

# กระบวนการทางนโยบายและความสำเร็จในการเพิ่ม ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีการปลูกถ่ายตับในเด็กที่มีภาวะท่อน้ำตีตัน

วรารณ์ สุวรรณเวลา\*

วลัยพร พิษณุกุล<sup>†</sup>

กุมารี พิษนี<sup>†</sup>

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร<sup>†</sup>

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรารณ์ สุวรรณเวลา

กนิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร\*

เยาวลักษณ์ แหวงวงษ์<sup>†</sup>

จเด็จ ธรรมธัชอารี\*

## บทคัดย่อ

สิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมบริการอย่างรอบด้าน อย่างไรก็ตาม มีบริการบางอย่างที่ไม่ครอบคลุม (negative list) ซึ่งการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นหนึ่งในรายการที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์และเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งการปลูกถ่ายตับในเด็กด้วย

ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา การปลูกถ่ายตับในเด็กได้รับการอนุมัติให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเสนอเรื่องเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายมาจากการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน ผู้ให้บริการ และนักวิชาการ จนนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ประกอบด้วย การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ ความคุ้มค่าในการลงทุน การคาดการณ์งบประมาณระยะยาว และความพร้อมของระบบบริการที่จะรองรับการจัดบริการดังกล่าว

บทความนี้กล่าวถึงกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพ (health policy process) ในการเพิ่มบริการการรักษาโรคที่พบน้อยและมีค่าใช้จ่ายสูงเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญคือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นและปกป้องครัวเรือนมิให้ล้มละลายจากภาระค่ารักษาพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขบริการสุขภาพที่รัฐสามารถจ่ายได้และมีความคุ้มค่าในการลงทุน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดทำข้อเสนอที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และตอบโจทย์ตามเกณฑ์การลงทุนด้านสุขภาพของประเทศ นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

**คำสำคัญ:** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สิทธิประโยชน์, ปลูกถ่ายตับในเด็ก, กระบวนการเชิงนโยบาย, นโยบาย

## Abstract

Health Policy Process and Success in Expanding the Health Benefit Package of Universal Coverage Scheme: A Case of Liver Transplantation in Children with Biliary Atresia  
Waraporn Suwanwela\*, Kanitsorn Sumriddetchkajorn\*, Walaiporn Patcharanarumol<sup>†</sup>, Yaowaluk Wanwong<sup>†</sup>, Kumaree Pachanee<sup>†</sup>, Jadej Thammatach-aree\*, Viroj Tangcharoensathien<sup>†</sup>

\*National Health Security Office, <sup>†</sup>International Health Policy Program

Corresponding author: Waraporn Suwanwela, waraporn.s@nhso.go.th

\*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<sup>†</sup>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Health benefit under the Universal Coverage Scheme (UCS) in Thailand is a comprehensive health package, with a few services on the negative list; for example, organ transplantation including liver transplantation in children with biliary atresia.

Since 2011, liver transplantation in children with biliary atresia has been approved for UCS's health benefit package. All key actors involved in the health policy process of this new approval including beneficiaries, health care providers, professional, and academics. This decision making is an example of evidence-informed health policy explicitly including health need analysis, cost-utility analysis, long term budget projection, and readiness of service delivery system.

As providing access to effective health care services when needed and protecting household from catastrophic illness expenditure are key functions of public health insurance and UCS. This article illustrated the health policy process of including the rare disease with high cost care (a case of liver transplantation in children) into the health benefit package under UCS considering the threshold for affordable and worth investment. Besides, critical success factors for the process of evidence-informed health policy and enabling factors for moving health policy into implementation were discussed in this paper.

**Keywords:** universal health coverage, universal coverage scheme, health benefit package, liver transplantation in children, health policy process, health policy

## บทนำ

**ก** ครอบคลุมการทบทวนนโยบาย ถือเป็นกรณีศึกษาที่ควรเรียนรู้ เนื่องจากความสำเร็จในการขับเคลื่อนกระบวนการเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจทางนโยบาย แต่ละเรื่องมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยและบริบทแวดล้อมต่างๆ ที่ผ่านมา ในประเทศไทย ไม่พบการศึกษากระบวนการทบทวนนโยบายด้านสุขภาพ ที่แสดงขั้นตอนตั้งแต่กระบวนการแรกคือการได้มาซึ่งประเด็นนโยบาย ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนนโยบาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือการประเมินนโยบาย

การตัดสินใจเชิงนโยบายในการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุขที่มีค่าใช้จ่ายสูง ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นการสนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ และการปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายหรือยากจนลงจากภาระค่ารักษาพยาบาล (financial catastrophic or medical impoverishment)

การกำหนดประเภทและขอบเขตบริการ

สาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 หมวด 4 และมาตรา 5<sup>(1)</sup> ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยกำหนดทั้ง “บริการใดที่ครอบคลุม (positive lists)” ควบคู่ไปกับ “บริการใดที่ไม่ครอบคลุม (negative lists)” ซึ่งถูกนำมาจัดหมวดหมู่ใหม่ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดไว้ในมาตรา 3 ให้เป็น “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” และกำหนดรายการบริการที่ไม่ครอบคลุมไว้ในคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2548<sup>(2)</sup> ซึ่งการปลูกถ่ายอวัยวะ (organ transplantation) รวมอยู่ในรายการบริการที่ไม่ครอบคลุม

กล่าวได้ว่า ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขภายใต้

ใต้ระบบ UCS มีความครอบคลุมบริการที่จำเป็นเกือบทั้งหมด มีบริการที่ไม่ครอบคลุมน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ได้มีการพิจารณาขยายชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นระยะๆ ตามความจำเป็น ตัวอย่างเช่น การขยายสิทธิประโยชน์ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ. 2548<sup>(3)</sup> การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต ในปี พ.ศ. 2551<sup>(4)</sup> การดูแลผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนที่สมัครใจเข้ารับการรักษาและไม่ต้องโทษคดียาเสพติด ในปี พ.ศ. 2552<sup>(5)</sup>

ก่อนปี พ.ศ. 2554 การปลูกถ่ายไตในเด็ก ยังไม่ถูกรับรองอยู่ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในทางปฏิบัติ การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์เข้าในระบบ UCS โดยเฉพาะประเภทบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(6)</sup> ได้กำหนดหลักการพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่ที่จะบรรจุเข้าในระบบ โดยพิจารณาความจำเป็นที่สำคัญ คือ ความเจ็บป่วยนั้นอาจทำให้ครอบครัวเกิดภาวะล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก โดยเกณฑ์พิจารณาความจำเป็นประกอบด้วย 1. การรักษาด้วยเทคโนโลยีนั้นพิสูจน์แล้วว่าได้ผล 2. พิสูจน์แล้วว่ามีความคุ้มค่า ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (cost effectiveness) 3. กองทุนสามารถจ่ายได้ (affordability of the fund) และ 4. ระบบบริการสุขภาพมีความสามารถและมีความพร้อมในการให้บริการได้ หากระบบยังไม่พร้อมจะต้องมีกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กันไป เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้ ซึ่งหลักการนี้ได้ถูกนำมาใช้ประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน

บทความนี้นำเสนอกระบวนการเชิงนโยบายในการ

เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบ UCS โดยเลือกกรณีการปลูกถ่ายไตในเด็กที่มีภาวะท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด ซึ่งเป็นโรคที่พบน้อย แต่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำการอธิบายกระบวนการเชิงนโยบายที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการผลักดันนโยบาย และอภิปรายปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการเชิงนโยบายและปัจจัยสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

บทความนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Policy Triangle Framework ของ Gill Walt<sup>(7)</sup> และ Gill Walt and Lucy Gilson<sup>(8)</sup> ในการนำเสนอเนื้อหาแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ (1) การจัดทำวาระเชิงนโยบาย (agenda setting) ที่มีผู้ให้บริการและประชาชนผู้มีสิทธิเป็นผู้มีบทบาทสำคัญแทนการกำหนดนโยบายโดยผู้มีอำนาจตัดสินใจ (2) การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy formulation) ซึ่งมีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence informed policy) และกลไกอภิบาลในการตัดสินใจ (governing body for decision making) และ (3) เนื้อหาสาระสำคัญของนโยบาย (policy content) ที่คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน และเปิดโอกาสให้ผู้มีอำนาจไปปฏิบัติมีส่วนร่วมรับรู้เป้าหมายและร่วมวางแผนดำเนินการก่อนการประกาศเป็นนโยบาย

## การจัดทำวาระเชิงนโยบาย

ประเด็น “การปลูกถ่ายไตในเด็ก” ถูกเสนอมาอย่างสลับสว. เป็นครั้งแรกเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง<sup>(9)</sup> เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการติดตามผลการรักษาต่อเนื้อหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปี 3 เดือน ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สืบเนื่องจาก โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดอ่างทอง ซึ่งเป็นหน่วยบริการประจำที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวได้ส่งผู้ป่วยเด็กโรคท่อน้ำดีตีบตันไปรับการรักษาที่โรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต



แต่ในขณะนั้นการปลูกถ่ายอวัยวะ (รวมทั้งการปลูกถ่ายตับ) ยังไม่ได้รับการจัดให้เป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ ทั้งค่าผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะและการรักษาต่อเนื่อง โรงเรียนแพทย์ตัดสินใจให้ความอนุเคราะห์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับแก่ผู้ป่วยเด็กเพื่อให้เด็กมีชีวิตรอด และจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน ติดต่อกันเป็นเวลา 10 ปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอต้นสังกัด จึงมีหนังสือขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายดังกล่าวมายัง สปสช. จากนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอเรื่อง “การปลูกถ่ายตับ” เข้าสู่วาระเพื่อพิจารณาของคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในการประชุมเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยคณะอนุกรรมการฯ มีมติรับทราบและกำหนดให้ “การปลูกถ่ายตับ” เป็นประเด็นนโยบายที่ต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งนำไปสู่การทำข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่การพิจารณาตัดสินใจต่อไป<sup>(10)</sup> ถือเป็นกาเปิดประเด็นการปลูกถ่ายตับเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นครั้งแรก

ต่อมา ช่วงต้นปี พ.ศ. 2553 กลุ่มพ่อแม่ที่มีลูกป่วยด้วยโรคท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด ได้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการและติดต่อมายัง สปสช. เพื่อติดตามความคืบหน้าของการพิจารณาสิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายตับ โดยให้ข้อมูลต่างๆ สรุปเป็นสามประเด็นหลัก ได้แก่ (ก) เป็นทางเลือกที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีชีวิตรอด<sup>(11)</sup> (ข) ผู้ป่วยเด็กสามารถรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับได้ทันที เนื่องจากพ่อแม่พร้อมบริจาคตับให้ลูก ไม่ต้องประสบปัญหาการรอรับบริจาคอวัยวะดังเช่นผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะอื่นๆ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการบริจาคอวัยวะ<sup>(12,13)</sup> (ค) วิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก โดยใช้อวัยวะจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor) เป็นวิธีการที่ดีและมีความปลอดภัยสูง ที่ผ่านมา โรงเรียนแพทย์ใน

ประเทศไทยมีประสบการณ์ปลูกถ่ายตับในเด็กโดยใช้ living donor จากพ่อแม่ทั้งหมด

สรุปได้ว่า “การปลูกถ่ายตับ” ได้รับการเสนอเข้าสู่กระบวนการเชิงนโยบายให้เพิ่มเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยองค์ประกอบสำคัญสามประการ

- การจัดทำเรื่องอย่างเป็นทางการจากผู้ให้บริการมายัง สปสช.
- สปสช.มีช่องทางที่เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ ได้แสดงความคิดเห็น และมีกระบวนการที่ชัดเจนในการนำข้อเสนอและความคิดเห็นต่างๆ เข้าเป็นวาระเพื่อพิจารณาในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- ประชาชนผู้มีสิทธิ ทำการติดตามเรื่องราว พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์

### การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายกรณีการเพิ่มสิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายตับในเด็กภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการจัดทำนโยบายที่มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา องค์กรวิชาชีพ นักวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขและการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากร สปสช. และเป็นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดทำนโยบาย (evidence informed health policy)

จากมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ รับทราบประเด็นครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552<sup>(19)</sup> และมีข้อคำถามที่ท้าทายด้านการจัดการเชิงระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีกลไกอย่างชัดเจนสำหรับการพิจารณาและการประกาศให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะโรคที่พบน้อย (rare diseases) มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่มีค่าใช้จ่ายสูง คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดให้มีการ

ศึกษาเรื่องการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์อย่างรอบด้าน โดยทีมนักวิชาการ ดังนี้

**1. การรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้น** ดำเนินการโดยบุคลากร สปสช. ทำการสำรวจ (quick survey) ข้อมูลการให้บริการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง พบน้อย ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ในทุกสาขาเฉพาะ ทั้งศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และอื่นๆ (ถ้ามี) โดยให้กรอกข้อมูล 3 ส่วนคือ (1) ชื่อโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีการรักษาที่ได้ผลดีหรือหายขาดได้ (2) วิธีการรักษา และ (3) ประมาณการค่ารักษาพยาบาลต่อราย ซึ่งผลการสำรวจพบว่า มีการบริการทางการแพทย์มากกว่า 150 รายการ อย่างไรก็ตาม บางส่วนไม่ใช่โรคที่พบน้อย บางส่วนเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาแพงแต่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่ามีความคุ้มค่า

ผลการสำรวจดังกล่าว ส่งผลให้มีการตัดสินใจเริ่มโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เป็นทีมเลขานุการในการดำเนินการเพื่อวิจัย และเพื่อให้เป็นกลไกสนับสนุนการพิจารณาสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม<sup>(14-16)</sup> จากจำนวนรายการบริการทางการแพทย์ที่มากกว่า 150 รายการข้างต้น ทำให้ต้องมีการกำหนดเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกรายการที่ต้องทำการศึกษาอย่างรอบด้านต่อไป เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ประกอบด้วย (1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีสุขภาพ (4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ (6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม<sup>(17)</sup> รายการที่ผ่านการจัดลำดับความ

สำคัญจะถูกนำไปศึกษาอย่างรอบด้าน เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือ cost-effectiveness) ผลกระทบด้านงบประมาณต่อกองทุน UCS ในระยะยาว (long term budget impact) ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ (readiness of health system) มิติด้านความเสมอภาค (equity dimension) และ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

**2. การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาความคุ้มค่า** เนื่องจากทรัพยากรมีจำนวนจำกัดการจัดสรรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด ควรตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่เพียงพอและมีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน คณะอนุกรรมการฯ ได้เห็นชอบกำหนดหลักเกณฑ์พิจารณาความคุ้มค่าของบริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจเพิ่มสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบ UCS<sup>(18,19)</sup> โดยอ้างอิงจาก The Commission on Macroeconomics and Health<sup>(20)</sup> และเป็นเกณฑ์เดียวกับที่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติใช้ในการพิจารณาการลงทุนด้านยาโดยเกณฑ์กำหนดความคุ้มค่าพิจารณาจาก “ต้นทุนต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับรายได้ของประเทศต่อหัวประชากร” โดยมีเกณฑ์การพิจารณา คือ

(1) หากต้นทุนต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร ( $\text{cost per 1 QALY gained} \leq 1 \text{ GDP per capita}$ ) ถือว่าคุ้มค่าในการลงทุน

(2) หากต้นทุนต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 1 เท่า แต่ไม่เกิน 3 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร ( $1 \leq \text{cost per 1 QALY gained} \leq 3 \text{ GDP per capita}$ ) ยืดหยุ่นให้ลงทุนได้โดยพิจารณาเป็นแต่ละกรณี เช่น เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ไม่มาก หรือ มีความรุนแรง หรือ มีความจำเป็นเร่งด่วน

(3) หากต้นทุนต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น มากกว่า 3 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว



ประชากร (cost per 1 QALY gained > 3 GDP per capita) ถือว่าไม่คุ้มค่าในการลงทุน

นอกจากเกณฑ์ความคุ้มค่าดังกล่าวแล้ว ยังพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ประกอบการพิจารณาด้วย เช่น ประเด็นจริยธรรม (ethical concern) ความเท่าเทียม ความจำเป็นในการได้รับการดูแล เทคโนโลยีทางเลือกอื่น ผลกระทบด้านงบประมาณ หรือแม้แต่ปัจจัยทางการเมือง

**3. การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย** สำหรับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการโดยทีมวิชาการจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถานพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และสามารถให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็กได้จำนวน 3 แห่ง ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย

- สถานการณ์และข้อเท็จจริงต่างๆ เช่น พยาธิสภาพและแนวทางการรักษา อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด การมีชีวิตรอดหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายตับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลจาก 7 แหล่งทั้งในและต่างประเทศ

- ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (เป็นรายปีและค่าใช้จ่ายสะสม) ตั้งแต่ปีที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับจนถึงอายุ 30 ปี

- การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก ใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) และวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio - ICER) มีต้นทุนที่ 254,120.28 บาทต่อปีสุขภาวะ นั่นคือ การลงทุนสำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก มีต้นทุนอยู่ระหว่าง 1-3 เท่าของ GDP ต่อหัวประชากร ในขณะนั้น ซึ่งคณะกรรมการฯ ตัดสินใจให้ลงทุนได้

- ประมาณการภาระงบประมาณของกองทุนฯ ตั้งแต่ปีแรกจนถึงปีที่ 70 ของการผ่าตัดปลูกถ่ายตับโดย

ใช้แบบจำลอง Markov Model พบว่า อัตราการรอดชีวิตที่ต่างกันในแต่ละโมเดล ทำให้เกิดการงบประมาณไม่แตกต่างกันมากนัก และงบประมาณนี้อยู่ในวิสัยที่กองทุนฯ จะจ่ายได้

- ปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว คือ การเข้าถึงบริการและการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในแต่ละปี และค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันที่ผู้ป่วยต้องใช้ตลอดชีวิต

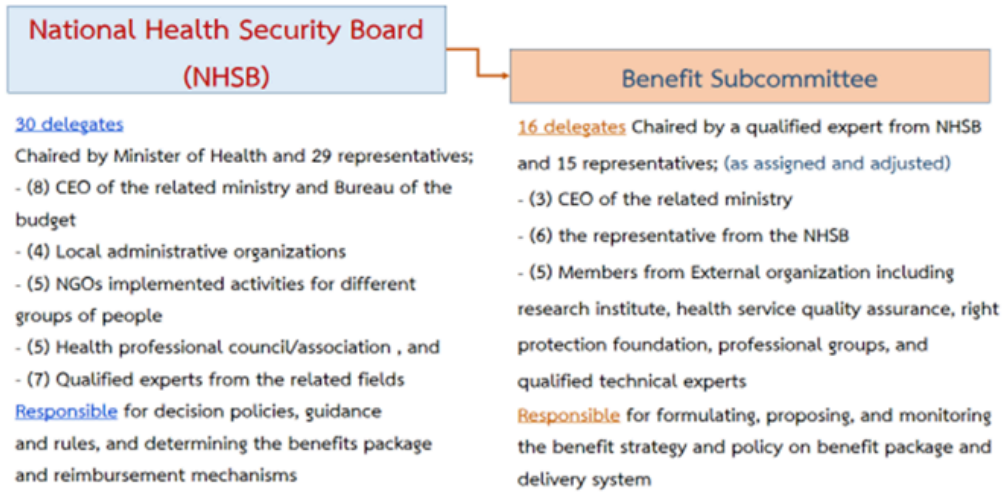
**4. การตัดสินใจเชิงนโยบาย** กลไกการตัดสินใจเชิงนโยบายเรื่องสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการผ่านกลไกอภิบาลที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Board, NHSB) ให้เป็นคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ (ชื่อคณะกรรมการด้านสิทธิประโยชน์อาจมีการปรับเปลี่ยน ได้ในแต่ละวาระที่มีการแต่งตั้ง) ดังแสดงในรูปที่ 1

ขั้นตอนการพิจารณา ข้อเสนอเชิงนโยบายการปลูกถ่ายตับในเด็กเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกระบวนการนำเสนอในเวทีต่างๆ ทั้งสิ้น 5 ครั้ง ดังนี้

*ครั้งที่ 1* การประชุมคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ครั้งที่ 9/2552 วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2552<sup>(24)</sup> มีมติให้คณะทำงานวิชาการ ทบทวนรายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้องและข้อเสนอเชิงระบบเพิ่มเติม

*ครั้งที่ 2* การประชุมคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ครั้งที่ 9/2553 วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553<sup>(21)</sup> เห็นชอบในหลักการให้ระบุว่า การปลูกถ่ายตับในเด็กเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน โดยให้มีการประชุมปรึกษาหารือผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติม โดยเฉพาะผู้ให้บริการและผู้ดำเนินงานใน สปสช. เพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเน้นให้มีการเตรียมความพร้อมและศักยภาพ

### Governance Structure



**รูปที่ 1** องค์ประกอบและหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ณ กันยายน 2550-2554

**ที่มา:** วราภรณ์ สุวรรณเวลา, สำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สปสช. (ปรับปรุงจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(4)</sup> และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ<sup>(10)</sup>)

ของระบบบริการที่รองรับ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สำหรับติดตามการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้ว

ครั้งที่ 3 การประชุมปรึกษาหารือข้อเสนอเชิงนโยบายการปลูกถ่ายตับในเด็กวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2553<sup>(18)</sup> ระหว่างนายกสมาคมและกรรมการสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และกุมารศัลยแพทย์จากสถานพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ทั้งในและนอกกรุงเทพฯ คณะผู้วิจัย และผู้บริหาร สปสช. การประชุมครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้แทนองค์กรวิชาชีพ ในการร่วมคิดและร่วมดำเนินการนโยบายดังกล่าวให้เป็นผลสำเร็จ ทำให้มั่นใจในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะความพร้อมของระบบบริการสุขภาพดังนี้

(1) ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ (supply side) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงเรียนแพทย์ จำนวน 4 แห่ง ทั้งในและนอกกรุงเทพฯ ยืนยันว่าสามารถให้

บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กได้ รวมทั้งมีความพร้อมของระบบสนับสนุน เช่น ห้องผู้ป่วยหนักขั้นวิกฤติ (intensive care unit, ICU) เป็นหน่วยรับส่งต่อที่รองรับการให้บริการได้ประมาณ 40 รายต่อปี ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของอุบัติการณ์การเกิดโรค นอกจากนี้ ยังพบว่า กุมารแพทย์มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน หากพบผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะตัวเหลืองยาวนานจะส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการตามขั้นตอนและเข้าถึงบริการได้ แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือไม่มีโรงเรียนแพทย์

(2) ด้านผู้รับบริการ (demand side) สถานการณ์การให้บริการที่ผ่านมา พบว่า การบริจาคตับส่วนใหญ่เป็นการบริจาคจากพ่อแม่ (living donor) ให้แก่ผู้ป่วยเด็ก มีเพียงส่วนน้อยมากที่รอการบริจาคอวัยวะจากสภากาชาดไทย อย่างไรก็ตาม ควรมีนโยบายการบริจาคอวัยวะระดับประเทศ เพื่อความยั่งยืนในระยะยาวของระบบบริการปลูกถ่ายอวัยวะ

(3) ด้านข้อมูลเพื่อการติดตาม ที่ผ่านมา การ

ติดตามผลหลังการผ่าตัดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของโรงเรียนแพทย์พบว่า เด็กส่วนใหญ่เติบโตและมีพัฒนาการเหมือนเด็กทั่วไป สามารถไปโรงเรียนได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะหากได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายตับตั้งแต่เด็ก

ครั้งที่ 4 การประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ครั้งที่ 1/2554 วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2554<sup>(22)</sup> นำเสนอผลการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับผู้ให้บริการและองค์กรวิชาชีพ รวมทั้งความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อนโยบายดังกล่าว คณะอนุกรรมการฯ มีมติเห็นชอบการระบุสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด (biliary atresia) ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด มีประมาณร้อยละ 80 และความผิดปกติแต่กำเนิดอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวายได้ (ร้อยละ 20) โดยการปลูกถ่ายทั้งจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิต (living donor) และผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย (cadaveric donor) โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป และให้เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาต่อไป

ครั้งที่ 5 การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2554 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554<sup>(23)</sup> คณะกรรมการฯ มีมติเห็นชอบการระบุสิทธิประโยชน์การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก (อายุไม่เกิน 18 ปี) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดและโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะตับวาย โดยการปลูกถ่ายทั้งจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตและจากผู้เสียชีวิต โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป และก่อนเริ่มดำเนินนโยบาย ให้มีการจัดทำหลักเกณฑ์การรับบริการโดยพิจารณาความรุนแรงของโรค ออกแบบวิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการและข้อกำหนดต่างๆ รวมทั้งระบบติดตามประเมินผล

สรุประยะเวลาของกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ตั้งแต่การเสนอประเด็นจนถึงการตัดสินใจ

ประกาศนโยบายและเริ่มมีผลในทางปฏิบัติ ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ปี 9 เดือน

## เนื้อหาสาระของนโยบาย

หลังจากข้อเสนอนโยบายการระบุสิทธิประโยชน์ “การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก” ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เนื้อหาสาระของนโยบายที่ถูกประกาศและเผยแพร่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

(1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2554

“ให้บริการสาธารณสุข การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก อายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีภาวะตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิด หรือตับวายจากโรคอื่นๆ อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่ผู้มีสิทธิจะได้รับตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป” ประกาศ ณ วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2554<sup>(24)</sup>

(2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก และเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก พ.ศ. 2554<sup>(25)</sup> ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย

- แนวทางการให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็ก
- เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย
- หน้าที่ของหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะทางให้บริการปลูกถ่ายตับในเด็ก

(3) คู่มือการบริหารกองทุน: การบริหาร





จัดการการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ: การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็ก ปีงบประมาณ 2555<sup>(26)</sup> (และทุกปีต่อมา) ที่มีเนื้อหารวมถึงแนวทางการให้บริการ มาตรฐานหน่วยบริการ และการสนับสนุนค่าบริการต่างๆ

สรุปได้ว่า เนื้อหาสาระของนโยบายการปลูกถ่ายตับในเด็ก มีการเขียนเนื้อหาไว้อย่างชัดเจนและครบถ้วนทั้งเนื้อหาในเชิงนโยบาย และ เนื้อหาสำหรับการปฏิบัติการกระบวนการจัดทำเนื้อหาสาระนโยบายและวิธีการปฏิบัติเป็นกระบวนการจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งได้เนื้อหาสาระของนโยบาย และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการชุดต่างๆ

## วิจารณ์

กระบวนการเชิงนโยบายในการระบุให้การผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ มีปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ (critical success factors) ดังนี้

(1) นโยบายของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งการเสนอความเห็น ข้อเสนอแนะ และการร้องเรียนปัญหา ผ่านระบบและช่องทางต่างๆ เช่น สายด่วน สปสช. 1330 ที่เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนที่สถานพยาบาลและสำนักงานเขต สปสช. รวมทั้งมีกระบวนการรับฟังความเห็นทั่วไปประจำปี ตามที่กำหนดใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (10) และ (13)

กรณีศึกษากระบวนการนโยบายสิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายตับในเด็ก แสดงถึงการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนด้วยบทบาทต่างๆ ดังนี้

- บุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดทำคำขอการชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับการปลูกถ่ายตับในเด็กให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นทางการ เป็นการ

เปิดโอกาสในการเสนอความจำเป็นด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ลดภาระด้านการเงินของสถานพยาบาล เป็นการจุดประกายให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายจากการปฏิบัติจริงในสถานพยาบาลไปสู่ นโยบายระดับประเทศ

- บุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ และบุคลากรเฉพาะทางสนับสนุนกระบวนการจัดทำนโยบายเป็นอย่างดี ทั้งการให้ข้อมูลเชิงวิชาการและข้อมูลการปฏิบัติงานจริง ที่สำคัญที่สุดคือการร่วมดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวให้เป็นจริงได้

- นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจนโยบายโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน (evidence informed health policy)

- ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการฯ และคณะกรรมการฯ มีความเข้าใจและพยายามอย่างเต็มที่ในการขับเคลื่อนนโยบายให้เป็นไปตามกระบวนการและขั้นตอน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ และใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

- ผู้ตัดสินใจนโยบาย ที่ไม่ใช่การตัดสินใจตามสายการบังคับบัญชาหรือตามระบบราชการ แต่เป็นการตัดสินใจภายใต้กลไกอภิบาลที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน ทำให้การพิจารณาตัดสินใจได้รับการยอมรับ และการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความเป็นไปได้

- ประชาชน หรือสมาชิก UCS ซึ่งทำหน้าที่ติดตามการทำงานของ สปสช. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมและการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบาย (การบริจาคตับของพ่อแม่ให้แก่ลูก)

(2) การมีเหตุผล/หลักเกณฑ์/ข้อกำหนดในการพิจารณาที่ชัดเจน มีมาตรฐาน และมีการตกลงและเห็นชอบร่วมกันตั้งแต่แรกทำให้กระบวนการพิจารณา นโยบายมีความชัดเจน ตัดสินใจได้ง่าย และยอมรับร่วม

กันโดยปราศจากข้อโต้แย้งหรือมีน้อยที่สุด

(3) การพิจารณาความพร้อมของระบบบริการและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย และความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การปลูกถ่ายตับในเด็ก เป็นตัวอย่างของกระบวนการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการเสนอประเด็นเข้าสู่กระบวนการนโยบาย เช่น ผู้ให้บริการสาธารณสุข หน่วยงานบริหารระบบบริการ ประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งมีรายงานว่า การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลายในกระบวนการเชิงนโยบายด้านสุขภาพ สามารถช่วยให้เกิดนโยบายที่ดี ตั้งแต่การออกแบบอย่างมีประสิทธิภาพจนถึงการนำไปปฏิบัติ และสามารถบรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง<sup>(27,28)</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบายมีความสำคัญในขั้นตอนต่างๆ ของการจัดทำนโยบายและมีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น<sup>(29)</sup> ทั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า กรณีศึกษากระบวนการทางนโยบายนี้จะประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในการพัฒนานโยบายอื่นๆ ได้ โดยบทเรียนสำคัญจากเรื่องนี้ คือ การเตรียมข้อมูลวิชาการที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และการมีหลักเกณฑ์/มาตรฐานการตัดสินใจที่ยอมรับร่วมกันตั้งแต่ต้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการทางนโยบายประสบความสำเร็จได้

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ

• นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ระหว่างเดือนกันยายน 2550 - พฤศจิกายน 2554) และคณะกรรมการฯ ทุกท่าน ที่ร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ของคณะ

อนุกรรมการฯ อย่างเต็มกำลังความสามารถในการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในฐานะเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้การประชุมต่างๆ ขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี และ เจ้าหน้าที่ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ รวมทั้ง call center 1330 ที่เป็นช่องทางให้ประชาชนสามารถสื่อสาร ร้องเรียน ร้องทุกข์เรื่องการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- นพ.ภูษิต ประคองสาย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมกันทำการศึกษาและจัดทำหลักฐานวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในเรื่องนี้

## References

1. National Health Security Office (NHSO). The National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002). Nonthaburi: NHSO; 2002. (in Thai)
2. National Health Security Office (NHSO). The Manual of National Health Security for fiscal year 2005. Nonthaburi: NHSO; 2004. (in Thai)
3. National Health Security Office (NHSO). Types and Scope of Health Service for Beneficiaries as prescribed by the Board: ARV for HIV/AIDS patient, effective date 2005 October 1. Nonthaburi: NHSO; 2006. (in Thai)
4. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 8/2007 meeting of the National Health Security Board. Nonthaburi: NHSO; 2007 September 10. (in Thai)
5. National Health Security Office (NHSO). Disbursement for health services in fiscal year 2009: The letter to NHSO's branches and service provider. Nonthaburi: NHSO; 2008 September 16. (in Thai)
6. National Health Security Office (NHSO). The 4/2007 regulation statement of NHSB: the assignment of the Subcommittee under the Board. Nonthaburi: NHSO; 2007. (in Thai)
7. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Johannesburg, London: Witwatersrand University



- Press, Zed Brooks; 1994.
8. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9:353-70.
  9. Anghong Provincial Public Health Office. The letter to the National Health Security Office for supporting payment of the liver transplantation patient; 2009 January 14. (in Thai)
  10. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 2/2009 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Nonthaburi: NHSO; 2009 February 12. (in Thai)
  11. Liver Foundation of Thailand. Rama Hospital: The 9 years project of liver transplantation from parent to children [Internet] [cited 2016 July 18]. Available from: <http://www.thailiverfoundation.org/th/cms/detail.php?id=92>. (in Thai)
  12. National Health Security Office (NHSO). Minutes of meeting of the medical specialists and expert on liver transplantation from medical school in Thailand and organ transplantation association. Bangkok: NHSO; 2010 December 22. (in Thai)
  13. Fouquet V, Alves A, Branchereau S, Grabar S, Debray D, Jacquemin E, et al. Long-term outcome of pediatric liver transplantation for biliary atresia: a 10-years follow-up in a single center. *Liver Transplantation* 2005;11(2):152-60.
  14. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 9/2009 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2009 October 13. (in Thai)
  15. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 1/2010 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2010 January 5. (in Thai)
  16. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 2/2010 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2010 March 3. (in Thai)
  17. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 3/2010 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2010 May 7. (in Thai)
  18. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 7/2008 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Nonthaburi: NHSO; 2008 June 30. (in Thai)
  19. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 3/2009 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Nonthaburi: NHSO; 2009 March 10. (in Thai)
  20. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
  21. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 9/2010 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2010 November 26. (in Thai)
  22. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 1/2011 meeting of the Benefit Subcommittee under the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2011 January 17. (in Thai)
  23. National Health Security Office (NHSO). Minutes of the 2/2011 meeting of the National Health Security Board. Bangkok: NHSO; 2011 February 21. (in Thai)
  24. National Health Security Office (NHSO). Types and scope of health service for beneficiaries as prescribed by the Board: liver transplantation in children, effective date 2011 October 1. Bangkok: National Health Security Office; 2011 July 27. (in Thai)
  25. National Health Security Office (NHSO). Guideline for hospital: the service provision of liver transplantation in children as prescribed by the NHSO, effective date 2011 October 1. Bangkok: National Health Security Office; 2011 September 29. (in Thai)
  26. National Health Security Office (NHSO). Manual for UCS fund management for fiscal year 2012. Bangkok: National Health Security Office; 2011. (in Thai)
  27. World Health Organization (WHO). The world health report 2008 - primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
  28. World Health Organization (WHO). Strengthening national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans. Sixty-Fourth World Health Assembly WHA64 Agenda item 13.4; 2011 May 24 [Internet]. [cited 2014 February 20]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R8-en.pdf).
  29. O'Mahony B, Kent A, Ayme S. Changing the policy landscape: haemophilia patient involvement in healthcare decision-making. *European Journal of Haematology* [Internet]. 2014 [cited 2014 June 12];92(s74):1-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ejh.12316/pdf>.