

2012

การวิจัยประเมินผลนโยบาย สุขภาพที่เน้นผลกระทบความ เป็นธรรมด้านสุขภาพ

ผลการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์

นายแพทย์ ธีระ วรธนรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คำนำ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่มาจากประสบการณ์ของประเทศไทย และจากต่างประเทศ โดยประกอบไปด้วยผลการศึกษากฎ/ระบบการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพในต่างประเทศ และในประเทศไทย ซึ่งได้รับความกรุณาให้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้บริหารหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนโยบายสุขภาพ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลการทบทวนวรรณกรรมด้านกระบวนการ แนวทาง และหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกนโยบายเพื่อทำการติดตาม ประเมินผลตามลำดับความสำคัญ ของต่างประเทศ และระเบียบวิธีวิจัยด้านการประเมินผลนโยบายสุขภาพที่สำคัญ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข พญ.วิชรา รวีไพบูลย์ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำอันทรงคุณค่า อันเปรียบเสมือนเข็มทิศที่เป็นตัวช่วยให้คณะผู้วิจัย ได้ปรับแต่งงานศึกษาวิจัยขึ้นนี้เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทยได้ดียิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานชิ้นนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบประเมินผลนโยบายสุขภาพของประเทศไทยได้ในอนาคต

ขอขอบคุณเภสัชกรหญิง ศิตาพร ยังกง ที่ได้กรุณาสรุปกลไกการติดตามประเมินผลเทคโนโลยี และกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญที่ HITAP ได้ดำเนินการมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

สุดท้ายนี้ ขอขอบใจน้องคีน (ธีระวัฒน์ วรรณารัตน์) ซึ่งได้คอยให้กำลังใจผู้วิจัย และเป็นตัวอย่างของแนวทางการมองโลกในด้านที่สดใสอยู่เสมอ

นพ.ธีระ วรรณารัตน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

29 มิถุนายน 2555

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
ขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสถานการณ์	3
ความสำคัญของการคัดเลือกนโยบายเพื่อการติดตามประเมินผล	5
ข้อเสนอสำหรับการจัดกระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของงานวิจัย สุขภาพ	6
กรณีศึกษาหลัก/ระบบการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบาย และการวิจัยด้านสุขภาพ	16
กรณีศึกษาหลัก/การคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบาย สุขภาพ ในประเทศไทย	25
ระเบียบวิธีวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบด้านความเป็นธรรมทาง สุขภาพ	42
ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาหลักคัดเลือกประเด็นวิจัยนโยบายสุขภาพสำหรับประเทศ ไทย	56
ร่างรายชื่อคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกนโยบายสุขภาพเพื่อการติดตาม ประเมินผล	60
ปัจฉิมบท	61

ขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาศานการณ
เรื่อง การวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

กระบวนการวิจัยประเมินผลนโยบายอย่างมีหลักการทางวิชาการ และเป็นกลาง ไม่ว่าจะเป็นในระยะก่อน-ระหว่าง-หลังการดำเนินการตามนโยบายนั้น จะช่วยลดความเสี่ยง เพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของนโยบายได้ โดยผลการประเมินอาจถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงนโยบายได้ในหลายลักษณะ ได้แก่ การปรับปรุงวิธีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ การปรับปรุงหรือเปลี่ยนสาระในนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น หรือ อาจเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทศนของนโยบายนั้น ก็ได้

สวรศ. ให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินนโยบายที่คาดว่าจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในวงกว้าง โดยเฉพาะในด้านการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ สวรศ.จึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนา ทบทวนวรรณกรรมและสถานการณทั้งในและต่างประเทศ ในเรื่อง การวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดขอบเขตงานตามระบุข้างล่างนี้

ขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาศานการณ

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานเชิงระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย

- กลไก/ระบบการติดตามประเมินนโยบายสุขภาพในต่างประเทศ และในประเทศไทย เช่น ศูนย์ศึกษานโยบาย (ในอดีต) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข การวิจัยประเมินนโยบายของ สวรศ. HITAP, IHPP, สำนักวิจัยหลักประกันสุขภาพ, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ(มสช.), ศูนย์ศึกษาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร และการติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ พร้อมตัวอย่างงานวิจัยประเมินผลนโยบายด้านสุขภาพ
- กระบวนการ แนวทาง หลักเกณฑ์ ในการคัดเลือกนโยบายเพื่อทำการติดตามประเมินผลตามลำดับความสำคัญ-จำเป็น ทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย
- รวบรวมระเบียบวิธีวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพ ที่เน้นผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2554 ถึง เดือน มกราคม 2555 (3 เดือน)

แผนการดำเนินงาน

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เดือน				
	พ.ย.54	ธ.ค 54	ม.ค 55	ก.พ.55	มี.ค.55
● เก็บข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม/ศึกษาศานการณ					
● วิเคราะห์-สังเคราะห์ข้อเสนอ (ร่าง1-2-3)					
● เสนอผลการทบทวนต่อสวรศ.เพื่อรับฟังความเห็น	x	x	x		
● สวรศ.จัดกระบวนการ Topic selection และพัฒนา					

โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายที่ได้รับเลือก					
---	--	--	--	--	--

ผลงานที่ต้องนำเสนอ

- รายงานการทบทวนวรรณกรรมและข้อเสนอแนะ/กลไกการติดตามประเมินนโยบายสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่รวมถึงแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนโยบายเพื่อการติดตามประเมินผล

ความสำคัญของการคัดเลือกนโยบายเพื่อการติดตามประเมินผล

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า กระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพทุกระดับ อันหมายรวมถึงการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพด้วยนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการลงทุนที่คุ้มค่าภายใต้ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร โดยหวังว่าผลที่ได้จากการประเมินผลนั้นจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ^{1, 2, 3, 4} นอกจากนี้กระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญที่จะดำเนินการนั้น จำเป็นต้องได้รับการรื้อยเรียงให้สอดคล้องกับทั้งบริบทของพื้นที่ และเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากคำประกาศและผลสรุปจากการประชุมในเวทีระดับนานาชาติต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพโลก การประชุมของรัฐมนตรีสาธารณสุขนานาชาติในเรื่องการวิจัยสุขภาพในปี ค.ศ.2004 และ 2008 เป็นต้น^{5, 6}

¹ Ranson MK, Bennett SC. Priority Setting and Health Policy and Systems Research. Health Res Policy Syst 2009, 7:27.

² Conceicao C, Leandro A, McCarthy M. National Support to Public Health Research: A Survey of European Ministries. BMC Public Health 2009, 9:203.

³ Ahmedov M, Kennedy A, Ijsselmuiden C. Governance and Policy Frameworks for Health Research in 38 Countries. Available online at: <http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>

⁴ Arudo J, Kamau R, Kamanzi D, Kennedy A. Health Research Policies and Priorities in 19 African Low Income Countries. Available online at: <http://portal.unesco.org/education/en/files/58048/12246671755Ahmedov.pdf/Arudo.pdf>

⁵ World Health Assembly Resolution 63.21. WHO's Role and Responsibilities in Health Research. Available online at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R21-en.pdf

⁶ The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems. Available online at: http://www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-English.pdf

ข้อเสนอสำหรับการจัดกระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของงานวิจัยสุขภาพ

RF Viergever และคณะ⁷ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมโดยผสมผสานวิธีสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เช่น Pubmed และรายงานการประชุมเกี่ยวกับการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปีค.ศ.2005 เป็นต้นมา จากการสืบค้นเอกสารจำนวนทั้งสิ้น 230 ชิ้น คณะผู้วิจัยได้ทำการสกัดข้อมูลสำคัญและนำไปประกอบการดำเนินการสัมมนาเชิงลึกกับเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกและผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติจำนวนหนึ่ง จนได้บทสรุปเป็นขั้นตอนการดำเนินการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ (Preparatory work)

ประกอบด้วย 5 กระบวนการย่อย ได้แก่

ก. **การพิจารณาบริบทที่จะดำเนินการ** อันหมายรวมถึง ทรัพยากรที่มี (resources), ขอบเขตของการพิจารณา และจุดมุ่งเน้น (scope and focus), หลักการ/เหตุผลและประโยชน์ที่มุ่งหวัง (principles and values) รวมถึงปัจจัยแวดล้อมภายในบริบทนั้นๆ เช่น ปัจจัยด้านการเมือง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและท่าที ความคิดเห็นที่แสดงออกต่อประเด็นที่กำลังจะดำเนินการ เป็นต้น

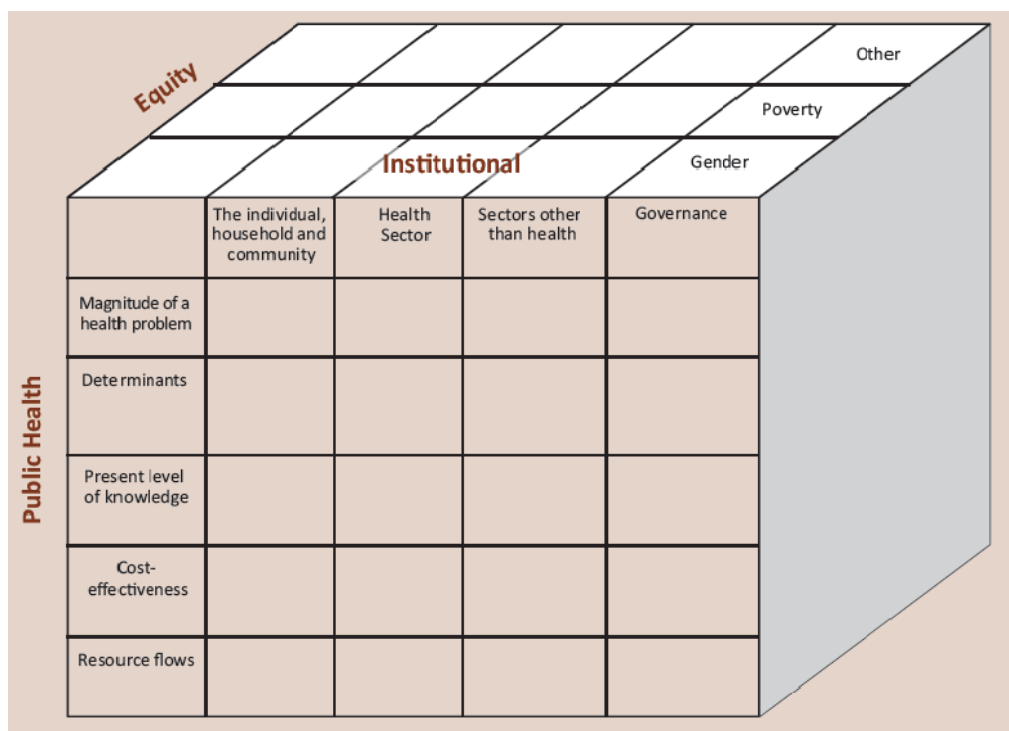
ข. **การใช้วิธีการที่เหมาะสมและครบถ้วน (Use of comprehensive approach):** ด้วยองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่ามีการนำเสนอวิธีการที่มีคุณสมบัติการได้รับการสร้างอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนพร้อมแนวทางปฏิบัติ และครอบคลุมประเด็นที่สำคัญสำหรับพิจารณาคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญ โดยมีวิธีการที่นิยมใช้กันอยู่ 4 วิธีการ คือ

⁷ RF Viergever, S Olifson, A Ghaffar, et al. A Checklist for Health Research Priority Setting: Nine Common Themes of Good Practice. Health Research Policy and Systems, 2010, 8:36.



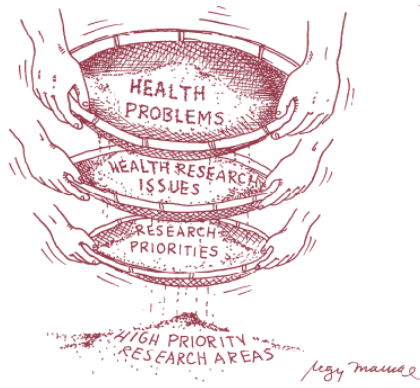
a) 3D Combined Approach Matrix (CAM)^{8,9}: เป็นวิธีการที่เน้นการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาความแตกต่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและปัจจัยแวดล้อม รวมถึงการพิจารณาถึงประเด็นเรื่องความเที่ยงธรรม (equity) ภายใต้กรอบแนวคิดที่เพิ่งได้รับการปรับปรุงไปเมื่อ

ไม่นานมานี้ กระบวนการตัดสินใจจะเป็นการหาฉันทามติ (consensus-based) วิธีการนี้นิยมใช้กันทั้งในระดับประเทศและระดับโลก



⁸ Ghaffar A, Collins T, Matlin SA, et al. The 3D Combined Approach Matrix: An Improved Tool for Setting Priorities in Research for Health Geneva: Global Forum for Health Research; 2009. Available online at: http://www.globalforumhealth.org/content/download/7860/50203/file/CAM_3D_GB.pdf

⁹ Ghaffar A. Setting Research Priorities by Applying the Combined Approach Matrix. Indian J Med Res 2009, 129:368-375.



b) Essential National Health Research (ENHR)¹⁰: วิธีการนี้ได้รับความนิยมใช้ในกระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพในระดับประเทศ โดยมีคู่มือพร้อมขั้นตอนการดำเนินการสำหรับผู้ดำเนินการประชุม เกณฑ์การพิจารณาจะใช้ 4 ข้อ ได้แก่ ความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความเป็นไปได้ และผลกระทบ อย่างไรก็ตามเกณฑ์ต่างๆ จะได้รับการพิจารณาให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ และระดับของการพิจารณา รวมถึงข้อมูลที่มีอยู่สำหรับการพิจารณาอีกด้วย

- **appropriateness: should we do it?**
Criteria in this category include: ethical and moral issues, human rights issues, legal aspects, political acceptability and adequacy and usefulness of the current knowledge base.
- **relevancy: why should we do it?**
Includes criteria like: community concern, magnitude and severity of the problem, responsiveness to the national health policy and equity focus.
- **feasibility: can we do it?**
The feasibility of carrying out the research in terms of the technical, economic, political, socio-cultural and ethical aspects.
- **impact: what do the stakeholders get out of it?**
This category includes criteria like short- and long-term benefits, as well as issues of affordability, efficacy, effectiveness, equity and coverage.

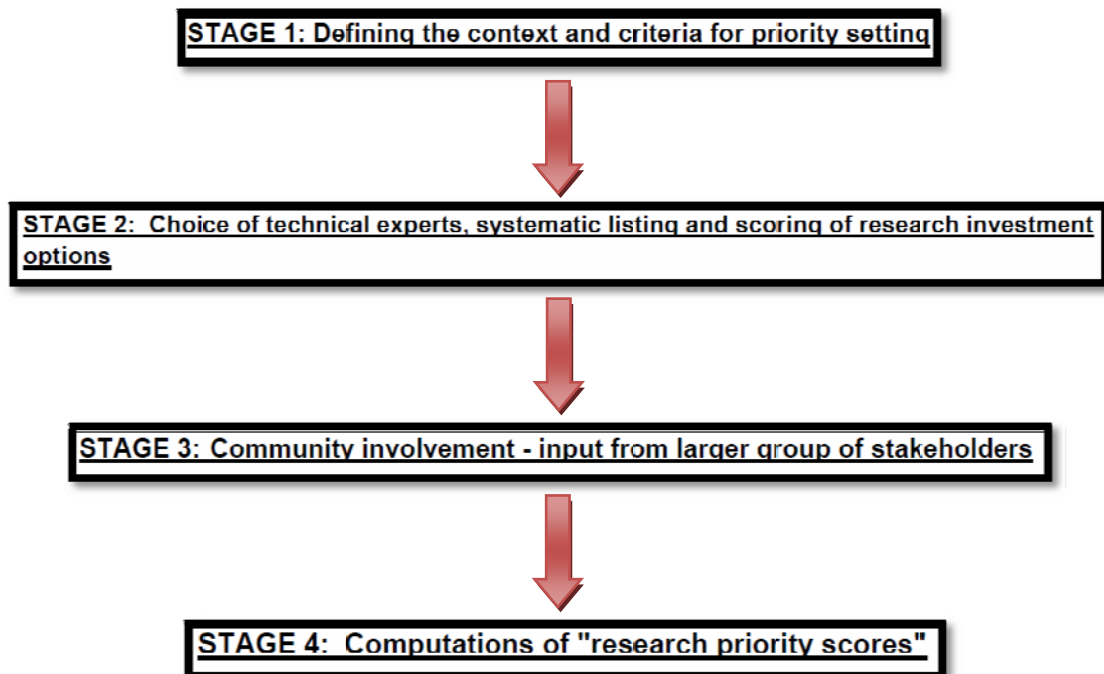
¹⁰ Okello D, Chongtrakul P. COHRED Working Group on Priority Setting: A Manual for Research Priority Setting using the ENHR Strategy Geneva: Council on Health Research for Development; 2000. Available online at: <http://www.cohred.org/node/22>

c) The Child Health and Nutrition Research Initiative

(CHNRI)¹¹: วิธีนี้จะเป็นกระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับ

ความสำคัญของประเด็นวิจัย โดยเป็นการรวมคะแนนจากผู้ให้
คะแนนทุกคนที่พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 5 ข้อ ได้แก่

Burden of Disease, Population of Interest, Existing
policy/target, Level of urgency, และ Time frame โดยแต่ละข้อจะ
มีการถ่วงน้ำหนักตามความสำคัญที่ได้ตกลงกันไว้ วิธีนี้ได้รับการ
นำไปใช้ทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก



¹¹ Rudan I, El Arifeen S, Black RE. A Systematic Methodology for Setting Priorities in Child Health Research Investments. In *A New Approach for Systematic Priority Setting*. Edited by: Huda TM. Dhaka: Child Health and Nutrition Research Initiative; 2006:1-11. Available online at:

http://www.chnri.org/secured/uploads/publications/files/0535210001249198837-604_file_PRIORITY_SETTING_.pdf



d) The COHRED management process to priority setting^{12, 13}: วิธีการนี้จะเน้นไปที่กระบวนการจัดการให้ ได้มาซึ่งผลผลิตจากกระบวนการคัดเลือกและเรียงลำดับ

ความสำคัญ และมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือและเทคนิคของ 3D CAM, CHNRI, และ ENHR มาร่วมในกระบวนการด้วย วิธีการนี้จะนิยมนำไปใช้ระดับประเทศ



ค. การพิจารณาให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในกระบวนการ (Inclusiveness): เป็นขั้นตอนการตัดสินใจว่าจะมีใครที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญบ้าง โดยพิจารณาถึงเหตุผล และความเหมาะสมของผู้ที่จะเป็นตัวแทนจากแต่ละกลุ่ม โดยมีความสมดุลในด้านคุณสมบัติของความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สัดส่วนของเพศชาย-หญิง สถานที่/พื้นที่ รวมถึงความเป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม นอกจากเรื่องของการเป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วน (Multisectoral representation) แล้ว ยังควรคำนึงถึงประโยชน์ของการมีตัวแทนจากศาสตร์อื่นๆ (Multidisciplinary representation) อีกด้วย โดยมีเหตุผลในการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมแบบกว้างเช่นนี้คือ

¹² COHRED Approach to Priority Setting. Council on Health Research for Development. Available online at: http://www.cohred.org/cohred_approach/

¹³ Priority Setting for Health Research: Toward a Management Process for Low and Middle Income Countries. Available online at: <http://www.cohred.org/downloads/Essay2.pdf>

1. จะช่วยลดโอกาสในการที่จะมองข้ามแนวคิดหรือกลวิธีในการดำเนินงานด้านการศึกษาวิจัยบางเรื่องไป เนื่องจากตัวแทนจากกลุ่มที่ต่างกัน มักจะมีมุมมองที่แตกต่างกันตามธรรมชาติ
2. การมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ย่อมทำให้การตอบรับและนำผลการวิจัยลำดับความสำคัญไปใช้ในวงกว้างได้มากยิ่งขึ้น
3. การมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ย่อมจะทำให้ลำดับความสำคัญที่ได้นั้นมีโอกาสตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของสังคมมากยิ่งขึ้น ทั้งต่อกลุ่มผู้ที่จะนำไปดำเนินการ และต่อกลุ่มผู้ที่จะได้รับผลจากการดำเนินการนั้น และจะนำมาซึ่งความน่าเชื่อถือของกลไกหรือกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญ และมีโอกาสก่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น
4. การมีส่วนร่วมจากทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ยิ่งเป็นแวดวงที่ครบถ้วนมากเท่าไร ก็ย่อมจะทำให้ลดโอกาสที่จะมีกิจกรรมที่ดำเนินการซ้ำซ้อนกันได้ดียิ่งขึ้น ทำให้สามารถประหยัดทรัพยากรโดยรวมลงได้^{14, 15}

ทั้งนี้เอกสารทางวิชาการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพนั้น จะเน้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเป็นอย่างมาก¹⁶ ดังนั้นขั้นตอนการค้นหาและระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้น จำเป็นต้องวิเคราะห์ถึงเหตุผลในการเชิญเข้าร่วมกระบวนการ และบทบาทที่คาดว่าผู้ที่ได้รับเชิญนั้นจะแสดงออกในเวที เช่น การให้ความเห็น ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือเป็นบทบาทในการตัดสินใจเรียงลำดับความสำคัญ¹⁷

ง. **การรวบรวมข้อมูล (Information gathering):** เป็นการพิจารณาว่าข้อมูลใดบ้างที่ควรได้รับการเก็บรวบรวมมาเพื่อใช้ในกระบวนการ โดยมักประกอบด้วยขั้นตอนของการทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ¹⁸ เช่น ข้อมูลภาระโรค ข้อมูลการวิเคราะห์ความคุ้มค่า ผลการประเมินที่เคยมีอยู่แล้วเกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง

¹⁴ Monk JM, Rowley KG, Anderson IP: Setting and meeting priorities in Indigenous health research in Australia and its application in the Cooperative Research Centre for Aboriginal health. Health Res Policy Syst 2009, 7:25.

¹⁵ Nuyens Y: Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. Bull World Health Organ 2007, 85:319-321.

¹⁶ Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: On being a good listener: setting priorities for applied health services research. Milbank Q 2003, 81:363-388.

¹⁷ McKie J, Shrimpton B, Hurworth R, Bell C, Richardson J: Who should be involved in health care decision making? A qualitative study. Health Care Anal 2008, 16:114-126.

¹⁸ Ghaffar A, Collins T, Matlin SA, Olifson S: The 3D Combined Approach Matrix: An Improved Tool for Setting Priorities in Research for Health Geneva: Global Forum for Health Research; 2009.

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ผลการเรียงลำดับความสำคัญในประเด็นเดียวกัน หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการดำเนินการมาแล้ว เป็นต้น

จ. **การวางแผนการดำเนินงาน (Planning for implementation):** เป็นขั้นตอนการจัดทำแผนการดำเนินงาน กิจกรรมการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญ ทั้งนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเรียงลำดับความสำคัญนี้ และโดยแท้จริงแล้วกลุ่มเป้าหมายเหล่านั้นต้องการอะไรกันแน่ นอกจากนี้ยังควรที่จะทำการวิเคราะห์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียล่วงหน้าว่าใครควรจะร่วมในกระบวนการ และจะนำมาซึ่งความสำเร็จในการนำผลจากการเรียงลำดับความสำคัญนั้นไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ^{19,20} เช่น ฝายนโยบายเพื่อให้เอื้อต่อการนำไปสู่การปฏิบัติจริง ตัวแทนสื่อมวลชนเพื่อให้เกิดการแพร่กระจายผลไปสู่สาธารณะอย่างครอบคลุม เป็นต้น

2. ขั้นตอนการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญ (Deciding on priorities)

ประกอบด้วย 2 กระบวนการย่อย ได้แก่

ก. **การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria):** เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญที่ดีนั้น ควรจะมีความชัดเจน และเอื้อให้เกิดการพูดคุยให้เห็นกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งที่อยู่ในแขนงเดียวกันหรือมาจากศาสตร์คนละแขนง ตัวอย่างของเกณฑ์ที่ใช้กันในระดับสากล คือ ขนาดของปัญหา (Magnitude of the problem), ความเป็นไปได้ในการลดปัญหา (Likelihood of reducing disease burden), ความคุ้มค่า (Cost-effectiveness), ระดับองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Present level of knowledge), ทรัพยากรที่หมุนเวียนอยู่ในปัจจุบัน (Current resource flows), ระดับความสามารถที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรม (Degree of equitability), ความยั่งยืน (Sustainability), ประเด็นทางด้านจริยธรรม (Ethical aspect), และระดับความสามารถด้านการวิจัย (Local research capacity) เป็นต้น โดยปกติแล้ว เกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ อาจสามารถจำแนกออกเป็นได้ใน 3 ลักษณะ/มิติ คือ ด้านประโยชน์ต่อสาธารณสุข (Public health benefit) เพื่อตอบคำถามว่าเราควรทำหรือไม่? ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) เพื่อตอบปัญหาว่าเราจะสามารถทำได้ไหม? และด้านค่าใช้จ่าย (Cost) เพื่อตอบปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้/ลงทุน และความคุ้มค่า

¹⁹ Htwe M: Research Prioritization. Available online at:

http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1351/Section1687_7202.htm

²⁰ World Health Organization: First formal meeting of the Foodborne Disease Burden Epidemiology Reference Group (FERG): Implementing Strategy, Setting Priorities and Assigning the Tasks 2008, Geneva.

ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายควรได้รับโอกาสให้ร่วมกันหาฉันทามติเกี่ยวกับเกณฑ์ต่างๆ ที่จะใช้ในกระบวนการคัดเลือก/ เรียงลำดับความสำคัญก่อนที่จะเริ่มกระบวนการจริง^{21, 22, 23, 24, 25}

๑. **วิธีการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญ (Methods for deciding on priorities):** โดยพิจารณาว่าจะใช้วิธีการหาฉันทามติจากกลุ่ม (Consensus), การใช้การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้า (Metrics based approach/ Pooling individual rankings), หรือจะใช้วิธีสองอย่างผสมกัน (Combination)

วิธีการหาฉันทามติจากกลุ่มนั้นมีแนวโน้มที่จะทำให้มีโอกาสที่ผลจากกระบวนการจะเป็นที่ยอมรับจากทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วม ในขณะที่การใช้การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้านั้นมีข้อดีคือ ทำให้ลดโอกาสที่จะผลจะโดนเหนี่ยวนำโดยผู้ใดผู้หนึ่ง แต่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการให้คะแนนเพื่อตัดสินใจเลือก

ตัวอย่างหนึ่งของการใช้ฉันทามติคือ วิธี Combined Approach Matrix (CAM) ซึ่งมีสมมติฐานว่าแต่ละคนย่อมมีความรู้ความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้แต่ละคนร่วมในการแสดงความเห็นและถกเถียงกันเพื่อหาฉันทามติ^{26, 27, 28} นอกจากนี้วิธีดังกล่าวแล้ว ยังมีวิธีที่อิงฉันทามติอื่นๆ ที่ได้รับการนำไปใช้ เช่น วิธี Dialogue methods เป็นต้น²⁹

²¹ Carson N, Ansari Z, Hart W: Priority setting in public health and health services research. Aust Health Rev 2000, 23:46-57.

²² Oortwijn WJ, Vondeling H, Bouter L: The use of societal criteria in priority setting for health technology assessment in The Netherlands. Initial experiences and future challenges. Int J Technol Assess Health Care 1998, 14:226-236.

²³ Callahan D: Shaping biomedical research priorities: the case of the National Institutes of Health. Health Care Anal 1999, 7:115-129.

²⁴ Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A: Module 3: Identifying and prioritising topics for research. Designing and Conducting Health Systems Research Projects: Volume 1: Proposal development and fieldwork Amsterdam: KIT Publishers and the International Development Research Centre (IDRC), in association with the Africa Regional Office (AFRO) of the World Health Organization; 2003, 27-44

²⁵ Rudan I, El Arifeen S, Black RE: A systematic methodology for setting priorities in child health research investments. In A new approach for systematic priority setting. Edited by: Huda TM. Dhaka: Child Health and Nutrition Research Initiative; 2006:1-11

²⁶ Ghaffar A, Collins T, Matlin SA, Olifson S: The 3D Combined Approach Matrix: An Improved Tool for Setting Priorities in Research for Health Geneva: Global Forum for Health Research; 2009.

²⁷ Ghaffar A, de Francisco A, Matlin S: The Combined Approach Matrix: a priority-setting tool for health research Geneva: Global Forum for Health Research; 2004.

สำหรับการใช้การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้า นั้น มีวิธีที่นิยมกันอยู่หลายวิธี เช่น วิธี Delphi, วิธีของ CHNRI เป็นต้น^{30, 31} อย่างไรก็ตาม การเรียงลำดับความสำคัญโดยการให้คะแนนนั้น สามารถทำได้หลายแบบ เช่น การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้แต่ละข้อและนำมารวมคะแนนกัน การเรียงลำดับความสำคัญตามเกณฑ์แต่ละข้อ ซึ่งแต่ละเกณฑ์นั้นอาจมีดัชนีน้ำหนักกำกับไว้เท่าหรือไม่เท่ากันก็ได้³² นอกจากนี้ยังมีการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัย กับคำถามวิจัยแยกกันก็ได้เช่นกัน โดยมักจะทำการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง ส่วนสำหรับคำถามวิจัยนั้นอาจใช้สำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาร่วมกันทำกระบวนการนี้^{33, 34} ดังจะเห็นได้จากบางหน่วยงานที่ดำเนินการเช่นนี้ เช่น COHRED เป็นต้น³⁵

ในขณะที่ในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะมีการใช้วิธีทั้งการหาฉันทามติและการใช้การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้ตกลงกันไว้ล่วงหน้าร่วมกัน โดยจะทำการลงคะแนนเพื่อเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นที่สนใจตามเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ก่อน จากนั้นค่อยนำผลการเรียงลำดับความสำคัญนั้นมาปรึกษาหารือเพื่อหาฉันทามติกันอีกครั้ง ทั้งนี้กระบวนการทั้งสองอาจทำซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้งก็ได้ และอาจมีการประยุกต์ใช้วิธีบางอย่างในการมาหาฉันทามติ เช่น การใช้ Nominal group approach เป็นต้น³⁶

²⁸ Ghaffar A: Setting research priorities by applying the combined approach matrix. Indian J Med Res 2009, 129:368-375.

²⁹ McDonald D, Bammer G, Deane P: Research Integration Using Dialogue Methods Canberra: ANU E Press; 2009.

³⁰ Rudan I, El Arifeen S, Black RE: A systematic methodology for setting priorities in child health research investments. In A new approach for systematic priority setting. Edited by: Huda TM. Dhaka: Child Health and Nutrition Research Initiative; 2006:1-11

³¹ Dalkey N, Helmer O: An Experimental Application of the DELPHI Method to the Use of Experts. Management Science 1963, 9:458-467.

³² Okello D, Chongtrakul P, COHRED Working Group on Priority Setting: A Manual for Research Priority Setting using the ENHR Strategy Geneva: Council on Health Research for Development; 2000.

³³ Ranson MK, Bennett SC: Priority setting and health policy and systems research. Health Res Policy Syst 2009, 7:27.

³⁴ Yang JM, Yu SH, Cho WH: Research fields and priority setting for health sciences in Korea. Yonsei Med J 1987, 28:60-70.

³⁵ Montorzi G, de Haan S, IJsselmuiden C: Priority Setting for Research for Health: a management process for countries Geneva: Council on Health Research for Development; 2010.

³⁶ Van de Ven AH, Delbecq AL: The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health 1972, 62:337-342.

3. ขั้นตอนหลังจากการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญแล้ว (After priorities have been set)

ประกอบด้วย 2 กระบวนการย่อย ได้แก่

ก. **การประเมินผล (Evaluation):** เป็นกระบวนการตัดสินใจว่าจะทำการประเมินผลการเรียงลำดับความสำคัญ และกระบวนการที่ดำเนินการ เมื่อใด และอย่างไร เพื่อดูความเหมาะสมของผลที่ได้มาจากกระบวนการ ทั้งในเรื่องการนำไปใช้ การยอมรับ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญครั้งต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^{37, 38}

ข. **การแสดงออกซึ่งความโปร่งใส (Transparency):** การจัดทำรายงานที่ระบุรายละเอียดของการดำเนินการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสต่อทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

³⁷ Daniels N, Sabin JE: Accountability for reasonableness. Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press;2002, 43-66.

³⁸ Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK: Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Serv Res 2009, 9:43.

กรณีศึกษาทั่วไป/ระบบการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายและการวิจัยด้านสุขภาพ

กลไกการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีใน 10 ประเทศ³⁹

Noorani และคณะได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปีค.ศ. 2007 เพื่อเปรียบเทียบแนวทางการเรียงลำดับความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยี โดยทำการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูลต่างๆ ทั่วโลก ตั้งแต่ปีค.ศ.1996-2005 พบว่ามีจำนวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องนี้จำนวน 17 รายงาน โดยจำแนกได้ว่าการกล่าวถึงระบบการดำเนินการเรียงลำดับความสำคัญด้านการประเมินเทคโนโลยีทั้งสิ้น 12 ระบบจาก 11 หน่วยงาน ใน 10 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา เดนมาร์ก อังกฤษ ฮังการี อิสราเอล สกอตแลนด์ สเปน สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา โดยมีแนวทางการดำเนินการเรียงลำดับความสำคัญที่สามารถเปรียบเทียบได้ดังตารางข้างล่างนี้

HTA agency (country)	Year est.	Population served (no. in millions)	HTA budget (in U.S.\$ million)	Advisory mechanism			Other factors considered	
				Committee or panel	Board or Directors	Other	Rating	Cost benefit
AETMIS	2000 ^a	Provincial (7.5)	2.4	X ^b	X ^c			
AHFMR	1995 ^d	Provincial (3.5)	0.6	X			X	
AHRQ	2003	Medicare eligible Americans (40)	1.5			Stakeholder group		
HunHTA	2001	National (10)	0.3	X	X			
ICTAHC	1998	National (7)	0.8	X			X	
MAS	2003 ^e	Provincial (12)	1.5	X				
NCCHTA	1996	National (60)	21.6	X		Prioritization strategy group	X	X
NHS QIS	2003 ^f	National (5)	0.7			Medical advisor and executive team		
OSTEBA	1992	Regional (2)	0.3	X	X		X	X
SBU	1987	National (9)	6.8		X			
ZonMW	2001	National (16)	13.5			Department of Health		

^a AETMIS replaced the Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS or Quebec Council for Health Technology Assessment), the first such organization in Quebec, created in 1988.

^b Requests from Health Ministry and its decisional authorities (macro-level).

^c Requests from meso- and micro-levels.

^d Refers to priorities set by the Alberta Health Technologies Decision Process (AHTDP). AHTDP is a program within the Alberta Health Ministry (AHW) that is intended to explicitly link research from HTA to policy decisions. Not all AHFMR (now IHE) priorities are set by this process.

^e MAS is a Division within the Ontario Ministry of Health and Long Term Care; MAS provides the Ministry and an advisory committee the Ontario Health Technology Advisory Committee (OHTAC) established in 2003—with evidence on the effectiveness, safety, and cost effectiveness of diagnostic and treatment strategies in Ontario.

^f NHS QIS replaced the Health Technology Board for Scotland (HTBS) which was established in 2000.

ทั้งนี้ 7 จาก 12 ระบบมีการใช้คณะกรรมการ (Panel หรือ Committee) ในการให้คำแนะนำสำหรับการเรียงลำดับความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยี สำหรับองค์ประกอบของคณะกรรมการนั้น จะมีตัวแทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ตั้งแต่ภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ นักวิจัย ภาคธุรกิจอุตสาหกรรม และภาคประชาสังคม

³⁹ Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, et al. Priority Setting for Health Technology Assessments: A Systematic Review of Current Practical Approaches. Int J of Technology Assessment in Health Care, 2007; 23:3.

ในขณะที่หน่วยงานอย่าง AETMIS ของแคนาดา⁴⁰ จะใช้ 2 แนวทางคือ ให้ระดับกระทรวงทำหน้าที่เรียงลำดับความสำคัญสำหรับประเด็นวิจัยที่ได้รับการเสนอจากระดับผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ส่วนข้อเสนอจากที่อื่นๆ จะได้รับการพิจารณาเรียงลำดับความสำคัญโดยคณะกรรมการที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นมา

มี 4 ระบบจาก 12 ระบบ ที่มีการใช้การให้คะแนนเป็นหลักในการเรียงลำดับความสำคัญ โดยควบคู่กับการใช้คณะกรรมการร่วมด้วย ในขณะที่มี 2 ระบบที่อิงการพิจารณาความคุ้มค่า (Cost benefit) ในการประเมินความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มี พบว่าหน่วยงานทั้ง 11 แห่งนั้น มีการใช้เกณฑ์การพิจารณาที่มีคุณลักษณะเฉพาะจำนวนทั้งสิ้น 59 แบบ โดยสามารถจำแนกอยู่ใน 11 กลุ่ม และแจกแจงตามความถี่ของหน่วยงานที่ใช้แต่ละเกณฑ์ดังตารางข้างล่างนี้

Category	Sample questions
Alternatives	What alternatives, if any, are currently or soon to be available for the conditions that this technology treats?
Budget impact	What is the potential incremental budgetary impact of adoption of the technology in comparison to the current standard of care?
Clinical impact	1. What is the potential health impact of the proposed technology versus standard care in a person with this clinical condition? 2. What are the benefits of conducting an assessment in terms of reduced uncertainty?
Controversial nature of proposed technology	Will the assessment provide information that will help reduce the controversy surrounding the clinical issues?
Disease burden	1. What is the prevalence, incidence, disease-adjusted life expectancy, healthy years of life expectancy, or other relevant measurement of disease burden of the population with the clinical condition(s) or those that will be affected by the technology? 2. What is the economic burden of the clinical condition(s) in the population?
Economic impact	1. What are the direct health care costs (annual, lifetime) of the technology? 2. What is the potential cost-effectiveness of the new technology compared with the standard of care? 3. What is the potential cost-effectiveness of conducting an assessment?
Ethical, legal, or psychosocial implications	What are the ethical, legal, or psychosocial implications associated with the use of this technology for the given clinical condition(s)?
Evidence	Are there recent HTA reports, systematic reviews or economic analyses by HTA or similar agencies on this topic?
Expected level of interest	1. Is there media or patient interest and demand for this technology? 2. Is this assessment relevant to current government policy? 3. Is this assessment of importance from a health professional perspective?
Timeliness of review	1. Does technology relate to an area where clinical practice is changing rapidly? 2. Will the review be most useful if performed in the current fiscal year?
Variation in rates of use	What is the variation in rates of use of this technology for the given clinical condition(s)?

HTA, health technology assessment.

⁴⁰ Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Selection of assessment topics. Montreal: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé; 2006. Available at: http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/index.php?en_evaluation_selection.

Category	Agencies using criteria under the category (%)
Alternatives	1 (9)
Budget impact	6 (55)
Clinical impact	11 (100)
Controversial nature of proposed technology	2 (18)
Disease burden	7 (64)
Economic impact	10 (91)
Ethical, legal, or psychosocial implications	2 (18)
Evidence	5 (45)
Expected level of interest	5 (45)
Timeliness of review	4 (36)
Variation in rates of use	3 (27)

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์หลักทั้ง 11 กลุ่มที่ผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่ม ประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในการเรียงลำดับความสำคัญในการเลือกหัวข้อเทคโนโลยีมาทำการประเมิน คือ

1. ทางเลือกอื่นที่สามารถทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับเทคโนโลยีที่พิจารณา (Alternatives)
2. ผลกระทบต่องบประมาณโดยรวมจากการตอบรับนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ เมื่อเทียบกับมาตรฐานที่มีอยู่ (Budget impact)
3. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการตอบรับนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ โดยเทียบกับมาตรฐานที่มีอยู่ (Clinical impact)
4. การประเมินเทคโนโลยีดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความกระจ่างต่อปัญหาที่มีอยู่หรือไม่ (Controversial nature)
5. ภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น (Disease burden)
6. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากเทคโนโลยีนั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับเทคโนโลยีชนิดอื่น (Economic impact)
7. ประเด็นทางด้านจริยธรรม ข้อกฎหมาย และผลกระทบต่อจิตใจและสังคม (Ethical, legal, and psychosocial implication)
8. ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน หรือที่มีอยู่เดิม (Evidence)
9. ระดับความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Expected level of interest)
10. หัวข้อดังกล่าวหากเลือกมาทำการประเมินแล้วจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกาลที่ดำเนินการหรือไม่ และอยู่ในสาขาที่กำลังมีการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วหรือไม่ (Timeliness of review)
11. มีความแปรปรวนหรือไม่แน่นอนมากนักไหนดในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ (Variation in rates of use)

หากมองในภาพรวมแล้ว การเลือกหัวข้อการประเมินเทคโนโลยีนั้น หน่วยงานต่างๆ มักเน้นให้ความสำคัญที่แตกต่างกันตามบริบทของตนเอง มีบางปัจจัยที่ดูจะเป็นปัจจัยที่ได้รับการให้ความสำคัญเหมือนกัน ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ภาระโรค และผลกระทบต่อปริมาณ

กลไกการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพ/บริการสุขภาพ

และประเด็นวิจัยด้านสุขภาพ⁴¹

Rudan และคณะ ได้รายงานผลการทบทวนประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ที่มีทรัพยากรจำกัด ในการเรียงลำดับความสำคัญของการดำเนินงานด้านสุขภาพ หรือ บริการสุขภาพ (Health intervention/ health care intervention) ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ และในการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพ (Health research) ได้ผลดังแสดงในตารางข้างล่างนี้

Setting	Participants	Topic	Criteria	Process	Outcome
Health care/health interventions - all low-resource countries (Refs. [13,21,22])					
Low-resource globally	TE	All major diseases	DCPP project consensus	Systematic reviews	Cost-effectiveness analysis
Low-resource globally	TE, PM, OS	Primary health care	Yes, modified CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, OS	Stillbirth prevention	Yes, modified CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Health care/health interventions - national or sub-national level (Refs. [7,34,35,37])					
Thailand	PM, HM, HW, TE	Several diseases	Yes, through literature review	Semi-structured Interview	Table with choice frequency
Chile	None	Health system	Yes, through literature review	Secondary data analysis	List with ranks for 56 choices
South Africa	PM, NGO, TE	HIV/AIDS	Yes, through literature review	Group discussion and interview	List with ranks by THREE chosen criteria
Tanzania	PM	Health system	Yes, through group discussions	Group discussion and question.	Ranking of criteria by importance
Tanzania	PM, HP, GP, PA	Health system	Not transparent	Group discussion	Description of different views
Tanzania	PM, HP, GP, PA	Several diseases	Yes, through literature review	Deliberative process	List with ranks for NINE interventions
Argentina	PM (at all levels)	Health system	Yes, focus group and interviews	Focus group and interviews	List of criteria
Nepal	PM, HP	Several diseases	Yes, literature review and group discussions	Individual rating	List with ranks for 33 interventions
Pakistan	PM	HIV/AIDS	Yes, in-depth interview	Interview	Description of policy maker's views
Burkina Faso, Ghana, Indonesia	PM, HM, HW	Safe motherhood program	Yes, self-administered questionnaire	Deliberative process and quest.	Identifying three most important priorities
Uganda	PM, HW	Health system	Yes, interviews	Semistructured interview	Description of criteria used
Uganda	PM, HW	Health system	Yes, one-on-one interviews	Interview and document analysis	Description of criteria used
Ghana	PM, HW	Several diseases	Yes, group discussion	Individual rating	List with ranks for interventions
Uganda	PM, HW, GP	Health system	Yes, literature and self-administered questionnaire	Questionnaire with rating scale	List of criteria and their weights
Uganda	PM, HW, GP	Health system	Yes, group discussions and interviews	"Brainstorming" and questionnaire	List with ranks for criteria and choices
Ghana	PM, HM, TE, NGO	Reproductive health	Yes, literature review and interview	Interview and secondary data	Demonstration of impact on priorities
Bosnia and Herzegovina	None	Health system	Not transparent	Secondary data analysis	Description of criteria used
South Africa	None	Health system	Yes, literature review	Secondary data analysis	List with ranks for interventions
India	PM, TE	Neonatal mortality	Yes, literature review and model	Lives Saved Tool (LIST)	Effectiveness and impact on mortality
Ghana and Mali	PM, TE	Child mortality	Yes, literature review and model	Lives Saved Tool (LIST)	Effectiveness and impact on mortality
Burkina Faso, Ghana, Malawi	PM, TE	Child mortality	Yes, literature review and model	Lives Saved Tool (LIST)	Effectiveness and impact on mortality

Abbreviations: GP, general population; HM, health managers; HP, health professionals; HW, health workers; NGO, non-governmental organization; OS, other stakeholders; PA, patients; PM, policy-makers; PS, private sector; TE, technical experts.

⁴¹ Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, et al. Evidence-based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. Plos Medicine, July 2010; 7:7.

Setting	Participants	Topic	Criteria	Process	Outcome
Health research – all low-resource countries (Refs. [23–29])					
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Mental health	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, HP	Maternal and child survival	None; collective opinion	Delphi	Specific list of priorities with ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Neonatal infections	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Childhood diarrhea	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Birth asphyxia	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Childhood pneumonia	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Zinc supplementation	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Low-resource globally	TE, PM, HP, OS	Research into disabilities	Yes, modified CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Health research – national or sub-national level (Refs. [30,31])					
Malaysia	TE, PM, OS	Health research	Yes, transparent list	CAM	General recommendations
Cameroon	Government officials	Health research	Not transparent	FNHR and COHRED	General objectives
Setting	Participants	Topic	Criteria	Process	Outcome
Peru	TE	Health research	Not transparent	COHRED	General recommendations
South Africa	Government officials	Health research	Yes, transparent	ENHR	General recommendations
South Africa	TE, OS	Child health research	Yes, standard CHNRI	CHNRI	Specific list with scores and ranks
Brazil	PM, TE, HP, multiple OS	Health research	Yes, transparent	COHRED	General recommendations
Philippines	PM, TE, HP, OS	Health research	Not fully transparent	COHRED	General recommendations
Pakistan	PM, TE, HP, NGO, PS	Health research	Yes, transparent	CAM	General recommendations
Argentina	PM, TE, HP	Health research	Yes, transparent	CAM	General recommendations

Abbreviations: GP, general population; HM, health managers; HP, health professionals; HW, health workers; NGO, non-governmental organization; OS, other stakeholders; PA, patients; PM, policy-makers; PS, private sector; TE, technical experts.

จะเห็นได้ว่า ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย (Policy makers: PM) และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ (Technical experts: TE) มักจะเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ/ประเด็นที่ต้องการจะเรียงลำดับความสำคัญในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้มีบางประเทศเท่านั้นที่ก่อให้เกิดกลไกในการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆ เช่น NGO, ผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ยกตัวอย่างเช่น ออฟริกาใต้ อูแกนดา กานา ปากีสถาน เป็นต้น

เครื่องมือส่วนใหญ่ที่ใช้ในการจัดเรียงลำดับความสำคัญของ health intervention และประเด็นงานวิจัยด้านสุขภาพนั้น มักจะได้อาจจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนั้นๆ เพื่อหาเกณฑ์ที่เหมาะสม ส่วนกระบวนการที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญนั้น มีหลากหลายรูปแบบ โดยที่นิยมใช้กันสำหรับการคัดเลือก health intervention ได้แก่ การสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม หรือการวิเคราะห์โดยอิงข้อมูลทุติยภูมิ เป็นต้น ส่วนการคัดเลือกประเด็นวิจัยด้านสุขภาพนั้น มักจะใช้กระบวนการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ได้แก่ กระบวนการของ CAM, ENHR, COHRED, CHNRI นั่นเอง

กลไกการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง⁴²

Tomlinson และคณะ ได้ทำการรวบรวมผลการนำเสนอจากเวทีการประชุมขององค์การอนามัยโลกในปีค.ศ. 2008 และข้อมูลจากการสำรวจผ่านทางออนไลน์ เพื่อศึกษาหาเกณฑ์ที่ได้รับการใช้ในกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพของแต่ละประเทศ ได้ผลตามตารางข้างล่างนี้

COUNTRY	METHOD USED	DOCUMENTATION AND LEGITIMACY	STAKEHOLDER INVOLVEMENT	REVISION OR APPEALS PROCESS	LEADERSHIP
Malaysia	Two approaches: Combined Approach Matrix (CAM) and identification of information gaps	This process involved prioritization by facilitators or experts of potential research topics. Priority Lists were reviewed and validated by a broader group of stakeholders and widely publicized	Selected groups of stakeholders involved a wide range of experts and health care managers from the public sector, private sector, professional organisations and academia.	No appeals process.	Ministry of Health
Cameroon	ENHR (Essential National Health Research) approach with support from COHRED.	ENHR approach with support of COHRED, -Ministry of Science and Technology, -List of research priorities, - endorsing and managing the agenda	Very limited stakeholder involvement- only Ministry of Science and Technology,	No appeals process. Stated as an objective but no plan	Single government department led
Peru	COHRED used as a reference	Researcher hired to develop research priorities. Two reports presented and discussed at a workshop.	Limited stakeholder representation	No appeals process.	Researcher led
South Africa (1)	ENHR approach	Following the ENHR priority setting process, single government department focuses on 12 sectors. Process used the Delphi method.	Some stakeholder representation	No appeals process	Single government department
South Africa (2)	Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)	Small group of technical experts	Medium sized group of stakeholders comprising professionals, members of the public.	No appeals process.	Researcher
Brazil	COHRED	The procedure comprised five well documented steps.	Priority research topics were submitted for public consultation. Extensive stakeholder involvement and public consultation. Transparent process with wide consultation	No appeals process.	Ministry of Health
Philippines	COHRED	Bottom-up approach with consultation at three levels: regional, zonal and national.	Poor stakeholder involvement. Not all participants considered the process relevant.	No appeals process.	Department of health and the Philippine Council for Health Research and Development
Pakistan	Combined Approach Matrix	The first step was the organization of a national seminar to develop priorities for health research. Participants included members from Health, Population Welfare, and Science and Technology Ministries, health academic institutions, university departments, the private sector and the NGO community.	No stakeholder involvement	No appeals process.	Ministry of Health
Argentina	Combined Matrix Approach	CAM used to guide financing strategies for the health research priorities identified.	No stakeholder involvement	No appeals process.	Researcher led with support from National Commission for Health Research and Ministry of Health

⁴² Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, et al. A Review of Selected Research Priority Setting Processes at National Level in Low and Middle Income Countries: Towards Fair and Legitimate Priority Setting. Health Research Policy and Systems, 2011; 9:19.

จะเห็นได้ว่าประสบการณ์ของแต่ละประเทศที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยสุขภาพในระดับชาตินั้นมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่กระบวนการที่เลือกใช้ ระดับการหมั่นหมากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการบันทึกผลที่ได้จากกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวในรูปของลายลักษณ์อักษร นอกจากนี้ยังไม่มีประเทศใดเลยที่มีกระบวนการที่เป็นระบบ ที่เอื้อให้เกิดการท้วงติงหรืออุทธรณ์ต่อผลที่ได้จากกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญ อีกสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือ ประเทศส่วนใหญ่มักมีผลผลิตจากกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของงานวิจัยด้านสุขภาพออกมาในรูปของกลุ่มโรคกว้างๆ มากกว่าที่จะได้เป็นคำถามการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง ยกเว้นประเทศอัฟริกาใต้เท่านั้น

กระบวนการเรียงลำดับความสำคัญที่ได้รับการเลือกใช้ในประเทศต่างๆ ที่ให้ข้อมูลจากการสำรวจ ได้แก่ CAM, ENHR, COHRED, CHNRI ซึ่งก็มีความคล้ายคลึงกันผลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากงานวิจัยของ Rudan และคณะ และสิ่งที่แทบทุกประเทศมีความคล้ายคลึงกันอีกประการหนึ่งคือ ผู้นำกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญมาจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสุขภาพ ยกเว้นบางประเทศ เช่น อัฟริกาใต้ และเปรู ที่เอื้อให้นักวิจัยเป็นผู้นำกระบวนการ

กรณีศึกษาการคัดเลือกและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ ในประเทศไทย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)



ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ

ระบบและกลไกพื้นฐานที่มีอยู่นั้น ได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประมาณ 5 ล้านบาทต่อปี มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ (Operating costs) ประมาณ 35 ล้านบาทต่อปี โดยเฉลี่ยแล้ว สวปก. ทำโครงการวิจัยนโยบายสุขภาพประมาณ 10 โครงการต่อปี ได้รับการสนับสนุนการดำเนินการศึกษาวิจัยจากองค์กรภายนอกปีละประมาณ 30 ล้านบาท ระบบดังกล่าวมีข้อดีคือ ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความตื่นตัวในการหาทุนสนับสนุนโครงการจากหน่วยงานภายนอก มีความตระหนักถึงความคุ้มค่าของเม็ดเงินที่ใช้จ่าย แม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ตามหลักการแล้ว กลไกการประเมินนโยบายควรดำเนินการโดยผู้ติดตามประเมินผล เป็นอิสระจากแหล่งทุน แต่จากประสบการณ์ของสวปก. พบว่ากลับเป็นข้อดี ที่การใกล้ชิดแหล่งทุนจะทำให้มีโอกาสปรับเปลี่ยนนโยบายได้ดีกว่า ข้อจำกัดอีกประการของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือ อาจทำให้บุคลากรมีความรู้สึกไม่มั่นคง แต่สวปก. ก็ได้ทำการวางแผนสำรองงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และพยายามที่จะทำข้อตกลงความร่วมมือ/ความเข้าใจ (Memorandum of Understanding: MOU) กับแหล่งทุน เช่น สปสช. และกรมบัญชีกลาง ในลักษณะของ Term funding

โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการผสมผสานระหว่างโครงการวิจัยที่ดำเนินการโดยนักวิจัยหลักของสวปก. ซึ่งมีอยู่ 2 คน และมีนักวิชาการฝึกงานอีก 2 คน ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญภายนอก (ปัจจุบันมีอยู่ในเครือข่ายประมาณ 10 กว่าคน) และในรูปแบบของการทำสัญญาว่าจ้าง (Contract out) โดยปัจจุบันรูปแบบการทำสัญญาว่าจ้างจะมีปริมาณลดลง

ปัญหาในการดำเนินการของสวปก. คือการขาดแคลนนักวิจัยเชิงนโยบายและเชิงระบบ ทำให้สามารถรับงานได้จำกัด และไม่ทำการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยบริการสุขภาพ (Health service research) ทั้งๆ ที่มีความสำคัญต่อประเทศ เช่น EMS เป็นต้น

สวปก. มีประสบการณ์ดำเนินงานเกี่ยวกับการประเมินผลนโยบายสุขภาพที่หลากหลายตามแหล่งทุน สามารถจำแนกได้ประมาณ 3 แหล่ง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม โดยปกติแล้วกลไกการดำเนินงานติดตามและประเมินผลนโยบายสุขภาพภายใต้โครงการวิจัยที่ทำนั้นจะแปรผันกับจิตของผู้ว่าจ้างพอสมควร ยกตัวอย่างเช่น สปสช. มักมีการประเมินในเชิงยุทธศาสตร์มากกว่าการประเมินรายโครงการ โดยจะทำการประเมินตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกหัวข้อนโยบาย รวมถึงนโยบายในกองทุนย่อยต่างๆ ในขณะที่กรมบัญชีกลางจะเน้นการประเมินผลนโยบายเพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่สำคัญ เช่น นโยบายที่จัดการกับปัญหาการรักษาพยาบาลที่ควบคุมไม่ได้ของรัฐ เป็นต้น

ภาวะผู้นำขององค์กรผู้ให้ทุนมีผลอยู่บ้างในการติดตามประเมินผลนโยบายนั้นๆ ยกตัวอย่างเช่น สำนักงานประกันสังคมก็มีเรื่องที่ยากทำอยู่แล้ว เช่นการประเมินทางเลือกเชิงนโยบาย ซึ่งมีการตั้งไว้แล้วล่วงหน้า ทำให้มีความยากลำบากในการตัดสินใจรับงาน ร่วมกับระยะเวลาในแต่ละโครงการที่สั้น ก็เป็นข้อจำกัดในการดำเนินการติดตามประเมินผลตามหลักวิชาการ ในขณะที่กรมบัญชีกลาง ก็มีบางครั้งที่ติดต่อเพื่อให้ดำเนินการประเมินนโยบายอันเนื่องมาจากปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับแรงกดดันหรือร้องขอจากฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูง ส่วนสปสข. นั้นถือว่าเป็นหน่วยงานที่พร้อมที่จะรับฟังผลการติดตามประเมินผล และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนระบบตามหลักฐานทางวิชาการ ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่อนุกรรมการด้านการเงินการคลังได้ร้องขอให้ดำเนินการประเมินนโยบายสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับบริการปฐมภูมิ ซึ่งผลการประเมินพบว่ามีความน้อยมากต่อระบบสุขภาพ ก็ได้รับการนำไปสานต่อ โดยทำการยกเลิกนโยบายดังกล่าวในที่สุด

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

กระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพของประเทศโดยดำเนินการผ่านหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งนั้น น่าจะทำได้ค่อนข้างยาก หากมองเริ่มต้นที่ภาคีเครือข่ายของสวรส. แล้ว แต่ละหน่วยงานล้วนมีพันธกิจที่จำเพาะเจาะจง เช่น ด้านระบบประกันสุขภาพ ด้านผู้พิการ เป็นต้น หากจะมีหน่วยงานใดมาดำเนินการจัดเรียงลำดับความสำคัญและแนะนำว่าเรื่องใดไม่ควรทำ เชื่อว่าคงไม่มีหน่วยงานใดยอม เพราะล้วนแต่เห็นวาทะของตนเองนั้นสำคัญ แม้แต่กระบวนการจัดเรียงลำดับความสำคัญที่ HITAP ได้ดำเนินการอยู่ก็ตาม เชื่อว่าโอกาสที่จะสำเร็จและยอมรับในวงกว้างน่าจะยาก

สิ่งที่น่าจะเป็นไปได้คือ การให้แต่ละหน่วยงานนั้นทำการเรียงลำดับความสำคัญของงานในส่วนของตนเองก่อน โดยอาจกำหนดกรอบที่ใช้จำแนกให้ตรงกันทุกหน่วยงาน เช่น กรอบ Six building blocks ของ WHO เป็นต้น นอกจากนี้ การทำการ matching และการหาฉันทามติร่วมกันระหว่างแหล่งทุน หน่วยงานที่รับผิดชอบงาน และผู้ติดตามประเมินผลนโยบาย ก็น่าจะมีความเป็นไปได้ สำหรับบริบทของเมืองไทยนั้น ยังมีภาวะแหล่งทุนแบบแยกส่วนอยู่มาก การจะหา rigid criteria มากำหนดเพื่อเรียงลำดับความสำคัญคงทำได้ยาก น่าจะเน้นเรื่องกระบวนการสรุปแบบฉันทามติ (consensus) น่าจะดีที่สุด

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีงบประมาณประจำปีของตนเอง ประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายตายตัว (Fixed cost) ประมาณ 25-30 ล้านบาทต่อปี ที่เหลือเป็นทุนวิจัย โดยเป็นทุนวิจัยที่มีพันธะผูกพันกับภาคีเครือข่ายเป็นส่วนใหญ่ ที่เหลืออีกน้อยกว่า 50% จะเป็นทุนศึกษาวิจัยสำหรับสวรส. เอง โดยจะทำการว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอก (Outsourcing) ในการดำเนินการศึกษาวิจัยประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขตามแผนงาน ทั้งนี้ มี

งบประมาณในการใช้ประเมินนโยบายสุขภาพประมาณ 5-10 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมักจะสามารุทำการประเมินได้ปีละ 1-2 นโยบาย ดังนั้นจะพบว่ามีงบประมาณเพื่อทำการประเมินนโยบายน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนนโยบายสุขภาพที่มีอยู่ บางครั้งสวรส. จึงจำเป็นที่จะต้องมีการแทรกประเด็นนโยบายเข้าไปในหัวข้ออื่น เพื่อทำการประเมินไปพร้อมกัน เช่น การประเมินผลการดำเนินงานเรื่องโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ได้นำไปแทรกในเรื่องของธรรมาภิบาล เป็นต้น

ในขอบเขตของการประเมินผลนโยบายสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการประเมินว่านโยบายได้รับการดำเนินการ/ทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้หรือไม่ และก่อให้เกิดผลกระทบอะไรบ้าง ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีกลไกการคัดเลือกประเด็นนโยบายสุขภาพเพื่อนำมาประเมินอย่างชัดเจน แต่ใช้มุมมองของผู้บริหารของสวรส.เอง การตัดสินใจเลือกมานั้นมีหลายปัจจัย เช่น ความสนใจประเมินผลนโยบายสุขภาพที่ยังไม่เคยได้รับการดำเนินการในไทย มาก่อน ยกตัวอย่างเช่น การประเมินเรื่องมาตรา 41 ซึ่งออกมาเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรับ บริการทางการแพทย์ การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการมีระบบประกันสังคม การประเมินนโยบายเรื่องอาสาสมัคร สาธารณสุข เป็นต้น

ในบางสถานการณ์ มีบางครั้งที่สวรส.เองก็มีความเห็นแย้งกับฝ่ายการเมือง/ฝ่ายนโยบาย ในการหยิบยกประเด็น นโยบายบางเรื่องมาทำการประเมิน เช่น ครั้งหนึ่งมีแรงผลักดันให้ทำการประเมินนโยบายเรื่องการยกเลิก Gate keeping system แต่สวรส. ตัดสินใจไม่ทำ เนื่องจากผิดจากหลักการ และเป็นประเด็นที่ทราบอยู่แล้วว่าจะเกิดผลกระทบอะไรขึ้น หากมีนโยบายดังกล่าว ทั้งนี้ นี่จึงเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการมีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ของสวรส. ในการ ทำการประเมินและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขและนโยบายสุขภาพ

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สวรส. ยังไม่เคยได้รับการท้วงติงเกี่ยวกับกระบวนการเลือกหัวข้อ/ประเด็นนโยบาย มาก่อน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากเหตุผลว่า นโยบายส่วนใหญ่มักเป็นนโยบายระดับชาติซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนเพียงพอใน การนำมาประเมินอยู่แล้ว แต่สวรส. ก็ยอมรับว่า การเลือกหัวข้อ/ประเด็นต่างๆ นั้น ยังไม่ค่อยได้เอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากเท่าไรนัก นอกจากนี้ ผลจากการประเมินนโยบายต่างๆ นั้น บางเรื่องยังทำได้ไม่ลึกพอ

เนื่องจากเหตุผลด้านคุณภาพของนักวิจัยที่ดำเนินการ ดังนั้นในปัจจุบัน จึงพยายามที่จะมีการพัฒนาคุณภาพของนักวิจัย และกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้ผลผลิตที่ดียิ่งขึ้น

อีกประเด็นหนึ่งที่ต่อเนื่องจากการดำเนินการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่กล่าวมา สรรส. ก็ได้พยายามมุ่งเน้นให้เกิดการแปลงผลการศึกษาวิจัย หรือองค์ความรู้ต่างๆ ไปสู่การปฏิบัติและไปสู่ระดับนโยบาย (Knowledge translation) มากยิ่งขึ้น โดยพยายามหาเวทีในการดำเนินกระบวนการดังกล่าวเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากความรู้ที่ได้จากงานวิจัยให้คุ้มค่า

อย่างไรก็ตาม บางครั้งผลการศึกษาวิจัยอาจไม่เป็นที่ยอมรับในขณะนั้น ด้วยข้อจำกัดบางอย่าง แต่สรรส. มองว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำหน้าที่ Knowledge broker ที่จะต้องรอเวลา และหาวิธีนำเสนอเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม งานวิจัยหลายชิ้นอาจนำไปใช้ได้ในอนาคต ดังนั้นจึงไม่ควรพิจารณาตัดสินผลงานวิจัยโดยดูเพียงอัตราการยอมรับหรือนำไปใช้ในภาวะปัจจุบันเท่านั้น หรือในบางสถานการณ์ งานวิจัยชิ้นเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดความยอมรับหรือนำไปใช้ได้ทันที จำเป็นต้องรอเก็บงานวิจัยหลายๆ ชิ้นมาประกอบกัน เพื่อเพิ่มน้ำหนักในการนำเสนอสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น บทเรียนจากการผลักดันพบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นต้น

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

โดยหลักการแล้ว กระบวนการและเกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นนโยบายสุขภาพเพื่อมาทำการศึกษา วิจัย ประเมินผลนั้น ควรจะทำอย่างเป็นระบบ โดยไม่ได้ยึดติดกับความเห็นของผู้บริหารสรรส. เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เพื่อให้ลดอคติ และควรที่จะมีกลไกเพื่อให้นักวิจัยจากที่ต่างๆ มามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยนโยบายสุขภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ตามปกติ เกณฑ์ที่มักจะใช้ในการพิจารณาคัดเลือกนโยบายมักเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว เช่น มักจะเลือกประเด็นนโยบายที่ก่อให้เกิดผลกระทบสูง (High impact) มีความไวต่อสถานการณ์การเมืองหรือสังคม (Political sensitivity) ใช้งบประมาณในการลงทุนมาก (High budget)

โดยปกติแล้ว กระบวนการคัดเลือคนั้น มักจะใช้หลายวิธีร่วมกัน (Combined methods) เช่น การมีเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria/matrix) ร่วมกับการปรึกษาหารือเพื่อหาฉันทามติ (Consensus)

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (ศธส.) ได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2541 โดยมุ่งเน้นทำการศึกษาวิจัยด้านความเป็นธรรม (Equity) โดยมีฐานข้อมูลเบื้องต้นคือ Health and welfare survey ผลสำรวจค่าใช้จ่ายในครัวเรือน Progressivity of taxation และฐานข้อมูลเกี่ยวกับ Delivery and access to health care จากการตรวจสอบฐานข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบจุดอ่อนว่าตัวแปรมักเอามาใช้การไม่ได้ทันที ต้องมีการทำ model เพื่อเชื่อมตัวแปรต่างๆ เข้าด้วยกันก่อนนำมาใช้



ในปีพ.ศ.2544 รัฐบาลได้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางศูนย์ฯ ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบด้านความเป็นธรรมจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว โดยร่วมมือกับสวรส.และ JICA แต่ทำได้เพียง 2 ครั้งคือ ตอนเริ่มดำเนินนโยบายเบื้องต้น และทำครั้งที่สองใน 1-2 ปีถัดมา โดยพบปัญหาเรื่องครัวเรือนมีการเคลื่อนย้ายมาก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง loss to follow up ไปกว่า 30% จากนั้นก็ไม่ได้มีทุนสนับสนุนอีก จึงไม่ได้ดำเนินการติดตามต่อ

จากประสบการณ์การดำเนินการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพของทางศูนย์ฯ แหล่งทุนมักให้ทุนเป็นช่วงๆ และกลไกที่ทางศูนย์ฯ มีนั้นเป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่เหมือน research arm ของมหาวิทยาลัย มีสวรส.เป็นแหล่งทุนหลัก มากกว่า 50% ในระยะแรกของการดำเนินการ แต่ตอนหลังๆ ได้รับทุนสนับสนุนในลักษณะโครงการย่อย ไม่ค่อยได้รับงบประมาณจากทางมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงาน เพราะตั้งอยู่ในต่างจังหวัด ขณะนี้มีบุคลากรระดับปริญญาเอกเพียง 1 คน เน้นการวิจัยด้าน Health economics และ Equity โดยเฉพาะเรื่องแนวคิด Case-mix และ DRG โดยยึดตามหลักที่ Barbara Starfield จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins ได้กล่าวไว้ นอกจากเรื่องดังกล่าวแล้ว ศูนย์ฯ ได้ใช้กลไกความร่วมมือกับบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อดำเนินการวิจัยในเรื่องต่างๆ เช่น อ.สุวิทย์ มาร่วมทำเรื่องการประเมิน perception ของชุมชน อ.สุพลและอ.จุฬารัตน์ มาร่วมทำเรื่องการเข้าถึงยาและ unmet needs

ในการดำเนินการศึกษาวิจัยต่างๆ นั้น ไม่ได้มีการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นหัวข้อวิจัย แต่อาศัยความสนใจหรือความเชี่ยวชาญของบุคลากรที่มาร่วมกันดำเนินการเป็นหลัก นอกจากนี้ทางศูนย์ฯ ได้มองสถานการณ์โดยรวมของประเทศเกี่ยวกับการคัดเลือกนโยบายสุขภาพมาทำการประเมินว่า ยังทำกันแบบแยกส่วนกันทำตามความสนใจ เช่น HITAP เน้นเรื่องการทำ Cost effectiveness analysis ของ health intervention ต่างๆ ส่วนสวรส. ก็ทำเน้นเรื่องหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่มีใครที่จะสามารถมองหรือวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมดได้

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

หากยึดถือพันธกิจของแต่ละหน่วยงานเป็นหลัก เชื่อว่าหากมีกลไกสนับสนุน หรือกระตุ้นให้แต่ละหน่วยงานมีการสร้างกลไกเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพก่อนมาดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไปนั้น น่าจะทำให้แต่ละหน่วยงานสร้างให้เกิดขึ้นได้ไม่ยาก แต่หากมีกลไกรวมหน่วยงานต่างๆ มาเพื่อเรียงลำดับความสำคัญนั้น ยังไม่มีความเห็นชัดเจนว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่ นอกจากนี้กลวิธีในการใช้เรียงลำดับความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการหาฉันทามติ หรือการตั้งเกณฑ์เพื่อใช้ในการเรียงลำดับความสำคัญนั้น คงต้องพิจารณาเลือกใช้โดยปรับตามความเหมาะสมของสถานการณ์หรือบริบทแวดล้อมมากกว่าที่จะมีวิธีตายตัว

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้น เน้นการดำเนินงานด้านนโยบายสาธารณะ โดยแท้จริงแล้วนโยบายสาธารณสุข (Public health policy) นั้นถือเป็นเพียงส่วนย่อยของนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy public policy) ในการดำเนินการที่ผ่านมา สช. ได้มีเครื่องมือในการศึกษาและพัฒนาสังคมไทยให้ก้าวไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีหลายอย่าง เช่น

1. พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้เอื้อให้เกิดกลไกพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยผ่านคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) อันมีองค์ประกอบของภาคการเมือง ภาคประชาชน และภาควิชาการ
2. กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งมีการดำเนินการใน 3 ลักษณะ คือ กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นการจัดปีละ 1 ครั้ง กระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ และกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวจะทำหน้าที่ในการเสนอ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะต่างๆ ของสังคม ซึ่งในอดีตนั้นมักดำเนินการโดยภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว
3. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ อันถือเป็นกรอบนโยบายซึ่งได้รับการสร้างขึ้นตั้งแต่ปี.ศ.2551 โดยจะทำการทบทวนปรับปรุงทุกๆ 5 ปี
4. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Health/Environmental impact assessment: HIA/EIA) เป็นแนวทางการดำเนินงานประเมินผลกระทบของนโยบายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยมีกระบวนการให้ทุกฝ่ายร่วมกันทำงานตั้งแต่การวางแผน การคัดนโยบายมาประเมิน และการดำเนินกิจกรรม

ในทางปฏิบัติ คสช.จะยึดถือแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยทำเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อกำหนดขอบเขตและแนวทางประเมินผลกระทบ (Public scoping), เวทีทบทวนร่างรายงานหรือการวิเคราะห์ (Public review), และจึงทำการประเมินผลขั้นสุดท้าย (Evaluate) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกลไกในการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนในการประยุกต์ใช้เครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่ข้างต้น ให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพ

กระบวนการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ต้องยอมรับว่าเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ เช่น การสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และ NGO อันทำให้เป็นฐานทุนสำคัญของประชาชน เพราะเป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังมีการสร้างกลไกและบุคลากรที่เป็นกลุ่มก้อนทางวิชาการที่สำคัญ เช่น สวรส. และ HITAP เป็นต้น ทั้งหมดนี้ทำให้กระบวนการต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเกิดขึ้นและได้รับการสานต่อได้เป็นอย่างดี

ในการพิจารณาคัดเลือกหรือนำเสนอนโยบายสาธารณะต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพนั้น โดยทั่วไปแล้วจะมีคณะกรรมการจากหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันออกเกณฑ์ต่างๆ ในการเสนอวาระของสมัชชา โดยจะมีกระบวนการทบทวนวิชาการอย่างถี่ถ้วนมาก่อน แล้วจึงทำการพัฒนาข้อเสนอ และทำการถกหรือหารือกันในสมัชชาเพื่อหาฉันทามติ จนกระทั่งได้ข้อสรุปสุดท้ายก่อนนำไปผลักดันผ่านวงจรต่างๆ ต่อไป ตัวอย่างความสำเร็จที่ผ่านการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การผลักดันจนทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ซึ่งในอดีตนั้นมีกลุ่มนักวิชาการพยายามที่จะผลักดันมานาน แต่ไม่เป็นผลเนื่องจากกลไกรัฐไม่เอื้อให้ขยับ และมีแรงต้านจากฝ่ายนายทุน เป็นต้น ทั้งนี้กระบวนการต่างๆ เหล่านี้ได้ทำการประยุกต์จากสมัชชาอนามัยโลก

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

จากกลไกการดำเนินงานของสช. ที่ผ่านมา กระบวนการเรียงลำดับความสำคัญและการคัดเลือกประเด็นนโยบายนั้น ตามหลักการแล้วควรประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาครัฐ/ราชการ/การเมือง ภาควิชาชีพ/นักวิชาการ และภาคสังคม/NGO/เอกชน/ประชาชน/ผู้แทนท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติแล้วมักจะมีปัญหาหรือไม่สมบูรณ์ เช่น ฝ่ายภาครัฐ/ราชการ/การเมือง มักมีเวทีของเขาอยู่แล้ว และมีความสัมพันธ์กับอำนาจการตัดสินใจ จึงมักสงวนท่าที และไม่ยอมทำให้เกิดกลไกที่จะเป็นตัวปรับให้ภาคส่วนอื่นมีสถานะเทียบเท่ากัน นอกจากนี้ฝ่ายภาควิชาชีพ/นักวิชาการเอง ก็มักมีความคุ้นเคยที่จะผลักดันนโยบายเรื่องต่างๆ ผ่านกลไกภาครัฐมากกว่า เป็นต้น ดังนั้นหากจะประยุกต์ให้บทเรียนของสช. ในการสร้างกลไกพิจารณาคัดเลือกหรือเรียงลำดับความสำคัญของนโยบายสุขภาพเพื่อติดตามประเมินผล ก็จำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย และความเหมาะสมต่อสถานการณ์ในขณะนั้นด้วย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.)

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ

โดยหลักการแล้ว สนย. ควรจะเป็นหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ปฏิบัติเสมือนสมองของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคล และมีข้อจำกัดในการลงทุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก ปัจจุบันสนย. มีบทบาทหน้าที่ในการติดตามการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในทุกประเด็น แต่ไม่ได้หมายความว่า จะทำการประเมินทุกๆ นโยบายได้ ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดดังที่กล่าวไว้ข้างต้น



กระบวนการสร้างนโยบายสุขภาพของประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มาจากข้าราชการประจำ แต่มาจากรัฐบาลผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี จากนั้นจึงอาศัยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ขับเคลื่อนและดำเนินนโยบาย หากจำแนกแนวทางการได้มาของนโยบายสุขภาพนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ

1. แบบ Top down: คือการสร้างนโยบายจากบนลงล่าง หรือจากฝ่ายบริหาร/การเมือง โดยอาจมีการปรึกษากับกระทรวงสาธารณสุข หรือไม่ปรึกษาก็ได้ แต่ในปัจจุบัน รูปแบบที่ได้รับการผลักดันลงมาโดยปราศจากการปรึกษาหารือกับทางกระทรวงสาธารณสุขก่อนนั้นจะลดลงไปอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากมีความเกรงกลัวต่อความรับผิดชอบที่จะต้องแบกรับหากเกิดผลกระทบเชิงลบจากการดำเนินนโยบาย เช่น กรณีนโยบายเรื่อง Taxi สุขภาพ นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เป็นต้น
2. แบบ Bottom up: คือการได้มาซึ่งนโยบายสุขภาพ โดยผ่านการเสนอจากกระทรวงสาธารณสุข หรือผ่านกระบวนการหารือแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยปกติแล้ว กระบวนการแบบนี้มักจะมีมูลค่าซ้ำในการดำเนินการ แต่จะรอบคอบกว่าการผลักดันหรือสร้างนโยบายจากบนลงล่าง ยกตัวอย่างเช่น นโยบายเกี่ยวกับ Medical hub เป็นต้น

สนย. มักจะต้องทำหน้าที่ในการเป็นตัวประสานกับภาคส่วนต่างๆ ในการติดตามและประเมินนโยบายสุขภาพ จึงต้องมีความยืดหยุ่น และเข้าใจในธรรมชาติหรือแนวคิดของภาคส่วนที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย เช่น ภาคการเมืองมักจะต้องการความชัดเจนมากจึงจะกล้าฟันธงในเรื่องนโยบายนั้นๆ เช่น กรณีของการดำเนินนโยบายรพสต. ในอดีตทางสนย. และภาคเครือข่ายตระกูลส. ได้พยายามที่จะผลักดันผ่านวงจรของกระทรวงสาธารณสุขให้มีการดำเนินการตามนโยบายรพสต. เพียง 3,000 แห่ง จากสถานีอนามัยจำนวนทั้งสิ้น 10,000 แห่ง หรือคิดเป็น 1/3 ของจำนวนทั้งหมด แต่ทางการเมืองมองว่า หากทำตามข้อเสนอดังกล่าวจะทำให้อีก 2/3 ไม่พอใจได้ และมีผลกระทบตามมา นอกจากนี้เงื่อนไขของ

ตำแหน่งทางการเมืองมีจำกัดจึงต้องเร่งรัดให้เร็วขึ้น พร้อมการจัดสรรงบประมาณภายในคราวเดียวแบบเบ็ดเสร็จ จึงเป็นที่มาของการตัดสินใจดำเนินนโยบายรพส.ดังที่เห็นมา

การติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพที่สนย. ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่ากระบวนการติดตามผลมักมีการบรรจุงบประมาณมาพร้อมกับตัวนโยบายอยู่แล้ว และอาศัยกลไกการติดตามการดำเนินนโยบายต่างๆ ที่มีอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น รัฐมนตรี รัฐมนตรีช่วย ปลัดกระทรวง ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น โดยมีการ verify หรือ triangulate ระหว่างกันเป็นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ทั้งนี้กระบวนการประเมินผล มักได้จากการรวบรวมข้อมูลการติดตามผลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์นั่นเอง โดยอาจเป็นแบบการดำเนินการกันเองภายในระบบ หรือมีการว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญภายนอกมาทำการประเมิน หากมีงบประมาณก็ทำได้ ทั้งนี้โดยปกติแล้ว มักจะดำเนินการกันเองมากกว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดเชิงทรัพยากรนั่นเอง ยกเว้นกรณีที่เป็นนโยบายที่สำคัญ หรือมีแหล่งทุนอื่นสนับสนุนให้เกิดการประเมินโดยวงจรมานอก เช่น นโยบายรพส. ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนงบประมาณให้ทางนพ.ชูชัย นพ.สุรเชษฐ์ และนพ.ศุภกิจ เพื่อว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยมาประเมินผลการดำเนินนโยบายดังกล่าว ทั้งนี้แม้ผลโดยรวมออกมาว่านโยบายรพส. ก่อให้เกิดผลเชิงบวกต่อระบบสุขภาพ แต่ข้อเสนอแนะที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญแนะนำมานั้น ก็ไม่สามารถนำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมได้ เนื่องจากผู้ประเมินไม่เข้าใจกฎระเบียบหรือข้อจำกัดเชิงระบบ ทำให้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการประเมินที่ควรจะมีการพิจารณาดำเนินการแบบเอื้อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายร่วมกันดำเนินการ มากกว่าที่จะให้หน่วยงานภายนอกมาทำแต่เพียงฝ่ายเดียว

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

โดยหลักการแล้ว สนย.เชื่อว่าจำเป็นต้องมีกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ เพื่อดำเนินการประเมินผล เนื่องด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรด้านต่างๆ นั่นเอง ทั้งนี้กลไกที่ควรจะมีการสร้างขึ้นนั้น ควรจะยึดหลักการปรึกษาหารือกับทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม นอกจากนี้เกณฑ์ต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการเรียงลำดับความสำคัญนั้น อาจสร้างขึ้นใหม่ หรือประยุกต์ใช้จากประสบการณ์ของที่ต่างๆ ก็ได้ เช่น impact, public interest, investment, scale of implementation, ความยาก/ง่ายในการทำหรือเลิกทำ เป็นต้น ส่วนกระบวนการตัดสินใจนั้น ตามบริบทของสังคมไทย ควรจะใช้วิธีการหารือเพื่อหาฉันทามติ ร่วมกับการให้คะแนนตามเกณฑ์ น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ

การวิจัยประเมินนโยบาย (Policy evaluation research) นั้น ในอดีตจนถึงปัจจุบัน มสช.และประเทศไทยทำกันน้อยมาก ส่วนใหญ่แล้วทำกันแต่ประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย เพื่อดูผลผลิต ผลลัพธ์ หรือผลกระทบ



จากประสบการณ์ของนพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ได้มีการประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบหนึ่งทศวรรษ และประเมินผลนโยบาย Health for all ในปีพ.ศ.2543 โดยขณะนั้นยังปฏิบัติงานอยู่ที่สนย. กระทรวงสาธารณสุข เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับผลต่อการมีส่วนร่วม และกระบวนการดำเนินการแบบพหุภาคี เป็นต้น ในขณะที่ปฏิบัติงานที่มสช. ได้ทำการประเมินผลการดำเนินนโยบายด้านบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ในการหาช่องว่างในการพัฒนา มากกว่าที่จะไปประเมินนโยบาย และไม่ได้ทำแบบครอบคลุมทั้งระบบ อีกเรื่องที่ทำคือการประเมินผลการดำเนินนโยบายรพสต.ว่าเกิดผลอย่างไรบ้าง

งานส่วนใหญ่ของมสช. นั้นมักจะเน้นการวิจัยและพัฒนานโยบายสุขภาพเป็นหลัก โดยมุ่งหวังที่จะสร้างกลไกส่งเสริมการใช้ความรู้ เพื่อการพัฒนากระบวนการใช้ความรู้ ใจที่ยั่งยืนมากมาใน 2 รูปแบบ คือ มีใจของตัวเองแล้วไปหาแหล่งทุน และแหล่งทุนมาขอให้ทำ อย่างไรก็ตาม มสช. ก็ได้ดำเนินการตามโอกาสที่มีในแต่ละวาระ โดยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการขาดแคลนนักวิชาการที่มีความสามารถ ทั้งนี้ปัจจุบัน มสช. มีบุคลากรฝ่ายสนับสนุนอยู่ประมาณ 30-40 คนซึ่งทำงานให้กับ 2 มูลนิธิ (20 คน สำหรับมสช. และ 10+ คน สำหรับมูลนิธิสคส) โดยมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี จำแนกเป็น Maintenance cost ประมาณ 10+ ล้านบาทต่อปี ในขณะที่มีที่มนักวิชาการเพียง 3-4 คน (มีเพียง 2 คนที่ทำงานกับมสช. อีก 2 คนทำงานกับมูลนิธิสคส) และทำโครงการวิจัยพัฒนาจำนวน 3-4 โครงการต่อปี

ตัวอย่างการดำเนินงานที่ผ่านมาที่นำจะสามารถนำมาสกัดบทเรียนได้ เช่น

1. บริหารเงินวิจัยให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) โดยพัฒนาเครือข่ายวิจัยสุขภาพ เน้นประเด็นปัญหาสุขภาพเป็นหลัก โดยจัดสรรเงินวิจัยตั้งแต่ Basic sciences ถึง Clinical sciences เช่น โรค Thalassemia โดยในขณะนั้น ไม่ได้มีวงจรการเรียงลำดับความสำคัญใดๆ แต่พิจารณาปัจจัยทางด้านความสามารถของผู้วิจัยหรือสถานที่ดำเนินงานเป็นหลัก (Existing capability) นอกจากนี้แม้ว่าจะมีประเด็นโจทย์วิจัยที่เกิดขึ้นจากการหารือในหมู่ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ (Intra-problem prioritization) เช่น มีคำถามจากกลุ่มวิชาการว่า นโยบาย Thalassemia ที่มีอยู่นั้นได้ผลเป็นอย่างไรต่อการควบคุมป้องกันโรคของประเทศ ครอบคลุมมากน้อยเพียงใด แต่สุดท้ายแล้วก็ไม่สามารถหาคนทำได้ จึงยกเลิกไปโดยปริยาย

2. การวิจัยพัฒนานโยบายด้านบริการปฐมภูมิ เกิดขึ้นจากทางสหภาพยุโรปได้มาขอให้ดำเนินการด้านนี้ จึงได้หารือกับทางสวรส.เพื่อร่วมลงทุนงบประมาณสำหรับกระบวนการสร้างนโยบาย การทบทวนวรรณกรรม และการประเมินผลระบบสุขภาพในขณะนั้น โดยทำลักษณะ Focus group discussion
3. การพัฒนาระบบวิจัย ได้มีการดำเนินการแบบกระโดดไปสู่คำตอบเลย กล่าวคือ มีการเสนอให้ปฏิรูประบบวิจัยให้เป็นรูปแบบ Public-private partnership (PPP) และมี Research policy body แต่โดยแท้จริงแล้ว เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา ทำให้ไม่สามารถไปทำการประเมินระบบเก่าว่าไม่ดีอย่างไร จึงทำให้เกิดข้อโต้แย้งหรือคำวิจารณ์ตามมาได้

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

สวรส.ควรจะเป็นหลักในการชักชวนคนอื่นมาร่วมกันทำให้เกิดกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพเพื่อนำไปประเมินผล หากจะให้มหาวิทยาลัยมาเป็นแกนนำนั้น น่าจะมีโอกาสเป็นไปได้ยาก ซึ่งอาจมาจากเหตุผลบางประการ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนหน้าที่จะดำเนินการมหาวิทยาลัยมีบทบาททำงานวิชาการอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แต่หลังจากเริ่มดำเนินนโยบายไปแล้ว มหาวิทยาลัยก็ได้ลดบทบาทลงจนหายไปมากที่สุด ทั้งนี้ทั้งนั้น หากพิจารณาการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ จะพบว่า สสส. เป็นหน่วยงานที่ชวนขยายหากกลไกในการประเมินผลนโยบายต่างๆ โดยลงทุนมากที่สุดเมื่อเทียบกับหน่วยงานอื่นๆ และการประเมินไม่ควรเป็นการดำเนินการเพื่อเน้นการขึ้นนโยบาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจะสร้างกลไกต่างๆ ดังกล่าวได้นั้น คงต้องขึ้นอยู่กับกลไกสนับสนุนของภาคีเครือข่ายต่างๆ สำหรับกระบวนการคัดเลือกและตัดสินใจนั้น คงหนีไม่พ้นการใช้กลไกในการหาฉันทามติ ร่วมกับการให้คะแนนลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สำหรับมสช. นั้น หากจะเข้าร่วมในกระบวนการ คงจะเน้นเรื่องบทบาทในการพัฒนาความรู้ กรอบการประเมิน แนวทางพัฒนาศักยภาพ และการบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดการประเมิน แต่จะไม่เน้นการทำการประเมินผล

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

(Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP)

โดย ญ.ศิตาพร ยังก

ประสบการณ์เกี่ยวกับกลไกการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพ



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP)

เป็นองค์การวิจัยอิสระที่จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารในระดับชาติสำหรับการลงทุนหรือจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้มีความเหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจเพื่อนำเทคโนโลยีหรือนโยบายใหม่มาใช้ในระบบสุขภาพ หรือเป็นไปในทางปรับปรุงหรือพัฒนาการใช้เทคโนโลยีและดำเนินนโยบายที่มีอยู่แล้ว การตัดสินใจเหล่านี้จะมีคุณค่าเมื่อผลการประเมินได้ถูกนำไปใช้จริงในเชิงนโยบาย เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อที่ควรประเมิน การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อเพื่อการประเมินจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการประเมิน และอาจกล่าวได้ว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่จะได้มาซึ่งหัวข้องานวิจัยที่ตรงกับความต้องการในระดับประเทศ อีกทั้งยังช่วยลดความซ้ำซ้อนในการวิจัย ช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปด้วยความคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

การจัดลำดับความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพของ HITAP ได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบมาเป็นระยะเวลา 6 ปีติดต่อกัน โดยผลของงานวิจัยในหัวข้อที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญในกระบวนการนี้ จะได้รับการเผยแพร่ต่อสาธารณชน และนำเสนอเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้กำหนดนโยบาย จากประสบการณ์ที่ผ่านมางานวิจัยที่ดำเนินการโดย HITAP ได้ถูกนำไปใช้ในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ การปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ รวมไปถึงการพัฒนาบริการ ซึ่งในที่สุดแล้วจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นมีคุณภาพ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ในการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อสำหรับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ HITAP ยึดหลักการสำคัญ 4 ประการ ดังนี้ 1) มีความโปร่งใส เนื่องจากผลการประเมินจะถูกนำไปใช้จริงในเชิงนโยบาย ซึ่งจะมีทั้งผู้ได้ประโยชน์และผู้เสียประโยชน์ ดังนั้น ความโปร่งใสของการได้มาซึ่งหัวข้อเพื่อการประเมิน ตั้งแต่การกำหนดขั้นตอนการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดลำดับ รวมถึงการดำเนินการประเมิน จึงมีความสำคัญ 2) การดำเนินการที่คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัยต่อสังคมโดยรวม 3) การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เกิดการยอมรับผลการวิจัย เนื่องจากได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม และแสดงความคิดเห็น ตลอดกระบวนการ ทำให้ทราบที่มาที่ไปของงานวิจัย แม้ว่าแต่ละกลุ่มจะมีความสนใจในแต่ละหัวข้อแตกต่างกัน แต่เมื่อมาร่วมกันพิจารณาจะเกิดการคานอำนาจและผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะถือว่าประโยชน์ส่วนกลางย่อมเป็นทางออกที่ดีที่สุดในการหาข้อตกลงร่วมกัน และ 4) มีการทบทวนหัวข้อและลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสม เพื่อให้ข้อมูลที่จะใช้ในการพิจารณามีความเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสาธารณะ

กระบวนการจัดลำดับความสำคัญที่ HITAP ดำเนินการมาตลอดระยะเวลา 6 ปี ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในกระบวนการแต่ละครั้ง โดยมีกระบวนการหลัก ดังนี้

1. การเปิดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานกำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์การประกันสุขภาพ สถาบันการศึกษา สมาคมวิชาชีพ ราชวิทยาลัย สถาบันวิจัย ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป เสนอหัวข้อวิจัยที่แต่ละหน่วยงานเล็งเห็นว่ามีความสำคัญ เข้ามายัง HITAP ผ่านทางไปรษณีย์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
2. นักวิจัย HITAP กลั่นกรองหัวข้อที่เสนอมารับรองและคัดออกหากตรงกับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- เป็นหัวข้อที่เคยมีการวิจัยมาก่อนในประเทศไทยภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (หากต้องการเสนอหัวข้อที่มีการทำวิจัยมาก่อนแล้ว ต้องมีเหตุผลความจำเป็นที่ต้องทำวิจัยซ้ำ) หรือกำลังทำวิจัยในหัวข้อที่เสนอมารับรองหรือหัวข้อใกล้เคียงอยู่ในขณะนี้
- เป็นหัวข้อที่มีความซ้ำซ้อนกับความรู้เดิมที่มีอยู่อย่างชัดเจน
- เป็นหัวข้อที่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงหรือทำเป็นงานประจำอยู่แล้ว
- เป็นหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ หรือไม่อยู่ในขอบเขตงานของ HITAP

หลังจากนั้น นักวิจัย HITAP ทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นสำหรับหัวข้อที่ผ่านการกลั่นกรองและให้คะแนนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 5 ประเด็น ได้แก่

- 2.1 **ขนาดของโรคหรือปัญหาสุขภาพ :** ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยอาจพิจารณาจากจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมีสูง หรือระดับความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ ที่อาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ
- 2.2 **ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ :** มีแนวโน้มทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจ หรือทำให้เกิดภาระทางการเงินของประเทศและ/หรือครัวเรือน โดยอาจพิจารณาจาก เทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพมีต้นทุนรวมสูง ทำให้เกิดภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาลในการดำเนินการ หรือค่าใช้จ่ายจากการควบคุม/ป้องกัน/บำบัดรักษา หรือจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย
- 2.3 **ความหลากหลายในทางปฏิบัติ :** มีแนวโน้มที่จะเกิดความหลากหลายในทางปฏิบัติ โดยอาจพิจารณาจากมีความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม) หรือความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี/มาตรการด้านสุขภาพ โดยให้คำนึงถึงศักยภาพของหน่วยงานบริการที่จะสามารถใช้เทคโนโลยีนั้นด้วย ทั้งนี้ต้องมีหลักฐานวิชาการ เอกสารหรือระเบียบทางราชการที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างนั้นๆ
- 2.4 **การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย :** มีความเป็นไปได้ที่ผลการประเมินจะถูกนำไปใช้ในระดับนโยบายและ/หรือ ในการเปลี่ยนวิธีปฏิบัติซึ่งส่งผลต่อการรักษา หรือต้นทุนการรักษา
- 2.5 **ผลกระทบด้านสังคม/ศีลธรรม/จริยธรรม :** มีแนวโน้มจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม/ ศีลธรรม/จริยธรรมในสังคมอย่างกว้างขวาง

ผลการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยในเบื้องต้นตามคะแนนที่ได้นี้ จะส่งกลับไปยังคณะกรรมการที่จะเข้าร่วมประชุมตัดสินลำดับความสำคัญของหัวข้อที่ควรจะมีการประเมิน ทั้งนี้ HITAP จะเลือกหัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุดประมาณ 10 – 15 หัวข้อเข้าไปพิจารณาต่อการประชุมระดมสมองครั้งต่อไป

3. การประชุมระดมสมองและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพกลุ่มต่างๆ ข้างต้น โดยให้หน่วยงานผู้เสนอหัวข้อมาเสนอข้อมูลเพื่อสนับสนุนว่าหัวข้อนั้นมีความสำคัญควรได้รับการประเมินแล้วเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมซักถามและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจนครบทุกหัวข้อ หลังจากนั้นให้ผู้แทนในแต่ละหน่วยงานเลือกหัวข้อที่ตนคิดว่ามีความสำคัญโดยวิธีลับ การลำดับความสำคัญของหัวข้อจะได้รับการเปิดเผยและอภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุมในช่วงสุดท้ายของการประชุม

กิจกรรมดังกล่าวนอกจากสร้างโอกาสให้เกิดการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายแล้ว ยังเป็นแบบอย่างของการจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยอย่างเป็นระบบ มีความโปร่งใส มีการตรวจสอบและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการและผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตาม แนวคิดการจัดลำดับความสำคัญหรือการคัดเลือกนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ในสังคมไทย ที่ผ่านมามีหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้จัดลำดับความสำคัญของการงานวิจัยในระบบสุขภาพในระดับชาติ แต่กระบวนการดังกล่าวยังขาดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน การจัดลำดับความสำคัญขึ้นอยู่กับวิจารณ์ของผู้เชี่ยวชาญเพียงไม่กี่ท่าน ขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในวงกว้าง รวมถึงไม่เคยมีการจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยของประเทศในภาพรวม และขาดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบนำผลการจัดลำดับความสำคัญไปดำเนินการต่อ

อย่างไรก็ตาม กระบวนการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกเป็นเพียงขั้นตอนแรกๆ ของการได้มาซึ่งหัวข้อการประเมินที่เหมาะสมและมีความสำคัญในลำดับต้นๆ ขั้นตอนที่สำคัญต่อไปคือกระบวนการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่ง HITAP ให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าการจัดลำดับความสำคัญ โดยยึดหลักการทั้ง 4 ประการดังกล่าวข้างต้น รวมถึงการดำเนินงานที่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผลการประเมินมีคุณภาพ มีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับ สามารถที่จะนำไปใช้ในเชิงนโยบายได้

การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้องานวิจัยที่ HITAP ดำเนินการอยู่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับองค์กรอื่นๆ และไม่เพียงแต่ทำได้ในระดับชาติเท่านั้น แต่สามารถประยุกต์ใช้ในองค์กรที่เล็กหรือใหญ่กว่านี้ได้ ซึ่งพบว่ามีหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) CRCN คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย ให้ความสนใจในกระบวนการนี้เป็นอย่างมาก ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า การทำงานต่างๆ โดยเฉพาะงานวิจัยให้ได้ผลงานที่ตรงกับความต้องการของหน่วยงานหรือสังคมโดยรวมมากขึ้น จำเป็นที่จะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในสภาวะที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด การใช้ทรัพยากรจึงต้องให้เกิดประโยชน์มากที่สุด เกิดความโปร่งใส รวมถึงเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรด้วย ซึ่ง HITAP ได้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการนี้มาตลอด และคาดหวังว่าประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงความสำเร็จของการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริงเชิงนโยบาย จะเป็นแรงจูงใจและเป็นแนวทางให้หน่วยงานอื่นๆ ที่มีความสนใจเห็นความสำคัญของกระบวนการเหล่านี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมโดยรวมต่อไป

ความเห็นต่อกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นนโยบายสุขภาพ

ระบบสุขภาพรวมถึงนโยบายด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงแก้ไขปัญหาความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ที่ผ่านมามีประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยในการตัดสินใจในระดับนโยบายของประเทศ รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของความรู้ที่ได้จากการวิจัยในระบบสุขภาพที่สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพในประเทศหนึ่งๆ ได้ อย่างไรก็ตามบ่อยครั้งที่งานวิจัยไม่ถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย มีความจำเพาะเจาะจงมากเกินไปจนไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง มีคุณภาพต่ำทำให้ผู้ใช้ขาดความเชื่อมั่น ไม่ถูกผลิตหรือเผยแพร่ในวงเวลาหรือรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้ด้วยกระบวนการบริหารจัดการที่ดี

ในประเทศไทยมีการลงทุนเพื่อดำเนินงานวิจัยด้านสุขภาพ แต่การกำหนดทิศทางวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศยังไม่ชัดเจน อาจจะเป็นเนื่องจากยังขาดข้อมูลสำคัญที่ใช้สำหรับกำหนดความสำคัญของงานวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศซึ่งเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวม ทำให้การกำหนดประเด็นวิจัยส่วนใหญ่อ้างอิงจากแผนยุทธศาสตร์หรือพันธกิจขององค์กรและอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและระบบสุขภาพได้ จึงเห็นว่าการพัฒนาวิธีการสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยในระบบสุขภาพนั้นมีความสำคัญ และต้องดำเนินการด้วยกระบวนการที่มีความโปร่งใส มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน และเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นวิจัยด้านสุขภาพที่มีความสำคัญ สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการงานวิจัยและนำไปสู่การใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง

ในการจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยด้านนโยบายสุขภาพสำหรับประเทศไทยนั้น สิ่งแรกที่ต้องทำคือต้องมีการกำหนดเป้าหมายในอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อค้นหาและระบุช่องว่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับเป้าหมายที่พึงประสงค์ และใช้ช่องว่างนี้ในการกำหนดประเภทหรือหัวข้องานวิจัยด้านนโยบายสุขภาพ ก่อนที่จะนำมาจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการดำเนินงานควรใช้แบบผสมผสานกันทั้งเทคนิคเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดกระบวนการ

ระเบียบวิธีวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพที่เน้นผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การศึกษากระบวนการนโยบายต้องมีกรอบความคิดและทฤษฎีที่เหมาะสม เพราะกรอบการวิเคราะห์ที่ดีสามารถแสดงถึงองค์ประกอบธาตุของนโยบายและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบธาตุต่างๆนั้น (Element and Relationship) Gill Walt และคณะ (2008) กล่าวว่ากรอบวิเคราะห์และทฤษฎีเพื่อใช้ศึกษานโยบายสาธารณะสำคัญๆ ประกอบด้วย 3 กรอบแนวคิดว่าด้วยการวิเคราะห์นโยบาย และ 3 ทฤษฎีสำคัญ

กรอบแนวคิดว่าด้วยการวิเคราะห์นโยบาย

หากมองนโยบายสุขภาพอยู่ในกลุ่มนโยบายสาธารณะ หลายคนคงพอจะทราบว่ามีการบวกรวมแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มากมายที่พยายามอธิบายธรรมชาติของนโยบาย และนำเสนอกลวิธีในการประเมินผลนโยบาย กรอบแนวคิดที่ได้รับการนำเสนอมาในลำดับต้นๆ คือ “Stages heuristic” ซึ่งได้รับการนำเสนอโดย Lasswell⁴³ ในปีค.ศ. 1956 และต่อ ยอดให้สมบูรณ์มากขึ้นในปีค.ศ. 1983 โดย Brewer และ deLeon⁴⁴ กรอบแนวคิดนี้ได้แบ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. การกำหนดหัวข้อ/ประเด็น (Agenda setting): เป็นระยะที่ทำการหาหัวข้อหรือประเด็นสำหรับที่จะสร้างนโยบาย โดยเน้นการคัดเลือกหัวข้อหรือประเด็นที่เป็นปัญหาในสังคม และยังความสนใจต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย
2. การสร้างนโยบาย (Formulation): เป็นระยะที่หน่วยงานและบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมารวมกันร่าง/สร้างนโยบาย
3. การดำเนินนโยบาย (Implementation): เป็นระยะที่หน่วยงานนำนโยบายไปดำเนินการ
4. การประเมินนโยบาย (Evaluation): เป็นระยะที่ทำการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย

ถึงแม้ว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่ให้ความเห็นว่า กรอบแนวคิดแบบ Stages heuristic นั้นตั้งอยู่บนสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างระยะต่างๆ จากก่อนไปหลังในลักษณะความสัมพันธ์แบบเส้นตรง ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์จริงที่อาจจะแยกแต่ละระยะออกจากกันไม่ได้เด็ดขาด แต่กรอบแนวคิดดังกล่าวก็ได้รับการยอมรับและนำไปใช้พิจารณากันอย่างมาก เนื่องจากมีความง่ายต่อความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัยด้านนโยบายได้เป็นอย่างดี

⁴³ Lasswell H. 1956. The decision process. College Park, MD: University of Maryland Press.

⁴⁴ Brewer G, deLeon P. 1983. The foundations of policy analysis. Monterey, CA: Brooks/Cole.

ในระยะเวลาต่อมา Walt และ Gilson⁴⁵ ได้ทำการสร้างกรอบการวิเคราะห์นโยบายด้านสุขภาพโดยเฉพาะขึ้นมา ในปีค.ศ.1994 โดยได้ทำการตั้งข้อสังเกตว่า งานวิจัยนโยบายสุขภาพส่วนใหญ่ในเวลานั้นมักมุ่งเน้นเรื่องเนื้อหา นโยบาย (Policy content) โดยละทิ้งหรือให้ความสนใจน้อยต่อเรื่องผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้อง (Actors), บริบทแวดล้อม (Context), และกระบวนการ (Process) ดังนั้นจึงควรที่จะมีการจัดทำกรอบแนวคิดเพื่อช่วยวิเคราะห์และประเมินผลนโยบายสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดพื้นฐานจากมุมมองความสัมพันธ์ด้านเศรษฐกิจการเมือง (Political economy perspective) เข้ามาาร่วมด้วย กรอบแนวคิดนี้จะพยายามอธิบายความสัมพันธ์และกลไกที่ปัจจัยทั้ง 4 อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างนโยบาย และมีการให้ชื่อกรอบแนวคิดนี้ว่าเป็น “Policy triangle framework”

กรอบแนวคิดดังกล่าวได้รับความนิยมในหลายประเทศ และได้รับการนำไปประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพจิต ด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ หรือแม้แต่นโยบายเฉพาะโรค เช่น วัณโรค หรือแม้แต่การควบคุมป้องกันโรคซิฟิลิส เป็นต้น⁴⁶

อย่างไรก็ตาม นโยบายหลายๆ เรื่อง มีผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องมากมาย ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้น จนเป็นที่มาของการต่อยอดกรอบแนวคิดดั้งเดิมไปเน้นเรื่องเครือข่ายมากขึ้น โดยกรอบแนวคิดนี้ได้รับการจัดเป็นกลุ่ม ภายใต้ชื่อว่า “Network frameworks” ซึ่งมีการให้คำจำกัดความของคำว่าเครือข่ายอย่างหลากหลาย แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น โดยส่วนใหญ่มักจะยึดถือว่า เครือข่ายคือกลุ่มของผู้ที่มีบทบาทหรืออิทธิพลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย โดยมีความเชื่อมโยงกันทางใดทางหนึ่ง^{47, 48, 49} กรอบแนวคิดนี้เชื่อว่าได้รับการนำเสนอจากกลุ่มประเทศทางตะวันตกคือ สหราชอาณาจักร หรือสหรัฐอเมริกา และเคยมีผู้เชี่ยวชาญตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับประโยชน์ของกรอบแนวคิดนี้ว่า จะสามารถนำไปใช้วิเคราะห์เชิงพรรณนาได้เท่านั้นหรือไม่ นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า งานวิจัยนโยบายสุขภาพส่วนใหญ่ที่อ้างอิงถึงกรอบแนวคิดนี้มักทำในประเทศกลุ่มยุโรปและอเมริกา แต่มีน้อยมากในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁵⁰

⁴⁵ Walt G, Gilson L. 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9:353–70.

⁴⁶ Gilson L, Raphaely N. 2007. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of the literature 1994–2005. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 21–22 May 2007.

⁴⁷ Thatcher M. 1998. The development of policy network analyses. *Journal of Theoretical Politics* 10: 389–416.

⁴⁸ Marsh D (ed.). 1998. Comparing policy networks. Buckingham, UK: Open University Press.

⁴⁹ Marsh D, Rhodes RAW. 1992. Policy networks in British Government. Buckingham, UK: Open University Press.

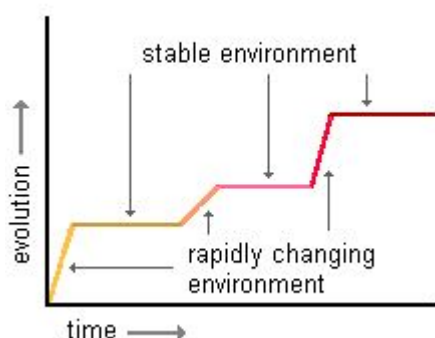
⁵⁰ Schneider H, Gilson L, Ogden J, Lush L, Walt G. 2006. Health systems and the implementation of disease programmes: case studies from South Africa. *Global Public Health* 1: 49–64.

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะและนโยบายด้านสุขภาพ

ทฤษฎีหลายกระแส (Multiple-streams theory)^{51, 52}

Kingdon ได้นำเสนอทฤษฎีนี้ในปี ค.ศ. 1984 โดยทำการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะว่า โดยแท้จริงแล้วมีลักษณะที่ไม่ตายตัว ทฤษฎีหลายกระแสเป็นการอธิบายกระบวนการตัดสินใจทางนโยบายในภาวะความคลุมเครือ (Ambiguity) คือ สภาวะที่สังคมมีวิถีของความคิดที่จะอธิบาย ให้เหตุผล และหาทางออกต่อสถานการณ์ หรือกรณีปัญหา ได้มากกว่าหนึ่งวิถีความคิด เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือความรู้ กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่า กระบวนการตัดสินใจทางนโยบายเกิดขึ้นจากอิทธิพล 3 กระแส ได้แก่ กระแสปัญหา (Problem Stream) กระแสนโยบาย (Policy Stream) และ กระแสการเมือง (Political Stream) หากกระแสทั้ง 3 มาบรรจบกันจะด้วยเงื่อนไขและกิจกรรมของผู้ผลักดันนโยบาย (Policy Entrepreneur หรือ Advocacy) หรือจะเป็นเพราะเกิดปรากฏการณ์ที่เปิดหน้าต่างทางนโยบาย (Policy Window) ขึ้นในสังคมทำให้เกิดการตัดสินใจ หรือ การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้อยู่ที่มองกระบวนการนโยบายเฉพาะในช่วงการตัดสินใจเท่านั้น และละเลยการศึกษาเกาะติดพัฒนาการทางนโยบายในระยะยาว

Punctuated Equilibrium Theory⁵³



ทฤษฎีนี้มองนโยบายว่ากระบวนการเกิดขึ้น มาจากระยะที่มีความมั่นคงของระบบสุขภาพ และต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงเพราะการระเบิดของการปรับเปลี่ยนที่รวดเร็ว ในกระบวนการนโยบาย ทฤษฎีนี้ตัวแปร Policy Image จะประกอบด้วยปัญหาในระบบสุขภาพและทางเลือกแก้ปัญหาที่ประกอบกันอยู่ ภาพลักษณ์ (Image) ของนโยบายหนึ่งๆ อยู่โดดเด่นกว่าอื่นๆ ในระยะเวลาหนึ่งๆ เมื่อมีความเข้าใจปัญหาและทางแก้ไขเพิ่มขึ้นจากเดิมก็จะเปลี่ยนแปลงนโยบายไป ส่วนตัวแปร Policy Venue นั้น เป็นตัวแปรของผู้กระทำหรือสถาบันที่ตัดสินใจในนโยบายซึ่งมีอำนาจเด็ดขาดและแข่งขันกับผู้กระทำรายใหม่ หากผู้กระทำรายใหม่อื่นๆ มี Policy Image ที่โดดเด่นกว่าในการแก้ปัญหา ก็จะทำให้นโยบายเดิมเปลี่ยนแปลงไป และเกิดภาวะอยู่ตัวมั่นคง จนกว่าจะมีการปรับเปลี่ยนและเกิดการแก้ไขใหม่ๆ ก็จะเกิดนโยบายใหม่ๆ ต่อไป ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงประกอบด้วยระยะมั่นคงและปรับเปลี่ยนสลับๆ กันไป

⁵¹ Kingdon JW. 1984. Agendas, alternatives and public policies. Boston, MA and Toronto: Little, Brown and Company.

⁵² Zahariadis N., Ambiguity, Time, and Multiple Steams in Sabatier(ed) Theories of the Policy Process, Westview and John P., Analysing Public Policy Continuum, 1998.

⁵³ Baumgartner FR, Jones BD. 1993. Agendas and instability in American politics. Chicago and London: The University of Chicago Press.



ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการกำหนดนโยบายที่อาจมาจากบนลงล่าง ล่างขึ้นบน หรือสังเคราะห์จากทั้งสองทิศทาง โดยอธิบายว่า นโยบายที่เกิดจากบนลงล่าง (Top-Down) นั้นสะท้อนค่านิยม ความต้องการและความพึงพอใจของกลุ่มคนผู้ปกครองชั้นสูงของสังคม (Governing Elites) อย่างไรก็ตามนโยบายที่สร้างอาจเปลี่ยนแปลงได้ในขั้นตอนการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ

(Street Level Bureaucrat) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีระบบติดตามกำกับนโยบายให้แปลงสู่การปฏิบัติได้ผลตามต้องการ ดังนั้นการศึกษาโดยทฤษฎีนี้เน้นวิเคราะห์ช่องว่างของวัตถุประสงค์นโยบายกับการปฏิบัติจริง กรอบและทฤษฎีที่ใช้เพื่อการวิเคราะห์นโยบายมีแนวทางและวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อวิเคราะห์การกำหนดนโยบายและการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติซึ่งทั้ง 2 ส่วนมีองค์ประกอบสำคัญที่เป็นกฎเกณฑ์ความเข้าใจและเข้าถึงนโยบาย คือตัวผู้กระทำ (Actors) และอำนาจ (Power) ในการกำหนดและกำกับให้นโยบายประสบความสำเร็จที่ต้องการ ดังนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่การวิเคราะห์นโยบายต้องคำนึงถึงและเข้าใจบทบาทและผลของตัวแปรผู้กระทำ (Actors) และอำนาจ (Power) ในนโยบายที่วิเคราะห์นั้นๆ โดยเฉพาะผู้กระทำที่เป็นผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ในนโยบาย

บทวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างทฤษฎี

หากพิจารณาเปรียบเทียบทั้งสามทฤษฎี จะพบว่าทฤษฎีหลายกระแสพยายามอธิบายการเกิดขึ้นของนโยบายสาธารณะว่ามีอิทธิพลจากทั้งประเด็นปัญหาที่มีในสังคม เนื้อหานโยบายที่พิจารณา และผลจากด้านอิทธิพลของการเมืองหรือผู้มีอำนาจ ในขณะที่ Punctuated Equilibrium นั้นเป็นทฤษฎีที่โดยแท้จริงแล้วอธิบายให้เห็นภาวการณ์ตามธรรมชาติแบบระบบที่นิ่งและตื่นตัวเป็นระยะสลับกันไป ในขณะที่ทฤษฎี Implementation นั้นพยายามอธิบายอิทธิพลของผู้กระทำและอำนาจของผู้กระทำซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย ต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความแตกต่างระหว่างนโยบายที่ได้รับการสร้างขึ้น กับตอนนำไปปฏิบัติจริง

สิ่งที่เราสามารถนำทฤษฎีทั้งสามไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้จริงได้นั้น สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนพัฒนานโยบายเพื่อตอบสนองต่อปัญหา โดยจะต้องพิจารณาเหตุผลในการพัฒนาหรือสร้างนโยบายนั้นๆ ว่าสามารถตอบโจทย์หรือตอบสนองต่อปัญหาที่มีได้อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนหรือไม่ นอกจากนี้ก่อนสร้างหรือพัฒนานโยบายใหม่ขึ้นมา นั้น จำเป็นต้องเหลียวมองว่ามีนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว กำลังเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นมาแล้วหรือไม่ หากมี นโยบายนั้นจะมีผลหรืออิทธิพลด้านใดบ้างต่อปัญหาที่เรา กำลังพิจารณา รวมถึงจะมีผลหรืออิทธิพลใดบ้างต่อนโยบายใหม่ที่เรา กำลังสร้างหรือพัฒนาขึ้นมา เป็นไปได้หรือไม่ที่จะทำการปรับหรือพัฒนาต่อยอดจาก

⁵⁴ Sabatier PA (ed.). 1999. Theories of the policy process. Boulder, CO: Westview Press.

นโยบายที่มีอยู่แล้วให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้ดียิ่งขึ้น แทนที่จะสร้างขึ้นใหม่ นอกจากนี้การสร้างหรือพัฒนานโยบายนั้น เนื่อหานโยบายควรที่จะได้รับการสร้างหรือพัฒนาขึ้นโดยพิจารณาสมดุลของผลกระทบที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้นต่อแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างถี่ถ้วน เพื่อช่วยให้ลดโอกาสเกิดวิกฤตที่ไม่คาดฝันจากกระบวนการดำเนินนโยบาย และลดโอกาสเกิดความลักลั่นระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับการปฏิบัติจริง

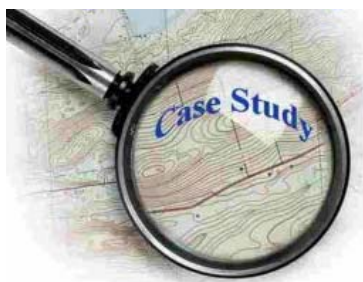
2. ขั้นตอนประเมินผลนโยบาย: การประเมินผลนโยบายควรที่จะออกแบบการดำเนินการประเมินที่สามารถตอบคำถามหลักๆ ดังนี้ นโยบายนั้นๆ สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่ตั้งต้นได้หรือไม่ อย่างไร มากน้อยเพียงใด ปัจจัยใดบ้างที่เอื้อต่อความสำเร็จในการตอบสนองต่อปัญหา ปัจจัยใดบ้างที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินนโยบายเพื่อตอบสนองต่อปัญหา อิทธิพลของแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินนโยบายนั้น และที่สำคัญอีกประการคือ ความยั่งยืนของการดำเนินนโยบาย และศักยภาพในการก่อให้เกิดผลที่ตอบสนองต่อปัญหาที่ตั้งต้น

รูปแบบการศึกษาวิจัยประเมินผลนโยบายสุขภาพ

ทราบกันดีว่า ไม่มีรูปแบบการศึกษาย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการประเมินผลนโยบายสุขภาพได้ทั้งหมด ดังนั้นในระหว่างกระบวนการวางแผนการประเมินผลนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการคำตอบให้ชัดเจน เพื่อที่จะสามารถพิจารณาเลือกรูปแบบการศึกษาที่เหมาะสมในการตอบมากที่สุด ยกตัวอย่าง เช่น การประเมินผลนโยบายเกี่ยวกับการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาในสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือใกล้บ้านใกล้ใจ นั้น อาจจำเป็นต้องมีการพิจารณาเพื่อตอบคำถามทั้งในเรื่องปริมาณของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล หลังจากการดำเนินนโยบาย รวมไปถึงการพิจารณาวางแผนเพื่อตอบคำถามเรื่องผลลัพธ์และคุณภาพที่เกิดขึ้น โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลรักษาที่ควรจะเป็นอีกด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แต่ละคำถามที่แตกต่างกัน อาจจำเป็นต้องใช้รูปแบบการศึกษาวิจัย และประเมินผลที่แตกต่างกันไป

นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลือกรูปแบบการศึกษาในชีวิตจริงคือ ปัจจัยด้านเวลาที่ต้องการคำตอบทรัพยากรที่มี และทักษะ/ประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย ประเมินผล ตามหลักการแล้ว คงจะเป็นอย่างยิ่ง หากนโยบายสำคัญๆ ต่างๆ นั้น ได้รับการพิจารณาวางแผนติดตาม กำกับ และประเมินผล ตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายเป็นต้นมา ทั้งนี้เพื่อที่จะได้มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะได้รับการหยิบมาใช้ เพื่อประเมินผลนโยบายตามระยะเวลาต่างๆ ได้ทันต่อกาล ในที่นี้ จะทำการทบทวนรูปแบบการศึกษาที่สำคัญ หรือได้รับความนิยมใช้ในการประเมินผลนโยบายสุขภาพ ดังนี้

รูปแบบการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study research)



เป็นที่สังเกตได้โดยทั่วไปว่า ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน การประเมินผลนโยบายสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่แล้วมักใช้รูปแบบการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) ทั้งแบบมีและไม่มีตัวเปรียบเทียบ (with or without comparison) การใช้วิธีศึกษาแบบกรณีศึกษานั้นคือ การทำการศึกษาเพื่อดูปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงของกรณีศึกษาที่สนใจ และได้รับการคัดเลือกมา

แม้จะได้รับการตั้งข้อสังเกตว่า กรณีศึกษาที่ได้รับการหยิบยกมาพิจารณานั้น อาจมีความเสี่ยงต่ออคติด้านต่างๆ และมีข้อด้อยในเรื่องการขาดตัวเปรียบเทียบที่จะควบคุมตัวกวน และอคติ เมื่อเทียบกับวิธีการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แต่มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ยืนยันว่า การศึกษาแบบกรณีศึกษานั้นยังคงมีประโยชน์ในทางปฏิบัติ โดยผู้ที่ทำการศึกษานั้นจำเป็นต้องมีการตั้งคำถามการประเมินให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถมุ่งประเด็น และเสาะหาข้อมูลจากกรณีศึกษาเพื่อมาตอบคำถามให้ตรงและชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การตั้งคำถามเพื่อศึกษาบทเรียนเกี่ยวกับอุปสรรคหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดการดำเนินนโยบายเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากประเทศหนึ่งไปสู่อีกประเทศหนึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า บ่อยครั้งกรณีศึกษาที่จะนำมาศึกษานั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างกระบวนการรวบรวมข้อมูลก็ได้ หรือถือเป็นกระบวนการที่เรียกว่า “Case clarification process” ทั้งนี้การจะเพิ่มโอกาสที่ผลการศึกษามาจากการใช้กรณีศึกษาให้เป็นที่ยอมรับ หรือสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างได้นั้น อาจทำได้โดยการใช้กรณีศึกษาที่มีจำนวนมากขึ้น และมีความหลากหลายมากขึ้นได้

ตัวอย่างหนึ่งที่เป็นรูปธรรมคือ การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายเรื่องการเข้าถึงยา Praziquantel ทั่วโลก ซึ่งเป็นยาเพื่อรักษาโรค Schistosomiasis เป็นการศึกษาโดย Reich และ Govindaraj⁵⁵ ในปีค.ศ.1998 โดยพบว่า มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาของกลุ่มประเทศที่ยากจน อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการพัฒนาที่เกิดขึ้น ระหว่างการค้นพบยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพโดยประเทศตะวันตก ที่ไม่ได้แก้ไขปัญหาระบาดที่มักเกิดในประเทศที่ยากจนหรือกำลังพัฒนา นอกจากนี้ กรณีศึกษาดังกล่าวยังได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านการเมือง และเศรษฐกิจ ผลจากการศึกษาดังกล่าว นำมาซึ่งการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพิ่มเติมเพื่อทำการปรับแต่งนโยบาย

⁵⁵ Reich MR, Govindaraj R. 1998. Dilemmas in drug development for tropical diseases. Experiences with praziquantel. Health Policy 44:1–18.

และกระบวนการดำเนินนโยบายในระยะต่อมา เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาในกลุ่มเป้าหมายในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก

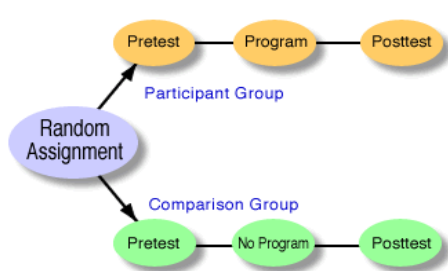
นอกจากกรณีศึกษาดังตัวอย่างข้างต้นแล้ว แนวทางการศึกษาตามรูปแบบกรณีศึกษานั้น ยังสามารถดำเนินการได้ในรูปแบบอื่นๆ อีก เช่น Lee และคณะ⁵⁶ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายพัฒนาเรื่องการวางแผนครอบครัวของประเทศต่างๆ ในปีค.ศ.1998 โดยนำกรณีศึกษาประเทศต่างๆ ทั่วโลก มาทำการจับคู่ตามปัจจัยที่เหมือนหรือคล้ายกัน เพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่สนใจ (Matched comparison) เช่น การจับคู่ 4 กลุ่มประเทศคือ บังคลาเทศ/ปากีสถาน ตูนิเซีย/อัลจีเรีย ชิมบับเว/แซมเบีย และ ไทย/ฟิลิปปินส์ โดยทำการจับคู่ตามปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อเปรียบเทียบและศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาด้านการวางแผนครอบครัวของประเทศ จากแนวทางการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสามารถระบุถึงปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความแตกต่างของผลการพัฒนาในแต่ละประเทศว่า น่าจะมีความสัมพันธ์กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ การรวมตัวกันของผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบาย (Formation of coalition of policy elites), ความเสี่ยงของการแพร่ขยายของนโยบาย (The spread of policy risk), และ ความมั่นคงด้านการเงินของประเทศ

เฉกเช่นเดียวกัน แนวทางการศึกษาแบบของ Lee และคณะนั้น ได้รับการนำไปใช้ในการประเมินนโยบายสุขภาพอื่นๆ ทั่วโลก เช่น การศึกษาของ Shiffman⁵⁷ ในปีค.ศ.2007 ซึ่งใช้วิธีเดียวกัน โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในมารดาของประเทศกัวเตมาลา ฮอนดูรัส อินเดีย อินโดนีเซีย และไนจีเรีย และสามารถระบุว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการผลักดันนโยบายไปสู่การดำเนินงานระดับชาติทั้งหมด 9 ปัจจัย และได้พบว่าความช่วยเหลือจากองค์กรต่างประเทศนั้นแม้จะสำคัญ แต่ปัจจัยสำคัญที่สุดคือการควาญหาความร่วมมือและความเป็นผู้นำจากบุคลากรภายในประเทศ (National champions) นั่นเอง

⁵⁶ Lee K, Lush L, Walt G, Cleland J. 1998. Family planning policies and programmes in eight low-income countries: a comparative policy analysis. *Social Science and Medicine* 47: 949–59.

⁵⁷ Shiffman J. 2007. Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries. *American Journal of Public Health* 97: 796–803.

รูปแบบการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental design)



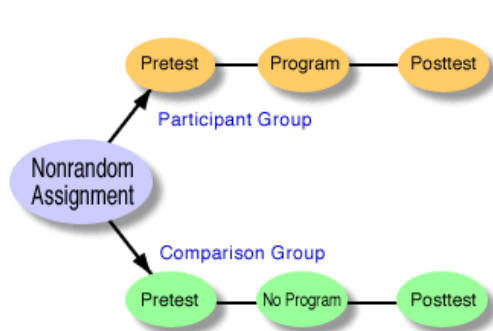
การศึกษาเชิงทดลองนั้นจะพยายามที่จะวัดผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำใด การกระทำหนึ่งในกลุ่มเป้าหมาย (Effect of intervention) รูปแบบ การศึกษาที่คุ้นเคยกันดีคือ Randomized controlled trial (RCT) ซึ่งจะทำการสุ่มเลือกให้กลุ่มหนึ่งได้รับการกระทำ อีกกลุ่มไม่ได้รับ และทำการ เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่ โดย

รูปแบบการศึกษานี้ สามารถที่จะบอกถึงความสัมพันธ์แบบ Causality ได้อย่างดี กล่าวคือสามารถที่จะช่วยตอบได้ว่า การกระทำ เช่น นโยบายนั้นๆ ก่อให้เกิดผลอย่างไรบ้าง อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่า ในทางปฏิบัตินั้น มักจะไม่สามารถ ทำการศึกษาประเมินผลนโยบายโดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงทดลองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านจริยธรรมของการ ดำเนินการ

Oliver และคณะ⁵⁸ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และทำการศึกษาวิจัยแบบ Meta-regression และดำเนินการ resampling ในปีค.ศ.2008 เพื่อที่จะเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการประเมินนโยบายด้านสุขภาพและด้าน สังคม ระหว่างการประเมินแบบ RCT และที่ไม่ใช่ RCT และได้รายงานไว้ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินนโยบาย โดยวิธีที่ไม่ใช่ RCT จะมีความแตกต่างจากวิธี RCT อยู่บ้างตามลักษณะเฉพาะของรูปแบบการศึกษา แต่หากทำการ resampling แล้วพบว่า กระบวนการสุ่มหรือ randomization นั้นมิได้มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายที่เกิดขึ้น อย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการประเมินโดยใช้วิธี RCT กับที่ไม่ใช่ RCT ดังนั้น ในทางปฏิบัติแล้ว จึงขึ้นอยู่กับแต่ ละบริบทว่ามีความเป็นไปได้และความเหมาะสมเพียงใด ที่จะพิจารณาใช้วิธีการประเมินนโยบายแบบ RCT และที่ไม่ใช่ RCT อย่างไรก็ตาม หากเป็นไปได้ การดำเนินการวิจัย ประเมินผลนโยบายโดยใช้รูปแบบการศึกษาที่สามารถลดทอนอคติ และตัวกวนต่างๆ ก็จะทำให้ผลการศึกษานั้นเป็นที่ยอมรับ และบ่งบอกถึงผลที่เกิดจากการดำเนินนโยบายได้อย่างเชื่อมั่น มากยิ่งขึ้น

⁵⁸ Oliver S, Bagnall AM, Thomas J, Shepherd J, Sowden A, White I, Dinnes J, Rees R, Colquitt J, Oliver K, Garrett Z (2008) *RCTs for policy interventions? A review of reviews and meta-regression*. Birmingham: University of Birmingham.

Quasi-experimental design



สำหรับผู้หลงใหลในการวิจัยเชิงทดลองนั้น ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือการทำการศึกษาวิจัยแบบ Quasi-experiment เพื่อวัดผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายได้ โดยที่ไม่มีการสุ่มและแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังที่ทำได้ใน RCT เมื่อไม่มีกระบวนการสุ่ม ก็ย่อมทำให้ความแม่นยำในการแปรผลที่เกิดขึ้นจากนโยบายนั้นลุ่มเสี่ยงต่อคำวิจารณ์มากกว่า RCT และผลที่ได้นั้นก็มักจะขึ้นอยู่กับการหา

กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีการดำเนินนโยบายที่ต้องการประเมินนั้นมาเปรียบเทียบกับตนเอง นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องพิจารณาควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลหรืออาจจะมีผลต่อผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายที่กำลังประเมินอีกด้วย

รูปแบบการศึกษาแบบอื่นที่ไม่ใช่เชิงทดลอง (Non-experimental designs)

รูปแบบการศึกษาแบบ Non-experimental designs นั้นมีหลายรูปแบบ ซึ่งรูปแบบการใช้กรณีศึกษา หรือ Case study research ที่ได้รับการอธิบายไว้ก่อนหน้านี้ ก็จัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย เพียงแต่ได้รับความนิยมใช้มาก จึงแยกออกไปอธิบายไว้ก่อนเป็นเบื้องต้น

การศึกษาแบบ Non-experimental designs นั้นมักไม่มีกลุ่มควบคุม หรือไม่มีการวัดผลลัพธ์ซ้ำเพื่อนำมาเปรียบเทียบในระยะเวลาที่ต่างกัน ข้อมูลที่ใช้ก็มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัย ประเมินผล ที่ต้องการจะหาคำตอบเป็นสำคัญ จริงอยู่ที่ข้อจำกัดของรูปแบบการศึกษาในกลุ่มนี้คือ ไม่สามารถมั่นใจได้นัก ถึงความเป็นเหตุและผลของการดำเนินนโยบายและผลลัพธ์ที่วัดในการศึกษาได้ ต่างจากคุณสมบัติของ RCT แต่ข้อดีของการศึกษาในกลุ่มนี้คือ การได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความลึก และให้ความหมายในการแปลผลบางมิติที่มากกว่าข้อมูลเชิงตัวเลขแต่เพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องการให้พิจารณาถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของบุคคลหรือแม้แต่ในระดับสังคม เป็นต้น

รูปแบบการศึกษาแบบ Non-experimental designs ที่ได้รับความนิยมใช้ในการประเมินผลนโยบายสุขภาพ ได้แก่

1. การสำรวจ (Surveys): โดยสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ เป็นต้น

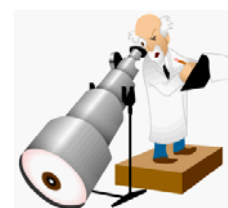


2. การอธิบายปรากฏการณ์ (Phenomenology): มุ่งเน้นการถ่ายทอดประสบการณ์ของบุคคล มุมมองและการแปล



ความหมายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายที่ต้องการประเมิน ผ่านมุมมองของคน ส่วนใหญ่แล้วจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่ต้องการ อย่างไรก็ตาม การศึกษารูปแบบนี้มักต้องการเวลาค่อนข้างมาก และผลที่ได้จากการศึกษาอาจมีปัญหาในการขยายผลเพื่อนำไปใช้สำหรับวงกว้าง

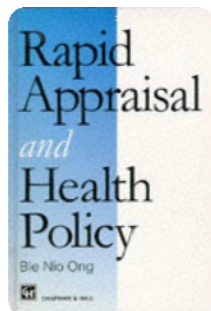
3. การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant observation): รูปแบบนี้จะดำเนินการโดยผู้ศึกษาวิจัยจะเข้าไปในพื้นที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นส่วนหนึ่ง在那นั้น แล้วดำเนินการสังเกตสถานการณ์ และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายในสถานที่จริง



4. กลุ่มสนทนา (Focus groups): ตามธรรมชาติแล้ว กลุ่มสนทนาใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่มนั่นเอง เพียงแต่ว่าการสัมภาษณ์นั้นจะเกิดขึ้นผ่านการโยนคำถามที่เน้นตอบประเด็นที่ต้องการทำการประเมิน ซึ่งได้รับการเตรียม หรือวางแผนมาก่อน เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ตรงต่อความต้องการ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการได้ข้อมูลจากกลุ่มสนทนานั้นคือ มีความเป็นไปได้ที่คนที่ร่วมกลุ่มสนทนานั้นอาจได้รับอิทธิพลจากคนอื่นๆ ในกลุ่ม เช่น อาจเกิดความเกรงกลัวที่จะพูดให้ข้อมูลที่อยู่ในใจหรือตรงต่อความเป็นจริง เป็นต้น



5. รูปแบบการวิจัยแบบอาหารจานด่วน (Low cost/Quick research): รู้จักกันในอีกชื่อหนึ่งว่า “Rapid appraisal”



ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัย ประเมินผลนโยบายสุขภาพ ในกรณีที่ต้องการข้อมูลหรือผลศึกษาอย่างรวดเร็ว ในเวลาจำกัด และมีข้อจำกัดเชิงงบประมาณ โดยปกติแล้วจะเป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายนั้นแบบเจาะจง เจาะจง ร่วมกับอาจมีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การสำรวจขนาดเล็ก และ/หรือการสังเกตการณ์ระยะสั้นๆ ถึงแม้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวโดยวิธีต่างๆ นั้นจะสร้างความกังขาในเรื่องความแม่นยำและถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา แต่ก็มีคนนำไปใช้ในโอกาสต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายจำนวนไม่น้อยเลยทีเดียว

รูปแบบการวิจัยแบบการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation)

การวิจัยประเมินผลนโยบายว่าได้ผลดีและเหมาะสมหรือไม่นั้น อาจไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากนัก ในปัจจุบันจึงมีความนิยมที่จะพิจารณาเรื่องความคุ้มค่าต่อการลงทุน และเรื่องความยั่งยืนอีกด้วย การประเมินทางเศรษฐศาสตร์นั้นช่วยในเรื่องการประเมินความคุ้มค่าของงบประมาณที่ลงทุนไปในการดำเนินนโยบายนั้นๆ โดยสามารถนำไปเปรียบเทียบกับงบที่ใช้ในนโยบายอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ตัดสินใจระดับนโยบายได้พิจารณาเลือกที่จะสานต่อ/ไม่สานต่อ ขยายผล/ไม่ขยายผล จากนโยบายที่มีอยู่ในสังคมได้

Drummond และคณะ⁵⁹ ได้ทำการแบ่งการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

1. การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำที่สุด (Cost-minimization analysis): ใช้ในการประเมินในกรณีที่เกิดผลลัพธ์ขึ้นจากการดำเนินนโยบายต่างๆ ที่ต้องการประเมิน หรือเปรียบเทียบนั้นมีความเหมือนกัน โดยจะทำการพิจารณาว่าทางเลือกใดที่จะลงทุนน้อยที่สุด โดยยังได้ผลลัพธ์เช่นเดิม



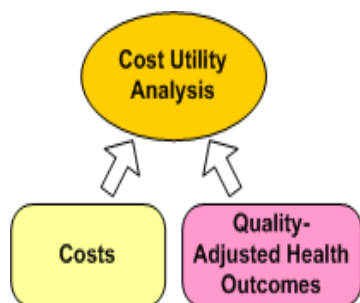
Incremental cost-effectiveness ratio equation

$$ICER = \frac{cost_A - cost_B}{efficacy_A - efficacy_B}$$

2. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis):

เป็นการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยพิจารณาตามผลลัพธ์ที่สนใจและวัดได้ เช่น ค่าใช้จ่ายต่อจำนวนปีที่สามารถรักษาไว้ได้ (Cost per life saved) ทางเลือกที่คุ้มค่าที่สุดย่อมเป็น

ทางเลือกที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการโดยมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดนั่นเอง ในกรณีที่ผลลัพธ์ที่ต้องการวัดนั้นมีมากกว่าหนึ่งตัว เช่นนโยบายที่จัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิต วิธีนี้อาจได้รับการเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “Cost-consequences analysis”



3. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลที่ได้ (Cost-utility analysis): เป็นการประเมินโดยพิจารณาผลที่ได้อยู่ในรูปของอรรถประโยชน์ (Utility) ซึ่งทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพนั้นหมายถึง ระดับของความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ที่อยู่ในรูปธรรม หน่วยของผลที่ได้ที่นิยมใช้กันคือ จำนวนปีที่มีการปรับคุณภาพชีวิต (Quality-adjusted Life Year: QALY) นโยบายที่ก่อให้เกิด QALY ต่อต้นทุนสูงสุดก็จะได้รับเลือกและถือว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด

⁵⁹ Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Third edition, OUP, Oxford 2005.

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-benefit analysis): เป็นการประเมินที่มีผลที่ได้ในรูปตัวเงิน (Monetary terms) นโยบายที่มีผลได้สุทธิ (ผลได้หักต้นทุน) สูงสุดก็จะได้รับเลือก การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้จัดเป็นการประเมินประสิทธิภาพแบบการจัดสรร นั่นคือผลการประเมินระบุว่านโยบายใดมีความคุ้มค่า (Worthwhile) สูงสุดโดยเปรียบเทียบ



ในการใช้วิธีทางเศรษฐศาสตร์เพื่อประเมินผลการดำเนินนโยบายสุขภาพนั้น โดยปกติแล้ว แต่ละนโยบายต่างมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดในการประเมินนโยบายนั้นต้องพิจารณาตามความเหมาะสม

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากลไกคัดเลือกประเด็นวิจัยนโยบายสุขภาพสำหรับประเทศไทย

การคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพของประเทศไทย ควรได้รับการดำเนินการโดยผ่านกลไกประสานงานเพื่อให้เกิดการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพ โดยกลไกนี้อาจประกอบด้วยคณะกรรมการหนึ่งชุด ไม่เกิน 12-15 คน ซึ่งเป็นตัวแทนมาจากฝ่ายบริหารจากหน่วยงานต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

1. แหล่งทุนการศึกษาวิจัย อาทิเช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
2. ภาคส่วนวิชาการที่สนใจด้านนโยบายสุขภาพ อาทิเช่น ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย นักวิชาการอิสระ เป็นต้น
3. ภาคส่วนประชาชน อาทิเช่น ผู้อำนวยการสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์
4. หน่วยงานระหว่างประเทศที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ อาทิเช่น องค์การอนามัยโลก

ประเด็นสำคัญสำหรับการพิจารณาขับเคลื่อนกลไกดังกล่าว มีดังนี้

1. ประเภทของนโยบายสุขภาพที่จะนำมาเข้ากระบวนการ

ข้อเสนอ: ควรจำกัด้วยโดยแบ่งเป็น กลุ่มแรก ได้แก่ นโยบายสุขภาพระดับชาติที่กำลังดำเนินการ (Analysis of policy) และกลุ่มที่สอง ได้แก่ นโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีแนวโน้มจะขยายไปสู่ระดับชาติ (Analysis for policy)

2. ความจำเป็นในการแบ่งกระบวนการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพ เป็นระดับหน่วยงาน และระดับเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

ข้อเสนอ: เพื่อลดความสับสน และเป็นการทดสอบกระบวนการในช่วงปีแรก ควรดำเนินการเฉพาะระดับเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

3. เจ้าภาพและแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการขับเคลื่อนกลไก

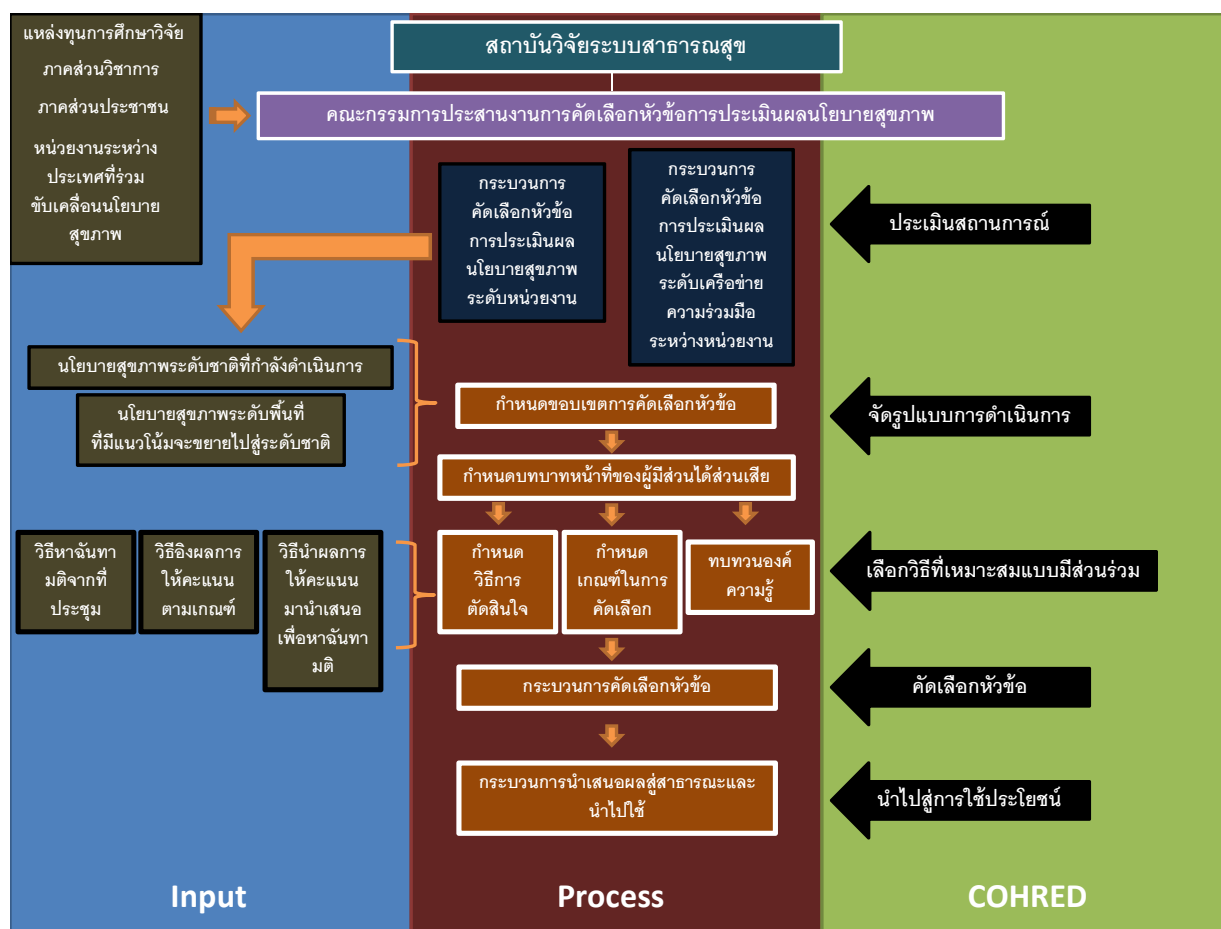
ข้อเสนอ: จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขควรเป็นเจ้าภาพ เพื่อสร้างกลไกประสานงานเพื่อให้เกิดการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพ โดยอาจต่อยอดจากคณะกรรมการชุดปัจจุบัน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อวางแผนขับเคลื่อนกระบวนการในระยะแรก สำหรับในระยะยาว อาจทำการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เข้าร่วมกระบวนการได้

4. ความถี่ของการจัดกระบวนการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพ การประเมินผล และแนวทางการนำผลผลิตจากไปใช้ในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอ: หากปีแรกมีการดำเนินการลุล่วง ควรวางแผนดำเนินการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยจัดกระบวนการให้เหมาะสมกับวงจรงบประมาณของประเทศและของหน่วยงานที่จะนำผลผลิตไปใช้ นอกจากนี้อาจพิจารณาตั้งคณะกรรมการติดตาม ประเมินผล การนำผลผลิตที่ได้จากการคัดเลือกไปใช้

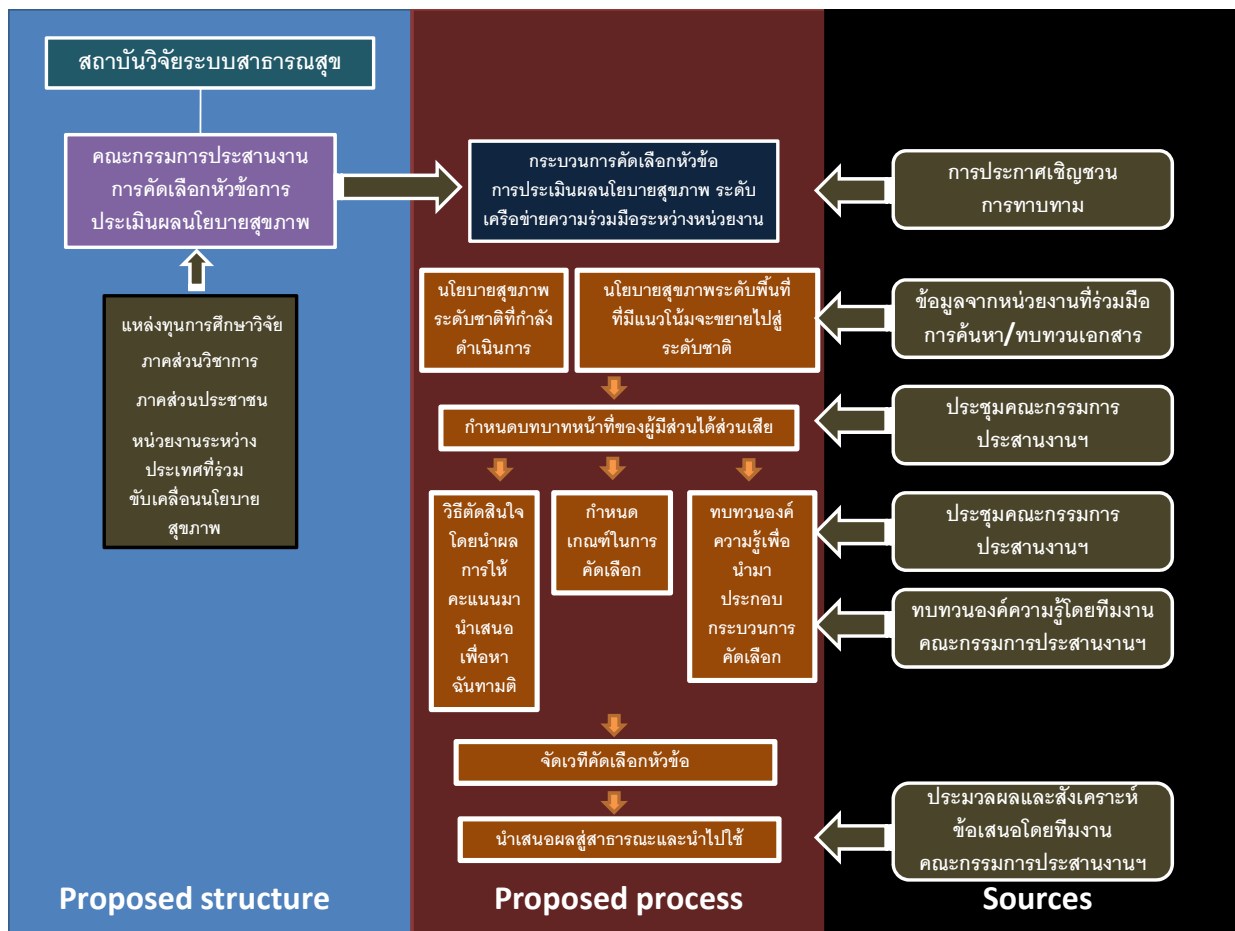
จากที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปกลไกการดำเนินงานพร้อมทางเลือกให้พิจารณาได้ดังรูปที่ 1 โดยประยุกต์ใช้

หลักการจัดกระบวนการของ COHRED



รูปที่ 1: รูปภาพแสดงปัจจัยนำเข้า กระบวนการ พร้อมทางเลือกในการปฏิบัติตามหลักการจัดการของ COHRED

อย่างไรก็ตาม จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในหน่วยงานของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยนโยบายสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำมานำเสนอกลไกการดำเนินงานได้ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2: รูปภาพแสดงข้อเสนอเชิงโครงสร้าง กระบวนการดำเนินงาน และกิจกรรมเพื่อพัฒนากลไกการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพระดับชาติ

สรุปข้อเสนอเพื่อดำเนินการ

1. ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้นำในการพัฒนากลไกการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพระดับชาติ
2. จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยมีองค์ประกอบจากตัวแทนของแหล่งทุนการศึกษาวิจัย ภาควิชาการ ภาคประชาชน และหน่วยงานระหว่างประเทศที่ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ จำนวนประมาณ 12-15 คน
3. ให้คณะกรรมการประสานงานฯ ได้วางกระบวนการคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยมีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้
 - ก. ประกาศเชิญชวน และดำเนินการทบทวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสุขภาพเพื่อร่วมกระบวนการ

ข. ดำเนินการสืบค้นข้อมูล ทบทวนเอกสาร และขอข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวกับประเด็นนโยบายสุขภาพระดับชาติที่กำลังดำเนินการ และนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ ที่มีแนวโน้มจะขยายไปสู่ระดับชาติ

ค. จัดประชุมคณะกรรมการประสานงานฯ หลังจากดำเนินการรวบรวมประเด็นนโยบายสุขภาพเรียบร้อยแล้ว เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนโยบายสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อกำหนดบทบาทในกระบวนการคัดเลือก นอกจากนี้ให้ร่วมกันกำหนดเกณฑ์ที่จะใช้ในการจัดเรียงลำดับความสำคัญของนโยบายสุขภาพ วิธีการให้คะแนน และการนำเสนอเพื่อหาฉันทามติ

ง. มอบหมายให้ทีมงานของคณะกรรมการประสานงานฯ หรือว่าจ้างทีมงานวิชาการภายนอก เพื่อทบทวนข้อมูลวิชาการ/องค์ความรู้ที่จำเป็น โดยเน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ที่จะใช้ในการจัดเรียงลำดับความสำคัญของนโยบายสุขภาพ

จ. จัดเวทีคัดเลือกหัวข้อการประเมินผลนโยบายสุขภาพระดับชาติ โดยเริ่มด้วยการนำเสนอนโยบายสุขภาพแต่ละประเด็น พร้อมข้อมูลประกอบที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการคัดเลือกหัวข้อได้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และทำการนำเสนอผลการลงคะแนน ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาอีกครั้งเพื่อหาฉันทามติ

ฉ. ประชุมคณะกรรมการประสานงานฯ เพื่อประมวลผลการประชุมที่ได้จากเวทีคัดเลือกฯ และนำเสนอต่อสาธารณะ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ พร้อมวางแผนการติดตาม กำกับ ประเมินผล ทั้งกระบวนการคัดเลือกที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และการนำผลผลิตที่เกิดขึ้นไปใช้ประโยชน์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ร่างรายชื่อคณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกนโยบายสุขภาพเพื่อการติดตามประเมินผล

1. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
3. ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร
4. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
5. เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
6. เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
7. ผู้อำนวยการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. ผู้แทนเครือข่ายสถาบัน สถาบันภาคี เครือข่ายวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
9. ผู้แทนภาคประชาสังคม
10. ผู้แทนจากแต่ละกรมของกระทรวงสาธารณสุข
11. นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย

...ท่ามกลางความไม่แน่ใจว่าเราจะเลือกเดินทางไหนดี...

ภายนอกประเทศมีการช่วงชิงความได้เปรียบในการแข่งขันตามแนวคิด Red Ocean Strategy คงไม่เป็นการดีนัก หากหนทางดังกล่าวจะนำไปสู่การประหัตประหารเพื่อให้มีผู้รอดเพียงหนึ่งเดียว

...เฉกเช่นเดียวกับบริบทภายในประเทศ...

สถานการณ์ที่แต่ละหน่วยงานล้วนมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการตามพันธกิจที่ตนเห็นว่าสำคัญ ย่อมเป็นไปได้ยากหากจะมีใครสักคนดำเนินการรวบรวมการตัดสินใจว่าเรื่องใดสำคัญหรือไม่สำคัญ

...ดังนั้น กลไกที่น่าจะเหมาะสมที่สุดในการช่วยให้ทุกคนนำไปใช้ตัดสินใจลงทุนทรัพยากร เพื่อทำการกำกับ ติดตาม ประเมินผลนโยบายสุขภาพให้ได้ประโยชน์สูงสุดนั้น ก็น่าจะเป็น กลไกที่เอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้หลักการของ

Deliberative Democracy และ Community-based Participation นั่นเอง...