding through mandatory health insurance and fee-for-service.) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้ จัดตั้ง National Health Insurance Corporation (NHIC)¹³ ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวที่ให้หลักประกันแก่ ประชาชนเกาหลีทั้งประเทศ หน่วยงานนี้รับผิดชอบตั้งแต่การรับผู้ที่เหมาะสมเข้าสู่โครงการ (ประชาชนที่ อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย) การจัดสรรการให้บริการ การเซ็นสัญญากับผู้ให้บริการ การเบิกจ่าย และการ จ่ายเงิน ประชาชนที่มีรายได้เกินกว่าเกณฑ์ต้องมีหน้าที่จ่ายเพิ่มในส่วนของการประกันสุขภาพและผู้ ให้บริการไม่มีสิทธิ์ปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ที่ได้รับการประกันทุกระดับ (may not reject socially insured patients) ในขณะที่ Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) มีหน้าที่ ประเมินค่ารักษาพยาบาล คุณภาพการรักษา และความเพียงพอของบริการทางการแพทย์

ประชากรประมาณร้อยละ 90 รับบริการสาธารณสุขจากหน่วยงานภาคเอกชน โดยหน่วยงานรัฐ มีบทบาทในการจัดตั้งกรอบการดำเนินงานและมาตรฐานคุณภาพที่ต้องการ โดยหลักประกันสุขภาพได้มีการระบุชัดเจนถึงผลประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรอบของการบริการที่ต้องมีการ ครอบคลุมและมาตรฐานการบริการขั้นต่ำรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างไรก็ตามการให้บริการนี้ ยังคงเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจตามความเหมาะสม นอกจากนี้ NHIC ยังเป็นหน่วยงานที่ดูแล ตั้งแต่เรื่องการเข้าถึงบริการของประชาชนไปจนถึงการให้บริการในราคาที่เหมาะสมและสามารถจ่ายได้

ข้อมูลจากตารางในภาพ พบว่าการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทดียบภูมิ ตติยภูมิและ long term care ส่วนใหญ่เป็นบริการจากภาคเอกชน ในขณะที่บริการในระดับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นบริการจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งหน่วยงานที่จัดให้มีบริการได้แก่ หน่วยงาน Korean CDC and Prevention ดูแลงานโรคติดต่อ, Korean Association of Health Promotion (16 centers) ดูแล ให้บริการการตรวจสุขภาพโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ และการเลิกบุหรี่, MoHW ดูแลประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น อนาถแม่และเด็ก ทารกและเด็กก่อนวัยเรียน, Ministry of Gender Equality and Family ดูแล social marketing campaigns เช่นการลดความรุนแรงในครอบครัว และหน่วยบริการสาธารณสุขทั้ง ภาครัฐ และโรงพยาบาลของภาคเอกชน ดูแลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, National Health Insurance ดูแลให้บริการสุขภาพของเด็กในประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงนายจ้างในการ ดูแลงานอาชีวอนามัยด้วย

¹³ Health Service Delivery Profile: Republic of Korea 2012

Compiled in collaboration between WHO and Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea

Table 3. Level and type of services provided in the Republic of Korea, 2012

Health services		Public sector	Private sector
Health promotion and disease prevention	Oversight of services Communicable disease surveillance	Korean Centre for Disease Control and Prevention	
	Screening, Health checks (Emphasis on NCD prevention and smoking cessation)	Korean Association of Health Promotion 16 centres nationwide	
	Population group services: maternal and child health, infants and toddlers	The Ministry of Health and Welfare	
	Social marketing campaigns, for example family violence	Ministry of Gender Equality and Family	
	Health promotion and disease prevention	Local public health units and Hospitals	Hospitals
	Free healthcare for children	national health insurance	
	Occupational health	Employers	
Primary services		Hospitals Public sector provides few services	Primary care clinics Hospitals Private sector delivers most services
	Dental services - examinations, diagnosis, root canal work and extractions, for different age groups and those with disabilities	Central government and local authorities Dental clinics Dental hospitals	Dental clinics Dental hospitals
Secondary and tertiary services	Inpatient and outpatient Range from primary care to complex specialised services	44 tertiary hospitals	Clinics Hospitals
	Teaching and research in tertiary hospitals		
	Emergency care, admission, acute care	Government provided (MoHW) 40 designated emergency care hospitals	
Long term care services	Rehabilitation – acute or inpatient services for accidents		Hospitals
	Elderly care - home help, residential care Mobility, cognitive functioning and personal services	Long term care hospitals The long term care assessment committee assesses and develops personalised services	Long term care hospitals
	Palliative care – home visits, improving quality of life, pain management, education		Hospitals Religious organizations Not-for-profit organizations
	Mental health services including hospital and community care (case management, day-care programmes, education, connection with other institutions), rehabilitation, health promotion and suicide prevention	Long-term facilities Community services	Hospitals (temporary care) Long-term facilities Community services

อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่ดูแล กำกับ มาตรฐานของการทำงาน การตรวจสอบสุขภาพ คือ HIRA, Health Insurance Review and Assessment Service โดยมีบทบาทหนึ่งในการจัดทำระบบการติดตามการใช้บริการสุขภาพ (Healthcare Utilization Monitoring System, HUMS)¹⁴ เพื่อใช้ติดตามข้อมูลและบทบาทที่สำคัญในการประเมินความเหมาะสมของการให้บริการการตรวจสอบสุขภาพโดยมีหน้าที่คล้ายหน่วยงาน NICE ของสหราชอาณาจักร

¹⁴ Healthcare Utilization Monitoring System in Korea. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279955>

4. กรณีศึกษากระบวนการ กลไก และเกณฑ์พิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งที่ 4/2550 ลงวันที่ 26 กันยายน 2550 ให้ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในกระบวนการแต่ละขั้นตอน ในการดำเนินการ ผู้ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำการรวบรวมและคัดเลือกข้อเสนอหัวข้อปัญหาและ/ หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้าสู่การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ตามกระบวนการแนวปฏิบัติและหลักเกณฑ์ต่างๆ และเสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ คณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ฯ อาจมีมติทั้งเห็นชอบให้บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ หรือเห็นชอบในหลักการ แต่ให้ทำการศึกษาเพิ่มเติมหรือไม่บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ จึงเห็นควรที่จะมีการติดตามการนำมติของคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการไปสู่การปฏิบัติในประเด็นของการก่อรูปนโยบาย อะไรเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดังกล่าว และมีปัญหาอุปสรรคอะไรต่อกระบวนการนำข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางในด้านการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่อไป

สิทธิประโยชน์ (ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ใช้ในปัจจุบัน ยังคงใช้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 หมวด 4 ว่าด้วยการรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งกำหนดทั้งรายละเอียด “บริการใดที่ครอบคลุม (inclusion lists)” ควบคู่ไปกับ “บริการใดที่ไม่ครอบคลุม (exclusion lists)” แต่ได้นำมาจัดหมวดหมู่ใหม่ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ในมาตรา 3 ให้เป็น “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

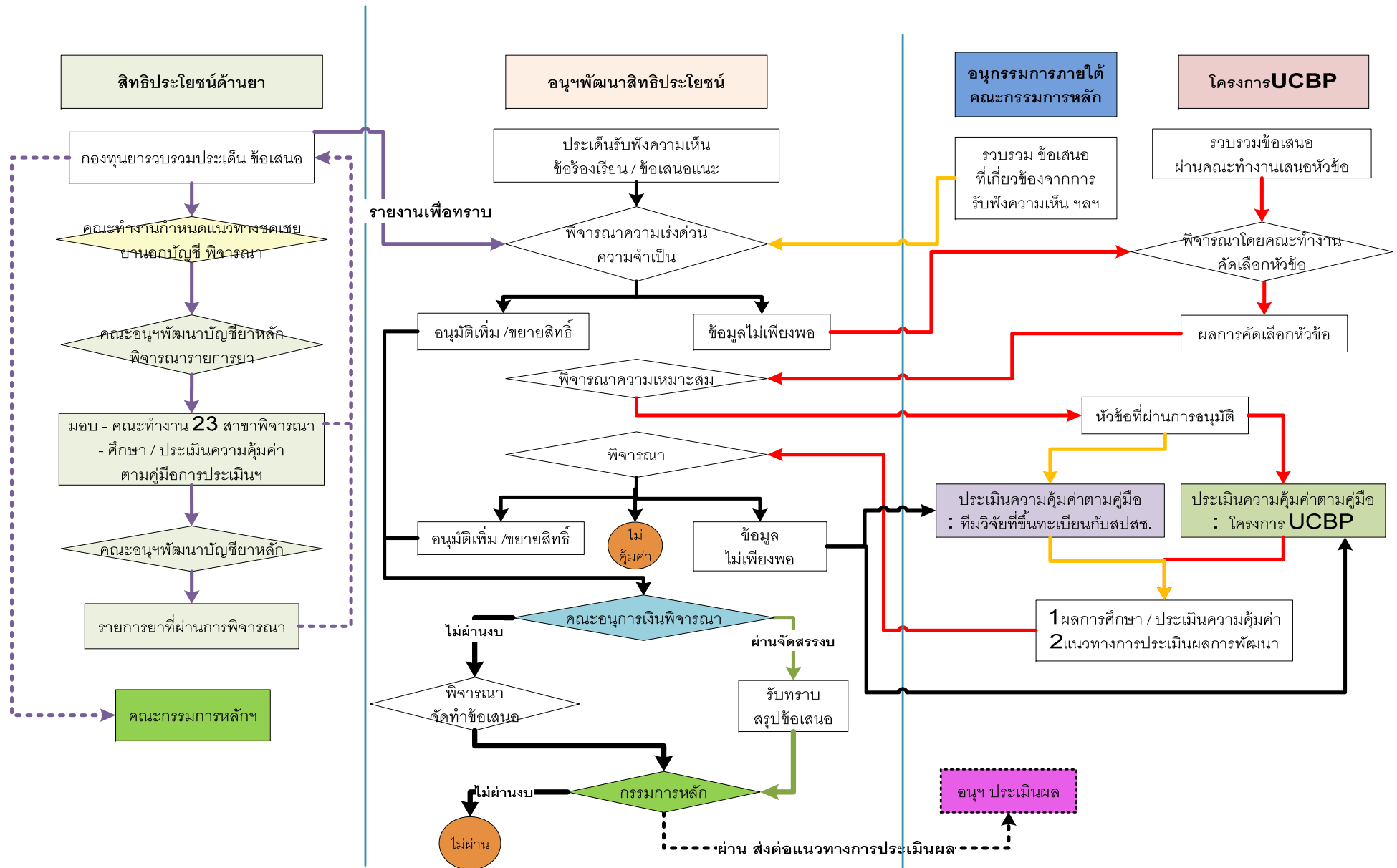
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3. ค่าตรวจและรับฝากครรภ์
4. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ การบำบัดและบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จนสิ้นสุดการรักษา
การบำบัดและบริการทางทันตกรรมได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมบริการยาด้านไวรัสเอดส์ด้วย
6. ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่
7. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
8. ค่าบริหารการรกแรกเกิด
9. ค่ารพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
10. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
11. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จนสิ้นสุดการรักษา
12. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด
บริการที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่
 1. กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน
 - 1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก/การผสมเทียม
 - 2) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/การเปลี่ยนเพศ
 - 3) การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - 4) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
 2. กลุ่มบริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ หรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น
 - 5) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด (ยกเว้นผู้ติดยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด)
 - 6) การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถ ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
3. กลุ่มบริการอื่นๆ
 - 7) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - 8) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation) ยกเว้น การปลูกถ่ายไตเพื่อรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันแต่กำเนิด และการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (2 รายการหลัง เริ่มให้บริการปีงบประมาณ 2555)

ขั้นตอนการพิจารณาข้อเสนอเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

การพิจารณาเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านยา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวทางดังภาพต่อไปนี้



ประเด็นที่น่าสนใจจากโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นคณะกรรมการที่มีความสำคัญในการกำกับทิศทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับประชาชน โดยพิจารณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งพัฒนาระบบบริการ และสร้างความเสมอภาคระหว่าง การบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ และประกันสังคม) ปัจจุบันพบว่า ยังมีมาตรการ ด้านสุขภาพที่สำคัญบางส่วน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ฯ หรือบางมาตรการครอบคลุมแล้วแต่มีราคาแพง ทำให้ผู้ให้บริการหลักเล็งที่จะให้บริการกับผู้มีสิทธิ อันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและไม่ได้ รับบริการที่มี ความจำเป็น ทำให้เกิดการร้องขอความช่วยเหลือ และเรียกร้องการปรับปรุงชุดสิทธิ ประโยชน์เข้าสู่ที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ บ่อยครั้ง ในการนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้ สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นฝ่ายเลขานุการฯ ในการดำเนินการศึกษาวิจัยด้วยระเบียบวิธีที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ เพื่อให้ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความครอบคลุม เป็น ระบบ โปร่งใส มีประสิทธิภาพ และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชน จะเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับประโยชน์จากชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

วัตถุประสงค์ของโครงการฯ

วัตถุประสงค์หลัก

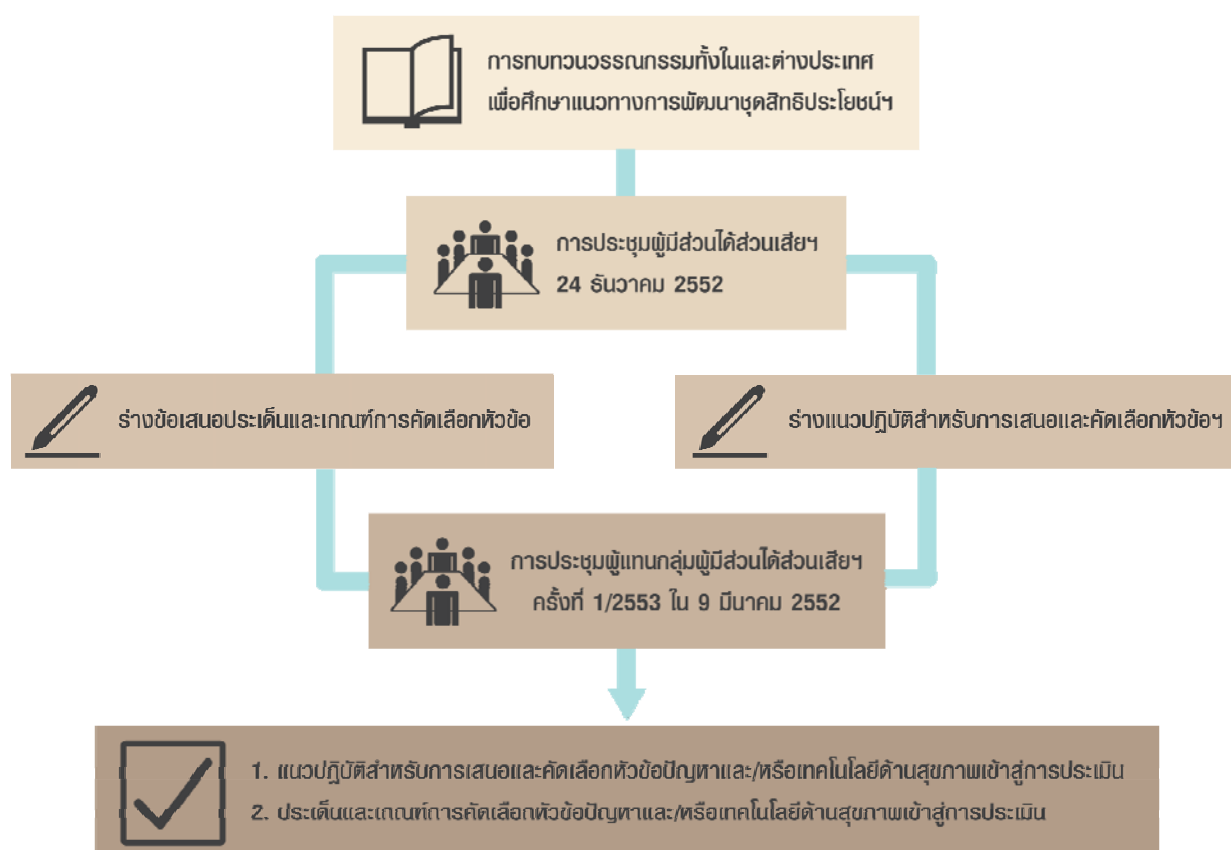
เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับคณะ อนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในการ พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า อย่างครอบคลุม เป็นระบบ และโปร่งใส บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อพัฒนารอบและหลักเกณฑ์ สำหรับจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ/หรือ เทคโนโลยี ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความ ครอบคลุม เป็นระบบ และโปร่งใส
2. เพื่อให้ได้มาซึ่งลำดับของปัญหา และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นใน การถูกพิจารณาเข้าเป็นชุด สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. เพื่อพัฒนาเกณฑ์การตัดสินใจใน การคัดเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ประเด็นด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรหรือความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ สำหรับจัดเข้าเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำหรับคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

การพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ :



กระบวนการคัดเลือกหัวข้อ/ปัญหาสุขภาพ :



คณะทำงาน ประกอบด้วย

1. คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
2. คณะเลขานุการโครงการฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
3. คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์

ประกอบไปด้วย : ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกแห่ง ราชวิทยาลัยทันตแพทย์

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม เพื่อ
เลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

2) กลุ่มนักวิชาการ

ประกอบไปด้วย : คณะ และสถาบันการศึกษาเทียบเท่าคณะในมหาวิทยาลัยภาครัฐและเอกชนทุกแห่งที่มีการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในสาขาวิชาต่อไปนี้ สาธารณสุขศาสตร์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ (เฉพาะคณะที่มี หลักสูตรเภสัชศาสตร์สาธารณสุข)

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ขอให้ที่ประชุมคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และ คณะสาธารณสุขศาสตร์ เลือกผู้แทนสาขาวิชาละ 1 คน ส่วนคณะเภสัชศาสตร์ที่มีหลักสูตรเภสัชศาสตร์สาธารณสุข มีอยู่ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว จึงให้คณะฯ คัดเลือกอาจารย์ในหลักสูตรดังกล่าวเป็นผู้แทน

****หมายเหตุ** ไม่รวมนักวิชาการในคณะแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์ เนื่องจากนักวิชาการในหน่วยงานดังกล่าวมีผู้แทนในราชวิทยาลัยแพทย์และทันตแพทย์ อยู่แล้วด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินโครงการระยะที่ 1 ขอให้ประธานที่ประชุมคณบดีคนปัจจุบันทั้ง 3 สาขา และผู้อำนวยการศูนย์เภสัชศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้แทนกลุ่ม

3) กลุ่มภาคประชาสังคม

ประกอบด้วย : ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนองค์กรภาคเอกชนในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 คน เพื่อคัดเลือกผู้แทน กลุ่มจำนวน 4 คน

4) กลุ่มผู้ป่วย

ประกอบด้วย : เครือข่ายผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้รับจากสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สปสช. เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนเครือข่ายผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 เครือข่าย และเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

กลุ่มผู้เสนอหัวข้อ

“กลุ่มผู้เสนอหัวข้อ” ที่มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาฯ มีทั้งหมด 7 กลุ่มดังนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย

ประกอบไปด้วย : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์

ประกอบไปด้วย : ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกแห่ง ราชวิทยาลัยทันตแพทย์

3) นักวิชาการ

ประกอบไปด้วย : คณะ และสถาบันการศึกษาเทียบเท่าคณะในมหาวิทยาลัยภาครัฐและเอกชนทุกแห่งที่มีการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในสาขาวิชาต่อไปนี้ สาธารณสุขศาสตร์ เกษตรศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ (เฉพาะคณะที่มี หลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ขอให้ที่ประชุมคณบดีคณะเกษตรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เลือกผู้แทนสาขาวิชาละ 1 คน ส่วนคณะเศรษฐศาสตร์ที่มีหลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีอยู่ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว จึงให้คณะฯ คัดเลือกอาจารย์ในหลักสูตรดังกล่าวเป็นผู้แทน

****หมายเหตุ** ไม่รวมนักวิชาการในคณะแพทยศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์ เนื่องจากนักวิชาการในหน่วยงานดังกล่าวมีผู้แทนในราชวิทยาลัยแพทย์และทันตแพทย์ อยู่แล้วด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินโครงการระยะที่ 1 ขอให้ประธานที่ประชุมคณบดีคนปัจจุบันทั้ง 3 สาขา และผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้แทนกลุ่ม

4) ภาคประชาสังคม

ประกอบด้วย : ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนองค์กรภาคเอกชนในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 คน เพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

5) กลุ่มผู้ป่วย

ประกอบด้วย : เครือข่ายผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้รับจากสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สปสช. เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนเครือข่ายผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 เครือข่าย และเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

6) ภาคอุตสาหกรรม

ประกอบด้วย : สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน (TPMA) สมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์ (PREMA) สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ให้แต่ละสมาคมคัดเลือกผู้แทนสมาคมละ 1 คน รวม 3 คน

****หมายเหตุ** ไม่รวมสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากผู้บริหารสมาคมฯ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ซึ่งสามารถเสนอหัวข้อฯ ผ่านผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์

7) ประชาชนทั่วไป

ประกอบด้วย : เครือข่ายจังหวัดในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม : ฝ่ายเลขานุการฯ สุ่มเลือกเครือข่ายจังหวัด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 76 เครือข่าย ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ผู้แทนจาก 5 ภาคๆ ละ 3 เครือข่าย รวมเป็นผู้แทนจำนวน 15 คน แล้วจัดการประชุมเพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน

5. บริบทของการตรวจสุขภาพในประเทศไทย

การตรวจสุขภาพในปัจจุบัน ปฏิเสธไม่ได้เลยว่ามีคามสำคัญมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก โดยมักมาคู่กับการตลาดของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในหลายๆ ที่ จึงไม่แปลกที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) เปิดเผยข้อมูลว่า คนไทยจ่ายค่าตรวจสุขภาพมากกว่า 2,200 ล้านบาทต่อปี ที่สำคัญดูเหมือนว่าการตรวจสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน และเป็นช่องทางหารายได้ของสถานพยาบาลของรัฐด้วย

ที่มาของการตรวจสุขภาพ

ในปี ค.ศ.1921 มีหลักฐานทางการแพทย์ที่เป็นจุดเริ่มต้นทำให้วงการแพทย์เริ่มให้ความสำคัญต่อการตรวจร่างกายประจำปี คืองานวิจัยของ Fisk ซึ่งเป็นการศึกษาผลดีจากการตรวจร่างกายประจำปีว่าสามารถลดอาการเจ็บป่วยได้ ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ไม่ได้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ randomized controlled trial ก็ตาม และแม้ว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจสุขภาพจะน้อยแต่ก็เริ่มเป็นระบบมากขึ้นในช่วงปี 1970-1980 โดยงานแรกเป็นของ Frame และ Carlson ในปี ค.ศ. 1975 และต่อมากลุ่มระดับชาติของแคนาดาและของสหรัฐอเมริกา ก็เริ่มทำการศึกษาอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทยมีการกำหนดแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย เพื่อใช้สำหรับการให้คำแนะนำและการตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไปในแต่ละช่วงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542^{15,16}

การตรวจสุขภาพตามสถานพยาบาลทั่วไป โดยส่วนใหญ่แล้วจะเกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องหลัก ๆ ได้แก่ การตรวจคัดกรองหาโรค และการตรวจเพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

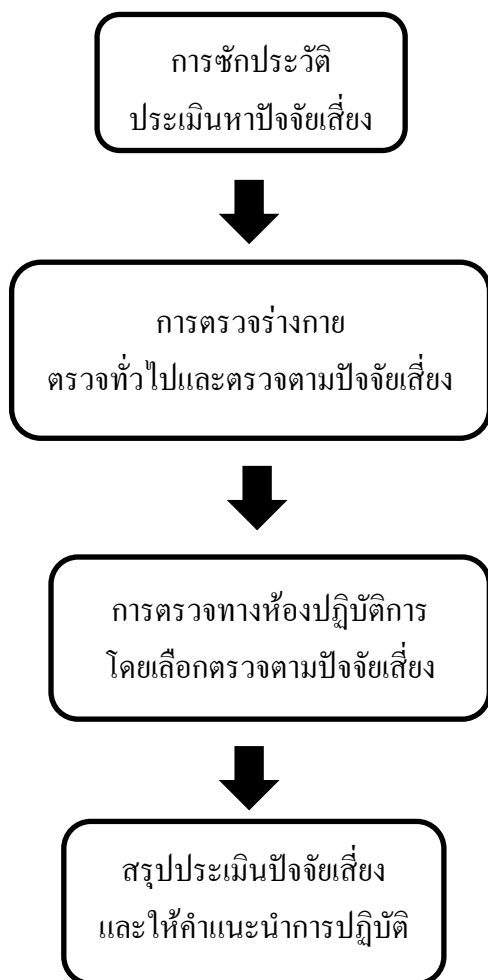
1. การตรวจคัดกรองหาโรค เป็นการตรวจสุขภาพที่ผู้ตัวถูกตรวจเองยังไม่มีปรากฏอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติใดๆ ให้สังเกตได้ เช่น โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเป็น ที่เรียกว่า “ภัยเงียบ” แต่กรณีที่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏให้เห็นบ้างแล้วค่อยไปตรวจนั้น ไม่ถือว่าเป็นการตรวจสุขภาพ เรียกว่าเป็นการตรวจเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคอะไรมากกว่า ซึ่งการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยโปรแกรมการตรวจร่างกายนั้น อาจต้องมีการตรวจแล็บหรือตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเพื่อยืนยันผล เมื่อทราบผลการตรวจที่แน่นอนแล้วก็จะได้ให้การรักษาอย่างเหมาะสม
2. การตรวจเพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เป็นการตรวจเพื่อจะได้รู้ว่าสุขภาพของเราเป็นอย่างไรบ้าง และถ้าพบว่าเรามีพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

¹⁵ Grimm KJ, Diebl MM. The periodical health examination. Rakel RE (ed). In: Textbook of family practice. 6th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company. 2002; 159-82.

¹⁶ เสาวนันท์ บำเรอราช. การดูแลสุขภาพทั่วไป (เอกสารประกอบคำสอน). ขอนแก่น : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549.

โรคอะไร แพทย์ที่ตรวจก็จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา

ขั้นตอนการคัดกรองสุขภาพโดยทั่วไป



ปัญหาของการตรวจสุขภาพ

ปัญหาของการตรวจสุขภาพในปัจจุบันนั้น คือ สถานพยาบาลส่วนใหญ่มักมุ่งประเด็นการตรวจสุขภาพ ด้วยการเน้นความสำคัญกับการตรวจแล็บมากกว่าการซักประวัติอย่างละเอียด จึงทำให้มีคนจำนวนมากเข้าใจผิดคิดว่า การตรวจสุขภาพคือการตรวจหาโรคโดย ตรวจแล็บเป็นหลัก และต้องมุ่งเน้นการรักษาจากหมอเท่านั้น ทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพตนเองไป

การตรวจสุขภาพจะมีประโยชน์อย่างมาก หากทำอย่างถูกต้องตามหลักการ เพราะโรคบางโรค นั้น หากตรวจพบระยะแรกก็จะรักษาได้ผลดีหรือหายขาดได้ แต่ถ้ามุ่งเน้นการตรวจหาโรคโดยไม่จำเป็น จะมีโทษมากกว่าประโยชน์เพราะถ้าตรวจพบว่าเป็นโรคที่ยังไม่มีการพิสูจน์ได้ อย่างชัดเจนว่ารักษาได้ หรือรักษาระยะแรกไม่ได้ผลดี จะทำให้ผู้รับการตรวจยอมเกิดความวิตกกังวลได้

นอกจากนี้ ยังมีกรณีเครื่องมือที่ใช้ตรวจก็ไม่ได้ให้ผลแม่นยำร้อยเปอร์เซ็นต์อีกด้วย ซึ่งผลการตรวจที่ออกมา นั้น หากตรวจแล้วพบ “ผลลบลง” ก็จะทำให้ผู้ถูกตรวจชะล่าใจและไม่ปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ยิ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอีก หรือกรณีที่ตรวจแล้วได้ “ผลบวกลง” ก็ต้องเจ็บตัว เพราะต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีก อีกทั้ง การตรวจเพิ่มเติม บางอย่างเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วย

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพระดับชาติ ซึ่งหน่วยงานนี้ต้องมีหน้าที่ กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม มีการตรวจสอบควบคุมมาตรฐาน และติดตามการดำเนินงานในการตรวจสุขภาพของภาครัฐและเอกชนรวมทั้งให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ประชาชนด้วย

การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการตรวจสุขภาพที่ โฆษณากันอย่างครึกโครมนั้น เกือบทั้งหมด จึงเป็น "การตรวจสุขภาพพาณิชย์" หรือ "การหาเงิน" ของสถานพยาบาลต่างๆ ที่ต้องการหา "โรค" ให้แก่ประชาชนทั่วไป ทำให้เกิด "โรคเท็จ" (false disease) จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจแล็บ) ที่ให้ "ผลบวกเท็จ" (false positive) หรือทำให้เกิดความหลงผิดว่าตนมีสุขภาพดี เพราะ "ผลลบเท็จ" (false negative) ทำให้ไม่ดูแลสุขภาพ ของตนเองเท่าที่ควร ทำให้โรคที่เป็นอยู่น้อยๆ (จนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังปกติ) ลุกกลามใหญ่โตกลายเป็นโรคที่รักษาไม่ทันจนเสียชีวิต

ปัจจุบัน ด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการ ความเร่งรีบในชีวิต ทำให้การตรวจสุขภาพไป มุ่งเน้นที่ใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นหาโรคเป็นสำคัญ เช่นการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอ็กซเรย์ ฯลฯ ตัดสินสุขภาพดีหรือไม่ดี โดยดูแต่ค่าตัวเลขหรือผลการตรวจเท่านั้น ซึ่งความจริงแล้วสุขภาพที่ดีหรือไม่ ไม่ได้ดูกันแค่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเหล่านี้เท่านั้น ทำให้คนที่ค่าปกติหลงคิดว่าตนนั้นแข็งแรง เกิดความประมาทในการใช้ชีวิต เช่น ยังคงดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ทานอาหารที่เป็นโทษต่อสุข ซึ่งนำไปสู่โรค ในที่สุด และในมุมกลับกัน ถ้าตรวจพบค่าผิดปกติ ทั้งที่บางครั้งเป็นความผิดพลาดทางเทคนิค ก็จะสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ได้รับการตรวจ ผู้ที่ไม่เป็นโรจึงกลายเป็นผู้เป็นโรค

ทั้งนี้ อาจประมวลสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดการตรวจสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนโดยสรุปประเด็นของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับ “นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน” ไว้ดังนี้¹⁷

1. ปัญหาด้านการให้บริการตรวจสุขภาพของประชาชน (utilization issues)

- 1.1. การให้บริการที่น้อยเกินไป (under-utilization & low coverage/low accessibility) เช่น การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- 1.2. การให้บริการที่มากเกินไป (over-utilization) เช่น การทำการตลาดของ health screening “packages” ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน
- 1.3. การให้บริการที่ไม่เหมาะสม (mis-utilization) เช่น การใช้ prostate-specific antigen (PSA) ในการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. ปัญหาด้านมาตรฐานวิชาชีพ (standard issues)

- 2.1. ความไม่สอดคล้องกันของคำแนะนำจากองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (inconsistency of professional recommendations) เช่น ความสับสนที่อาจเกิดจากคำแนะนำที่แตกต่างกันระหว่างราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ที่ออกมาในปีเดียวกัน
- 2.2. การขาดข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่จำเป็นต่อการสร้างคำแนะนำทางวิชาการที่อิงหลักฐานของปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะจำเพาะกับประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (limited local evidence for professional recommendations) เช่น คำแนะนำในการตรวจคัดกรองโรคที่พบน้อยในประเทศไทย

3. ความเหลื่อมล้ำในสิทธิการตรวจสุขภาพของกองทุนสุขภาพภาครัฐ (inequity issues)

- 3.1. สิทธิในการตรวจสุขภาพที่ไม่เท่ากันระหว่างประชาชนที่ใช้สิทธิ CSMBS, SSS, UCS
- 3.2. การตรวจสุขภาพของประชาชนที่ละสิทธิ CSMBS, SSS, UCS แต่เลือกจ่ายเงินเอง (out-of-pocket payment: OOP)

4. ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการตรวจสุขภาพของกองทุนสุขภาพภาครัฐ (governmental expenditure issues)

- 4.1. ภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการตรวจสุขภาพที่ไม่จำเป็น เช่น การตรวจสุขภาพที่อาจนำไปสู่ผลบวกлож (false positive) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมโดยไม่จำเป็น
- 4.2. ภาระค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการตรวจสุขภาพที่จำเป็น แต่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากจนอาจเกินกว่าที่ “พื้นที่การคลัง” (fiscal space) ของภาครัฐจะรองรับได้

¹⁷ บวรศม ลิระพันธ์. Concept note: Towards a better governance of health screening in Thailand.

5. ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ (health services systems issues)

- 5.1. ระบบเวชสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดปัญหาการตรวจสุขภาพซ้ำซ้อนในผู้ป่วยรายเดียวกันโดยไม่จำเป็น รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาในขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อได้ผลตรวจเป็นบวก (limited use of information technology in healthcare, fragmented healthcare)
- 5.2. มาตรฐานของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่เท่ากันในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ (laboratory standards)

6. ปัญหาด้านความแตกฉานด้านสุขภาพให้ประชาชน/ผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพ (health literacy issues)

- 6.1. การขาดความเข้าใจว่าการตรวจสุขภาพให้ผลตรวจที่ไม่แน่นอน (uncertainty) และไม่ตายตัว (dynamics)
- 6.2. การขาดความเข้าใจของประชาชนเรื่อง ผลบวกлож (false positive) ผลลบлож (false negative)
- 6.3. ความเป็นไปได้ที่ประชาชนอาจจะละเลยการสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากความเข้าใจผิดว่า หากได้ตรวจสุขภาพแล้วจะได้ผลลบแปลว่ามีสุขภาพดี (relationship between health promotion and health screening from consumer's perspective)

6. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1

บันทึกการประชุมปรึกษาหารือ ครั้งที่ 1 โครงการพัฒนาทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบ
บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ "Health Screening" ในประเทศไทย วันจันทร์ที่ 26 ตุลาคม
2558 เวลา 9.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุมสานใจ1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 6 กระทรวง
สาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา | รองเลขาธิการ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 2. ดร.ศรีสุปัติ อรรถสิทธิ์.นพ. | สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ |
| 3. นายแพทย์โมลี วนิชสุวรรณ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| 4. ศพราชัย สิทธิศรีณย์กุล.นพ.ดร. | หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. ดร.เทอดศักดิ์ โรจน์สุรภิตติ.นพ. | ประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา สมาคมประกันชีวิตไทย |
| 6. นพ.ประมุข ทองจักรแก้ว. | รองประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา สมาคมประกันชีวิตไทย |
| 7. พอ.สุรจิต สุนทรธรรม.นพ. | ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (.สปสช.) |
| 8. นพ.ธวัฒน์ วงศ์ผั่น. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหม้อ |
| 9. คุณสารี อ่องสมหวัง | เลขาธิการ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 10. นพ.รุ่งเรือง. กิจผาติ | ผู้อำนวยการ สำนักโรคติดต่อทั่วไป |
| 11. นพ.เรศ. ภิรมย์สารวิวงศ์ | รองอธิบดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 12. นางสุภาวดี นุชรินทร์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 13. นพ.ไพบุลย์ เอกแสง.ศรี | เลขาธิการ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน |
| 14. นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. | ผู้อำนวยการ สถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 15. พญ.จันทิมา พุกพานานนท์. | อนุกรรมการ Child Health Supervision
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 16. นพ.นเรรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี. | สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ |
| 17. นพ.ดนัย ธีวันดา. | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ |
| 18. รศ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.นพ.ดร. | หัวหน้าศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 19. ผศ.บวรศม ลีระพันธ์.นพ.ดร. | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. ดร.ภัทรพลย์ ตีลังจิต.พญ. | หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. พญ.ภรณ์ เหล่าอิทธิ. | ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 22. ดร.กนิษชานันท์ ช่วยเรือง. | นักวิจัยศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |

23. นายวิเชียร คุตตวัส	ผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต 4 (ประชาคมราชบุรี)
24. นายจรุง เชื้อจินดา	ผู้ช่วยผู้อำนวยการสมาคมประกันชีวิตไทย
25. นางสาวณัททัย จุลกะรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร
26. นางสาวนิธิภา อุดมสารี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
27. นางสุกัญญา ฉายาขวลิต	สถาบันการแพทย์แผนไทย
28. นางสาวทักษิณา วัชรบุรุษ	เลขานุการหัวหน้าศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบ-บริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
29. นางสาวยุพเภาว์ บุญส่อง	ผู้ช่วยวิจัยศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30. นางสาวศรสวรรค์ สอดส่องกิจ	ผู้ช่วยวิจัยศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ที่ได้รับเชิญ แต่ติดภารกิจไม่สามารถเข้าร่วมประชุม

1. ผู้แทนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้แทนจากโรงพยาบาลศิริราช
3. ผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคม
4. ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (.สปสช)
5. ผู้แทนจากกรมบัญชีกลาง
6. ผู้แทนจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
7. ผู้แทนจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
8. ผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (.สสส)

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ หัวหน้าศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กล่าวเปิดการประชุม พร้อมชี้แจงความเป็นมาของโครงการนี้ว่ามาจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งได้รับโจทย์สำคัญจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 นั้นมีมติให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รับผิดชอบการจัดตั้งกลไกหรือหน่วยงานระดับชาติซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมในการตรวจสอบสุขภาพ โดยหน่วยงานนี้อาจจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายเกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทางข้อกำหนดเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพ หรือการกำหนดตรวจสอบควบคุมมาตรฐานรวมทั้งการให้ความรู้กับประชาชน ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ต้องการดำเนินการจัดตั้งองค์กรหรือกลไกเพื่อพัฒนาระบบตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยประเทศไทยควรมีเวทีหรือกลไกหนึ่งมาศึกษาแบบองค์รวมว่าควรจะมีลักษณะอย่างไรด้วยมุมมองการศึกษาหรือการทำโครงการนี้ทั้งหมด ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการทำโครงการนี้ 4 เรื่อง ได้แก่

1. เพื่อกำหนดทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ

3. เพื่อพัฒนาแนวทางเบื้องต้น ของสิ่งที่หน่วยงานที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในภาคปฏิบัติ ควรต้องมีการดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ ได้รับการเลือกไปดำเนินการ
4. เพื่อประเมินทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์ พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบการตัดสินใจใน โอกาสต่อไป

โดยกระบวนการทั้งหมด ในภาพใหญ่ที่ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการ ผ่านโครงการนี้นั้น จะมีอยู่ 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง จะทำกรณีศึกษาเทียบเคียงกันกับกระบวนการจัดการที่คล้ายกันเหมือนกลไกพัฒนาระบบที่จะมาคอยพัฒนาระบบบริการตรวจสุขภาพเป็นกรณีศึกษา ซึ่งจะดึงประสบการณ์หรือบทเรียนออกมา โดยเลือกทำอยู่ 4 เรื่อง คือ (1) กลไกพัฒนาสิทธิประโยชน์ทางด้านหลักประกันสุขภาพ ซึ่งขณะนี้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการเป็นหลัก โดยให้ทางทีมคณะทำงานทบทวนเกี่ยวกับกระบวนการที่ต่างประเทศใช้และถอดบทเรียนสำคัญเพื่อเป็นองค์ประกอบในการพิจารณาโดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับระบบบริการตรวจสุขภาพเลยแม้แต่น้อยแต่สามารถเอามาเป็นบทเรียนที่เทียบเคียงกันได้ คือ ระบบการจัดการในบัญชียาหลักแห่งชาติและบทเรียนเรื่อง Glucosamine เพื่อเป็นประเด็นที่จะนำมาใช้เป็นบทเรียนในการพัฒนาเรื่องนี้ต่อไป

ส่วนที่สอง การจัดประชุมครั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้ามาแลกเปลี่ยนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และข้อคิดเห็นที่ท่านมีซึ่งเกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพโดยเฉพาะ ว่าในมุมมองของท่านหรือหน่วยงานที่ท่านร่วมอยู่ด้วยนั้นมีประเด็นอะไรบ้าง ท่านสามารถนำเสนอในส่วนที่เกินกว่านั้นได้ หลังจากนั้นจะเป็นขั้นตอนที่ทางทีมนักวิจัยสังเคราะห์ทางเลือกรวมทั้งหลักเกณฑ์ที่เราได้จากประเด็นที่มีการพูดคุยกัน ถึงแม้ท่านจะไม่ได้พูดว่ามันคือหลักเกณฑ์แต่ประเด็นที่ท่านได้แสดงให้เห็นถึงข้อวิตกกังวลต่างๆ หรือประเด็นที่คิดว่าจะเป็นจุดเด่นต่างๆ ทางเราจะดึงตรงนั้นมาเป็นข้อเสนอของหลักเกณฑ์ในการพิจารณาประกอบทางเลือกว่าในทางเลือกแต่ละทางถ้าจะพิจารณาทางเลือกผู้ที่ตัดสินใจทำนโยบายควรจะเอามุมมองหรือหลักเกณฑ์อะไรมาประกอบการพิจารณาและถ้าทดลองให้นำหนักกับหลักเกณฑ์เหล่านั้นแล้วทางเลือกที่น่าจะเป็นควรเป็นทางใด

ส่วนที่สาม จะนำทางเลือกเหล่านั้นและร่างเกณฑ์เหล่านั้นประชุมร่วมกับทุกท่านอีกครั้งหนึ่ง ว่าที่เราประชุมปรึกษาหารือกันรอบนี้แล้ว ซึ่งลองไปพัฒนาทางเลือกต่างๆ แล้ว รวมทั้งหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในการพิจารณาแล้ว ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อหลักเกณฑ์เหล่านั้นก่อนที่จะสรุปทั้งหมดนี้ให้กับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อไป

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ หัวหน้าศูนย์วิจัยฯ กล่าวถึงความหมายของการตรวจสุขภาพว่า การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health screening) หมายถึง การตรวจสุขภาพของผู้ที่ยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาโรคและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ ทั้งนี้ไม่รวมถึง (1) การตรวจสุขภาพผู้ที่มาขอปรึกษาแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย

หรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และ (2) การตรวจสอบสุขภาพผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น [สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ระเบียบวาระที่ 2.4 เรื่องนโยบายการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน, 8 พฤศจิกายน 2556]

โดยมีประเด็นคำถามเพื่อนำไปสู่การออกแบบกลไกเพื่อพัฒนาระบบนี้ คือ

- 1) สถานการณ์ตลาดบริการตรวจสอบสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 2) การกำหนดบริการหรือชุดบริการตรวจสอบสุขภาพ (Package) เป็นอย่างไร
 - สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพของรัฐ และประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงสวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
 - หลักการว่าการตรวจสอบสุขภาพเรื่องใด ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
 - มีตัวอย่างของบริการตรวจสอบสุขภาพที่ท่านเห็นว่าควรให้ แต่ไม่ได้ให้หรือไม่
 - มีตัวอย่างของบริการตรวจสอบสุขภาพที่ท่านเห็นว่าไม่ควรให้ แต่ให้กันอยู่หรือไม่
- 3) เรื่องต่อไปนี้ จำเป็นหรือไม่ ด้วยเหตุผลอย่างไร
 - ควรมีการจัดทำหรือรับรอง Guideline ของการตรวจสอบสุขภาพ สำหรับคนไทยหรือไม่
 - ถ้าจำเป็นต้องมีการจัดทำ ใครหรือหน่วยงานควรมีส่วนดูแล ในบทบาทอย่างไร
 - กลไกที่ทำหน้าที่ควรมีลักษณะแบบใดจึงจะเป็นที่ยอมรับ ด้วยเหตุผลอะไร
 - มีผลกระทบเชิงลบของการมี Guideline มีหรือไม่ อย่างไร
 - ถ้าเห็นว่าไม่จำเป็นการพัฒนา Guideline ดังกล่าวไม่มีความจำเป็น เหตุผลคืออะไร
- 4) มีความจำเป็นที่มีการติดตามกำกับมาตรฐาน และ/หรือการดำเนินงานในส่วนของการบริการตรวจสอบสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
 - หากจำเป็น หน่วยงานกำกับมาตรฐานในเรื่องบริการตรวจสอบสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร
- 5) ปัจจุบัน ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจต่อการตรวจสอบสุขภาพเพียงใด
 - การให้ความรู้แก่ประชาชน ปัจจุบันเป็นอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง
- 6) มีประเด็นที่อาจเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคบ้างหรือไม่
- 7) ประเด็นการพัฒนาในเชิงการต่อยอดด้านอื่นๆ มีหรือไม่ อย่างไร

ความเห็นในที่ประชุม

โดยในที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามประเด็นคำถามข้างต้น ซึ่งสามารถสรุปในภาพรวมแยกตามประเด็นคำถามแต่ละข้อได้ ดังนี้

- 1) สถานการณ์ตลาดบริการตรวจสอบสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไร

ความเห็นที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่าการนิยามการตรวจสุขภาพนั้นไม่ถูกต้อง โดยนิยามที่กล่าวมานั้นคือการนิยาม disease screening ไม่ใช่ health screening ซึ่งจริงๆ แล้วกุมารเวชศาสตร์ทำถูกมาตลอดและเป็น health screening มาตลอด โดยส่วนตัวมองว่าแพทย์ที่ไม่ใช่กุมารแพทย์จะไม่เข้าใจคำว่า health screening ซึ่ง health screening คือการหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ใช่การหาโรค และ early detection ของโรคคือการ disease screening ไม่ใช่ health screening โดยขออนุญาตนำเสนอแนวคิดดังนี้

แรกเริ่มนั้นการตรวจสุขภาพไม่ใช่เพื่อให้คนมีสุขภาพดีแต่เป็นการตรวจเพื่อคัดคนออกจากตำแหน่งเพราะหากตรวจแล้วเจอโรค นั้นหมายถึงการไม่สามารถเข้ารับราชการหรือรับตำแหน่งได้ สิ่งที่เราจะรักษาสุขภาพนั้นมี 3 เรื่อง ได้แก่ (1) prolong life (2) ลดการเจ็บป่วยทั้งกายและใจ และ (3) มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งที่สำคัญของการ check up หรือ screening คือ ถ้าเป็น health check up หรือ health screening มันจะต้องเป็น pre multi method for activity seeking to identify unrecognized health risk for timely intervention ในขณะที่ disease check up นั้นเป็น identify a symptom disease for intervention ดังนั้นนิยามที่กล่าวมาข้างต้นคือ นิยาม disease check up ไม่ใช่ health check up โดยมีความหมายแตกต่างกัน การทำ health check up ก็เพื่อหา health determinant factor ซึ่งมีปัจจัยอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) biological (2) life style (3) social and community network และ (4) socioeconomic การทำ health screening นั้นเพื่อนำไปสู่ health promotion ดังนั้นการที่เรา detect unrecognized disease เพื่อ modify the modifiable risk ซึ่งเป็น keyword ที่สำคัญ ดังนั้น health check up คือการ promote health ในขณะที่เดียวกัน disease check up ก็คือการ promote disease เพราะ (1) หากตรวจออกมาแล้วเป็น negative resource คือ ไม่เป็นโรคแม้กระทั่งเป็น true negative ก็ encourage high risk behavior (2) ถ้าเป็น positive resource ในคนส่วนใหญ่แม้กระทั่งเป็น true positive ก็ตามแต่โรคจำนวนมากไม่ malignant ต่อตลอดระยะเวลาของการมีชีวิต ดังนั้นเป็นโรคก็มีสุขภาพดีได้ ถ้าโรคนั้นไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือคุณภาพชีวิตเสียไป เพราะฉะนั้น สิ่งที่เราเรียกว่าการตรวจสุขภาพต้องนำไปสู่การ promote health คือทำให้มีสุขภาพดีไม่ใช่ทำให้แย่ลง ซึ่งการนิยามข้างต้นของงานวิจัยนี้เป็นการตรวจโรคซึ่งอาจจะมีผลเสียมากกว่าผลดี

ความเห็นที่ 2 ในมุมมองด้าน occupational health เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่ 1 เกี่ยวกับ modify the modifiable risk factor หรือ determinant of health หาก practice จริงจะพบว่าคนไข้แต่ละคนจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แก้ได้และแก้ไม่ได้ เพราะฉะนั้นคนที่มีความเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ยิ่งจำเป็นมากที่จะต้องบอกเขาว่า จะต้องทำอะไร เพื่อ modifiable risk factor และอีกประเด็นคือในส่วนของตลาด occupational health หรือ การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงที่กฎหมายแรงงานมีอยู่ใน พรบ. ความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน 2554 คิดเป็นตัวเงินมีประมาณ 9000 ล้านบาทต่อปี

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวในมุมมองของตนว่า กลไกการพัฒนาการตรวจสุขภาพนี้ ต้องเป็นไปเพื่อการ promote health ไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อ discriminate เพื่อไม่ให้สิทธิประโยชน์บางอย่าง เช่น การเข้าทำงาน หรือการรับตำแหน่ง จุดเริ่มต้นของการตรวจสุขภาพอย่างเป็นทางการในประเทศไทยนั้นเป็นเรื่องของสวัสดิการข้าราชการจริง และไม่ใช่จะสามารถยกเลิกได้ง่าย ดังนั้นกลไกนี้ต้องขอความเห็นจากหลายๆ ด้าน เพื่อจะทำให้เกิดการรอบคอบในการดำเนินการพอสมควร

ความเห็นที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิกล่าวอธิบายต่อที่ประชุมว่า การตรวจสุขภาพในข้าราชการนั้นเริ่มมาจากการตรวจเพื่อคัดกรองเข้ารับตำแหน่ง ไม่ได้มาจากการตรวจเพื่อสุขภาพดี และใช้การเขียนว่าการตรวจสุขภาพแทนการใช้คำว่าตรวจโรค

ความเห็นที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิกล่าวต่อที่ประชุมว่าในภาพของโรงงานปัจจุบันหากพิจารณานิยามตามความเห็นที่ 1 แล้วจะพบว่า สมาคมประกันชีวิตไทยเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพจะต้องมีทั้ง health screening และ disease screening นอกจากนี้ยังมีการศึกษาตัวอย่างจาก South Africa คิดว่าต่อไปในอนาคต produce ของประกันสุขภาพนั้นจะมีการส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และงดการสูบบุหรี่ จะมีการให้คะแนนกับผู้ที่มีการมีกิจกรรมเหล่านี้ และมีสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งในส่วนของการประกันสุขภาพจะเป็นแบบนี้และมีการจัดการตรวจเป็นแพ็คเกจ

ความเห็นที่ 5 ในเรื่องของความรู้สึกกังวลต่อสุขภาพสูงขึ้น conscious mind เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพสูงขึ้น เลยคิดว่าตลาดตรงนี้ค่อนข้างจะใหญ่และคิดว่ามีความซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเอกชน โดยเฉพาะเรื่องกลไก supply side

ความเห็นที่ 6 คือเรื่องคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ลงลึก 3 เฟส คือ (1) pre analytical phase การ collect specimen การเตรียม subject ซึ่งมีปัญหามากในเชิงของการตรวจนอกสถานที่ (2) analytical phase ในสถานพยาบาลก็มีการวัดประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ (3) การให้ความรู้คำปรึกษาแก่ประชาชนหรือข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ควรคืนข้อมูลรายคน

ความเห็นที่ 7 มองว่าการตรวจสุขภาพของราชการแต่เดิมเป็นเรื่องของการเลื่อนตำแหน่งหรือการเข้ารับตำแหน่ง แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนไปในเรื่องของสุขภาพที่ดีแทนและมองว่าการตรวจสุขภาพมีประโยชน์มาก คือ เป็นจุดเริ่มต้นของ health promotion

ความเห็นที่ 8 เรื่องนิยามความแตกต่างกันระหว่าง health screening และ disease screening และเรื่อง demand supply โดยเข้าใจว่าหน่วยงาน HITAP พยายาม prove ว่าสิ่งที่ดีที่สุดของการ health screening คืออะไรบ้าง แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทุกอย่าง เพราะว่ามันเยอะมาก โดยเรื่องของตลาดมี 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่หนึ่ง เรื่อง demand side ซึ่งความคิดเห็นส่วนตัวคิดว่า (1) demand ถูกสร้างจากทางภาคเอกชนมาก โดยมีการคิดโปรแกรมต่างๆ demand เลยเบนออกจากความถูกต้องไป (2) demand ที่ทำให้แตกต่างกัน คือ socio-status (3) เรื่อง guideline bleeding ทำให้ demand เปลี่ยนไป โดยขึ้นอยู่กับแพทย์และคนไข้ อีกเรื่องคือการตรวจสุขภาพตามช่วงอายุเพราะเป็นที่สงสัยกันมาก ควรทำให้เห็นว่าทำไมถึงต้องตรวจต่างกัน ส่วนที่สอง คือ supply side (1) มีความแตกต่างกันระหว่าง private และ government sector โดยในส่วนของการเอกชนนั้น สร้างความต้องการให้คนไข้เป็นหลักแต่รัฐบาลมาจากระเบียบหรือนโยบายเป็นหลักว่าทำอะไรได้บ้าง (2) คือ ระดับของ private sector ที่มีหลายระดับ ทำให้การตรวจมีความแตกต่างกัน ส่วนที่ทำให้แตกต่างระหว่าง private และ government sector คือ เขตเมืองกับเขตชนบทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน และสิ่งที่ทำให้แตกต่างเพิ่มขึ้นอีกคือ region ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างสูงมากนี้เป็นส่วนที่ทำให้ supply side มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

ความเห็นที่ 9 ในส่วนของประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจหาโรคจริง มีไม่ถึง 5% เพราะปัจจุบันประกันสุขภาพส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพไม่ละเอียดและดูความเสี่ยงของแต่ละช่วงอายุรวมถึงวงเงินที่ทำประกันแทน

ความเห็นที่ 10 ปัจจุบันแนวโน้มของประกันนั้นห้ามตรวจสุขภาพ เพราะว่าการตรวจของประกันเป็นการ discriminate เลยว่าจะไม่รับทำประกันให้กับบุคคลเหล่านั้น ไม่ได้ทำการตรวจเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดี และคนไทยที่อยู่ในวงการประกันสุขภาพมีอยู่ไม่ถึง 5% โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหน่วยงาน Agency for Health Research and Quality (AHRQ) ที่ทำเว็บไซต์ออกมาชื่อ ePSS โดยมีการใส่ health status, risk factor, activity การรับวัคซีนต่างๆ ส่วนใหญ่เพื่อการ counseling และ lab น้อยมาก ซึ่งควร counseling ก่อนการตรวจด้วย ต้อง declare ก่อนว่าคนจะตัดสินใจซื้อหรือไม่และการ counseling มีอะไรบ้างและควรได้รับวัคซีนอะไรบ้าง กลไกที่ว่ามานั้นเราควรทำอย่างไรในประเทศสหรัฐอเมริกา ประกันสุขภาพจะจ่ายในรายการที่มี ePSS หากไม่มี ประกันสุขภาพจะไม่จ่ายให้ ปัญหาคือถ้าคนทำ prevention ไม่ได้ได้รับผลกระทบต่องบเงินของตนเองโดยตรงก็จะไม่สนใจทำแน่นอน

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ เสนอประเด็นคำถามว่าหากมีการทำ ePSS ในประเทศไทยใครจะเป็นคนทำและหากทำแล้วจะมีคนยอมรับหรือไม่

2) การกำหนดบริการหรือชุดบริการตรวจสุขภาพ (Package) เป็นอย่างไร

- สิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพของรัฐ และประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงสวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ มีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร
- หลักการว่าการตรวจสุขภาพเรื่องใด ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
 - มีตัวอย่างของบริการตรวจสุขภาพที่ท่านเห็นว่าควรให้ แต่ไม่ได้ให้หรือไม่
 - มีตัวอย่างของบริการตรวจสุขภาพที่ท่านเห็นว่าไม่ควรให้ แต่ให้กันอยู่หรือไม่

ความเห็นที่ 1 เกี่ยวกับ general health กับ occupational health นั้นรายการที่ตรวจเพื่อเป็น health screening ในคนทั่วไปกับคนทำงานจะต้องมีการตรวจสุขภาพต่างกัน

ความเห็นที่ 2 เสนอความคิดเห็นในด้านของ provider ที่มีทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ ว่าในส่วน of ภาครัฐเองคงไม่ใช่เฉพาะในระบบสิทธิประโยชน์อย่างเดียวแต่จะมีเรื่องการหารายได้ด้วย ยิ่งภาคเอกชนนั้นโดยส่วนตัวมีความเข้าใจว่ามีเรื่องของรายได้ด้วยเช่นกัน โดยมีความกังวลในส่วน of supply induce demand ได้ ทำให้ปัจจุบันเราจะเห็นแนวทางการโฆษณาแปลกๆ หรือการจัดโปรโมชั่นต่างๆ ตามเทศกาลการตรวจสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องของ supply side

ความเห็นที่ 3 ตลาดการตรวจสุขภาพเรื่องใดควรอยู่ในสิทธิประโยชน์ ส่วนใหญ่การให้บริการตรวจสุขภาพที่ควรให้แต่ไม่ได้ให้ ในขณะที่เดียวกันการตรวจสุขภาพที่ไม่ควรให้แต่กลับให้บริการ เนื่องจากการตรวจทั้งหมดเป็นการสร้างความประมาทให้กับผู้รับบริการ

ความเห็นที่ 4 คำว่าสวัสดิการนั้นมีปัญหาทั้งในส่วนของการและส่วนของแรงงานด้วย รัฐมองเรื่องนี้เป็นเรื่องสวัสดิการและทางฝั่งเอกชนก็มองเป็นสวัสดิการเช่นกัน ซึ่งคำว่าสวัสดิการเป็นคำที่ต้องมองลึกลงไปว่ามีอะไรบ้างที่เป็นสวัสดิการ และสิ่งเหล่านี้จะแยกออกจากสวัสดิการได้อย่างไรที่จะเป็นประโยชน์จริงๆ

ความเห็นที่ 5 เรื่องแพ็คเกจของการตรวจสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันแพ็คเกจเก่ามากและไม่ทันต่อปัจจุบัน

ความเห็นที่ 6 ตัวแทนจากภาคเอกชน ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจต่อที่ประชุมว่า ภาคเอกชนไม่ได้ต้องการแสวงหากำไรอย่างเดียว ซึ่งทางภาครัฐไม่ควรคิดว่าเอกชนมุ่งหวังแต่ผลกำไร เพราะเราทำด้านสุขภาพเหมือนกัน โดยได้อธิบายให้ทราบว่าทางภาคเอกชนเวลาทำ health screening นั้นทำอย่างไร โดยมีทั้ง health screening และ disease screening ดังนี้ (1) เริ่มจากการตรวจคัดกรองพนักงานที่จะเข้ามาทำงาน โดยส่วนตัวคิดว่า health screening และ disease screening แยกกันชัดๆ ไม่ออก (2) ในส่วนคนไข้ทั่วไป การตรวจขั้นต่ำที่สุดที่กระทรวงแรงงานกำหนดว่าผู้สมัครงานต้องตรวจอะไรบ้าง (3) ในส่วนอื่นก็จะตรวจอ้างอิงจากราชวิทยาลัยและต่างประเทศว่าต้องตรวจอะไร โดยไม่ได้ทำเพื่อจะแสวงหากำไรอย่างเดียว โดยเสนอว่า health check up ควรมีการกำหนดขั้นต่ำที่จะทำได้ทั้งประเทศว่าควรตรวจอะไรบ้าง และอยากให้คำนึงถึง resource ของ specialist ด้วย เพราะบุคลากรไม่เพียงพอ โดยสรุปอยากให้กำหนดสิ่งต่างๆ ดังนี้ คือ (1) กำหนดขั้นต่ำของการตรวจในคนทั่วไป (2) ถ้าจะเป็นการตรวจเฉพาะโรคหรืออาชีพ ควรมีการตรวจอะไรบ้าง ควรทำให้เป็นรูปแบบ โดยปัจจุบันที่เอกชนทำนั้นเอาแบบอย่างมาจากประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่และยุโรปบางส่วน โดยทั้งนี้ทั้งนั้นผู้รับบริการส่วนใหญ่มีกำลังจ่ายอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นราคาก็จะแตกต่างกันตามต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล

ความเห็นที่ 7 การทำ health screening ในช่วงอายุต่างๆ จะทำในรูปแบบคล้ายกันกับของเด็กได้หรือไม่ เสนอเพิ่มเติมหากมีการดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีในแต่ละครั้งของการตรวจอาจมีของรางวัลให้ด้วย โดยส่วนตัวไม่อยากให้เน้นกับทาง lab มาก โดยควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเข้ามากำกับดูแลว่าควรทำการตรวจใดบ้างที่ง่ายและไม่ยุ่งยาก ต่อไปในอนาคตก็จะมีการตรวจ disease screening น้อยลง เพราะตรวจและดูแลสุขภาพตั้งแต่ตอนนี้

ความเห็นที่ 8 เห็นด้วยว่าการตรวจอาจจำเป็นสำหรับบางกลุ่มในแต่ละอาชีพ โดยส่วนตัวสนับสนุนให้เกิด health screening แต่จะอย่างไรให้ทั่วถึงและเป็นระบบ จะมีกลไกอะไรที่จะช่วยดูเรื่อง health screening ตรงนั้น อาจจะสนับสนุนเรื่องของการ disease screening น้อย เพราะเป็นการคำนึงถึงการเลือกปฏิบัติมากกว่าจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน เราจะมีกลไกสิทธิประโยชน์อะไรเข้ามาอยู่ในแพ็คเกจหลักประกัน คิดว่าเป็นหลักที่ดี โดยคำนึงถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของคนที่จะเลือกสิทธิประโยชน์ที่จะเข้าไป อาจจะมีความเสี่ยงอะไรที่จะนำคนที่เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ และผู้รับสิทธิประโยชน์เข้าไปอยู่ในกลไกนั้นด้วย โดยกลไกนั้นจะพิจารณาว่าสิทธิประโยชน์อะไรที่จะเป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ คุณภาพชีวิตของคนเพิ่มขึ้นอย่างไร และ cost effectiveness เป็นอย่างไรบ้าง หรืออาจจะใช้กลไกทางการเงินเพื่อเข้าถึงหากมีความจำเป็น

3) เรื่องต่อไปนี้เป็นหรือไม่ ด้วยเหตุผลอย่างไร

- ควรมีการจัดทำหรือรับรอง Guideline ของการตรวจสุขภาพ สำหรับคนไทยหรือไม่
 - ถ้าจำเป็นต้องมีการจัดทำ ใครหรือหน่วยงานควรมีส่วนดูแล ในบทบาทอย่างไร
 - กลไกที่ทำหน้าที่ควรมีลักษณะแบบใดจึงจะเป็นที่ยอมรับ ด้วยเหตุผลอะไร
 - มีผลกระทบเชิงลบของการมี Guideline มีหรือไม่ อย่างไร
- ถ้าเห็นว่าไม่จำเป็นการพัฒนา Guideline ดังกล่าวไม่มีความจำเป็น เหตุผลคืออะไร

ความเห็นที่ 1 guideline จะถูกนำไปใช้อย่างจริงจังเมื่อมันมีผลกระทบในการจ่าย และ guideline ที่ได้เคยทำออกมานั้นยังไม่ flexible พอ และยังประยุกต์เข้ากับทุกกลุ่มคนไม่ได้ และยอมรับว่ามุมมองของ guideline เป็นมุมมองของ expert opinion ควรจะทำได้สรุปเท่านั้น ซึ่งการตรวจสุขภาพไม่ใช่ cross-sectional โดยเสนอว่าควรจะมีสมุดสุขภาพในทุกช่วงวัยเหมือนต่างประเทศแต่ปัญหาในวัยผู้ใหญ่ นั้นความหลากหลายของกลุ่มคนมีมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่มีผลกระทบอย่างมากในวัยผู้ใหญ่ไม่ใช่อายุ แต่เป็นอาชีพ life style และสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก

ความเห็นที่ 2 ในฐานะของวิชาชีพพยาบาลว่า guideline มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการตรวจสุขภาพจะตกเป็นหน้าที่ของพยาบาล เพราะแพทย์ contact กับผู้รับบริการน้อยมาก เพราะหากไม่มี guideline จะมีปัญหาในเชิงปฏิบัติ และอาจจะส่งผลกระทบไปถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เนื่องจากการได้รับการตรวจที่ปกติไม่มีโรค แต่ผู้รับบริการเกิดเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพแล้วเกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้น จึงควรมี guideline เพื่อบอกว่าผู้ให้บริการได้ตรวจตามนี้แล้ว ควรคุ้มครองผู้ให้บริการด้วย โดยมองว่า guideline จะทำให้ทุกคนตรวจเหมือนกันและเป็นมาตรฐานมากขึ้นและเป็นการป้องกันตัวเองของหน่วยให้บริการตรงนี้ด้วย

ความเห็นที่ 3 องค์ความรู้ด้าน เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ของไทยสำหรับ clinical preventive สำหรับผู้ใหญ่น้อยมาก อีกส่วนที่จะเข้ามาดูแลองค์ความรู้เรื่องนี้คือ เวชศาสตร์ครอบครัว ที่เป็นที่พึ่งทางวิชาการได้จริงๆ คือ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยที่มีความเป็น general อยู่มาก และหากจะใช้ guideline ของต่างประเทศได้หรือไม่ก็มีคำตอบอยู่ 4 ข้อ คือ (1) ความซุกของเรามากกว่าและของเขาแนะนำให้ทำ และเราควรจะทำ (2) ถ้าความซุกของเราน้อยกว่าแล้วของเขาไม่แนะนำให้ทำ เราก็ไม่ควรทำ (3) ความซุกของเรามากกว่าแล้วของเขาไม่แนะนำให้ทำ เราควรทำการศึกษาในบริบทของเรา และสุดท้าย (4) ความซุกของเราน้อยกว่าและของเขาแนะนำให้ทำ เราก็ควรทำการศึกษาเช่นกัน ดังนั้นต้องหาคนทำจริงๆ และอาจจะต้องทำการศึกษาด้วย อีกเรื่องที่สำคัญคือ guideline การตรวจสุขภาพในคนขับรถสาธารณะ สรุปว่า guideline ของการตรวจนั้นมีได้ แต่เป็นเรื่องยากเนื่องจากวัยผู้ใหญ่มีความหลากหลายของกลุ่มและองค์ความรู้ของบุคลากรทางด้านนี้ในประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอ

ความเห็นที่ 4 จากการประชุมวันนี้เห็นว่า guideline ควรจะต้องมี หากดูของต่างประเทศจะเห็นว่าหลาย source ที่ทำ ส่วนตัวคิดว่า (1) ในประเทศไทยคนที่จะทำ guideline ได้น่าจะเป็นราชวิทยาลัยต่างๆ ไม่ใช่แค่ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์เท่านั้น อาจจะดึงราชวิทยาลัยรังสีเข้ามาศึกษาด้วย แต่ปัญหาคือ

เป็นเรื่องยาก (2) สำหรับวิธีที่ง่ายกว่านั้นคือการให้หน่วยงานกลางเชิงยุทธศาสตร์วิทยาลัยแต่ละแห่งมา feedback ข้อมูลของ guideline ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ (3) อีกส่วนหนึ่งคือหน่วยงานที่ทำเรื่องความคุ้มค่าเป็นหลัก (4) อาจจะไม่ใช้กระทรวง ราชวิทยาลัย หรือ HITAP อาจจะเป็นสปอนเซอร์อย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสังคม หรือ กรมบัญชีหลัก นอกจากนี้ 4 อย่างที่ควรทำ guideline คือ (1) ดูเรื่อง burden ของโรคและ age group โดยให้ราชวิทยาลัยศึกษาในแต่ละช่วงอายุ (2) การทำ evaluation support ประเมินความคุ้มค่า ค่าใช้จ่าย GDP ทั้งประเทศรวมกัน การเอาสถิติจากประเทศอื่นมา adopt and adapt นั้นอาจจะเป็นเรื่องยาก เพราะ context จะแตกต่างกัน หรือแม้จะใช้ได้แต่ต้องระมัดระวังและต้องศึกษาให้ดี

ความเห็นที่ 5 มี ประเด็น 2 คือ ประเด็นที่หนึ่ง กลไกการผลักดันขับเคลื่อนมีกระบวนการกำกับดูแลหรือมี guideline ควรจะเป็นในรูปแบบใด ประเด็นที่สอง ตัว guideline เอง ควรแบ่งเป็น กลุ่มช่วงอายุ ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และสูงวัย โดยในช่วงอายุ 0-18 ปี ให้ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์เป็นผู้ที่ช่วยดู guideline ในกลุ่มผู้ใหญ่ตามที่นพ.สุรจิต สุนทรธรรม ได้มีการพูดไปแล้วนั้นคือการวัดรอบพุง ซึ่งตัว guideline ทั้งหมดได้ทำออกมาแล้วและถูกส่งไปผู้บริหารกรมแล้วและจะมีการประชุมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในครั้งต่อไป หากได้เรื่องอย่างใดคงมีการจัดการกับตรงนี้อีกครั้ง และอีกอย่างคือการตรวจต่างๆ ที่ผู้เชี่ยวชาญได้พูดถึง บางประเด็นไม่มีข้อมูลหรือหลักฐานมาสนับสนุนมันควรจะถูกคัดออก แต่หากจำเป็นที่จะต้องตรวจก็ควรจะศึกษาหาข้อมูลมาสนับสนุน ซึ่งการตรวจที่ถูกคัดออกหรือคงไว้ควรต้องมีหลักฐานทางวิชาการ โดยส่วนตัวคิดว่า guideline ที่ว่าอยู่ในระดับกระทรวงและจะมีประสิทธิภาพต่อไป

ความเห็นที่ 6 เสนอแนวคิดที่ว่าสิ่งที่กล่าวถึงนั้นไม่ควรจะเรียกว่า guideline ควรเรียกว่านโยบายมากกว่า จากประสบการณ์ที่ทำงาน guideline ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ส่วนตัวคิดว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ควรเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็น conflict of interest ว่าเป็น payer แล้วมาทำสนับสนุนงบประมาณการทำ guideline เองจะทำให้ guideline ที่ถูกยกขึ้นมาเป็น guideline ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยากจะจ่าย และการทำ guideline หากมีการจำกัดการตรวจขึ้นมาก็จะทำให้เหมือนเป็นการตัดสวัสดิการออก จะทำให้คุยกับประชาชนไม่เข้าใจ ซึ่ง guideline ตามหลักการคือบ่งบอกถึง evident ว่าขณะนี้เรามีหลักฐานอะไรบ้างไม่ได้เป็นสิ่งที่บอกให้ทำแต่สิ่งที่บอกให้ทำ คือ protocol ไม่ใช่ guideline ซึ่งตามหลักการ guideline เป็นสิ่งที่นำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย แล้วจึงมาทำ protocol และนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่ง guideline ไม่ได้มีสภาพบังคับและต้องบอกถึงข้อดีข้อเสียด้วย

ความเห็นที่ 7 เมื่อก่อนนั้นการที่เราจะให้บริการการตรวจสุขภาพต่างๆ นั้น จะขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการว่าจะให้บริการการตรวจอะไร แต่ปัจจุบันการบริการการตรวจสุขภาพมี demand จากผู้อยากจะตรวจเองส่วนหนึ่ง ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนี้มีแนวคิดที่ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจนั้นตนเองสามารถที่จะจ่ายได้ แต่หากมองในภาพรวมของทั้งระบบหลายเรื่องไม่จำเป็นว่าจะต้องทำ อีกส่วนหนึ่งคือส่วนของผู้ให้บริการในภาคธุรกิจหรือแม้กระทั่งในส่วนของการเองพยายามที่จะหาข้อมูลต่างๆ เพื่อจะสามารถให้บริการในลักษณะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งส่วนตัวมองว่า guideline เองคงไม่ได้มีสภาพ

บังคับแต่อย่างน้อยที่สุดควรให้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นลักษณะพื้นฐาน และเห็นด้วยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ควรเข้ามาทำเอง เพราะว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือแม้กระทั่งในส่วนอื่น แต่ตรงนี้คงจะต้องมีหน่วยงานกลางที่จะต้องคิดระบบตรงนี้ขึ้นมาเพื่อที่จะให้หน่วยต่างๆ นำไปปฏิบัติ ที่สำคัญคือนำไปสู่กลไกในการทำให้เป็นนโยบายระดับประเทศ ควรที่จะใช้เรื่องนี้มาเป็นแนวทางหลักในการที่จะดำเนินการร่วมกันทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคธุรกิจด้วยเช่นเดียวกัน

ความเห็นที่ 8 เสนอแนวคิดต่อที่ประชุมว่า guideline ไม่ควรจะเป็นเหมือนกันทั้งประเทศ ก่อนหน้านี้ในที่ประชุมมีการเสนอ guideline เป็นช่วงอายุ นอกจากนี้อาจเสนอ guideline ที่แบ่งตามอาชีพและอาชีพที่สำคัญคืออาชีพเกษตรกร และ guideline ที่แบ่งเป็นภูมิภาคต่างๆ และที่สนใจที่สุดคือสมุดตรวจสุขภาพโดยจะเริ่มตั้งแต่ตอนไหนได้หรือไม่ คือหลังจาก 4 ปี 6 เดือน ประชาชนจะต้องทำสมุดสุขภาพต่อไปเรื่อยๆ ในอนาคตคนไทยก็จะมีบันทึกสุขภาพทุกคน

4) มีความจำเป็นที่มีการติดตามกำกับมาตรฐาน และ/หรือการดำเนินงานในส่วนของการตรวจสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

- หากจำเป็น หน่วยงานกำกับมาตรฐานในเรื่องบริการตรวจสุขภาพ ควรเป็นอย่างไร

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ชี้แจงต่อที่ประชุมอีกครั้งว่า การทำโครงการครั้งนี้จัดเพื่อพัฒนากลไกเพื่อทำหน้าที่ 3 อย่าง เพียงแต่จะทำเองหรือว่าคอยดูแลกำกับให้ผู้อื่นทำ อันนั้นก็เป็นการเลือกที่เราจะมาคิดและเสนอต่อไป ที่มวิจัยไม่ได้ลงไปทำในรายละเอียดว่านโยบายควรจะเป็นอย่างไรหรือวิธีดูแลมาตรฐานควรจะทำอย่างไร แต่ด้วยประสบการณ์ที่ทุกท่านมีอยู่นั้นก็จะทำให้เห็นว่า ถ้ากลไกนี้เกิดขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่แบบนี้ กลไกนี้ควรจะเป็นอย่างไร

ความเห็นที่ 1 เรื่องคุณภาพของการตรวจสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องด้วยในปัจจุบันการตรวจสุขภาพเป็นช่องทางหารายได้ของโรงพยาบาล Health screening ปัจจุบันมีเยอะมาก โดยเสนอว่าควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเข้ามากำกับดูแลชนิดของการตรวจสุขภาพให้เหมาะสมกับบุคคล ช่วงอายุ เป็นต้น พอมีการตรวจมากๆ ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพของการตรวจและผลตรวจ ซึ่งทำให้ไม่ได้ประโยชน์จากการตรวจเท่าไรนัก โดยเสนอย้ำว่าควรมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งดูแลเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชน และทำให้การตรวจสุขภาพมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น และไม่ควรถวอะไรที่มากเกินไปจนความจำเป็น ยิ่งไปกว่านั้นการคัดกรองควรจะเป็นวิธีการที่ง่าย เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ หากทำสิ่งที่ยากและมากเกินไปจนความจำเป็นจะทำให้ผลที่ได้มาไม่ตรงและจะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากผลการตรวจได้เลย

ความเห็นที่ 2 เสนอต่อที่ประชุมว่า อยากจะมีหน่วยงานหรือกลไกที่ดูแลเรื่องการตรวจสุขภาพ แต่จะมีรูปแบบอย่างไร กลไกนี้มีอำนาจไปดูแลคนอื่นหรือไม่หรือมีหน้าที่แค่ให้คำปรึกษาแนะนำและดูแล โดยการปรึกษาหารือในรอบแรกนั้นคงจะคุยได้แค่ว่าระบบการตรวจสุขภาพของไทยมีลักษณะ

อย่างไรและระบบที่ดูแลในปัจจุบันมีอยู่หรือไม่และถ้ามี มีอยู่อย่างไร และเชื่อว่าไม่ได้มีอยู่ระบบเดียว และในแต่ละระบบใช้หลักอะไรพิจารณากำหนด ซึ่งหลักต่างๆ เหล่านั้นควรนำมาพิจารณารวบรวมและประมวลก่อน การศึกษาจากต่างประเทศนั้นเราควรดูว่าเขาจัดการและดูแลอย่างไร แต่อย่างไรก็ตามต้องดูความเป็นไปได้ต่อระบบในบริบทของไทยด้วย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการประชุมรอบต่อไปใครบ้างจะเข้ามามีบทบาท ใครเป็นผู้ดูแลบ้างและดูแลอย่างไร ซึ่งข้อเสนอในครั้งนี้นี้ยังกระจัดกระจายกันอยู่ หากมีหน่วยงานตั้งขึ้นมา หน่วยงานนี้จะทำอะไรด้วยระบบและหลักการอะไร

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวชี้แจงต่อที่ประชุมว่า ตอนที่คุยกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในเรื่องงานวิจัยนี้ส่วนตัวพยายามหลีกเลี่ยงการไปรื้อของเดิม แต่จากการประชุมวันนี้จริงๆ แล้วพบว่ายังไม่มีใครดูเรื่องนี้อย่างจริงจัง ถึงจะดูก็ดูแค่บางจุดที่แต่ละหน่วยงานสนใจบ้าง โอกาส แต่ถามว่ามีระบบแล้วหรือไม่ สรุปได้เลยว่า ณ ขณะนี้ยังไม่มีระบบที่แน่นอน จากการคุยกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในมุมนี้ต้องการมองไปข้างหน้ามากกว่า และมาดูว่าสิ่งที่ควรทำเป็นอย่างไรและกลไกนี้มีหน้าที่เริ่มต้นและสร้างระบบนั้น และทำให้ไปต่อได้ด้วยความมั่นคงและมองด้านบวก จากประสบการณ์ที่เคยทำให้เกิดกลไกในลักษณะนี้นั้น กระบวนการในลักษณะนี้มี dynamic ของการบริหารจัดการ ซึ่งมีมุมหลายด้านเช่นเดียวกับการบริการตรวจสุขภาพก็มีมุมหลายด้าน เช่น มุมการหารายได้ ไม่ใช่เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐก็เป็นเช่นกัน ก็จะมีทั้งด้านบวกและลบ หากพูดถึงเรื่อง guideline การเข้าไปอยู่ในสิทธิประโยชน์ของรัฐหรือไม่นั้นเป็นเรื่องหนึ่ง แต่การจะไปห้ามตรวจเพราะมองว่าไม่เกิดประโยชน์นั้นก็อีกมุมหนึ่ง มันค่อนข้างซับซ้อน ในแง่ของกลไกดังกล่าวแค่เรื่องการเงินและระเบียบข้อบังคับคงไม่เพียงพอ อาจจะไม่ใช่วางเริ่มต้นที่ดีที่สุดด้วยซ้ำ การให้ education ก็อาจจะไม่ใช่เรื่องง่าย สิ่งสำคัญคือหลังจากการคัดกรองแล้วหากเจอความเสี่ยงประชาชนจะกลับเข้ามาในระบบสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพต่อไปได้หรือไม่ ซึ่งส่วนตัวคิดว่าเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญเช่นกันไม่ใช่เฉพาะเรื่องของการทำ guideline โดยนอกจากทำ clinical guideline แล้ว เราควรทำ health service guideline ด้วย ประเด็นที่ประชุมกันในวันนี้ก็สำคัญในเรื่องของการตรวจแต่หลังจากตรวจแล้วควรจะทำอย่างไรต่อไป ถ้าตรวจแล้วทำอะไรไม่ได้ก็อย่าเพิ่งแนะนำ จากที่ ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล พูดเรื่อง post analytic มันไม่ใช่สำคัญแค่ lab เท่านั้น แต่เรื่องของการรับรู้ข้อมูลของผู้รับบริการ เมื่อหากได้ข้อมูลแล้วจะทำอะไรกับมันหรือไม่ หากไม่ทำอะไรก็ไม่ได้ประโยชน์อะไรจากการตรวจเลย หากมองอีกด้านหนึ่งก็จะเกิดกระแสสังคมที่เข้ามาผลักดันฝั่งที่ไม่มีเงินสำหรับการตรวจ หากไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องให้กับสังคม สังคมก็จะมองว่าการที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่มีบริการตรวจให้เพราะไม่มีงบใช้หรือไม่ นี่ก็เป็นผลกระทบเชิงลบที่จะสะท้อนกลับมาในหลักประกันของประเทศเช่นเดียวกัน ดังนั้นโจทย์กลไกพัฒนาเหล่านี้ต้องวาง function บางอย่างให้คิดถึงเรื่องประมาณนี้ไว้ด้วย

ความเห็นที่ 3 เสนอให้วางระบบไปเลยโดย set minimum ก่อนว่าคนทั้งประเทศแบ่งเป็น 2 ส่วน ก็ได้ คือเด็กและผู้ใหญ่ โดยหากเป็น disease screening ก็ให้ทำบางกลุ่ม ถ้าเป็นคนทั่วไปหรือผู้ที่ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) แทน การไปโรงพยาบาลศูนย์เพราะเดินทางลำบากแบบนี้จะใช้อะไรคัดกรอง โดยส่วนตัวเสนอว่าควรใช้การคัดกรองแบบง่ายและสามารถทำได้ อยากให้ลองกำหนด health screening เบื้องต้นดู ส่วนในแต่ละพื้นที่มีโรคอะไรเยอะก็ไปเพิ่ม screening อีกที ก็

เป็นหน้าที่ของงบประมาณภาครัฐว่าจะไปจัดอะไร อย่างไรบ้าง ส่วนเรื่องเพื่อให้ไม่ให้เกิดปัญหาเพราะมีแพ็คเกจหลากหลายของการ screening disease อะไรที่คิดว่าไม่ควรทำ ควรจะ recommend เลย์ว่าไม่เหมาะสม หากเป็นแบบนี้จะได้กรอบที่ประเทศไทยควรเป็น โดยเริ่มจาก health screening ง่ายๆ ที่ทุกคนทำได้ และควรจะต้องมี guideline ว่านอกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องดูแลแล้วในส่วนประชาชนที่จะต้องดูแลตัวเองควรจะทำอย่างไร คิดว่าควรจะมี guideline พวกนี้ในอนาคตตรุนต่อไปก็จะแข็งแรง

ความเห็นที่ 4 จากประสบการณ์เรื่องของ lab ที่มีการตรวจหลายๆ อัน โดยแบ่งเป็น category การตรวจที่สำคัญและจำเป็นต้องทำควรอยู่ category A แล้วลดหลั่นลงไป

5) ปัจจุบัน ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจต่อการตรวจสุขภาพเพียงใด

- การให้ความรู้แก่ประชาชน ปัจจุบันเป็นอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ไม่มีการให้ข้อคิดเห็นที่เฉพาะเจาะลึกลงไปในเรื่องนี้

6) มีประเด็นที่อาจเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคบ้างหรือไม่

ความเห็นที่ 1 ในส่วนการคุ้มครองผู้บริโภคในแง่ของการตรวจสุขภาพ มีอยู่ 2 ประเด็นที่น่าจะจัดการได้ และเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ควรมี 2 ส่วน คือ (1) จัดให้อยู่ในสิทธิประโยชน์ และ (2) ผู้บริโภคทั่วไปอาจมีความต้องการที่จะตรวจสุขภาพ แต่การที่จะตรวจนั้นมีระบบ consultation อย่างไร มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตต่างๆ เพราะเราไม่สามารถห้ามโรงพยาบาลเอกชนไม่ให้บริการตรวจสุขภาพได้แต่ควรจะมี consultation process หรือคำแนะนำให้กับประชาชนด้วยการตรวจนั้นเป็นอย่างไร

7) ประเด็นการพัฒนาในเชิงการต่อยอดด้านอื่น ๆ มีหรือไม่ อย่างไร

ความเห็นที่ 1 องค์กรควรจะได้รับประโยชน์ให้มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงและต้องมีบางอย่างที่บอกว่าคนในบางแผนก expose กับ hazard agent บางอย่าง นั้นเป็นโอกาสเพื่อการลดคนป่วยในเชิงของอาชีวอนามัย ซึ่งเรื่องนี้สำคัญ จากนั้นไปต้องมี evident base research ว่าหลักการตรวจใดที่จะมี cost effectiveness และทำเป็นการศึกษาของประเทศไทย

ความเห็นที่ 2 เสนอมุมมองการวินิจฉัยของแพทย์แผนไทย ว่าปกติแล้วทางแพทย์แผนไทยจะมีการประเมินทางศาสตร์แผนไทย เช่น เกี่ยวกับธาตุต่างๆ ซึ่งจะให้การดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับธาตุเหล่านั้น อยู่ที่ว่าเชื่อมากน้อยแค่ไหนซึ่งบางอย่างก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ อาจจะเป็นแนวทางเพื่อประกอบการ screening ได้

ประเด็นทางเลือก

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวเปิดประเด็นสุดท้ายเกี่ยวกับทางเลือกว่ากลไกนั้นควรมีรูปแบบอย่างไร ซึ่งจากการแลกเปลี่ยนครั้งนี้สามารถจับประเด็นได้มาก ซึ่งจะมีผลต่อการออกแบบระบบว่ากลไกนั้นจะมีลักษณะแบบใด โดยหลักคร่าว ๆ มีอยู่ 3 ทาง คือ

- (1) ใช้หน่วยงานของภาครัฐเท่าที่มีอยู่แล้ว
- (2) จัดทำในรูปคณะกรรมการ (มีหน่วยงานเลขานุการรองรับ) และ
- (3) จัดตั้งเป็นหน่วยงานใหม่ มีกฎหมายรองรับ ซึ่งอยากทราบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นต่อประเด็นเหล่านี้อย่างไร ผู้ที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาเกี่ยวข้องต่อกลไกเหล่านี้ได้อย่างไร

ความเห็นที่ 1 ประเด็นการจัดทำในรูปคณะกรรมการนั้นมีผู้ที่อยากได้ แต่ปัญหาตรงนี้อยู่ที่ว่าใครเป็นผู้อยากได้ซึ่งโดยส่วนตัวคิดว่าตอบไม่ได้ อีกประเด็นคือส่วนตัวคิดว่าหน่วยงานใหม่ก็เกิดขึ้นเรื่อย ๆ โดยเสนอว่าถ้าจะใช้หน่วยงานก็ต้องเป็นหน่วยงานกึ่งรัฐ ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐ และในรูปแบบนี้ก็ต้องมีคณะกรรมการในลักษณะ advisory board และถ้าทำหน่วยงานกึ่งรัฐที่มีอยู่แล้วทำต่อคงจะเป็นที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากหาความต่อเนื่องไม่ได้ ซึ่งการตั้งหน่วยงานใหม่จะใช้งบประมาณเยอะมาก และอาจจะเกิดการ bureaucrat ซึ่งคิดว่าไม่ได้อะไรเท่าไรนัก

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ตอบว่า กลไกที่จะพัฒนาไม่ได้จะทำเองแต่อาจจะเป็นคนที่คุณดูแลเรื่องนี้และทำให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อไป ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นคนทำ guideline เอง แต่จะ outsource หน่วยงานที่มีความพร้อมเป็นผู้ดำเนินการและเอาผลงานนี้มากำหนด criteria ต่าง ๆ ในการพิจารณาและเอากลับไป และทำหน้าที่เปลี่ยนสิ่งที่ได้มาเป็นข้อความที่เหมาะสม ซึ่งนี่เป็นหน้าที่ของกลไกนี้ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ อาจจะเป็นหน่วยงานใหม่ หรือหน่วยงานเดิมที่มีบทบาทที่สามารถจะยกระดับแล้วก็ได้ อันที่จริงแล้วโดยส่วนตัวก็กังวลเรื่องการตั้งหน่วยงานใหม่ สาเหตุมาจาก bureaucrat และ การมีความเห็นที่ขัดแย้งกัน

ความเห็นที่ 2 หากศึกษาของต่างประเทศจะพบว่ามีการถกเถียงกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาแต่ในบริบทของประเทศไทยไม่ชอบแบบนั้น จึงทำให้การพัฒนาเกิดขึ้นได้น้อย

ความเห็นที่ 3 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการตั้งหน่วยงานใหม่ เนื่องจากหน่วยงานในประเทศขณะนี้ก็มีมากอยู่แล้ว แต่อยากให้ระวังเรื่องการเป็นองค์กรที่มีอิทธิพล โดยส่วนตัวไม่ได้กังวลเรื่องจะเชิญใครเข้ามา แต่กังวลเรื่องของกองงานเลขานุการต้องดูให้ดี

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวต่อที่ประชุมว่า จะนำข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนวันนี้ไปวางแนวทางสำหรับกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและจะนำมาแลกเปลี่ยนในเชิงรูปธรรมกับทุกท่านอีกครั้งหนึ่ง หากท่านสะดวกและสามารถมาเข้าร่วมประชุมในการประชุมครั้งต่อไปได้ ปิดการประชุม

7. ข้อคิดเห็นจากการประชุมปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 2

บันทึกการประชุมปรึกษาหารือ ครั้งที่ 2 โครงการพัฒนาทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบ
บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ "Health Screening" ในประเทศไทย

วันพุธที่ 20 มกราคม 2559 เวลา 13.30 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุมสุปัญญา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 4

กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. รศ.นพ.ดร.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
2. ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์
3. ดร.พญ. ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร
4. พญ.ภรณ์ เหล่าอิทธิ
5. ดร.กนิชชานันท์ ช่วยเรือง
6. นางสาวทักษิณา วัชรบุรพ์
7. นางสาวยุพเยาว์ บุญส่อง
8. ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
9. นพ.ปราโมทย์ เสถียรรัตน์
10. ดร.นพ.เทอดศักดิ์ โรจน์สุรภิตติ
11. นายวิเชียร คุณตวัส
12. นพ.ชนวัฒน์ วงศ์ผืน
13. นพ.ไพบุลย์ เอกแสงศรี
14. นพ.ชนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี
15. ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์
16. นางสาวภาวดี นุชรินทร์
17. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน
18. นางสาวภาวดี หงษ์สุวรรณ
19. นายโกวิท เป็นวนงค์
20. นางสาวรุสมิณี นิมา
21. นางสาวพรพรรณ ขวาชอง

ผู้อำนวยการ สถาบันการแพทย์แผนไทย

ประธานคณะแพทย์ที่ปรึกษา สมาคมประกันชีวิตไทย

ผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนเขต (ประชาคมราชบุรี)

ผอ.รพ.บ้านหมอ

เลขาธิการ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แทน คุณณรงค์ลักษณ์ ก่อวรกุล สำนักงานประกันสังคม

แทน พญ.ประนอม คำเที่ยง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปข้อคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต่อกลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

➤ ทางเลือกที่ 1 หน่วยงานอิสระในกำกับของรัฐ

กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

- ทางเลือกที่ 1 หน่วยงานอิสระ ในกำกับของรัฐ
 - มีกฎหมายรองรับในจัดตั้งและการปฏิบัติให้เป็นไปตามภารกิจ
 - ดำเนินการภายใต้กำกับของกสธ. (รพว.หรือปลัดกสธ.)
 - มีโครงสร้างองค์กร และระบบงานเป็นของตนเอง
 - มีทรัพยากรบุคคล และงบประมาณในการดำเนินการระดับหนึ่ง ที่สามารถดำเนินการตามระบบงานเชิงระบบได้เอง หรือให้ทรัพยากรสนับสนุนขององค์กรอื่นในการดำเนินการแทน
 - มีคณะกรรมการอำนวยการ หรือคณะที่ปรึกษา ที่ให้มีการมีส่วนร่วมจากภาควิชาการและภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง

fppt.com

ความเห็นที่ 1 การตั้งหน่วยงานใหม่ในราชการไทยค่อนข้างยาก แต่ถ้าต้องเลือกวิธีนี้จริงๆ main หลักก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเข้าใจว่าต้องเป็นหน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ถ้าแย่งกันทำเลย คนที่อยู่ในหน่วยบริการคงจะสับสนว่าเขาจะรับงานจากใคร รับนโยบายจากใคร ถ้าให้เลือกก็อยากให้เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ความเห็นที่ 2 เราต้องการ guideline ระดับชาติ เอกชนเค้าจะไม่ใช้ เขาก็จะไปโฆษณากันเหมือนเดิม ออก packet กันเหมือนเดิม ก็ไม่มีผลกระทบต่อเขา ก็เลยอยากให้มีคณะกรรมการที่มาจากภาคเอกชนด้วย เงื่อนไขที่เหมาะสมก็คือ ในเรื่องการมีส่วนร่วมคือวิธีการทำงานที่ flexible ต้องเอาคนที่ทำงานวิชาการด้านอื่นมาด้วย เช่น เศรษฐศาสตร์

ความเห็นที่ 3 อันดับแรก การมีส่วนร่วมเป็นประเด็นที่สำคัญ สอง การจะทำงานได้จะต้องมีอำนาจ การเงิน และต้องมีกฎหมายรองรับ เงื่อนไขที่เหมาะสมก็คือ 1.) organization structure จะต้องมีความคล่องตัว ตัดสินใจได้รวดเร็ว 2.) ต้องมีระบบฐานข้อมูลที่ดี มีระบบ เพื่อที่จะประเมิน วิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจได้ อุปสรรคสำคัญคือ 1.) การ control ผู้บริหารจะต้องมีกลไกในการกำกับดูแลตรวจสอบ 2.) ต้อง set เงิน และงบประมาณ 3.) จะต้อง clarify บทบาทให้ชัดเจนว่าหน่วยงานที่สร้างขึ้นมานี้ใหม่ กับ setting ที่เคยมีอยู่แล้ว และเขาก็ทำอยู่ หรือความซ้ำซ้อนที่มีอยู่จะทำอย่างไร

ความเห็นที่ 4 ปัจจัยที่เป็น key success factors ก็คือเรื่องของการมีส่วนร่วมเพราะว่า การจะทำเรื่องนี้ไม่ง่ายเพราะ stakeholder เยอะ ต้อง participating เยอะรวมทั้งภาคเอกชนด้วย เงื่อนไขคือ

คนที่มาอยู่ในหน่วยงานอิสระในกำกับของรัฐต้องเก่งจริงๆ เก่งทั้งวิชาการและ management ด้วย ซึ่งคนแบบนี้หายากมาก และอีกเรื่องคือ budget หาไม่ได้ง่ายๆ เลยจากยุคสมัยแบบนี้ แล้วพร.ก็คงไม่ยอมให้มีองค์กรมหาชนเพิ่มอีก

ความเห็นที่ 5 ถ้าเป็นหน่วยงานอิสระมันก็จะมีความคล่องตัว และถ้าจะให้หน่วยงานนี้เกิดขึ้นก็น่าจะมาจาก policy ของรัฐบาล แล้วก็ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพราะมีผู้มีส่วนด้วยส่วนเสียเยอะ ต้องกำหนด function ให้ชัดเจนว่าจะทำอะไรมากน้อยเพียงใด ต้องกำหนดภารกิจให้ชัดว่าทำอะไร แต่มันยากตรงที่หน่วยงานที่จะทำ outsource หายากมากเลย ผู้เชี่ยวชาญในมหาวิทยาลัยก็ไม่สามารถเข้ามาอยู่ในหน่วยงานของรัฐนั้นเป็นข้อจำกัดของบ้านเรา ต้อง design การจัดการ เงินอาจจะไม่ได้มาจากหน่วยนี้ก็ได้ แต่อาจจะตั้งขึ้นมาเป็นการเฉพาะเงินอาจจะมาจากสปสช. หรือจากประกันสังคม ที่คิดว่า health screening เป็นเรื่องสำคัญ และสามารถใช้ได้ทั้งรัฐและเอกชน

- ทางเลือกที่ 2 คณะกรรมการระดับชาติ + หน่วยงานของกสธ.ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

- ทางเลือกที่ 2 คณะกรรมการระดับชาติ
+หน่วยงานของกสธ.ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ
 - องค์ประกอบของคณะกรรมการ
 - ◆ ภาควิชาการ, ภาคนโยบาย, ภาคผู้ให้บริการ, ภาคประชาชน
 - ◆ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง: กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค
 - ◆ หน่วยงานบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ
 - ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา
 - ◆ การยอมรับในบทบาทของคณะกรรมการ
 - ◆ การปฏิบัติตามภารกิจและการใช้อำนาจทางกฎหมายผ่านทางส่วนราชการที่ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

ความคิดเห็นที่ 1 ต้องการให้ cover การคัดกรองสุขภาพภาคเอกชนด้วย ทางเลือกนี้น่าจะทำให้มีการมีส่วนร่วมมากขึ้น และมี stakeholder เข้ามาเป็นกรรมการให้ครบถ้วน นอกจากนี้รายละเอียดวิธีตรวจ วิธีการประเมินผลตรวจต่างๆ คือต้อง endorse evidence based เงื่อนไขที่เหมาะสมคือ มีกลไก และการสนับสนุนให้มีการวิจัยในคนไทย เพื่อให้มี evidence based ว่าการตรวจจะไรกันแน่ที่มันคุ้ม เพราะ evidence จากต่างประเทศไม่น่าจะเพียงพอที่จะใช้ได้โดยอัตโนมัติ อุปสรรคคือ อาจจะต้องปรับปรุงมาตรฐานการตรวจ ผู้ตรวจ การกำหนดรายการตรวจ และหน่วยงานตรวจต่างๆ ต้อง convince ให้เอกชนเห็นผลประโยชน์ของชาติ ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ธุรกิจ

ความคิดเห็นที่ 2 ทางนี้น่าจะเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้มากที่สุด ถ้าอำนาจของหน่วยงานนี้มีระดับหนึ่ง หน่วยงานอื่นๆ เช่น ภาคมหาลัย หรือภาคอื่นๆ ก็จะเข้ามาร่วมกับคณะกรรมการนี้ด้วยโดยธรรมชาติ เงื่อนไขที่เหมาะสมคือ ภาระงานและงบประมาณ

ความคิดเห็นที่ 3 ทางเลือกนี้มีความเป็นไปได้มากที่สุด ต้องดูอุปสงค์และอุปทาน อุปสรรคคือ ผู้มาเข้าร่วมประชุมไม่ซ้ำหน้ากันเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับการประชุมคณะกรรมการระดับชาติ ทำให้ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย การทำงาน และคณะทำงาน

ความคิดเห็นที่ 4 key success factors คือ 1.) อาศัย function ของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ มันก็ทำให้ใช้ resource ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ 2.) ในเชิงของการมีส่วนร่วม ถ้าทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ตอนเอาไป implement ถึงจะ success ถ้าเขาไม่ได้มีส่วนในการ design เลย แล้วมีคำสั่งไปให้เขาใช้เลย เขาอาจจะปฏิบัติ อย่างแพทยสภาที่เขาออกค่าธรรมเนียมแพทย์ อันนั้นก็แค่ guideline เป็นแนวทางเฉยๆ ไม่ได้เป็นการบังคับใช้ ก็มีสิทธิ์ที่จะไม่ทำตามแพทยสภาก็ได้ แบบนี้เป็นต้น อันนี้ก็

lesson learn เพราะฉะนั้น 1.) ให้เขามามีส่วนร่วม 2.) นโยบายที่ออกไปแล้วต้องมีผลบังคับใช้ได้ ต้องมีกฎหมายรองรับด้วย ไม่ใช่ guideline อุปสรรคคือ 1.) การออกนโยบายและความต่อเนื่อง 2.) การ implement การบังคับใช้

ความคิดเห็นที่ 5 ทางเลือกนี้เป็นทางเลือกที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด แต่อาจจะต้องแก้กฎหมายนิดหน่อย เพื่อให้เพิ่ม function ข้องจำกัดคือ กระทรวงสาธารณสุขอาจจะไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของเอกชน หรือมหาลัย มันขึ้นอยู่กับ concept ของคนที่มาทำตรงนี้ ปัญหาคือ Secretary ไม่ค่อยต่อเนื่อง อาจจะมีการเปลี่ยนตัวไปเรื่อยๆ สิ่งสำคัญคือต้อง design function ให้ชัด อะไรที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชน มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าเงินในกระเป๋าของเขาอันนี้สำคัญเพราะว่า บางอย่างรัฐยังไม่สามารถจัดให้ได้

ความคิดเห็นที่ 6 ทางเลือกนี้ก็อาจจะดีกว่าทางเลือกแรก เพราะลงทุนน้อย และใช้คนที่มีอยู่แล้วในระบบเพียงแค่อะไร include เข้ามาทำงาน ทางเลือกนี้เขาต้องเข้มแข็งทั้งเรื่อง admin ทั้งวิชาการ ซึ่งเรายังไม่รู้ว่าเขาควรจะเป็นหน่วยไหน จะเป็นกรมการแพทย์ หรือจะเป็นสป. ถ้ามองในแง่ที่เป็นสป. หน่วยบริการที่อยู่ภายใต้สป. จะเยอะกว่า อาจจะสามารถกระจายงานได้มากกว่า และมีอำนาจมากกว่ากรมการแพทย์ เงื่อนไขคือ เราต้องมี criteria ให้กับฝ่ายเลขาให้เขาสามารถทำงานต่อเนื่องได้ อุปสรรคคือ ฝ่ายนโยบายต้องสนับสนุนบุคลากรอย่างจริงจัง ไม่อย่างนั้นจะไม่เกิดความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของการดำเนินการ

ความคิดเห็นที่ 7 ทางกรมการแพทย์ก็ได้ดำเนินการเรื่องของ guideline มาระดับหนึ่ง ในเรื่องของการตรวจสอบสุขภาพ ในปีนี้ทางอธิบดีมีนโยบายที่จะ implement ในสังกัดกรมการแพทย์ และจะ implement สังกัดสป. ภายในปีนี้ด้วยเช่นเดียวกัน แต่ว่าจะขอเหตุผลที่เกิดภายในสังกัดกรมการแพทย์ก่อน

ความคิดเห็นที่ 8 ทางทางเลือกนี้เป็นไปได้สูงกว่า อยากให้เพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการให้มาจากหลายภาคส่วน ตั้งแต่ขั้นตอนการ design ของกระบวนการ หรือบทบาทในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ที่จะออกมาจากตัวคณะกรรมการเอง

➤ ทางเลือกที่ 3 หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรด้านสาธารณสุข

กลไกเพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทย

- ทางเลือกที่ 3 หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขหรือองค์กรด้านสาธารณสุข
- อาศัยอำนาจตามกฎหมาย และกรอบภารกิจที่ดำเนินการอยู่แล้ว
- หน่วยงานต้นสังกัด
 - ส่วนราชการระดับกรมที่เกี่ยวข้อง: กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- อาจแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมหรือเพื่อการจัดการองค์ความรู้ทางวิชาการ

ความคิดเห็นที่ 1 ไม่มี impact

ความคิดเห็นที่ 2 คิดว่าวิธีนี้คงไม่สำเร็จ ที่อื่นเขาคงทำมาแล้วแต่มันไม่สำเร็จ

ความคิดเห็นที่ 3 เอาไปฝากไว้ที่ HA ได้ไหม อย่างน้อย HA เขายังมีมิติที่ไปเชื่อมกับหน่วยบริการมากกว่า สรรส. แต่ สสรส. เรื่องตรวจก่อนป่วยก็ถือว่าเป็น manage ของเขาเหมือนกัน สสรส. ตรงมากกว่า สรรส. ด้วยซ้ำ

ความคิดเห็นที่ 4 ทางเลือกนี้ก็ยังมีความเป็นได้ เพียงแต่ขาดการยอมรับ เช่น ระบบข้อมูล 3 กองทุน หน่วยงานอื่นอาจจะขาดความไว้วางใจ สปช. ทั้งที่ สปช. อาจจะเตรียมระบบนี้ไว้แล้วอันนี้ก็ไม่สามารถไปได้ ก็เหมือนจะผลักดันให้ไปเป็นหน่วยงานอิสระแต่ก็ยังไม่รู้ว่าหุ้หรือจำ จริงๆ ระบบที่เป็นอยู่ กำลังคนที่อยู่มันอะไรต่างๆ มันรองรับหมด อันนี้ขึ้นอยู่กับ scope ถ้าทำเรื่องวิชาการอย่างเดียว สรรส. ก็เหมาะ อาจจะไม่ใช่ สรรส. มาทำเอง แต่อาจจะเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้ สรรส.

ความคิดเห็นที่ 5 ถ้าเราไม่คิดว่ามันเป็นระบบราชการ แก่นของมันคือองค์กรที่มีอยู่แล้ว ที่ไม่ต้องตั้งใหม่เป็นองค์กรอิสระ HA ก็น่าจะเป็นตัวเชื่อมที่ดีทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ถ้าถือวิกฤตให้เป็นโอกาสดังนี้เราจะสามารถสร้างราชวิทยาลัยใหม่ได้ไหม ให้ทำเป็นแบบใหม่ ดึง HA มาเป็น partner มาเป็นเครือข่าย คือแพทยสมาคมกฎหมายอยู่แล้ว HA มีกฎหมายอยู่แล้ว แต่ว่าต้องไปทำงานเพิ่มเติมให้เกิดกลไกบางอย่าง เสนอเผื่อไว้