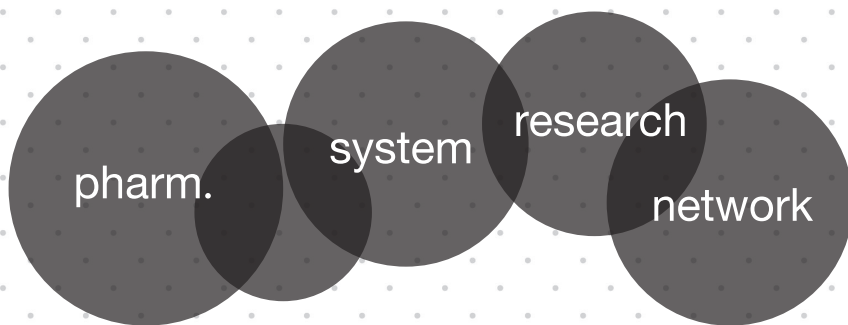




สู่วิสัยทัศน์

การวิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

“สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

วันที่ 29-30 สิงหาคม 2554 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย |
| 2. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 3. ญ.พรพิศ ศิลขวุธ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 4. รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. รศ.ดร.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 7. ผศ.ดร.ศิริตรี สุทธจิตต์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 8. ผศ.ดร.ชนิตา พลอยล้อมแสง | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 9. ผศ.ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 10. อาจารย์กาญจนา ภูมาศ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 11. ดร.ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 12. ญ.ขวัญสุดา ขาติโสม | นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 13. ญ.รสรินทร์ สรวมศิริ | นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 14. นางสาวรัฐติมา นวชินกุล | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 15. นางธนภร ชัยจิต | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |

ศูนย์พัฒนาระบบยาประเทศไทย ปี 2560

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ 978-974-299-169-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2554 จำนวน 1,000 เล่ม

ศิลปกรรม บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด

จัดทำโดย แผนงานวิจัยพัฒนาระบบยา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

ข.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201-2 www.hsri.or.th

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่

คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาจุดประกายความคิด และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ที่ทำให้แผนงานวิจัยพัฒนาระบบยาได้จัดการประชุมในครั้งนี้อีกครั้ง ขอขอบคุณ รศ.ดร.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ ผู้จัดการแผนงานวิจัยการเข้าถึงยา รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ ผู้จัดการแผนงานวิจัยการใช้ยาอย่างเหมาะสม รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ อ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ ผศ.ดร.ศิริตรี สุทธจิตต์ ผศ.ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ และทีมเครือข่ายวิจัยระบบยาทุกๆ ท่าน ที่กรุณาสละเวลาและทุ่มเทแรงกาย แรงใจตั้งแต่ การเตรียมการและจัดการประชุมครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมวิทยากร Facilitator, Resource persons ที่ให้ความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้เข้าร่วมประชุม ขอขอบคุณทีมสื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม ที่ได้ทุ่มเทพลัง สร้างสรรค์ เผยแพร่สื่อสาร ข่าวสารการประชุม ต่อสาธารณะ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ที่ทุ่มเทความรู้ความสามารถ ส่งผลให้การประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีเลิศเกินความคาดหมาย และสุดท้ายขอขอบคุณทีมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้จัดการงานวิจัย ผู้ประสานงานวิชาการ หน่วยสนับสนุน และหน่วยสื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม ที่ได้เสียสละและทุ่มเทแรงกายแรงใจช่วยให้การประชุมครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างดี

คณะผู้จัดทำ
เครือข่ายวิจัยระบบยา
กันยายน 2554



สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	3
คำนำ	6
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	8
Executive summary	10
คำกล่าวเปิดการประชุม โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	12
บทที่ 1 เส้นทางกลยุทธ์ชาวมิน: มุมมองการผลักดันนโยบายด้านยา	15
บทที่ 2 ประสบการณ์จริงการทำงานเครือข่ายวิจัยระบบยาแห่งชาติ	39
บทที่ 3 ระบบการเงินการคลัง งานบริการสุขภาพและระบบยาแห่งชาติ	47
บทที่ 4 เปิดโลกทัศน์วิจัยระบบยา : จากสังเวียนวิชาการ สู่นโยบายสาธารณะ	65
บทที่ 5 ระดมสมอง “สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”	79
บทที่ 6 ก้าวสู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560	81
แถลงข่าว “สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทยปี 2560”	99
ยุทธศาสตร์เครือข่ายวิจัยระบบยา	105
ภาคผนวก	111

คำนำ

ยาเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และเป็นองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและสุขภาพประชาชนอย่างมาก หากระบบยาขาดการออกแบบอย่างเหมาะสมและมีการจัดการที่ดี ระบบยาของประเทศไทยเริ่มสะท้อนให้เห็นปัญหา ผ่านค่าใช้จ่ายที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนจำนวนมากบริโภคยาเกินความจำเป็นและก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ขณะที่ประชาชนอีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถได้รับยาแม้จะมีความจำเป็นเพราะยามีราคาแพง ยาจำนวนหนึ่งในท้องตลาดยังมีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน เพราะกลไกควบคุมกำกับยังไม่เข้มแข็งพอ ฯลฯ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหา ระบบยาอย่างเป็นระบบมาอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการผ่านการสร้างความรู้และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ แต่ความซับซ้อนของระบบยา ทำให้กระบวนการสร้างความรู้ต้องการนักวิชาการสหสาขาที่สนใจและทำงานอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน สวรส. จึงได้ผลักดันให้มีการรวมกลุ่มของนักวิชาการที่สนใจ เพื่อจัดตั้งเป็นเครือข่ายวิจัยระบบยาขึ้น โดยมีการประชุมหารือกันครั้งแรกในเดือนสิงหาคม 2552 เพื่อกำหนดประเด็นวิจัยที่สำคัญและพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกัน หลังจากนั้น สวรส. ได้สนับสนุนนักวิชาการที่สนใจทำงานวิจัยในประเด็นดังกล่าว โดยประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายซึ่งจะเป็นผู้ใช้ผลงานวิจัยดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ผลจากการเชื่อมโยงดังกล่าวทำให้นักวิชาการจำนวนหนึ่งได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการเชื่อมโยงความรู้สู่การพัฒนา นโยบาย และเข้าใจกระบวนการนโยบายมากยิ่งขึ้น

เพื่อให้เครือข่ายวิจัยระบบยา มีโอกาสเรียนรู้ประสบการณ์ของนักวิจัยที่ได้ร่วมงานวิจัย และผลักดันนโยบายในช่วงที่ผ่านมา สวรส. จึงได้จัดให้มีการประชุมเครือข่ายวิจัยระบบยา ครั้งที่ 2 ขึ้นในระหว่างวันที่ 29-30 สิงหาคม 2554 ซึ่งนอกจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาแล้ว ยังเป็นโอกาสที่จะได้ทบทวนวิสัยทัศน์และพันธกิจของเครือข่ายวิจัยระบบยาด้วย

เอกสารฉบับนี้ รวบรวมสาระสำคัญที่ได้จากการประชุมเครือข่ายวิจัยระบบยาครั้งที่ 2 ซึ่งมีทั้งคำบรรยายของผู้ทรงคุณวุฒิ การอภิปรายกลุ่มของวิทยากรจากภาคส่วนต่างๆ และสรุปผลการประชุมกลุ่มย่อย สวรส. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะมีส่วนช่วยเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ดังกล่าว พร้อมทั้งเป็นการสรุปบทเรียนการทำงานของเครือข่ายวิจัยระบบยาที่ผ่านมา บทเรียนที่จะทำให้จังหวะก้าวต่อไปของเครือข่ายเป็นไปอย่างเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กันยายน 2554

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การประชุมเครือข่ายวิจัยระบบยาครั้งที่ 2 ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29-30 สิงหาคม 2554 ณ โรงแรมสยามซิตี้ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณาจารย์เภสัชศาสตร์และแพทยศาสตร์ที่ทำงานวิจัยประยุกต์ด้านระบบสุขภาพ ร่วมกับ แพทย์ เภสัชกรผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการทำงานของเครือข่ายฯ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (after-action review, AAR) ซึ่งเริ่มจากแผนงานวิจัย 2 แผนงาน ได้แก่ แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคายา และแผนงานวิจัยระบบการจ่ายยาที่เหมาะสม และเพื่อสร้างกรอบการทำงานของเครือข่ายฯ

ที่ประชุมได้ทบทวนประสบการณ์การทำงานวิจัยร่วมกันของเครือข่ายฯ ซึ่งบทเรียนจากแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคายา โดยเฉพาะการวิจัยเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีศึกษาเกลือโคชามิน พบว่าหลักฐานทางวิชาการจากผลการวิจัยเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่ยั่งยืนได้

ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า การวิจัยของเครือข่ายฯ จะดำเนินการอย่างได้ผลหรือไม่ ขึ้นกับหลายมิติ การทำวิจัยโดยมุ่งเน้นที่ยาเพียงด้านเดียวอาจไม่สามารถแก้ปัญหาระบบสุขภาพโดยรวมได้ นักวิจัยต้องมองถึงการเชื่อมโยงระหว่างยากับองค์ประกอบของระบบสุขภาพในมิติอื่นๆ ให้ครบรอบด้าน ได้แก่ กำลังคน การเงินการคลัง สารสนเทศ ธรรมชาติ และบริการสุขภาพอื่นๆ และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทั้งในระยะสั้น (ความปลอดภัย คุณภาพ การเข้าถึง ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม) และระยะยาว (ภาวะสุขภาพ การตอบสนอง และความเสียหายทางการเงินการคลัง) รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

นักวิจัยเห็นว่า การทำงานในรูปแบบเครือข่ายวิจัยระบบยาให้สามารถเชื่อมโยงกับการวิจัยระบบสุขภาพมีคุณค่า สามารถเป็นเวที (platform) เชื่อมนักวิจัยกับผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย ทำให้แผนการวิจัยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะนำผลงานไปเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติ (Knowledge Translation to policy and practice)

ที่ประชุมเห็นชอบ นำไปสู่วิสัยทัศน์ของเครือข่ายวิจัยระบบยา คือ “พัฒนาระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน” ที่เน้นการทำงานของเครือข่ายฯ บนหลักการ PPPPO ได้แก่

Purpose: เน้นการพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยระบบยา พัฒนางานวิจัยที่ตอบโจทย์ระบบยาโดยมุ่งผลงานวิจัยเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ

Principle: เรียนรู้จากการทำวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาประเทศ และแบ่งปันความรู้และประสบการณ์

Process: มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

Organization: เป็นเครือข่ายเปิด และพิจารณาประโยชน์ทับซ้อน มีรูปแบบไม่เป็นการ พร้อมระดมทุกสาขาวิชาชีพมาร่วมทำงานเพื่อประโยชน์ของประเทศ

Executive Summary

Pharmaceutical System Research Network (PSRN) of Thailand

With the support of Health Systems Research Institute (HSRI), the 2nd workshop of Pharmaceutical System Research Network (PSRN) of Thailand was held on 29-30 August 2011. Researchers from schools of pharmacy, pharmacy practitioners, and experts in health systems research conducted an after-action review (AAR) of achievements and lesson-learned of research program activities during the past two years (2010-2011), as well as developed a framework for the Network of pursuing future research activities and capacity building. There are two research priority programs since the beginning of PSRN in August 2009 i.e., access to medicines and quality use of medicines.

Researchers in the Network have shared experience from medicines access research program especially the cost-containment project for the Civil Servant Medical Benefit Scheme using the issue of glucosamine as a case study. The meeting participants have learned that only evidence from academic research is insufficient to sustain the policy change. There are a number of other dimensions that affecting and influencing policy formulation.

The expert participants pointed out that doing research by touching only upon pharmaceutical products would not be the good practice of pharmaceutical system research. To fulfill the system view, the PSRN needs to link the medical

component in pharmaceutical research to other five building blocks of health systems, including workforces, financing, information, governance, and service deliveries with the health systems goals of both intermediate-term (i.e., safety, quality, access, efficiency and equity) and long-term (i.e., improved health, responsiveness and financial risk protection).

Personal reflection from the researchers revealed the value-added of PSRN as the platform between researchers and users of the research in changing health policy and practice. This meeting has led to the PSRN's vision that "Wisdom-based drug system towards sustainable health coverage". The meeting has reached a consensus on the Network's establishment and future strategies under the "PPPO concept" as follows:

Purpose: To build up capacity for doing pharmaceutical research for the development of health system.

Principle: To share experience and knowledge gained from doing the research.

Process: To have the Network as the platform.

Organization: To open the window for researchers and practitioners through the loose and flexible Network structure.

จุดประกายความคาดหวัง ต่อเครือข่ายวิจัยระบบยาแห่งชาติ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางวิจัยและพัฒนา ระบบยาของไทย

มีตัวอย่างพลังของเครือข่ายหลายรูปแบบ ซึ่งทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เข้าถึงได้ง่ายขึ้น มีความครอบคลุมในบริการมากขึ้น เช่น การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายของสหสาขาวิชาชีพในทีมสืบสวนสอบสวน (จากรายการโทรทัศน์ NCSI (หน่วยสืบสวนของ ราชนาวิสหรัฐ) และ Hawaii 50 ทางเคเบิลทีวีช่อง AXN เครือข่ายของบัตรเครดิตที่ทั่วโลก เครือข่ายในโลกออนไลน์เช่น e-mail และ Google ซึ่งทำให้สามารถค้นข้อมูลเกือบทุกเรื่อง ทั่วโลกได้ในเวลาอันรวดเร็ว เครือข่าย Star Alliance ทำงานร่วมกันเพื่อขยายการบริการให้ เข้าถึงสถานที่และกลุ่มคนต่าง ๆ มากขึ้น พร้อมกับลดต้นทุน ทั้งนี้ การจะทำงานเป็นเครือข่ายให้ สำเร็จได้ ต้องมีหลักการ “PPPO” ที่ชัดเจน

Purpose มีวัตถุประสงค์ร่วมกันที่ชัดเจน โดยทุกภาคีเห็นพ้องต้องกันว่าการทำงาน เป็นเครือข่ายนี้เพื่อสิ่งใด เช่น การทำงานเครือข่ายวิจัยระบบยาเพื่อพัฒนาระบบยาที่ดี สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

Principle มีหลักการการทำงานร่วมกัน มีจิตวิญญาณร่วม และตระหนักถึงประโยชน์ สำหรับทุกคน โดยเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันและแบ่งปันกันแบบกัลยาณมิตร

Process เห็นชอบร่วมกันกับกระบวนการทำงานของเครือข่าย เพื่อให้ทุกคนใน เครือข่ายมีความเข้าใจตรงกัน

Organization ให้มีการตกลงโครงสร้างการทำงานของเครือข่ายร่วมกันโดยมี ความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์

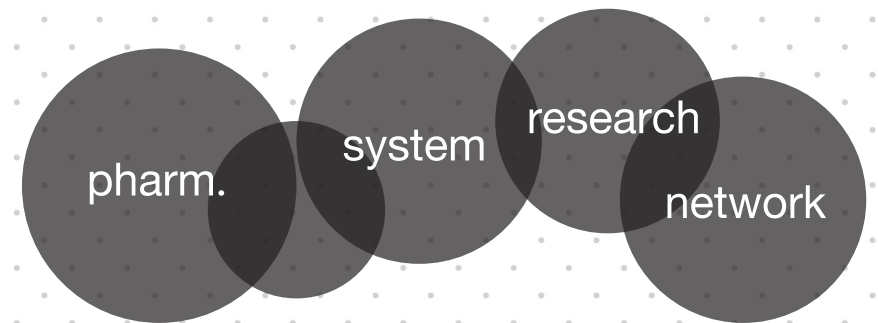
เครือข่ายการวิจัยเป็นส่วนที่สร้างความรู้ขึ้นมา เพื่อส่งต่อให้เกิดการขับเคลื่อนผลักดันเชิง นโยบาย ซึ่งเครือข่ายฯ อาจขับเคลื่อนเองด้วยก็ได้ มีได้หลายรูปแบบ โดยตัวเชื่อมของ ความรู้กับการขับเคลื่อน อาจเป็น node อื่นก็ได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องอาศัยการทำงาน ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งศึกษาปัญหาการ โฆษณาทางวิทยุชุมชน และเสนอวาระเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วท้ายที่สุดพบว่า ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอต่อการผลักดันให้เกิดนโยบาย ที่ประชุมจึงให้ศึกษาวิจัยเพิ่มเติม และมอบหมายให้สวรส. (ซึ่งเป็นอีก node) ขับเคลื่อนต่อ เป็นต้น

ในการขับเคลื่อนทางนโยบาย หากรอให้มีความรู้ชัดเจนแล้วค่อยขับเคลื่อน อาจจะเป็น ไปไม่ได้ ดังนั้น หากพบว่าความรู้ยังไม่เพียงพอ อย่าเสียกำลังใจ สามารถให้หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องช่วยขับเคลื่อนต่อ พร้อมกับการสร้างคนรุ่นใหม่ที่สามารถมาช่วยทำงานต่อได้

นอกจากนี้ การทำงานเครือข่ายต้องอาศัยหลักอุปถัมภ์ธรรม คือ มีการเริ่มและเลิก ประชุมพร้อมเพรียงกัน ทำงานร่วมกัน ตกลงกันอย่างไรแล้วก็ต้องทำเช่นนั้น มีความเคารพ ผู้อาวุโสซึ่งมีประสบการณ์มากมาย มีความเคารพประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมจึงมีความสำคัญ

ท้ายสุดนี้ ขอให้การทำงานของเครือข่ายประสบความสำเร็จ





บทที่ 1

เส้นทางกลูโคซามีน : มุมมองการพลักดันนโยบายด้านยา

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

ศ.นพ.วิชณุ ธรรมลิขิตกุล

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คุณสายศิริ ด้านวัณณะ

ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข



บทเรียนกลุ่มโคชามิน : การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 20 ต่อปี นายกรัฐมนตรีจึงสั่งการให้กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลางต้องมีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายดังกล่าว ซึ่งได้มีกลุ่มนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น มาทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้น กว่าร้อยละ 83 เกิดจากค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เริ่มสูงขึ้นมากกว่าค่ายารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

กระบวนการทำงาน

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการให้ควบคุมค่าใช้จ่ายยาที่มีราคาสูง 9 กลุ่ม จึงได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาข้อเสนอในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านจ่ายยา โดยมี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานคณะทำงาน ซึ่งมีลำดับเหตุการณ์ดังต่อไปนี้

- ๐ ขอความร่วมมือในการส่งข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 34 แห่ง และส่งข้อมูลสะท้อนกลับของมูลค่าและสัดส่วนการใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย 9 กลุ่ม ซึ่งเมื่อนำข้อมูลด้านราคายาดังกล่าวไปเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี 2552 แล้ว พบว่า



โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีมูลค่าการใช้ยาที่ลดลง ซึ่งนับเป็นปีแรกตั้งแต่ปี 2543 ที่อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกสูงขึ้นไม่เกินร้อยละ 10 จากเดิมที่เคยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 47-51 ต่อปี

○ คณะทำงานได้เลือกกลูโคซามีนเป็นตัวแรก ในการดำเนินการควบคุมการใช้ เนื่องจากมองเห็นว่าเป็นยาที่มีรายงานชัดเจนถึงความไม่คุ้มค่า เป็นยาใช้เพื่อประคับประคองอาการ หากไม่ใช้จะไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงและไม่ทำให้เกิดการเสียชีวิต รวมทั้งประเทศพัฒนาแล้วอื่น ๆ ที่มีรายได้สูง (เช่น แคนาดา ญี่ปุ่น สิงคโปร์ สวีเดน) ก็ไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายกลูโคซามีนในระบบหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้กระบวนการเตรียมระบบบริหารการเบิกจ่าย ก็ไม่น่าจะมีความยุ่งยาก

- กระบวนการทำงานคณะทำงานวิชาการ มีดังนี้
 - แต่งตั้งคณะทำงานชุดย่อย ทำหน้าที่ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ
 - พิจารณาข้อมูลที่คณะทำงานชุดย่อยสรุปผล
 - ส่งผลการทบทวนและมติ ให้ราชวิทยาลัย สมาคม มูลนิธิ กลุ่มบริษัทฯ เพื่อให้ได้แย้ง และส่งหลักฐานทางวิชาการเพิ่มเติม
 - พิจารณาข้อโต้แย้ง/เอกสารวิชาการเพิ่มเติม ว่าสามารถลบล้างข้อสรุปเดิมได้หรือไม่ ซึ่งคณะทำงานพบว่า สิ่งที่ได้รับการทักท้วงมักไม่ใช่ข้อมูลใหม่ แต่เป็นประเด็นจากการที่ผู้ทักท้วงตัดเพียงบางส่วนของเนื้อหาในเอกสารอ้างอิงไปใช้ จึงยังคงทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมติ
 - ส่งความเห็นไปยังคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และได้มีมติให้ห้ามเบิกจ่ายยากลูโคซามีน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554



ข้อค้นพบเรื่องประสิทธิภาพของยากลุ่ม SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drug for Osteoarthritis¹)

1. ผลการทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดข้อของยากลุ่ม SYSADOA ที่ทำในยุคหลัง ให้ผลลัพธ์การลดปวดได้ น้อยกว่า การทดลองที่ทำในยุคก่อน

2. ผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิก คือการปวดข้อและการติดกันของข้อ ไม่ได้ดีกว่า ยาหลอก โดยความแตกต่างทางสถิติที่มีความแตกต่างกันของผลการใช้ยา อาจไม่ได้หมายถึงเพียงการลดอาการปวดเท่านั้น แต่ต้องลดอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก โดยมีค่า pain score จาก visual analog scale (VAS) ลดลงมากกว่า 0.9

ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสาร BMJ (British Medical Journal post publication review meeting, Feb 14; 2011): ยอมรับว่าข้อสรุปของ Wandel และคณะ (BMJ, Sep 16; 2010) ที่สรุปว่าระบบประกันสุขภาพไม่ควรให้เบิกจ่ายยาในกลุ่มนี้นั้น เป็นการกล่าวที่เกินไปจากผลการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากในรายงานของ Wandel และคณะ ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน-ประสิทธิผลของยาในกลุ่มดังกล่าว แต่คณะผู้จัดทำไม่อาจปฏิเสธข้อค้นพบจากการศึกษาของ Wandel และคณะเรื่องประสิทธิผลของกลูโคซามีนได้

สำหรับประเทศไทย แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการที่แน่นหนา แต่ไม่สามารถทานแรงต้านจากหลายฝ่าย กรมบัญชีกลางจึงประกาศคืนสิทธิให้ข้าราชการตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2554



สิ่งที่ได้เรียนรู้

1. กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นยังจำกัด ขาดการเชื่อมโยงกับองค์กรหลักที่มีบทบาทด้านนั้นโดยตรง เช่น คณะอนุกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ราชวิทยาลัย ฯลฯ ทำให้เกิดแรงต้านออกมาในสื่อสาธารณะ เป็นระลอกอย่างต่อเนื่อง เช่น

- อย. (ประเด็นเรื่องประสิทธิภาพของยากับการอนุญาตขึ้นทะเบียนยา)
- รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (ประเด็นเรื่องผู้ใช้สิทธิมีความเดือดร้อน)

¹ ได้แก่ Glucosamine, Chondroitin

- แพทยสภา ราชวิทยาลัย สมาคมข้าราชการพลเรือน/ ข้าราชการบำนาญ
- 2. กลุ่มสนับสนุนมีจำกัด ขาดการสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆ ได้แก่
 - HITAP (ภายหลังได้ถอนตัวเนื่องจากไม่สนับสนุนการตัดสินใจของกรมบัญชีกลาง ที่ไม่ได้ใช้หลักฐานทางวิชาการ)
 - คณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - เครือข่ายวิจัยระบบยา
- 3. การสร้างความเข้าใจกับสาธารณะและผู้ใช้สิทธิที่ยังไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร มีความล่าช้าในเรื่องเอกสาร ทำให้พลาดโอกาสในการนำเสนอข่าวและการเสนอข้อเท็จจริง
- 4. ผลกระทบจากการเมือง



เหลียวหลังแลหน้า สำหรับการขับเคลื่อนต่อ

เหลียวหลัง

เกิดแรงต้านจากวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากอัตราและอำนาจหน้าที่ขององค์กรวิชาชีพถูกล่วงล้ำและถูกลดทอน

แลหน้าจะเดินต่อไปอย่างไร

1. พิจารณาข้อเสนอของกรมบัญชีกลาง เพื่อควบคุมการใช้ยาในกลุ่มอื่น
2. หาผู้สนับสนุน โดยมุ่งหวังการสนับสนุนจากคณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ
3. กำหนดแนวทางการใช้ยา โดยกลุ่มวิชาชีพและราชวิทยาลัย เพื่อการมีส่วนร่วมและมาตรฐานวิชาชีพ
4. คำนึงถึงความจริง คือ การปฏิรูปทุกอย่างเป็นการลดทอนอำนาจทางวิชาชีพ จึงต้องพิจารณาให้ดีถึงความเป็นไปได้ในการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ





กลุ่คชามึน : จากความรู้ สู่นโยบาย

ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล



การพิจารณาคุณสมบัติยาที่ใช้กำหนดนโยบาย สามารถพิจารณาใน 3 ระดับตามลำดับ
ได้แก่

1. ประโยชน์ของยา (efficacy & effectiveness)
2. ความคุ้มค่าของยา (efficiency)
3. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงยา (equity)

ทั้งนี้ การพิจารณาถึงคุณสมบัติของยาข้างต้น อาศัยวิธีการได้ 4 วิธี ได้แก่

- ความเชื่อ → ปัญหา คือ ความเชื่อของแต่ละคนมักไม่ตรงกัน
- ความเห็น → ปัญหา คือ ความเห็นของแต่ละคนมักไม่ตรงกัน
- ความจริง → ปัญหา คือ เราไม่รู้ว่าจะอะไรคือความจริง (fact)
- ความรู้ → ความรู้จึงมีความสำคัญต่อการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งการจะได้มาของ
ความรู้นั้น ต้องอาศัยการทำวิจัยที่มีคุณภาพสูง เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ใกล้เคียง
กับความจริงมากที่สุด





การวิจัยเพื่อประเมินประโยชน์ ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพของยา

การวิจัยมีสองรูปแบบใหญ่คือ Primary research และ Secondary research

1. Primary research

รูปแบบงานวิจัย (เรียงตามลำดับคุณภาพ) ได้แก่ Controlled trial, Cohort study, Case-control study, Cross sectional study และ Descriptive study

2. Secondary research

รูปแบบงานวิจัย ได้แก่ Research synthesis, Systematic review และ Meta-analysis

โดยระดับความถูกต้องของผลการวิจัย เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ Meta-analysis of RCTs, Randomized controlled trial (RCT), Non-randomized controlled trial, Cohort study, Case-control study, Cross-section study และ Descriptive study

การประเมินประโยชน์ของยา สามารถพิจารณาจากความถูกต้องของผลการวิจัย ซึ่ง
ผลการวิจัย = ความรู้ที่เป็นความจริง (fact) + ความคลาดเคลื่อน (error)

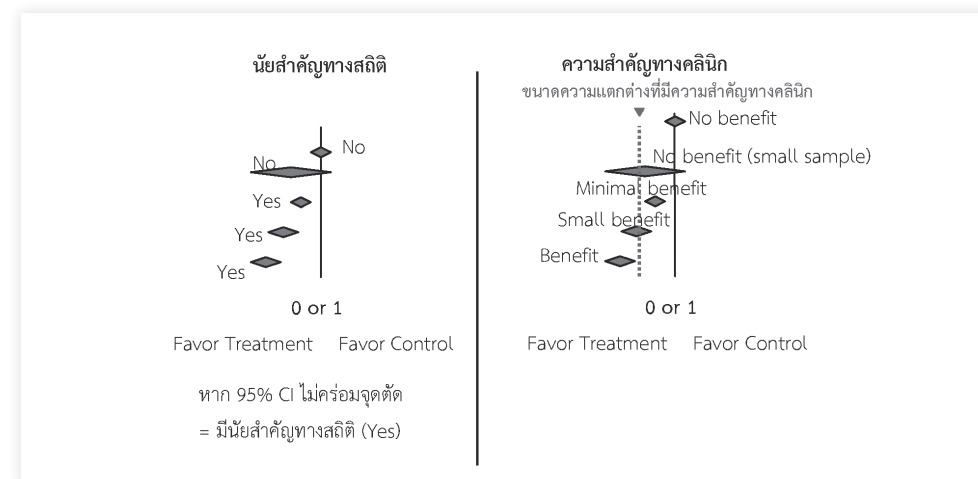
ความคลาดเคลื่อน เกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุ และมีวิธีการพิจารณาแตกต่างกัน ดังนี้

1. อคติ (bias หรือ systematic error) เช่น การแอบมองลูกบอลเมื่อสุ่มหยิบลูกบอล สามารถพิจารณาว่าผลการวิจัยมีอคติหรือไม่ได้จาก research methodology (การวางแผนการวิจัย และวิธีวิจัย)
2. ความบังเอิญ (random error) ผลการวิจัยจะมี random error มากหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการทางสถิติในงานวิจัย (สถิติใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล)

การแปลผลผลการวิจัย จะใช้การแปลผลของนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance)

โดยพิจารณาจากค่า p-value และ 95% Confidence Interval (95% CI)

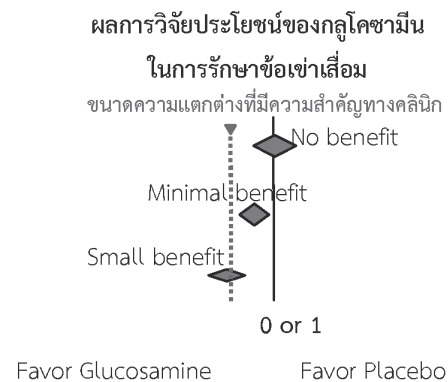
- o 95% CI หมายความว่า หากทำการวิจัยซ้ำ 100 ครั้ง ผลการวิจัย (X) 95 ครั้งที่ได้จะแปรผันอยู่ในช่วงค่าดังกล่าว $\overline{\text{Y} \quad \text{X} \quad \text{Z}}$
- o การแสดงค่า 95% CI ของ Primary study
- o 95% CI ของ Secondary study
- o การแปลผล 95% CI เพื่อพิจารณานัยสำคัญทางสถิติ และนัยสำคัญทางคลินิก



งานวิจัยประโยชน์ของกลูโคซามีนในข้อเข่าเสื่อม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของกลูโคซามีนในข้อเข่าเสื่อม มีงานวิจัยแบบ Primary study (RCTs) จำนวนมาก ที่เปรียบเทียบประโยชน์ของยากลูโคซามีนกับยาหลอก ซึ่งแต่ละงานวิจัยมีคุณภาพแตกต่างกันมาก มีผลทั้งที่พบว่ากลูโคซามีนไม่มีประโยชน์ มีประโยชน์น้อยมาก และมีประโยชน์มาก ส่วนงานวิจัยจาก Secondary study (คือ Meta-analysis of RCTs) พบว่างานวิจัยจำนวนมาก ซึ่งคุณภาพของงานแตกต่างกัน โดยเมื่อเทียบกับยาหลอก หลักฐานจากการวิจัยคุณภาพสูง พบว่ากลูโคซามีนไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยมากในการรักษาข้อเสื่อม





ความเป็นธรรมในการเข้าถึงยา (Equity)

ในภาพรวมแล้ว หลักฐานทางวิชาการพบว่ากลูโคซามีนไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยมาก และไม่คุ้มค่าในการใช้รักษาข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย ดังนั้น เมื่อสองประเด็นข้างต้นไม่ผ่าน จึงไม่จำเป็นต้องพิจารณาต่อถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงยาดังกล่าว

จึงสรุปได้ว่าเมื่อนำยาตัวใดไปกำหนดเป็นนโยบาย จำเป็นต้องใช้ “ความรู้” ที่มี “คุณภาพ” มาใช้ประกอบการตัดสินใจควบคู่กันไป

ความคุ้มค่าของยา (Efficiency)

การประเมินความคุ้มค่าของยา พิจารณาจากค่าใช้จ่ายของยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ต้องใช้เปรียบเทียบกับผลดีของการรักษาด้วยยา ซึ่งมีได้หลายรูปแบบ เช่น Cost-effectiveness, Cost-benefit และ Cost-utility

ในกรณีของความคุ้มค่าของกลูโคซามีนสำหรับการรักษาข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลักฐานจากงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงแสดงว่ากลูโคซามีนไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยมากในการรักษา การพิจารณาถึงความคุ้มค่าของยาจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งการวิเคราะห์ความคุ้มค่าเบื้องต้น พบว่า 1 Quality-adjusted life year (QALY) gain ที่จะได้จากกลูโคซามีน = 1 ล้านบาท (0.7-2 ล้านบาท) ซึ่งสำหรับประเทศไทย การพิจารณาความคุ้มค่าอยู่ที่ไม่เกิน 1% ของ GDP (ประมาณ 1 ล้านบาท) ในกรณีนี้การใช้กลูโคซามีนเพื่อการรักษาข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย จึงไม่มีความคุ้มค่า



บทเรียนจากการพลัดดัน นโยบายกลุ่ชามิน

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

จากการขับเคลื่อนนโยบายกลุ่ชามิน มีบทเรียนเกิดขึ้นหลายข้อสำหรับการดำเนินงานต่อไปในอนาคต ได้แก่

1. ไม่มีอะไรที่ชัดเจน แม้ในหลักการทางวิชาการจะมีความถูกต้อง และเป็นประโยชน์ต่อบ้านเมือง แต่ก็ไม่มีอะไรที่ถูกต้องทั้งหมด (absolute right) หรือผิดทั้งหมด (wrong) ยังมีประเด็นที่ต้องโต้แย้งต่อและต้องพึงระลึกไว้เสมอ

2. รูปแบบของผลประโยชน์ มีหลายรูปแบบและหลายกลุ่ม มีการเคลื่อนไหวทั้งในรูปแบบของการออกมาโดยตรง (เจ้าของผลิตภัณฑ์) ผ่านผู้แทน (ผู้ให้บริการทางการแพทย์) หรือผ่านตัวประกัน (ผู้ป่วย) ซึ่งล้วนก่อให้เกิดการผลสู่นักการเมืองที่เป็นผู้วางนโยบายและสั่งสะเทือนสังคม

3. ยุทธศาสตร์ที่ใช้ ในการดำเนินการระยะแรกยังมีความประมาท เนื่องด้วยความมั่นใจว่ามีข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่แน่นหนา แต่ในความเป็นจริงแล้ว สังคมไทยมากด้วยโมตรและมีสายสัมพันธ์แน่นหนา ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงมาจากการที่เราเลี้ยงไข้และลูกจระเข้ไว้ ปล่อยให้ลูกจระเข้โต หวังว่าจะไปจัดการตอนโต แต่จริงๆ แล้วการจัดการเมื่อลูกจระเข้กลายเป็นชาละวันนั้นทำได้ยาก ยุทธศาสตร์ที่ใช้จึงควรเป็นการควบคุมกำกับตั้งแต่ต้นน้ำ เหมือนการดักไข่จระเข้ตั้งแต่ต้นบ่อ ต้องทำให้รู้หรือตระเกรงที่บ่อไม่ใหญ่เกินไป



4. การให้ข่าว เป็นการให้ข่าวที่อาจมีการกล่าวหาว่าอีกฝ่ายมีผลประโยชน์แอบแฝง จึงเกิดการต่อต้านทุกชนิด เป็นบทเรียนว่าการผลักดันนโยบาย เป็นเรื่องการให้ความรู้และข้อเสนอที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในการควบคุมการใช้จ่ายต่างๆ จะต้องคำนึงถึงผู้ได้รับประโยชน์ และการสื่อสารสาธารณะด้วย โดยในการสื่อสารนั้นจะต้องแปลความจากภาษาวิชาการให้เป็นภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณะ ซึ่งในการสื่อสารกับสาธารณะ ต้องแปลให้เป็นภาษาไทยที่ชาวบ้านเข้าใจได้ง่าย (เช่น คำว่านัยสำคัญทางสถิติ นัยสำคัญทางคลินิก จะแปลอย่างไรให้ชัดเจน เป็นที่เข้าใจ) เพราะมีเรื่องของ legal liability ด้วย โดยอาจต้องให้มีการแปลกลับว่าสิ่งที่สื่อออกไปนั้น เป็นที่เข้าใจถูกต้องตามต้องการหรือไม่

5. การทำงานเป็นทีมมีข้อมูลและมียุทธศาสตร์ ในระยะแรกคณะทำงานขับเคลื่อนด้วยอัตราและอารมณ์ ซึ่งเป็นมิจกาทิฐิจึงก่อให้เกิดความผิดพลาด ในครั้งต่อไปคณะทำงานจึงต้องเอาเป้าหมายเป็นตัวตั้ง มีการสืบค้นข้อมูลอย่างดี และมีผู้ดูแลเพื่อให้การขับเคลื่อนและการต่อรองได้ผล ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานด้วยการเผชิญหน้าให้กลายเป็นการทำงานร่วมกัน และเมื่อต้องสื่อสารกับสาธารณะ ควรมีการตกลงกันล่วงหน้าว่าใครจะพูดประเด็นใด เนื่องจากในปัจจุบัน ลูกค้าและผู้ควบคุมนโยบายได้รับประโยชน์และมีการสนับสนุนกันเป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีการสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง

เพื่อเป็นการยุติความขัดแย้งในเรื่องนี้ กรมบัญชีกลาง ได้เปิดช่องให้ผู้เกี่ยวข้องมีทางเลือกสำหรับการใช้กลไกความมั่นคงในการรักษาข้อเช่าเสื่อม โดยใช้ได้ในกรณีที่รักษาด้วยยาหลักอื่นอย่างเต็มที่แล้วไม่ได้ผล และเป็นการสั่งใช้โดยผู้เชี่ยวชาญทางข้อกระดูกและกายภาพบำบัดเท่านั้น มีระยะเวลาสั่งใช้และประเมินผลทุก 3 เดือน หากผลการรักษาดีก็อาจใช้ต่อไปได้ โดยกำหนดระยะเวลาไม่เกินหนึ่งปี ซึ่งในความเป็นจริง การบังคับไม่ให้แพทย์สั่งจ่ายยาตัวใดโดยเฉพาะนั้น อาจจะเป็นไปได้ยาก เนื่องด้วยตามกฎหมายแล้วแพทย์ทุกคนสามารถรักษาผู้ป่วยได้ทุกประเภท จึงควรอาศัยความร่วมมือร่วมใจของแพทย์ ในการลดการจ่ายยาที่ไม่จำเป็นให้กับผู้ป่วย

นอกจากนี้ การนำข้อมูลผลการศึกษาจากแหล่งอื่นมาใช้ อาจทำให้เกิดข้อโต้แย้งขึ้นมาได้ เช่น เรื่องประสิทธิภาพของยาต่อความแตกต่างทางชาติพันธุ์ (Ethnic difference) ในระยะต่อไปคณะทำงานจึงอาจต้องทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลในประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดมีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจนเมื่อจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในการอ้างอิง

วารสาร Newsweek กล่าวว่า คำพูดที่ช่วยชีวิต คือคำว่า “ไม่” หรือ “No” เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ใช้เทคโนโลยีมากเกินไปจนความจำเป็นและอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยขึ้นได้ ดังนั้นการปฏิเสธต่อการรักษาบางประเภทจึงอาจเป็นคำพูดช่วยชีวิต

โดยสรุป เราควรช่วยกันสร้างสังคมที่อุดมด้วยความรู้ ใช้หลักฐานทางวิชาการในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดระบบยาที่มีการคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และเกิดความคุ้มค่าให้กับระบบโดยรวม



เป็นข่าวอย่างไร ให้เป็นต่อ

คุณสายศิริ ด้านวัฒนธรรม



การผลักดันนโยบาย (advocacy) ให้เกิดความสำเร็จนั้น เกิดจากองค์ประกอบหลายส่วน ได้แก่ หลักฐานข้อมูล (Evidence) ภาควิชาเครือข่าย (Alliance) การสื่อสาร (Communication) และปัจจัยอื่นๆ

จากการวิเคราะห์ข่าวหนังสือพิมพ์ เรื่องการขับเคลื่อนเรื่องกลูโคซามีน เป็นระยะเวลานาน 6 เดือน ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2554-25 มิถุนายน 2554 มีข่าวที่เกี่ยวข้องกับนโยบายยากลูโคซามีน ได้ทั้งสิ้นจำนวน 62 ชิ้น ซึ่งสามารถสรุปการนำเสนอข่าวเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

ความถี่ และพื้นที่ข่าว ประเด็นกลูโคซามีนได้พื้นที่ข่าวเป็น Column inch มากพอควร เนื่องจากประเด็นเรื่องยาเป็นประเด็นที่มีผลต่อชีวิตคน

ประเภทหนังสือพิมพ์ ข่าวจากผู้กำหนดนโยบายภาครัฐ ได้ลงในหนังสือพิมพ์ประเภทที่มีการวิเคราะห์ข่าวในเชิงลึก แต่มีกลุ่มผู้อ่านน้อยกว่า ในขณะที่ข่าวจากผู้คัดค้าน สามารถเข้าถึงประชาชนได้มากกว่า เนื่องจากลงในตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ที่มีผู้อ่านมากกว่า ได้แก่ ไทยรัฐ เดลินิวส์ และข่าวสด



มูลค่าของข่าว (PR value) เมื่อเทียบกับการซื้อพื้นที่เพื่อโฆษณา (PR value = Advertisement value x 3) ผู้กำหนดนโยบายได้ PR value มากกว่าฝ่ายตรงข้ามเล็กน้อย

ผู้ให้ข่าว (Speaker) พบว่า ฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย มีผู้ให้ข่าวที่หลากหลายน้อยกว่า (มีจำนวนข่าว 26 ข่าว แต่เป็นคนให้ข่าวคนเดิม ซ้ำกว่า 22 ครั้ง) ในขณะที่ฝ่ายคัดค้าน มีผู้เข้ามาร่วมตอกย้ำในประเด็นเดียวกันหลายกลุ่ม (ผู้ให้ข่าวประมาณ 40 คน ได้แก่ ข้าราชการ ทหารผ่านศึก กลุ่มวิชาชีพ) เนื่องจากฝ่ายสื่ออยากได้ข้อมูลจากผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงมากกว่า ทำให้น้ำหนักในการนำเสนอข่าวของนักข่าว เกิดความเอนเอียงไปทางฝ่ายที่คัดค้าน

เนื้อหา (Message) ตัวแทนของกรมบัญชีกลางไม่ได้วางกลยุทธ์ในการพูดหรือลำดับเนื้อหา ทำให้การสื่อเนื้อหาออกไปมีความหลากหลาย ก่อให้เกิดความไม่พอใจและความรู้สึกต่อต้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อนักวิชาการมีการให้ข่าวว่ายากลูโคซามีนมีผลทำลายหลัก ยิ่งก่อให้เกิดการต่อต้านเพิ่มขึ้น จนกระทั่งในระยะหลังคณะทำงาน ได้เปลี่ยนเป็นให้ข่าวว่า “กลูโคซามีนมีผลไม่ชัดเจนและไม่คุ้มค่า” ในขณะที่ผู้ให้ข่าวทางฝ่ายคัดค้านเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบและมีการแสดงอารมณ์ไม่พอใจ ซึ่งทำให้นักข่าวให้ความสนใจมากกว่า (เช่น ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ผู้ป่วยที่รับราชการมานาน ให้ข่าวว่าตนถูกตัดสิทธิในการใช้ยา ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ)

ผลกระทบ (Outcome) หลังจากการขับเคลื่อนระยะหนึ่ง ก่อให้เกิดกระแสทางการเมืองขึ้น ทำให้กรมบัญชีกลางเริ่มใช้มาตรการแบบแบ่งรับแบ่งสู้ ซึ่งมีผลกระทบต่อนักขับเคลื่อนนโยบายที่ผลักดันเรื่องดังกล่าวในช่วงแรก รวมทั้งฝ่ายคัดค้านมีการให้ข่าวที่ลดความน่าเชื่อถือของนักวิชาการที่ออกมาขับเคลื่อน นับเป็นสถานการณ์วิกฤติ มีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อกอบกู้ศักดิ์ศรีทางวิชาการ โดยการออกมาแถลงข่าวของกลุ่มนักวิชาการ เพื่อยืนยันความหนักแน่นของคณะทำงานวิชาการ ซึ่งในฐานะผู้ทำงานด้านประชาสัมพันธ์ มองว่าเป็นการดีที่ตื่นขึ้นมาที่ดีของฝั่งนโยบาย

“Know-do” gap มีช่องว่างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อาจเป็นเพราะ ความไม่รู้ (I don’t know) ความไม่เข้าใจ (I don’t understand it) ความไม่ใส่ใจ (I don’t care about it, It is not beneficial to my agenda) และความไม่เอาด้วย (I don’t agree, I don’t like...) ซึ่งการแก้ปัญหาต้องอาศัยการสื่อสาร

บทบาทของสื่อ

- o To inform
- o To educate/ To knowledge
- o To persuade
- o To entertain

โดยสื่อมีบทบาทเป็นผู้ให้ทั้งข้อมูลและแรงบันดาลใจ

การผลักดันนโยบาย (Advocacy)

การผลักดันนโยบาย ได้กล่าวถึงแบบ Reformist approach advocacy ซึ่งกลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มที่จะเปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเป็นทางการ การใช้กระบวนการนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางวิชาการสูง ร่วมกับการแสดงให้ผู้กำหนดนโยบายยอมรับในประสิทธิภาพการปฏิบัติ และความเชี่ยวชาญของผู้ผลักดันหรือเสนอแนะนโยบาย ดังนั้น นักวิชาการควรมีการพูดคุยกับฝ่ายสื่อว่าจะกำหนดยุทธศาสตร์อย่างไรในการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย

คำศัพท์ : มีคำที่ใกล้เคียงแต่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ คำว่า Public relation (ประชาสัมพันธ์) และ Media advocacy (การสร้างพันธมิตรสื่อมวลชน)

- o ประชาสัมพันธ์ (Public Relation) เป็นสร้างการรับรู้ (awareness) และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสาธารณะ (public image)
- o การสร้างพันธมิตรสื่อมวลชน (Media advocacy) เป็นการให้สื่อมวลชนช่วยผลักดันนโยบาย สร้างกระแสหรือแรงสนับสนุนจากสาธารณะ ซึ่งการทำ Media advocacy อาจต้องพิจารณาให้ดี

ผู้ได้รับประโยชน์ (Stakeholders) เมื่อคิดเรื่องการผลักดันนโยบาย ต้องคิดว่ามีใครเป็นผู้สนับสนุน (Supporter) และใครเป็นผู้ต่อต้าน (Opponent) ใครเป็นคู่แข่ง ใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจสูงสุด ใครที่เลือกข้างแล้ว และใครที่ยังไม่ได้ตกลงใจเลือกข้าง และในอีกด้านหนึ่ง ต้องคำนึงถึงบริบทและความสัมพันธ์ของผู้มีอำนาจตัดสินใจ (Policy maker) ด้วย

เมื่อใดควรเริ่มให้ข่าวกับสื่อมวลชน

การให้ข่าวกับสื่อมวลชน ควรทำเมื่อปัญหาชัดเจน โดยให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ มีข้อเสนอโนบายที่ชัดเจน รู้ว่าใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจ โดยมีแนวร่วม (เช่น เชิญแพทย์เข้ามาให้ข้อมูล) มีขั้นตอนหรือแผนเชิงปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้ให้ข่าวต้องแน่ใจว่าสามารถตอบคำถามสื่อมวลชนได้อย่างชัดเจน ไตร่ตรองแล้วว่าไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่านี้ และมีแผนการรับมือกับการตอบโต้ของฝ่ายตรงข้าม อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริงอาจไม่มีเวลาสำหรับความพร้อมในทุกประเด็นข้างต้น แต่ควรมีการเตรียมพร้อมให้มากที่สุด

หลักคิดของคนทำสื่อ

Key message ที่ดี ควรมีลักษณะ 9 อย่างต่อไปนี้ คือ

- มีความกระชับ และมีเนื้อหาชัดเจน
- มีความน่าสนใจ และสามารถจดจำได้ง่าย
- มีความสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม
- ทำให้เป็นเรื่องง่าย ไม่ยุ่งยาก
- ทำให้เป็นเรื่องใกล้ตัว
- หลีกเลี่ยงการต่อต้านและขัดแย้ง
- ไม่สร้างมลทินหรือตีตราให้แก่ผู้อื่น
- ไม่สร้างความตื่นตระหนกให้เกิดขึ้นในสังคม
- มีความน่าเชื่อถือและสามารถตรวจสอบได้

ช่องทางและวิธีการสื่อสาร

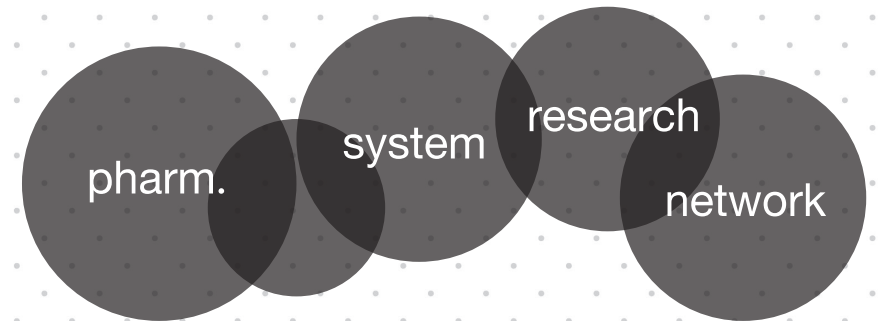
ปัจจุบันมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น

- การสื่อสารเฉพาะบุคคล เช่น การจัดสัมมนา ประชุม
- การผลิตสื่อ เช่น แผ่นพับ Fact sheet
- การทำงานผ่านสื่อมวลชน (Mass media) ซึ่งปัจจุบันรวมถึง Social media เช่น Facebook, Twitter

ทุกวันนี้ know-do gap มีฐานที่กว้างมาก โดยเฉพาะข้อที่เกิดจากความไม่เอาด้วย ดังนั้นคนที่ควรต้องสื่อสารด้วยมากที่สุด คือผู้กำหนดนโยบายระดับหน่วยงาน (โรงพยาบาล) ซึ่งจากการถอดบทเรียนกรณีกลุ่มโคชามินที่โรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าผู้กำหนดนโยบายระดับหน่วยงานมีผลต่อการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เมื่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานคิดและเชื่อต่างกัน ก็จะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยสรุปจึงควรต้องสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบายระดับหน่วยงาน และกลุ่มปฏิบัติงานมากกว่า การสื่อสารผ่านช่องทางสาธารณะ



การวิจัยอย่าทำให้ผู้ปฏิบัติงานเดือดร้อนมากขึ้น :
ยิ่งวิจัยมาก ยิ่งเดือดร้อนคนปฏิบัติ
เพราะนำสู่การปรับการทำงานของคนทำงาน



บทที่ 2

ประสบการณ์จริงการทำงานเครือข่ายวิจัยระบบยาแห่งชาติ

ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช

นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล

ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข

รศ.ดร.ณรร ขัยญาคุณาพฤษ

ภก.อำนวย พฤษภาคภูมิ

ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ



การจัดการความรู้



การจัดการความรู้ (Knowledge management, KM): ในการจัดการความรู้ ต้องมีการทบทวนและปรับยุทธศาสตร์ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำ KM ดังนี้

- o After Action Review: AAR ทบทวนเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมา
- o During Action Review: DAR ระหว่างดำเนินการก็ต้องมีการทำ DAR เพื่อปรับยุทธศาสตร์และวิธีการดำเนินการ
- o Before Action Review: BAR สำหรับการดำเนินงานขั้นต่อไป โดยการทำงานต้องทำยาว และมีการจัดการความรู้

ในการทำ AAR ต้องอาศัยหลักการ “3C” เข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. Critical เจียบคม ลั่น ชัด กระชับ นำเสนออย่างตรงไปตรงมา
2. Constructive ไม่มุ่งโจมตีผู้อื่น
3. Conclusion ต้องมีข้อสรุป และการดำเนินการที่ชัดเจน





ความประทับใจจากการทำงานเครือข่ายวิจัยระบบยา

- ทำให้เห็นคุณค่าการสร้างเครือข่าย เนื่องจากเครือข่ายเป็นสะพานเชื่อมนักวิจัยให้เข้าถึงผู้รับข้อมูล และผู้กำหนดนโยบาย จากการที่มีคณะทำงานจากหลากหลายร่วมกันทำงาน ทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพในแต่ละส่วน และทำให้หัวข้อวิจัยที่คิดว่าเป็นประโยชน์มีความชัดเจนมากขึ้นสามารถนำผลงานวิจัยไปสู่ผู้ใช้ประโยชน์ได้จริงมากกว่าที่วางแผนไว้
- ทำให้เห็นความสำคัญของการทำวิจัยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ เป็นการนำงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริง เห็นแนวทาง (Platform) ที่เชื่อมโยงกับผู้รับข้อมูล (User) มากขึ้น โดยจากประสบการณ์ในการทำงานในอดีตต้องใช้เวลาานกว่าจะมีผู้ร่วมงานวิจัยไปใช้ เนื่องด้วยงานวิจัยในอดีตสร้างขึ้นจากความสนใจของนักวิจัยเอง จึงขึ้นกับว่าจะมีโอกาสพบผู้รับข้อมูลหรือไม่ แต่ในปัจจุบันมีการแปลคำตอบงานวิจัยให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และมีการวิจัยระดับล่างจากการพัฒนาของผู้ปฏิบัติหน้างานเอง ทำให้การตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานรวดเร็วขึ้น



ก้าวต่อไปของระบบเครือข่ายสุขภาพ

- การวิจัยระบบเครือข่ายสุขภาพจัดเป็นองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด หากทำงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ระบบการเงินการคลังของประเทศมีประสิทธิภาพเช่นกัน
- สิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานอยากได้คือ จะนำงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติวิชาชีพให้ดีขึ้นได้ และทำงานวิจัยควบลงมาสู่การปฏิบัติในระดับคนใช้ส่วนบุคคลมากขึ้นด้วย
- ต้องการงานวิจัยเพื่อลดกระบวนการทำงาน ทำให้การทำงานง่ายขึ้น เช่น ลดระยะการทำงาน ช่วยให้เภสัชกรสามารถวางแผนการให้ข้อมูลและติดตามผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ต้องการให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามคุณภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่ทำการวิจัยเฉพาะในส่วนของการสั่งใช้ยาเท่านั้น



○ ต้องการให้มีงานวิจัยที่ทำอะไรจะทำให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านยา และทำให้ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้วางนโยบายเห็นภาพใหญ่ของประเทศ (เช่น ข้อมูลการไม่พึงประสงค์จากยาทั้งหมดของประเทศ)

○ เครือข่ายจะดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นกับการได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เนื่องจากหลายปัญหาแก้ด้วยการดำเนินงานเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ดังนั้นการแก้ปัญหาระบบยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหของประเทศได้ นักวิจัยต้องมองถึงผลที่ตามมา (consequence) ว่างานของตนจะมีผลต่อคนอื่น/กลุ่มอื่นอย่างไร รวมถึงสามารถเชื่อมโยงกันอย่างไร จะร่วมมือหรือแบ่งงานกันอย่างไร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

○ ปัญหาในการดำเนินงานที่ผ่านมาคือ เครือข่ายมีเภสัชกรเป็นสมาชิกหลัก แต่เป้าหมายของเครือข่ายเป็นการปรับเปลี่ยนเรื่องการสั่งใช้ยา โดยผู้ที่มีหน้าที่ดังกล่าวคือแพทย์ ดังนั้นจึงต้องระวังไม่ให้เกิดการขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ ซึ่งวิธีการแก้ไขคือ การให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วม และมีความเห็นพ้องด้วยในเรื่องที่จะทำการขับเคลื่อน

○ เรื่องยาเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ดำเนินการปฏิรูปลำดับงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบอื่นๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่นักวิจัยต้องเห็นสิ่งเหล่านี้และทำให้เกิดความเชื่อมโยง เพื่อการเติบโตของเครือข่าย โดยอาจให้ทีมงานมอบหมายบางส่วนเพื่อให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในงานด้านนี้มากขึ้น



เครือข่ายวิจัยระบบยา



วงจรมโนบาย 5 ส่วน

เครือข่ายต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับวงจรมโนบาย 5 ส่วน ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยประกอบไปด้วย

1. มีผู้ชี้ปัญหาที่เกิดขึ้น
2. มีผู้ทำให้ปัญหาเห็นชัดเจนขึ้น โดยการดำเนินงานในส่วนนี้ต้องการนักวิชาการมาชี้รายละเอียดของปัญหา
3. มีผู้ย่อยประเด็นวิชาการไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดการผลักดันต่อจนได้ผล
4. มีผู้สนับสนุน คือ สื่อ ที่จะช่วยทำให้เกิดการขับเคลื่อนในภาคสังคม
5. มีการประเมินว่าปัญหายังอยู่อีกหรือไม่

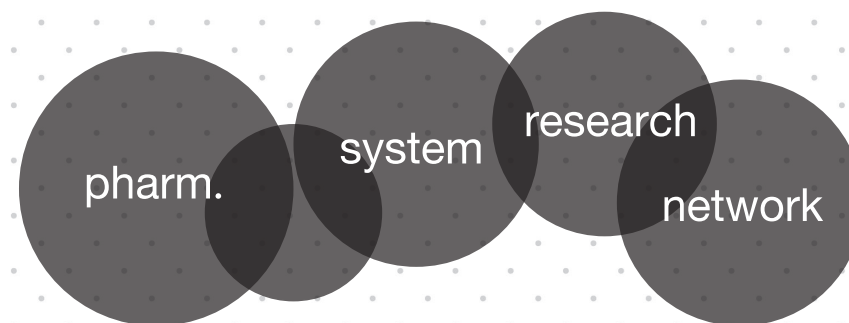
หลักฐาน (Evidence) 3 อย่าง

เครือข่ายต้องการ evidence 3 อย่าง จึงจะทำให้การตัดสินใจชัดเจน ได้แก่

- o Technical evidence
- o Ethical evidence
- o Political evidence



ระบบบริการที่ยั่งยืนต้องสมดุล
ของระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
และกองทุนสามารถแบกรับภาระของค่าใช้จ่ายได้



บทที่ 3

ระบบการเงินการคลัง งานบริการสุขภาพและระบบยา

พญ.ทัศนีย์ จันทร์น้อย
นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน
พญ.สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์

ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.เทียม อังสาชน



สำนักงานพัฒนา ระบบการเงินการคลัง

นพ.เทียม อังสาชน

สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) จัดตั้งขึ้นจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2553 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีคณะกรรมการการเงินและการคลังเป็นเลขานุการ

วัตถุประสงค์ของคณะกรรมการ

- พัฒนาให้ระบบการเงินการคลังของประเทศแบบยั่งยืน
- พัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่ระบบการปฏิบัติ

ข้อเสนอของคณะกรรมการการเงินการคลัง เนื่องจากคณะกรรมการมีวาระ 3 ปีจึงเสนอแผนปฏิบัติงานเป็นลักษณะแผนงานระยะสั้นและระยะยาว โดยมีเป้าหมายในการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุน 3 กองทุนในประเทศ (Harmonization)





แผนการปฏิบัติงานระยะสั้น

1. ผลักดันให้เกิดกลไกกลางในการจ่ายเงิน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของหน่วยบริการ ตัวอย่างของการดำเนินการ ได้แก่ การจัดทำ Case Mix, Data standard, Audit และ Data center
2. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการคลัง โดยการนำเสนอ Standard payment method, Co-payment เป็นต้น

แผนการปฏิบัติงานระยะยาว

สร้างแผนการปฏิบัติงานในอนาคตและนำเสนอแผนงานเชิงนโยบายในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ให้มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เกิดความยั่งยืน โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้



ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.)

พญ.ทศนีย์ จันทรรน้อย



การพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

- การจัดทำงบประมาณสุขภาพโดยใช้ข้อมูลที่ดี
- การบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ
- สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ จากข้อมูลที่ได้รับกลับ

ระบบประกันสุขภาพต้องมีข้อตกลงการจ่ายเงินระหว่างหลายฝ่ายซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ

ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) : Thai CaseMix Centre (TCMC) เป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือการเงินในประกันสุขภาพหรือเป็นกลไกกลางในการพัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชย ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกของ สพคส.ที่เสนอให้มีการจัดการกลไกกลางในการจ่ายเงินชดเชย



วิสัยทัศน์

เป็นแหล่งอ้างอิงเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพระบบจำแนกกลุ่มโรคร่วม (CaseMix) และมาตรฐานการกำหนดรหัสโรคแห่งเอเชียอาคเนย์



พันธกิจ

1. พัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นที่ยอมรับ และสามารถใช้อ้างอิงได้
2. จัดทำข้อเสนอกลไกทางการเงินสำหรับกองทุนประกันสุขภาพ



วัตถุประสงค์

1. เครื่องมือจ่ายชดเชยด้วยระบบ CaseMix ได้รับการยอมรับ และมีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง
2. มีการบำรุงรักษา ติดตามประเมิน ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชยอย่างเป็นระบบ
3. มีข้อมูลต้นทุนที่จำเป็นต้องใช้
4. เครื่องมือคำนวณการชดเชยสอดคล้องกับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

แนวทางในการพัฒนาเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพโดยใช้ระบบจำแนกกลุ่มโรคร่วม (CaseMix) จะต้องพัฒนาเครื่องมือการเงินที่มีการจ่ายชดเชยมีมาตรฐาน และสมมูล รวมทั้งสนับสนุนให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า อีกทั้งต้องสามารถควบคุมงบประมาณได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังคงคุณภาพของการให้บริการทำให้ CaseMix จะต้องต้องมีข้อมูลต้นทุนคุณภาพ ทั้ง Reclassification, Recalibration และกำหนดอัตราพื้นฐาน เพื่อให้มีการพิจารณาอย่างครอบคลุม

การศึกษาต้นทุนสำหรับ CaseMix เพื่อให้มีความครอบคลุมจะต้องทราบถึงทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม (รายทรัพยากร/รายครั้งบริการ/รายโรค/รายผู้ป่วย) และค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่จ่ายสำหรับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม (รายทรัพยากร/รายครั้งบริการ /รายโรค /รายผู้ป่วย)

การประมาณต้นทุนสามารถทำได้ โดยการวิเคราะห์ Standard cost weight หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาและกำหนดราคาซื้อที่เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ Standard resource utilized จากข้อมูลส่งเบิก และการวิเคราะห์หาราคาอ้างอิงเพื่อกำหนดราคาซื้อ



ผลการศึกษาระบบประมาณต้นทุน CaseMix

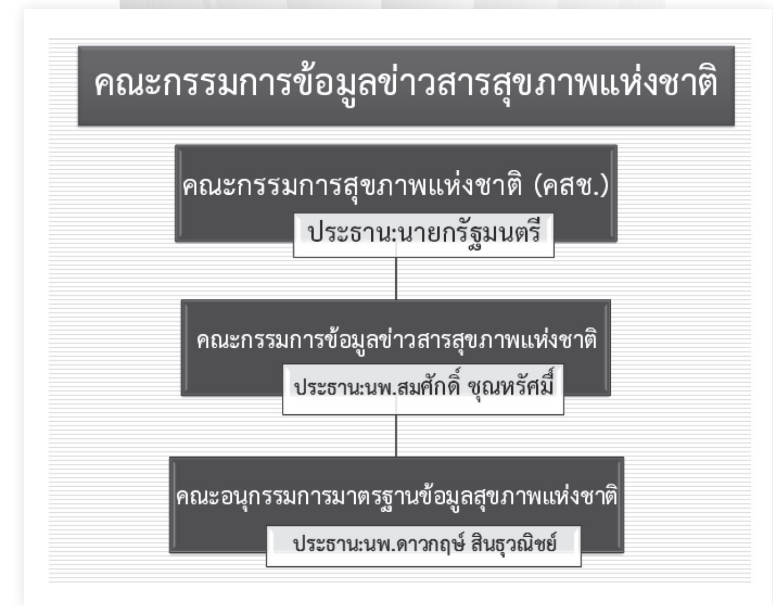
- o กำหนดปริมาณทรัพยากรสุขภาพ (resource) ที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยมีผลลัพธ์การรักษากำกับ
- o กำหนดราคาอ้างอิงของ resource จาก Charge based ซึ่งสามารถเปรียบเทียบกับราคาซื้อในท้องตลาด เพื่อวิเคราะห์ราคาซื้อที่เหมาะสม
- o ประมวลผลร่วมกับผลลัพธ์การศึกษาต้นทุนจาก Cost accounting ในส่วนของต้นทุนค่าบริหารจัดการและต้นทุนทางอ้อมที่ปันส่วนไปยังกิจกรรมการรักษา ได้ผลเป็นต้นทุนรายผู้ป่วย/ รายโรค





คณะกรรมการ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ

นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน



ที่มา คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2550 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้แต่งตั้งคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติโดยให้ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 มีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบข้อมูลสุขภาพให้แก่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ เล็งเห็นถึงความสำคัญของมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนในการดำเนินงาน จึงแต่งตั้งคณะกรรมการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี นพ.ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิย์ เป็นประธาน โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะทางพร้อมแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนากลไกและองค์กรที่จะดำเนินงานด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
2. กำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
3. ศึกษาและจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน
4. หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดแผนการดำเนินการทั้งในระยะสั้นและระยะกลาง ได้แก่

- o งานการพัฒนากลไก และองค์กรที่จะดำเนินงานด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
- o ศึกษาแนวทางการมีหน่วยงานกลางพัฒนาและบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูลสุขภาพไทย (Thai Health Data Standards Maintenance Office-TH DSMO)
- o งานด้านเทคนิคในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
 - o Standard Data Set : DRG V.5, Chronic Disease registry, Referral System
 - o Semantic Standards: Laboratory Standards (LOINC), SNOMED-CT, Identifiers
 - o Syntactic Standards: HL7 messaging, HL7-CDA, SDMX-HD (StatXML HD)
 - o Integrating the Healthcare Enterprise Standards (IHE)

โดยแนวทางในการจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพจะเป็นการพยายามทำให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างกันในการจัดเก็บ ทำให้การนำไปใช้ประโยชน์มีความจำกัด ให้มีการสร้างรูปแบบที่เป็นมาตรฐานในการจัดเก็บเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ และได้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศต่อไป

สำหรับประเทศไทยข้อมูลที่ได้มีการจัดทำมาตรฐานในปัจจุบัน เป็นข้อมูลในส่วนการรับบริการในสถานบริการ คือข้อมูล 12 แฟ้ม และ 18 แฟ้ม รวมทั้งข้อมูลการวินิจฉัยที่ใช้ ICD-10 ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง

Thai Health Information Standards	
Standards	National
1. Core data set standards	12 & 18 files standards
2. Semantic standards	ICD 10 TM, ICD 9 CM, National drug code?
3. Syntactic standards	X
4. Security and privacy standards	X

ที่มา คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตามรูปแบบการจัดทำมาตรฐาน แต่ละมาตรฐานยังมีทั้งข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกัน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง





ระบบการเงินการคลัง

พญ.สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์



ระบบการเงินการคลัง โดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกล.) และสำนักงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล (สพตร.)



หน้าที่

1. ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล OPD และ IPD โดยการเบิกจ่ายของระบบราชการ
2. ตรวจสอบเอกสารของโรงพยาบาล โดยได้รับเอกสารจาก สกล. เข้าไปตรวจสอบเอกสารที่โรงพยาบาล ภายหลังแจ้ง Exit Evaluation ที่โรงพยาบาลและกรมบัญชีกลาง เพื่อให้กรมบัญชีกลางออกเป็นหนังสือ



เป้าหมายการตรวจสอบ

วัตถุประสงค์หลัก คือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้องในการพัฒนากลไกในการพัฒนารูปแบบการจ่ายเงินของระบบราชการ

ผลลัพธ์ทางอ้อม คือ การเรียกเงินคืน





แนวทางในการตรวจสอบ

- o กรณี IPD จะมีการพิจารณาจากวันนอน, ค่ายา, ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ X-ray ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของโรงพยาบาล
- o ดูรายการยาที่มีการเบิกจ่ายสูงสุด 50 อันดับแรกของแต่ละโรงพยาบาลเป็นหลัก
- o สุ่มตรวจดูการสั่งจ่ายยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และเวชระเบียนของผู้ป่วย



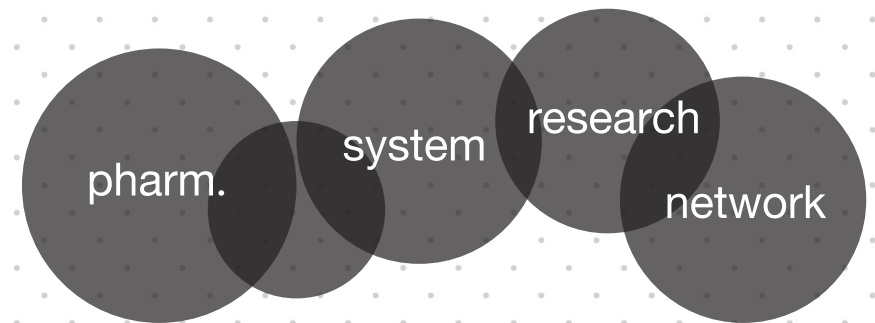
ผลการตรวจสอบ

จากการตรวจสอบพบว่าสาเหตุของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกันโดยนโยบายของผู้บริหาร ความตระหนัก และระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาล





การปฏิรูประบบวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพ
ควรมีความครอบคลุมและตอบสนองต่อความ
ต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเทศไทย



บทที่ 4

เปิดโลกทัศน์วิจัยระบบยา :
จากสังเวียนวิชาการ สู่นโยบายสาธารณะ

วิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติและระดับโลก

นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์

นพ.ปิยะ ชาญวรวัชชัย



ความก้าวหน้าในการปฏิรูป ระบบวิจัยของประเทศ

นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์



วิสัยทัศน์

เพื่อให้เกิดระบบวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพ ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในประเทศไทย

พันธกิจ

- ทำให้มีการวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สมควรแก่สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ
- ทำให้มีการรับรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนาทางสุขภาพในด้านต่างๆ รวมทั้งในด้านเป้าหมายและสัดส่วนที่เหมาะสม
- ทำให้มีนวัตกรรม การพัฒนาผลิตภัณฑ์และการพัฒนาบริการทางสุขภาพที่จำเป็นหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน
- สนับสนุนให้มีการสร้างและพัฒนาบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน รวมทั้งองค์ประกอบอื่นๆ ที่จำเป็น

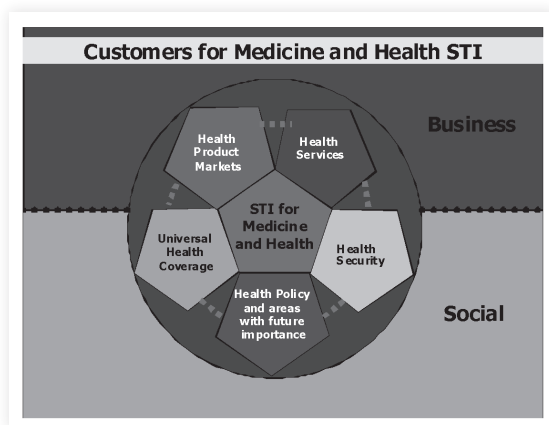




กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยเรื่องยาและสุขภาพของประชาชน เพื่อนำมาพัฒนางานวิจัยด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบหลักดังนี้

1. ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ (Health product market)
2. ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Health service)
3. ผู้ผลักดันนโยบาย (Health policy)
4. ระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal coverage)
5. Health security



ดังนั้นการพัฒนาในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพควรทำการวิจัยใน 5 กลุ่มดังกล่าว ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น

- กลุ่มทางธุรกิจ ประกอบด้วย ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ (Health product market) และ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Health service)
- กลุ่มทางสังคม ครอบคลุมถึงผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Health service) ผู้ผลักดันนโยบาย (Health policy) และระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal coverage)



อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องพิจารณาคือ แนวทางในการวิจัยทางด้านสุขภาพจะต้องมีส่วนที่เหมาะสม ไม่เกิดการเอนเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งเป็นพิเศษ หรือตามกระแส มีการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น การพัฒนานวัตกรรมและโครงสร้างพื้นฐานอย่างเหมาะสมและเพียงพอ



โครงสร้างการจัดระบบวิจัยและการพัฒนา



ในการจัดระบบวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องแบ่งกิจกรรมการวิจัยและพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบายและจัดการทรัพยากร ระดับบริหารจัดการ และระดับปฏิบัติการวิจัย ซึ่งทั้ง 3 ระดับควรมีความเป็นอิสระต่อกัน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน และได้รับประโยชน์สูงสุด แต่ทั้ง 3 ระดับควรที่จะมีความเชื่อมโยงกันในลักษณะของสัญญา เพื่อให้การวิจัยที่เกิดขึ้นมีการนำไปปฏิบัติได้จริง





แนวทางการสร้างกลไกการทำงานเพื่อพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพ

ประกอบด้วย

- จัดตั้งคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วย เครือข่ายนักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงผู้ใช้ประโยชน์ในกลุ่มต่างๆ
- จัดทำข้อเสนอแนวทางการลงทุนการวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว
- ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม โดยคาดว่าจะได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น จากนโยบายการเพิ่มงบประมาณวิจัยและพัฒนาในภาพรวม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product)



งบประมาณเพื่อการวิจัย

แบ่งเป็นสัดส่วน ดังนี้

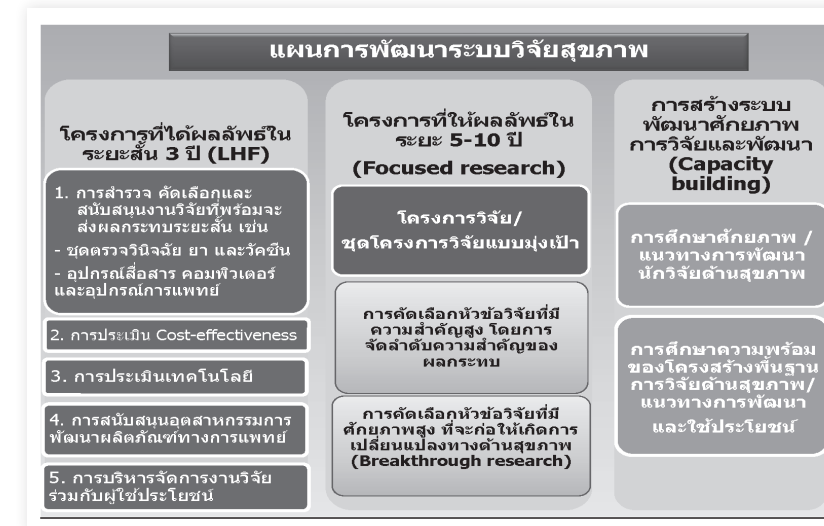
- การบริหารจัดการ ร้อยละ 10
- งานวิจัยที่สร้างผลกระทบในระยะสั้น (ระยะเวลาประมาณ 3 ปี) ร้อยละ 30
- งานวิจัยเพื่อการจัดทำข้อเสนอแบบมุ่งเป้า (ระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี) เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ ร้อยละ 20
- การพัฒนากำลังคน ร้อยละ 30
- โครงสร้างพื้นฐาน ร้อยละ 10



การแบ่งประเภทของแผนการพัฒนาระบบวิจัย

สามารถจัดแบ่งตามวัตถุประสงค์และระยะเวลาการดำเนินโครงการได้เป็น 3 แผนงาน ได้แก่

1. โครงการที่ได้ผลลัพธ์ในระยะสั้น 3 ปี
2. โครงการที่ให้ผลลัพธ์ในระยะ 5-10 ปี
3. การพัฒนาศักยภาพการวิจัยและพัฒนา



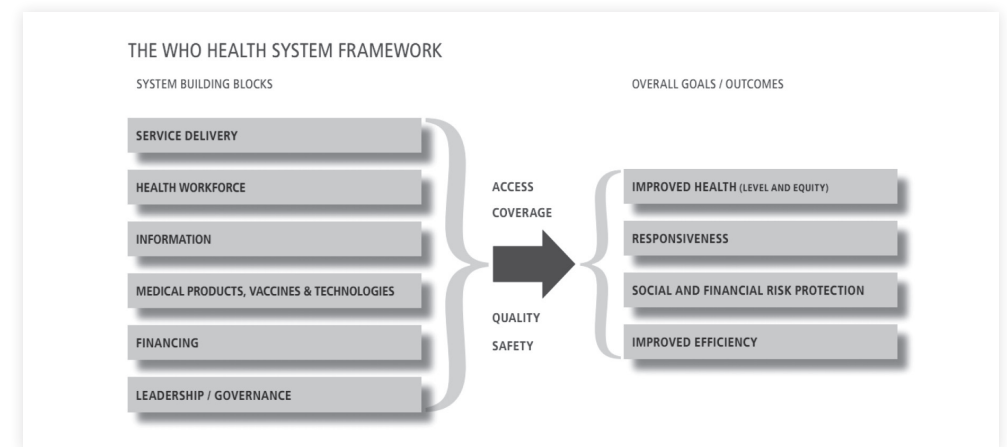


GLOBAL PERSPECTIVES ON HEALTH SYSTEM RESEARCH

นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

กรอบแนวคิดระบบวิจัยเรื่องสุขภาพ ในองค์กรระหว่างประเทศ
ที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. World Health Organization (WHO) ได้ให้ความสำคัญตามกรอบแนวคิดในการ
วิจัยระบบสุขภาพ ประกอบด้วย



โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การส่งเสริมการเข้าถึงระบบสุขภาพ (Access)



2. European Observatory on Health Systems and Policies ได้ให้กรอบแนวคิดในการวิจัยระบบสุขภาพ ที่ประกอบไปด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- o Introduction: geography, sociodemography, economic & political context, health status
- o Organization & governance: organization, planning, info system, HTA, regulation, patient empowerment
- o Financing: system overview, OOPs, health insurance, payments
- o Physical and human resources
- o Provision of services
- o Health reforms: recent and future
- o Health system assessment: financial protection, user experience, access, health outcomes, health system efficiency, accountability

3. ธนาคารโลก (World Bank) เป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญในระดับนานาชาติ เพราะมีหน้าที่ในการให้เงินกู้แต่ละประเทศ เพื่อการลงทุนในระบบสาธารณสุข ตรวจสอบระบบการจ่ายเงิน การสร้าง Incentive regulation payment reform ทำให้เกิดการจัดระบบบริการ การจัดการที่มีประสิทธิภาพของผู้รับบริการมากขึ้น จึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัยระบบสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้

- o Various mechanisms for financing access to health services
- o Payment reform
- o The organization of health services-including the health workforce
- o The use of regulation to influence behavior-both at the organization and individual level-and to enact policy reforms
- o Distribution issues in the health, such as income, geography, and gender;
- o Specific health system issues around maternal and child health, nutrition, communicable disease and non-communicable disease

4. Alliance for Health Policy and System Research มีกรอบแนวคิดและหัวข้อในการวิจัยระบบสุขภาพที่น่าสนใจ ดังนี้

- o Human resource for health
- o Health financing;
- o The role of the non-state sector



องค์กรที่ให้แหล่งทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย ได้แก่

1. U.S. Agency for International Development (USAID) เป็นหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในหัวข้อการปรับปรุงระบบสุขภาพ ตามประเด็น ดังนี้ Service Delivery, Health Workforce, Health Information, Pharmaceutical Management, Health Financing, and Leadership/Governance
2. U.S. Agency for International Development Strengthening Pharmaceutical System (USAID SPS)
3. European Community Research and Development Information Service (EUROPA-CORDIS)
4. The Rockefeller Foundation
5. The Bill and Melinda Gates Foundation





การวิจัยระบบยาแห่งชาติ

รศ.ดร.ณรร ชัยภูณาคณาพฤกษ์

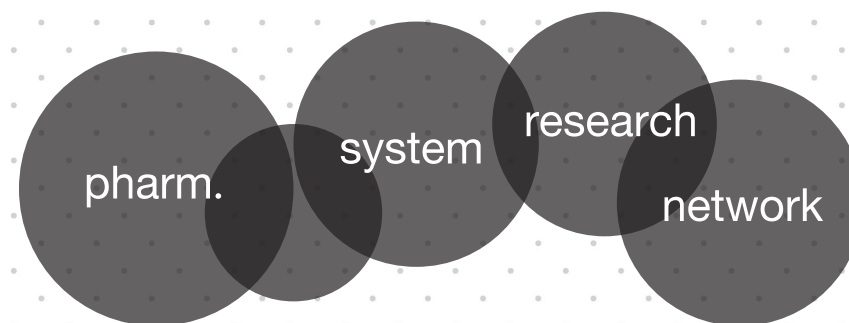


ระบบยาเป็นระบบที่มีการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้งหมด ดังนั้นควรมีการทำวิจัยและพัฒนา
ระบบยาในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพทั้งหมดไป
ในทิศทางเดียวกัน





การขยายขอบเขตการวิจัย ต้องทำการแปลความรู้
(Knowledge translation: KT) มากขึ้น
การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ หรือการทำวิจัย
อย่างไรให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบาย



บทที่ 5

ระดมสมอง “สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560” Knowledge Translation

กรณีศึกษา : โครงการการพัฒนากลไกการติดตามราคายาผ่านระบบการจัดซื้อ
ของภาครัฐตามแนวทางของ Pharmaceutical Acquisition Capability (PAC)

รศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์

กรณีศึกษา : การศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วม
จ่ายค่ายาของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

รศ.ดร.สุรฉัตร จ้อยสุรเชษฐ์

Knowledge translation

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข



กรณีศึกษา : โครงการการพัฒนากลไกการติดตามราคาผ่านระบบการจัดซื้อของภาครัฐตามแนวทางของ PHARMACEUTICAL ACQUISITION CAPABILITY (PAC)

รศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์

การสร้างเครื่องมือวัดความสามารถเสริมกำลังซื้อ

- o โครงการที่ 1 PAC ใช้ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาวิเคราะห์ แล้วสะท้อนข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาล เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการประมาณว่าโรงพยาบาลมีกำลังซื้อเท่าใดและควรวางแผนการจัดซื้ออย่างไร (กำลังดำเนินการ)
- o โครงการที่ 2 National drug account โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลขององค์การอาหารและยา ซึ่งบริษัทยาต้องส่งข้อมูลเข้ามาตามกฎหมาย (เพิ่งปิดโครงการ)

ทั้งสองโครงการมีการทำงานคล้ายกัน สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ทั้งสองโครงการ คือ

1. แหล่งที่มาของข้อมูล
2. การสะท้อนผลการวิจัยกลับไปยังผู้ให้ข้อมูล ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ให้ข้อมูล
3. ผู้ที่รับข้อมูล เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพสูงขึ้น และเกิดความร่วมมือในการส่งข้อมูลมากขึ้น



Data center	ต้องการให้ data center เห็นประโยชน์ และเกิด Trusting relationship
ส่วนสนับสนุน	ช่วยให้การสื่อสารระหว่างนักวิจัยและผู้วางนโยบายง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือของเภสัชกรวิพิน กาญจนการุณ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติ ที่ช่วยเป็นผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator) ให้การอธิบาย PAC แก่ ผู้รับข้อมูล (user) เข้าใจง่ายขึ้น
ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น	ข้อมูลที่ได้อาจมีความถูกต้องน้อย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอาจไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลจริง
วิธีการแก้ไข	ชี้แจงให้ผู้รับข้อมูลรับทราบถึงวิธีการเก็บ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าไม่มี การเปิดเผยข้อมูลเป็นเฉพาะราย
การพัฒนาในอนาคต	เสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนด ให้การส่งข้อมูลเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของการดำเนินงาน โรงพยาบาล เพื่อให้การส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลมีความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการ วิเคราะห์

กรณีศึกษา : การศึกษาและพัฒนา การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ

รศ.ดร.สุรฉัตร จ้อยสุพรรณ

นักวิชาการไม่ได้ทำการวิจัยเพื่อการใช้งานของผู้กำหนดนโยบาย (Policy maker) เท่านั้น แต่ต้องคาดคะเนถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย สิ่งสำคัญของการวิจัย ได้แก่

1. องค์ประกอบของคณะผู้วิจัย โดยประกอบด้วยนักวิชาการในมหาวิทยาลัย และ เจ้าของข้อมูล เช่น โรงพยาบาล
2. การระบุประเด็นวิจัย ซึ่งต้องมีเวลากับการปรับระเบียบวิธีวิจัย และอาศัยการพูดคุยเพื่อปรับกระบวนการคิดระหว่างผู้วิจัย และเจ้าของข้อมูล
3. การมองผลกระทบระยะยาว โดยไม่ใช่เพียงผลที่จะได้รับจากการวิจัยเท่านั้น

สิ่งที่ผู้ทำวิจัยได้รับจากการทำวิจัยกับเครือข่ายระบบสุขภาพ คือ ได้เรียนรู้ ทั้งจากการทำงานจริง และได้้นำกลับไปสอนนักศึกษา ซึ่งมีประโยชน์ในการเผยแพร่งานวิจัยเรื่องนโยบาย ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นจริง

สำหรับความท้าทายของงานวิจัย โครงการที่ตั้งใจทำน่าจะเป็นสิ่งที่ต้องการในอนาคต และจะหาอย่างไรให้ผู้รับข้อมูลเห็นประโยชน์ของสิ่งนี้ รวมทั้งการดึงบุคลากรอื่นเข้ามาร่วม เพื่อให้งานวิจัยสามารถดำเนินไปได้ดีมากยิ่งขึ้น





KNOWLEDGE TRANSLATION

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข



1. การสร้างความรู้ใหม่ (Do-know gap, knowledge generation) ควรมีองค์ประกอบ คือ

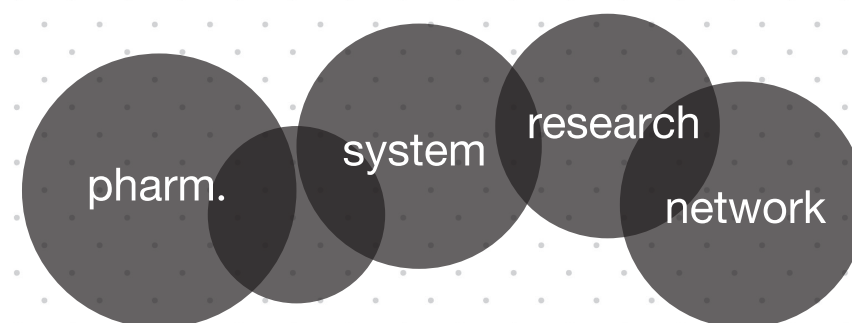
1. การมีส่วนร่วมของผู้รับข้อมูล (user involvement) ซึ่งจะมีหลายระดับ และจำเป็นต้องสร้างความรู้ถึงการเป็นเจ้าของ (Sense of owner) ให้ผู้ร่วมคณะทำงานทราบตั้งแต่ต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมจะนับรวมไปถึงการร่วมลงทุนด้านงบประมาณด้วย ทั้งนี้ควรจะมีการพัฒนาผู้รับข้อมูลไปด้วย เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ โดยวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร และการเป็นผู้ฟังที่ดี รวมถึงการใช้ทัศนคติที่เหมาะสม (mutual benefit attitude)
2. window of opportunity
3. trusting relationship กับ data provider
4. flexibility mindset ของนักวิจัย



2. การขับเคลื่อนนโยบาย (Know-do gap, Knowledge Translation) ควรอาศัย

1. การสื่อสาร (Communication)
2. Political support โดยมี sensitivity ตาม social preference ด้วย หลายอย่าง จึงไม่ได้ 100% evidence
3. Social support
4. Professional knowledge broker / Academic detailer / Policy advocator/ Translator ซึ่งสามารถทำได้ เช่น
 - o สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ควรจะสนับสนุน หรือจัด Knowledge clearing house โดยต้องมีกลุ่มคนที่สื่อสารให้ end user เอาผลงานวิจัยไปให้ได้
 - o ต้องมีการตรวจสอบ (validate) เพื่อลดการอคติ ด้วย Knowledge translation broker จึงอาจจะต้องเป็นคนละกลุ่มกับ Know-do gap
 - o การแปลความรู้ (Translation) นอกจากไปสู่ผู้วางนโยบายแล้ว ควรไปสู่ผู้ปฏิบัติงานด้วย
 - o คนที่จะเป็น Advocator ต้องมีพื้นฐานทางการวิจัย (Research background) ด้วย เพื่อให้การทำ Policy brief มีความสมบูรณ์
 - o นักวิจัยเองก็อาจต้องมีทักษะทางด้าน advocate ด้วย เพื่อช่วยให้งานง่ายขึ้น มีการสื่อสารออกไปชัดเจน





บทที่ 6

ก้าวสู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ



สรุปผลการระดมสมอง กลุ่มที่ 1 : วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560

วิสัยทัศน์เครือข่าย

วิสัยทัศน์

“ระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน”

“Wisdom-based informed drug system towards sustainable health coverage”

- ปัญญา (Wisdom) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ
 - สุดตปัญญา จากการฟัง อ่าน พูด ค่อย (knowledge/information)
 - จินตามยปัญญา ย่อย สังเคราะห์ เป็นอีกปัญญา (reasoning)
 - ภวนามยปัญญา มีการสังเคราะห์สูงขึ้น สามารถนำมาแก้ทุกขได้ (wisdom)
- ระบบยา (Drug system) มีนิยามที่แตกต่างกัน จึงควรมีกลไกในการรวบรวมและจัดการงานวิจัย มีการระบุเป้าหมายการศึกษาในอนาคต โดยเครือข่ายต้องให้นิยามของระบบยา ซึ่งอาจได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม หรือสร้างขึ้นเองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคั่นหาระบบยาในอนาคตที่ควรเป็น และเป็นแนวทางในการวางแผนงานวิจัย โดยใช้กลไกที่มีในปัจจุบัน เช่น การเป็นมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ (Research university)



ความใหม่ : เป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นใหม่ และเป็นการวิจัยในประเด็นใหม่

ประเด็นวิจัย มี 2 ส่วน คือ การเข้าถึงยา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ ที่ 1 และ 2

ตัวอย่างประเด็นวิจัย เช่น

- o ขุดสิทธิประโยชน์เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการใช้จ่ายสูง และปัญหาการเข้าถึงยาในบัญชียา ง./ จ.2 (Pricing cluster)
- o การจัดการด้านคลังยา/ การควบคุมราคายาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Pricing cluster)
- o การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ป้องกันการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย โดยมุ่งเน้นไปยังการปรับเปลี่ยนความเชื่อ/ พฤติกรรมผู้สั่งจ่าย (QUM cluster)

หลักการดำเนินงาน (PPPO) ของเครือข่ายวิจัยระบบยา

1. Purpose “สร้างคน สร้างงาน สร้างการพัฒนาระบบยา”

- a. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยระบบยา โดยการสร้างคน (individual) เพื่อสร้าง “ปัญญา” และสร้างขีดความสามารถ capacity ของเครือข่าย (node & network)
- b. พัฒนางานวิจัยที่ตอบโจทย์ระบบยาของชาติ
- c. ผลงานวิจัยนำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนา ระบบยา

2. Principle: เรียนรู้จากการทำวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาของประเทศ และการแบ่งปัน

ความรู้และประสบการณ์ (Knowledge management (KM), Knowledge Sharing (KS)) โดยการสร้างขีดความสามารถ และปัญญาขึ้นจากการทำวิจัยในสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจริง เพื่อนำเอาความรู้และปัญญาที่ได้ ไปขับเคลื่อนระบบปฏิบัติหรือนโยบายที่เป็นจริง

3. Process: เป็นเวทีสำหรับการดำรงรักษาและมีการขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขช่วยสนับสนุน มีกระบวนการดำเนินงานอย่างชัดเจน เช่น เวทีวิชาการ, การประชุมร่วมกันเพื่อ prioritize research agenda การพัฒนาขีดความสามารถของสมาชิก (เช่น training ประชุม) การจัดกิจกรรมที่ขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ

4. Organization:

- a. สมาชิก ได้แก่ ทุกอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับระบบยา ไม่ใช่เฉพาะผู้รับทุนวิจัย เป็นระบบเปิด (รวมถึงสาขาวิชาชีพอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น นักสารสนเทศ นักนิเทศศาสตร์) โดยเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นระบบราชการ
- b. ประธานที่มีภาวะผู้นำ (leadership governance)
- c. แกนนำทำงาน เพื่อช่วยเหลือประธาน และทำให้รูปแบบงานเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น
- d. สถานที่ทำงาน อาจทำงานแบบ Explicit หรือ virtual network ก็ได้



สรุปผลการระดมสมอง กลุ่มที่ 2 : KNOWLEDGE TRANSLATION

การแปลความรู้ Knowledge translation

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการสร้างองค์ความรู้ (Knowledge generation) และการแปลความรู้ (Knowledge translation) พบว่าในปัจจุบันเครือข่ายวิจัยระบบยาอยู่ในส่วนของ การสร้างองค์ความรู้เป็นหลัก

การสร้างองค์ความรู้ (Knowledge generation) ต้องอาศัย

- o การมีส่วนร่วมของผู้สร้างองค์ความรู้ (Knowledge generator involvement)
- o การมีส่วนร่วมของผู้รับข้อมูล (User involvement) ทั้งในส่วนของ practitioners และ end users
- o การใช้ทักษะในการสื่อสาร และการรับฟัง
- o Mutual benefits attitude โดยนักวิจัยไม่มุ่งประโยชน์ฝ่ายเดียว ต้องมองประโยชน์ที่จะกลับสู่ผู้รับข้อมูลด้วย





โอกาสสำหรับการวิจัย

- o Flexibility of researcher's mindset ต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ตอบโจทย์ที่ทุกภาคส่วนได้ประโยชน์
- o Prioritization of research question การให้น้ำหนักสำหรับการเรียงลำดับความสำคัญของคำถามวิจัยมากขึ้น

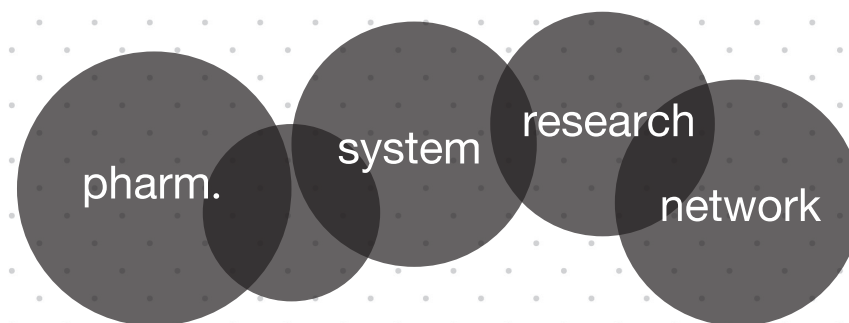


Knowledge translation ต้องอาศัย

- a. Political support
- b. Social support
- c. Skilled knowledge brokers (translators)
 - o Knowledge extraction for Knowledge translator
 - o Product = องค์ความรู้ที่เป็น implicit & explicit knowledge เกี่ยวกับการเป็น knowledge brokers
 - o Policy brief ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาไม่เกินหนึ่งหน้า โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อกระทบอย่างไร
 - o Communication skill จำเป็น

ทั้งนี้ Knowledge generator ต้องเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อน และ Knowledge translator ต้องเข้าใจกระบวนการวิจัย เนื่องจาก Knowledge translator ไม่ได้มีหน้าที่ในเรื่องการแปลงสาร (message) แต่เป็นการแปลงความรู้หรือปัญญา (wisdom) ไปสู่การเปลี่ยนแปลง (action) บางอย่าง โดยแต่ละคนอาจมีบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองบทบาทเลยก็ได้





การแถลงข่าว
“คู่มือสํานักงานวิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
รศ.ดร.ณรร ชาญคณาพฤกษ์

เครือข่ายวิจัยระบบยาประเทศไทย ประกาศวิสัยทัศน์ “พัฒนาระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน”

เครือข่ายวิจัยระบบยาประเทศไทยประกาศวิสัยทัศน์ “พัฒนาระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน” โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ ประธานเครือข่ายวิจัยระบบยา ร่วมแถลงวิสัยทัศน์ในการประชุมเครือข่ายวิจัยระบบยาประเทศไทย เมื่อวันที่ 29-30 สิงหาคม 2554 ณ โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพมหานคร

กรอบที่มาวิสัยทัศน์วิจัยระบบยา จาก 4 ปัจจัยหลักสาเหตุสำคัญของค่าใช้จ่ายการบริโภคยาของคนไทยที่สูงขึ้นกว่า 134,482,077,585 บาท ได้แก่ 1) การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม 2) คนไทยมีอายุยืนและมีโรคเรื้อรังมากขึ้น 3) การเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ 4) กระบวนการตลาดขาดจริยธรรม และการผูกขาดระบบยาของประเทศ

นำมาสู่วิสัยทัศน์เครือข่ายวิจัยระบบยาประเทศไทย “พัฒนาระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน” เน้นการทำงานบนหลัก 3 P 1 O (PPPO)

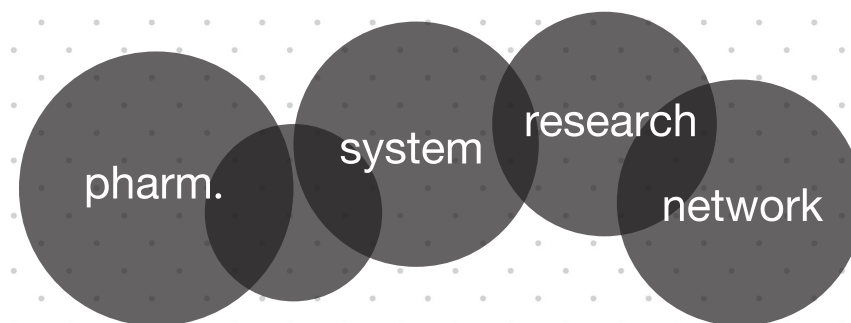
1. P: Purpose (เป้าหมาย) คือ “สร้างคน สร้างงาน สร้างพัฒนาระบบยา” เน้นการพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยระบบยา พัฒนางานวิจัยที่ตอบโจทย์ระบบยาที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มุ่งผลลัพธ์งานวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบยาของประเทศ

2. P: Principle (หลักการดำเนินงาน) เรียนรู้จากการทำวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาประเทศ และแบ่งปันความรู้และประสบการณ์
3. P: Process (กระบวนการ) มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
4. O: Organization (การจัดการอย่างเป็นระบบ) เป็นเครือข่ายเปิด และพิจารณาประโยชน์ทับซ้อน มีรูปแบบไม่เป็นทางการ พร้อมระดมทุกสาขาวิชาชีพมาร่วมทำงานเพื่อประโยชน์ของประเทศ โดยมี รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ เป็นประธานเครือข่าย และ สวรส. เป็นแกนประสานเชื่อมโยงเครือข่ายดังกล่าว

เครือข่ายวิจัยระบบยา ประกอบด้วย นักวิจัยด้านสุขภาพจากภาคส่วนต่างๆ ร่วมกับกลุ่มผู้ใช้ประโยชน์ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ซึ่งที่ผ่านมากลุ่มนักวิจัยภายใต้เครือข่ายวิจัยระบบยาได้มีการแลกเปลี่ยนและร่วมทำงานวิชาการ เพื่อศึกษาวิจัยปัญหาระบบยาของประเทศอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่การรวมกลุ่มขับเคลื่อนพัฒนาระบบยาในระยะยาว ภายใต้กรอบ 1 ปี (ในช่วงต้น) ภายใต้วิสัยทัศน์ร่วม “พัฒนาระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน”ดังกล่าว ทั้งนี้ เครือข่ายวิจัยระบบยามีความมุ่งมั่นที่จะนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยใช้เป็นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบยาเพื่อการเข้าถึงยาอย่างมีคุณภาพ



แถลงการณ์โดย
เครือข่ายวิจัยระบบยาประเทศไทย
วันที่ 30 สิงหาคม 2554 ณ โรงแรมสยามซิตี้



ยุทธศาสตร์เครือข่ายวิจัยระบบยา

ยุทธศาสตร์เครือข่ายวิจัยระบบยา

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน”
“Evidence-based¹ drug system towards sustainable health coverage”

¹ อาจใช้คำว่า Evidence-informed แทนคำว่า Evidence-based และอาจใช้คำว่า Wisdom แทนคำว่า Evidence เพื่อให้ตรงกับคำว่าปัญญาในภาษาไทย

วัตถุประสงค์ (Purpose)

“สร้างคน สร้างงาน สร้างการพัฒนาระบบยา”

สร้างคน : พัฒนาขีดความสามารถ (capacity) ของ INNE (Individual, Node, Network, Environment) ได้แก่ ขีดความสามารถของนักวิจัยระบบยา (individual) ขีดความสามารถของหน่วยงาน (node) ขีดความสามารถของเครือข่าย (network) และสร้างสิ่งแวดล้อม (environment) ที่เอื้อหรือสนับสนุนต่อการพัฒนาขีดความสามารถของ INN

สร้างงาน : พัฒนาขีดความสามารถเพื่อสร้าง “ปัญญา” สำหรับขับเคลื่อนนโยบายที่ตอบโจทย์ระบบยาของชาติ

สร้างการพัฒนาระบบยา : ผลงานวิจัยนำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาพัฒนาระบบยา

หลักการ (Principle)

เรียนรู้จากการศึกษาวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาของประเทศ และแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ พร้อมกับการบริหารงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

หลักการของเครือข่าย คือ เรียนรู้จากการศึกษาวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาของประเทศ รวมทั้งแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ (knowledge management และ knowledge sharing) โดยเป็นการสร้างขีดความสามารถและปัญญา จากการทำวิจัยในสถานการณ์จริง สามารถนำความรู้ที่ได้ไปขับเคลื่อนระบบปฏิบัติหรือนโยบายที่เป็นจริง ทั้งนี้ หมายรวมถึงโจทย์วิจัยที่คาดว่าจะปัญหาของประเทศในอนาคตด้วย ในขณะเดียวกัน การทำงานของเครือข่าย จะให้เกิดปฏิสัมพันธ์โดยเสมอภาค และเรียนรู้กันและกันระหว่างความร่วมมือ

กระบวนการ (Process)

เป็นเวทีสำหรับการรณรงค์รักษา และขยาย เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

“เวที” ในที่นี้หมายถึงกิจกรรมต่างๆ อาทิ การหาทุนสนับสนุนสมาชิกในเครือข่าย กิจกรรมวิชาการ การร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของประเด็นงานวิจัย การพัฒนาขีดความสามารถของ INNE (เช่น การอบรม การประชุมวิชาการ) และกิจกรรมที่ขับเคลื่อนนโยบายเป็นต้น โดยการทำงานของเครือข่าย จำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ด้านการสื่อสารเครือข่าย และด้านการพัฒนาเครือข่าย

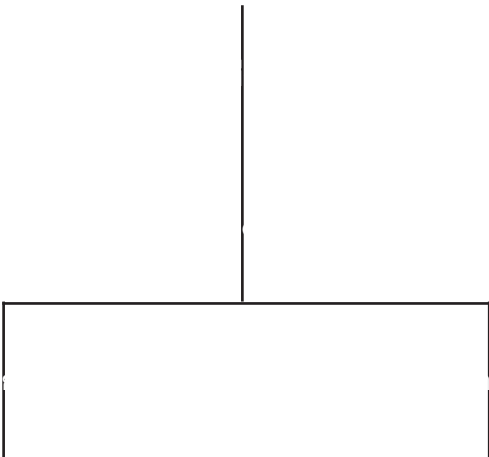
การสื่อสารเครือข่าย เริ่มจากการเยี่ยมเยียนมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแนะนำเครือข่ายวิจัยระบบยา จัดทำแผ่นพับและสไลด์ประชาสัมพันธ์เครือข่าย และโครงการวิจัย จัดทำ electronic mailing list จัดหมายข่าว เว็บไซต์ และการประชุมเพื่อการสื่อสารกับสมาชิกและเครือข่ายอื่นๆ

การพัฒนาเครือข่าย ผ่านการสนับสนุนการทำวิจัยร่วมกัน ได้แก่

1. พัฒนาการจัดทำ research mapping ของงานวิจัย นักวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ชัด ว่ามีใครทำในส่วนใด และกำลังมุ่งเป้าไปสู่ทิศทางใด และวิเคราะห์หาช่องว่าง เพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิจัยที่ยังขาดอยู่ และจัดลำดับความสำคัญของการวิจัย เป็นต้น
2. ดำเนินการผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผ่านการสนับสนุนการทำวิจัยร่วมกัน ระหว่างนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ/ users (เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น) เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะ 1-2 ปีแรก เน้นการพัฒนาแนวคิดและหลักการวิจัยระบบยาให้กับนักวิจัยที่สนใจเป็นหลัก การเข้าร่วมประชุมของแกนนำในการประชุมเพื่อกำหนดทิศทางวิจัยด้านสุขภาพแห่งชาติ และเวทีวิจัยของหน่วยงานวิจัยหลัก ที่เครือข่ายควรจะเป็นภาคี (เช่น IHPP วช. สกว. HITAP เป็นต้น) เพื่อเรียนรู้ว่าใครทำอะไร ทิศทางวิจัยเป็นอย่างไร อะไรที่ทำไปแล้วบ้าง เมื่อพัฒนารอบแนวคิดวิจัยชัดแล้วในช่วง 1-2 ปีแรก เครือข่ายต้องเริ่มมีบทบาทที่จะพัฒนานักวิจัยและคัดเลือกนักวิจัยระบบยาเข้าสู่เครือข่ายให้มากขึ้น โดยอาศัยกิจกรรม เช่น การเยือนมหาวิทยาลัย และเชิญผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มาอภิปรายความสนใจในการวิจัยระบบยา จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนกับอาจารย์และนักศึกษา



โครงสร้าง (Organization)



ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัย และพัฒนาระบบยาของไทย |
| 3. นพ.วิญญู ธรรมลิขิตกุล | คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |

ประธานเครือข่าย

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
--------------------------	----------------------------------



CORE GROUP

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. รศ.ดร.ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 2. รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. รศ.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 4. อ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ดร.ศิริตรี สุทธิจิตต์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. ดร.นิธิดา สุ่มประดิษฐ์ | สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 7. ภญ.พรพิศ ศิลขุฑ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |

แกนนำสมาชิก

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. นพ.เทียม อังสาชน | สำนักงานพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ |
| 2. พญ.ทศนีย์ จันทน์น้อย | โรงพยาบาลศิริราช |
| 3. นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช |
| 4. ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นพ.ภูษิต ประคองสาย | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 6. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 7. นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 8. ภก.วิพัฒน์ กาญจนการุณ | โรงพยาบาลบุรีรัมย์ |
| 9. ภก.อำนาจ พฤษภาคภูมิ | โรงพยาบาลสมุทรสาคร |
| 10. ภก.อภิชาติ เฟ่งเรืองโรจน์ชัย | โรงพยาบาลราชบุรี |
| 11. ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินันท์ | สำนักบริหารการสาธารณสุข |
| 12. ภญ.ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง | สำนักบริหารการสาธารณสุข |
| 13. ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 14. รศ.ดร.อาทร รวีไพบูลย์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 15. รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 16. รศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 17. ผศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุญ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 18. ผศ.ดร. อาวีวรรณ เขียวชาญวัฒนา | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 19. ดร.สมชาย สุริยะไกร | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 20. ผศ.ดร. เข็ดชัย สุนทรภาส | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 21. รศ.ดร. สุรัตน์ จ้อสุระเชษฐ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 22. ดร.ศิริพา อุดมอักษร | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 23. รศ. ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 24. ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 25. ผศ.ดร. อรอนงค์ วลีขจรเลิศ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 26. อ.ดร.พัทธวิภา สุวรรณพรหม | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 27. อ.ดร.ศิริดา มาผันดี | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 28. รศ.ดร.ภญ. กัญญาดา อนุวงศ์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 29. ผศ.ดร.ภญ. สมหญิง พุ่มทอง | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 30. ภญ.ดร. อรลักษณ์ พัฒนาประทีป | โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 31. ภญ. อัญชลี จิตรภักดิ์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 32. ภญ.นพคุณ ธรรมธัชอารี | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 33. นางสาวศิริ ด่านวัฒนะ | นักสื่อสารอิสระ |
| 34. ผ.ศ.น.พ. กำธร มาลาธรรม | อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 35. ผ.ศ.น.พ. ธงชัย พงศ์มพัฒน์ | ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบหู คอ จมูก โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 36. อ.พ.ญ. แสงสุรีย์ ธรรมไกรสร | เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ |
| 37. ร.ศ.น.พ. ภิญญ มุตสิกพันธุ์ | อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ |
| 38. ผ.ศ. พญ. ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ | อายุรแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ |
| 39. ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด | สมาคมเภสัชกรรมชุมชนแห่งประเทศไทย |
| 40. ภก. ไตรเทพ ฟองทอง | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |



ผู้จัดการแผนงานวิจัยการเข้าถึงยา

รศ.ดร.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

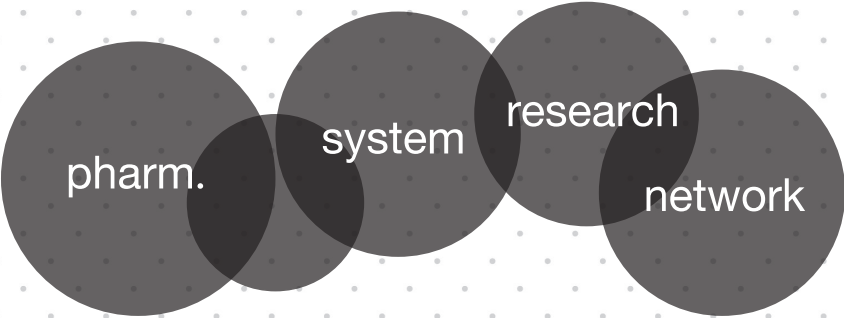
ผู้จัดการแผนงานวิจัยการใช้ยาอย่างเหมาะสม

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

สมาชิกเครือข่ายวิจัยระบบยา

ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบยาและระบบสุขภาพ

ที่ปรึกษา	ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นเพื่อพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง
ประธานเครือข่าย	มีวาระ 1 ปี หรือมากกว่าตามความเหมาะสมและเห็นชอบโดยสมาชิก
CORE GROUP	คือ ทีมบริหาร วางแผน และขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันของเครือข่าย
แกนนำสมาชิก	มีบทบาทในการทำงานวิจัยและประสานงานร่วมกัน
สมาชิก	คือทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบยาและระบบสุขภาพ ที่มีความสนใจและตั้งใจดี มุ่งมั่นที่จะทำงานร่วมกัน



ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ภาคผนวก 2 คำสั่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ 23 / 2554

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย

ภาคผนวก 3 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559

ภาคผนวก 4 แผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายราคา

ภาคผนวก 5 แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย

ภาคผนวก 6 รายละเอียดการประชุมกลุ่มย่อย

ภาคผนวก 7 Powerpoint

ภาคผนวก 8 รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ



กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ

“สู่วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

วันที่ 29-30 สิงหาคม 2554 ณ ห้องประชุมกมลทิพย์ ชั้น 2 โรงแรมสยามซิตี้

วันจันทร์ที่ 29 สิงหาคม 2554

- 08.30-09.00 น. ลงทะเบียน
- 09.00-09.15 น. กล่าวต้อนรับและเกริ่นนำวัตถุประสงค์การประชุม
โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 09.15-09.30 น. กล่าวเปิดการประชุมและจุดประกายความคาดหวัง
ต่อเครือข่ายวิสัยระบบยาแห่งชาติ
โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
- 09.30-10.30 น. เส้นทางกลยุทธ์สามปี : มุมมองการผลักดันนโยบายด้านยา
โดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา / ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล /
นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ / รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ /
คุณสายศิริ ด่านวัฒนะ
ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
- 10.30-12.30 น. ประสพการณ์จริงการทำงานเครือข่ายวิสัยระบบยาแห่งชาติ
โดย ญ.เนตรนภิส สุขนวนิช / นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล /
ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข / รศ.ดร.ณรร ชัยญาคูณาพฤกษ์ /
ภก.อำนาจ พฤษภาคณูมิ
ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

- 12.30-13.30 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.30-14.30 น. ระบบการเงินการคลัง งานบริการสุขภาพและระบบยาแห่งชาติ
โดย พญ.สาวิตรี เมาศิลาไพโรจน์ / พญ.ทัศนีย์ จันทน์น้อย /
นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน
ดำเนินการอภิปรายโดย นพ.เทียม อังสาชน
- 14.30-15.00 น. เปิดโลกทัศน์วิสัยระบบยา : จากสิ่งเวียนวิชาการ สู่นโยบายสาธารณะ
วิสัยระบบสุขภาพแห่งชาติและระดับโลก
โดย นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์ / นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
วิสัยระบบยาแห่งชาติ
โดย ทีมเครือข่ายวิสัยระบบยา
- 15.00-16.30 น. ระดมสมอง “สู่วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”
กลุ่ม 1 วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560
นำโดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
กลุ่ม 2 Knowledge Translation
นำโดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

วันอังคารที่ 30 สิงหาคม 2554

- 09.00-11.00 น. “ก้าวสู่วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”
นำเสนอ อภิปรายผล และสรุปก้าวสู่วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทย
ปี 2560
โดย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
- 11.00-12.00 น. แลกเปลี่ยน วิสัยทัศน์วิสัยระบบยาประเทศไทยปี 2560
- 12.00-13.00 น. ปิดประชุม

คำสั่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ที่ 23/2554

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย

ด้วยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา มีภารกิจในการสนับสนุนเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบยา โดยการบริหารจัดการองค์ความรู้ระบบยา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ได้พัฒนาความรู้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบยาของไทย โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อสร้างและจัดการองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบยา

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยาของไทย ดังต่อไปนี้

(1) องค์ประกอบ

(1.1) ที่ปรึกษา

1. ญ.สำลี ใจดี
2. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
3. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

(1.2) คณะกรรมการ

- | | |
|--|---------------|
| 1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ประธานกรรมการ |
| 2. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | กรรมการ |
| 3. นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี | กรรมการ |
| 4. นพ.เทียม อังสาชน
สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 5. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย | กรรมการ |
| 6. ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | กรรมการ |
| 7. พญ.สาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์
สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายา | กรรมการ |
| 8. รศ.ดร.จุฑามณี สุทธิสีสังข์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 9. ภก.วิพิน กาญจนการุณ
สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) | กรรมการ |
| 10. ญ.ยุพิน ลาวัณย์ประเสริฐ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| 11. ญ.เนตรนภิส สุขนวนิช
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 12. นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| 13. ญ.อัฉรา เอกแสงศรี
องค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |

14. ญ.ดร.นิตดา เกียรติยิ่งอังสุลี	กรรมการ
แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา	
15. รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์	กรรมการ
แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	
16. นายนิมิตร เทียนอุดม	กรรมการ
มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	
17. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	กรรมการ
18. หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	กรรมการ
19. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
20. ญ.พรพิศ ศิลขุรท์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(2) หน้าที่

1. ศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาระบบยาของประเทศไทยให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาที่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติให้การรับรอง
2. สนับสนุนและพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้เกิดการดำเนินการให้มีการสร้างและจัดการองค์ความรู้ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ
3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการวิจัยพัฒนาระบบยาตามแผนยุทธศาสตร์ฯ
4. สนับสนุนการพัฒนากลไกและกระบวนการที่จะนำความรู้จากการวิจัยพัฒนาระบบยาไปสู่การตัดสินใจ เจริญนโยบาย และ/หรือการปฏิบัติที่เกิดผล
5. งานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ตามที่คณะกรรมการกำกับทิศฯ เห็นสมควร และตามที่คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกำหนด

6. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



(นายพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข)

รักษาการผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559

วิสัยทัศน์ ประชาชนเข้าถึงยาด้านหน้า ใช้ยาไม่เหตุผล ประเทศพึ่งตนเอง

เป้าประสงค์ ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยการประกันคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของยา การส่งเสริมระบบการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล การส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นให้เป็นไปอย่างเสมอภาค ยั่งยืน ทันท่วงที การสร้างกลไกการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ และอุตสาหกรรมยามีการพัฒนาจนประเทศสามารถพึ่งตนเองได้



องค์ประกอบและ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
ด้านที่ 1 การเข้าถึงยา ประชาชนเข้าถึงยา จำเป็นอย่าง เสมอภาค ทัวถึง และทันการณ ใน ราคาที่เหมาะสม	1. การประสานความร่วมมือ เครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา	1.1 กลไกการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนา นโยบายและกฎหมาย เพื่อการเข้าถึงยา 1.2 กลไกให้มียาจำเป็นและแก้ไขปัญหาการ ขาดแคลนยา
	2. การสนับสนุนการรวมกลุ่ม ของผู้ป่วย เพื่อการเข้าถึงยาและ สร้างเสริมสุขภาพ	2.1 การรวมกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อผลักดันข้อเสนอแนะ เพื่อการเข้าถึงยา 2.2 การรวมกลุ่มเพื่อการดูแล ฟันฟูและสร้างเสริม สุขภาพ
	3. การส่งเสริมให้ราคาขาย สอดคล้องกับค่าครองชีพ	3.1 ให้มีการควบคุมราคาขายตามกฎหมาย 3.2 ให้แสดงโครงสร้างราคาขายประกอบการตั้ง ราคาขายที่มีสิทธิบัตร 3.3 ควบคุมการตั้งราคาขายปลีกยาของ สถานพยาบาลรัฐและเอกชน 3.4 พิจารณาใช้ข้อยืดหยุ่นทางการค้าใน TRIPs ซึ่งเป็นไปตามหลักสากล
	4. การใช้ประโยชน์หรือลด อุปสรรคของข้อกำหนดทาง กฎหมายเพื่อการเข้าถึงยา	4.1 หนังสือสัญญาระหว่างประเทศต้องไม่ผูกพัน เกินกว่าข้อตกลง TRIPs 4.2 รณรงค์ให้ประชาชนและผู้กำหนดนโยบายมี ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจรจาทางการค้าและ ทรัพย์สินทางปัญญา 4.3 ปรับปรุงฐานข้อมูลสิทธิบัตรรหัส A61K ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 4.4 แก้กฎหมายสิทธิบัตรให้เกิดความเป็นธรรม 4.5 ยกเลิกภาษีนำเข้ายาช่วยชีวิต ยาจำเป็นและ ตัวยาสำคัญที่ใช้ผลิตยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 4.6 พัฒนาช่องทางสื่อสารด้านข้อตกลง TRIPs กับผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบและ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
ด้านที่ 2 การใช้ยา อย่างสมเหตุผล บุคลากรทางการ แพทย์และประชาชน ใช้ยาอย่างสม เหตุผล คุ่มค่า	1. การพัฒนาระบบและกลไก การกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล	1.1 พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและ ทบทวนทะเบียนตำรับยา 1.2 ควบคุมการกระจายและการเข้าถึงยาและ เคมีภัณฑ์ที่ใช้ในมนุษย์และสัตว์ 1.3 พัฒนากลไกแก้ปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ และยาตกค้างในผลิตภัณฑ์จากสัตว์ 1.4 พัฒนากลไกแก้ปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดใน มนุษย์
	2. การพัฒนาระบบการผลิตและ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	2.1 ปฏิรูประบบการศึกษาในสถาบันการศึกษาของ ทุกวิชาชีพที่ใช้ยา 2.2 พัฒนาการศึกษาและการให้ความรู้ต่อเนื่อง แก่ผู้ใช้ยา
	3. พัฒนากลไกและเครื่องมือ เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	3.1 ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย และส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลักฯ 3.2 จัดทำมาตรฐานการบำบัดรักษาโรคแห่งชาติ ที่ทันสมัย เชื่อถือได้ สอดคล้องกับบริบท ของประเทศ 3.3 สร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด 3.4 ฐานข้อมูลด้านยาและสุขภาพสำหรับผู้ใช้ยาและ ประชาชนที่เป็นกลาง เข้าถึงง่าย เป็นปัจจุบัน 3.5 จัดตั้งองค์กรระดับชาติที่กำกับดูแลการใช้ยา อย่างสมเหตุผล 3.6 พัฒนากลไกกำกับดูแลการสั่งใช้ยา

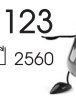
องค์ประกอบและ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
	4. การสร้างความเข้มแข็งภาค ประชาชนด้านการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	4.1 พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับภาค ประชาชนในการใช้ยาสมเหตุผล 4.2 สร้างค่านิยมสร้างสุขภาพดีโดยไม่ต้องใช้ยา โดยไม่จำเป็น และองค์ความรู้ด้านการใช้ยา สมเหตุผล 4.3 สร้างภาคีสื่อมวลชนและสื่อพื้นบ้าน เพื่อสร้าง ค่านิยมการใช้ยาสมเหตุผลในสังคมไทย
	5. การส่งเสริมการผลิตและ ประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ	5.1 พัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลิตยาทดแทนยา ต้นแบบ 5.2 พัฒนาศักยภาพหน่วยงานและระบบเกี่ยวกับสิทธิ บัตรยา เพื่อให้มีฐานข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่าย 5.3 พัฒนาระบบการประกันคุณภาพของยาชื่อสามัญ 5.4 ส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญ
	6. การพัฒนาระบบและกลไก ป้องกันและแก้ปัญหาจากการ ใช้ยาด้านจุลชีพและการดื้อยา ของเชื้อก่อโรค	6.1 พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยา ด้านจุลชีพในสัตว์ 6.2 พัฒนาระบบและกลไกเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพในมนุษย์
	7. การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่ง ใช้ยาและยุติการส่งเสริมการ ขายยาที่ขาดจริยธรรม	7.1 พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการ ขายยาของประเทศ ให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง 7.2 ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนนำเกณฑ์จริยธรรมไป ประยุกต์ใช้และขยายเพิ่มเติม 7.3 ควบคุมกำกับส่งเสริมการขายยา 7.4 จัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อตรวจสอบและรายงาน สถานการณ์การส่งเสริมการขายยาในระดับ ประเทศ 7.5 ประสานผลักดันให้มีการขับเคลื่อนให้มีจริยธรรม ในกลุ่มผู้สั่งใช้ยา



องค์ประกอบและ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
ด้านที่ 3 การพัฒนา อุตสาหกรรมผลิตยา อุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และ สมุนไพร มีศักยภาพ เพียงพอในการพึ่ง ตนเองของประเทศ	1. การพัฒนากระบวนการให้เกิดการลงทุนและการพัฒนา อุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ	1.1 แก่กระบวนการที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริม อุตสาหกรรม 1.2 จัดการกับมาตรการการค้าที่ไม่ใช่ภาษี 1.3 จัดการปัญหาด้านสิทธิบัตรและการผูกขาด ทางการค้า 1.4 สร้างกลไกการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการพัฒนา ตำรับยาสามัญ
	2. การส่งเสริมการวิจัยพัฒนา และนวัตกรรมต่อยอด ในอุตสาหกรรมยา	2.1 วิจัยพัฒนาสูตรตำรับยาใหม่ที่สอดคล้องกับปัญหา สาธารณสุข 2.2 การมีส่วนร่วมเชิงรุกระหว่างหน่วยงานรัฐเพื่อ วิจัยพัฒนายาใหม่ ชีววัตถุและสมุนไพรไทย 2.3 วิจัยพัฒนาสูตรตำรับยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร 2.4 ศูนย์วิจัยทางคลินิกและศูนย์ศึกษาชีวสมมูลใน ประเทศ ที่ได้มาตรฐานสากล 2.5 วิจัยและพัฒนาต่อยอดสู่อุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์
		3.1 จัดตั้งหน่วยงานกลางเพื่อพัฒนาศักยภาพ อุตสาหกรรมผลิตยา 3.2 ความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานรัฐและ อุตสาหกรรมยา ในการผลิตวัตถุดิบและ ตัวยาสำคัญ 3.3 สร้างความร่วมมือและพันธมิตรเพื่อพัฒนาความ พร้อมของโครงสร้างพื้นฐานและอุตสาหกรรมยา 3.4 พัฒนาศูนย์กลางให้พร้อมต่อการพัฒนา อุตสาหกรรมยา

องค์ประกอบและ วัตถุประสงค์	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
	4. การสร้างความเชื่อมั่นและ ประกันคุณภาพยาที่ผลิตใน ประเทศแก่ผู้สั่งใช้ยาและ ประชาชน	4.1 ส่งเสริมกลไกสร้างความเชื่อมั่นต่อการใช้ยา ที่ผลิตภายในประเทศ 4.2 พัฒนาระบบและกลไกที่สนับสนุนให้เกิดมาตรฐาน และคุณภาพของอุตสาหกรรมยา 4.3 จัดตั้งห้องปฏิบัติการกลางในการตรวจสอบและ วิเคราะห์ตำรับยาและสมุนไพร 4.4 จัดตั้งโรงงานกลางที่ได้มาตรฐานเพื่อรองรับ ผู้ผลิตรายย่อย
ด้านที่ 4 การพัฒนา ระบบการควบคุมยา การประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพ และ ความปลอดภัยของ ยา โดยพัฒนา ศักยภาพระบบการ ควบคุมยาของ ประเทศ	1. การพัฒนาศักยภาพระบบ การควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตามหลักธรรมาภิบาล	1.1 พัฒนาศักยภาพองค์กรควบคุมยาให้เป็น ที่ยอมรับในระดับสากล 1.2 พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาให้มี ประสิทธิภาพ โปร่งใส และผนวกโครงสร้าง ราคาที่มีสิทธิบัตรเอาไว้ 1.3 พัฒนากฎหมายและหลักเกณฑ์การกำกับดูแล ด้านยาให้ทันสมัย
	2. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ยาหลังออกสู่ตลาด และระบบ การเตือนภัยด้านยา	2.1 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังดูแลหลังยาออกสู่ ตลาดให้มีประสิทธิภาพ 2.2 พัฒนาระบบการเตือนภัยด้านยาของภาครัฐ และภาคประชาชน 2.3 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่าย
	3. การทบทวนทะเบียนตำรับยา ที่มีผลกระทบสูง	3.1 ทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีความเสี่ยงสูง และมีแผนการทบทวนตำรับยาทั้งระบบ 3.2 พัฒนาระบบการทบทวนทะเบียนตำรับยา ควบคู่ไปกับการพัฒนาการขึ้นทะเบียนตำรับยา ที่สอดคล้องกัน

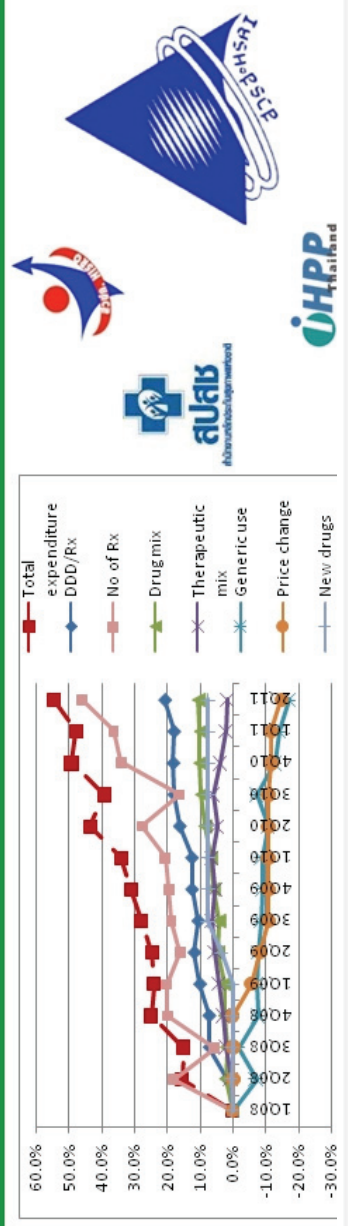
หมายเหตุ “ยา” หมายความว่า ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และวัตถุ
ออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท





Ongoing Research Projects

แผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนา นโยบายราคายา



รายชื่อนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

แผนงานวิจัยระบบยา: ผู้จัดการแผนงาน ภญ. พรพิศ คีตวูห์, ผู้ประสานงาน: นาง ธนาพร ชัยจิต
แผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายราคายา: ผู้จัดการแผนงาน รศ.ดร. จุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนาภรณ์, ผู้ประสานงาน: ผศ.ดร. อรรถพงศ์ วิเชียรเลิศ
ที่ปรึกษา: ภญ.ดร. วิจิตร ดั่งเจริญเสถียร, ภญ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ.ดร. สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรักษ์, นพ. พิสมัย จงตระกูล, ภญ. เมตตาภัส สุทนต์, รศ. (พิเศษ) ภก. กิตติ พัทธินันท์, ภก. วิฑิต กัญญาภรณ์, ภก. อำนวย พุกผาญ, ภก. อภิชาติ พงษ์เรืองชัย, ภญ. วรสุดา พงษ์ทอง, รศ.ดร. สุพลา ลิ้มพัฒนานนท์

ชื่อโครงการ	นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย
การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลด้านยาของประเทศไทย	นักวิจัย: ผศ.ดร. นุศราพร เกษสมบุญ, ผศ.ดร. รุ่งเพชร สกุลปงศ์, ดร. อินทิรา กาญจนาภิเษก, ดร. ศิริพา จอดมอักษร, ภญ. ชัญชลี จิตกร
กลยุทธ์การควบคุมราคายาระหว่างการขึ้นทะเบียนยา	นักวิจัย: รศ.ดร. ระวีรักษ์ สุทธิวงศ์, ภญ.วรรณดา งามอรุณ, ภก.สุชัย จันทิมา
การพัฒนา Standard Drug Classification System	นักวิจัย: ภญ. อัมพาลี จิตกร
การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจจ่ายค่ายา	นักวิจัย: ภญ.ดร. อรรถพงศ์ พัฒนาระที
การพัฒนาการติดตามราคายาผ่านระบบการจัดซื้อของภาครัฐตามแนวทางของ PAC	นักวิจัย: ผศ.ดร. รุ่งเพชร สกุลปงศ์, ผศ.ดร. นุศราพร เกษสมบุญ, ดร. ศิริพา จอดมอักษร, ภญ. ไพฑิพย์ น้อยเรือง, ดร. อินทิรา กาญจนาภิเษก, ภก. พงษ์ บุญยศ
การศึกษาความเป็นไปได้ของระบบราคายาในประเทศไทย	นักวิจัย: รศ.ดร. เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข
การศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของระบบสวัสดิการ	นักวิจัย: รศ.ดร. สุรวัตร จ้อยรุ่ง
รักษาพยาบาลของข้าราชการ	ผู้ช่วย: ภก. ธนเทพ วณิชการ
การพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายของโรงพยาบาล	นักวิจัย: ผศ.ดร. อธิวัฒน์ เขียวชาญพัฒนา, ดร. สมชาย สุริยะไกร, ภญ. พิมพ์ภา กิจวิทย์, ภก. รัชตะ อุลมาม, อ. สุรัชดา กองศรี, ภญ. ศิธร โทณะเขต, ภญ. ธิญรัตน์ ประสานมิตร, ภญ. จุฑามาศ พงษ์เดช
การพัฒนาต้นทุนยาผู้ใช้บริการสุขภาพสำหรับประเทศไทย	นักวิจัย: ภก. ชรินทร์ พงษ์ทอง
การวิเคราะห์แนวโน้มราคายาของประเทศไทย	นักวิจัย: รศ.ดร. จุฬารัตน์ ลิ้มพัฒนานนท์, ผศ.ดร. อรรถพงศ์ วิเชียรเลิศ

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจ่ายที่เหมาะสมในประเทศไทย: ผู้จัดการแผนงาน รศ.ดร. ณรงค์ ชัยกุลพัฒนกุล, ผู้ประสานงานนายแพทย์ ดร. นิธินา สุ่มประดิษฐ์, ดร. เทียนภรณ์ กาญจนาภรณ์, ผศ.ดร. ศิริธร สุทธิจิตต์, นักวิจัยที่เสนอ proposal มากกว่า 50 คน ขณะนี้กำลังทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาโครงสร้างงานวิจัยประเด็นสำคัญ (1) ขนาดของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบ และตัวชี้วัดของการจ่ายที่เหมาะสม (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้ง Home Healthcare, ร้านยาสุขภาพ, Patient Empowerment ที่ไว้สุขภาพ (3) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน setting ต่างๆ เช่น พ. พ. PCU (4) รูปแบบการบริหารงานบริการสุขภาพที่ส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม (5) รูปแบบของระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม (6) การใช้อย่างเหมาะสมของยา และ (7) การศึกษาในรูปแบบ intervention และกลไกในการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม





-

-

สถานการณ์การควบคุมราคาของประเทศไทย

วิธีการที่มีการให้เงินต่อความคุ้มค่าในต่างประเทศ ได้แก่ free pricing, statutory pricing, price negotiation, discount/rebate โดยให้ความสำคัญในระดับ manufacturer, wholesaler และร้านค้า และวิธีการของ public procurement ในประเทศไทยไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบเรื่องราคาโดยตรง การควบคุมราคาทำได้โดยกระทรวงสาธารณสุข การต่อรองราคาของกองทัพกับผู้ผูกขาด และการกำหนดให้บริษัทผู้ให้บริการจะต้องของราคาโดยคนทำงานบัญชีภายในบริษัทแล้วแต่ชนิด และภาคดำเนินการจัดตั้งงบประมาณชุดเดียว โดยกระทรวงสาธารณสุข การต่อรองราคาของกองทัพกับผู้ผูกขาด และการกำหนดให้บริษัทผู้ให้บริการจะต้องของราคาโดยคนทำงานบัญชีภายในบริษัทแล้วแต่ชนิด (เพิ่มประเด็นการในปี 2554) มาตราการซึ่งมีการดำเนินการคือมีการบังคับให้สิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing: CL) การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานโดย HITAP ซึ่งจำนวนรายการที่ดำเนินการก่อนหน้าจำกัด จากวิธีการทั้งหมดน่าจะมีส่วนในการควบคุมบางส่วน

การต่อของราคาสำหรับระบบประกันสุขภาพในปี 2554

- กองทุนยา เวมอนท์และควีน สเปซ ทำหน้าที่ตรงกับบริษัทยาหลายรายที่ขายยาโดยใช้สิทธิบัตรยาอยู่ภายใต้สิทธิบัตรของ สเปซ (ยานับขี้นยาหลักแห่งชาติ)
- ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา แต่ไม่เอื้อมถึงเนื่องจากยามีราคาแพง
- กองทุนประกันสังคมเริ่มมีการต่อรองราคายาในลักษณะเช่นเดียวกับ สเปซ. แต่อำนาจการต่อรองน้อยกว่า
- กรมบัญชีกลางได้เปลี่ยนวิธีคิดการรักษายาสาธารณะยังไม่มีกรณีในการเรื่องการต่อรองราคาแต่อย่างใด
- การต่อรองราคาและภาษีซื้อช่วยโดยกระทรวงสาธารณสุข
- การต่อรองราคา Monopoly (ยานับขี้นยาหลักและยานอนับขี้นยาหลักที่มีความจำเป็น) โดยกระทรวงสาธารณสุข
- การจัดซื้อจัดจ้างร่วมระดับเขต จัดการโดยแต่ละเขต ใช้กับพร.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ย่อยการพัฒนากระบวนการขยายพื้นที่สอดคล้องกับแผนงานวิจัย:

การส่งเสริมให้ภาคอาสาสมัครดูลงกับค่าครองชีพ

- ไม่มีการควบคุมราคายาตามกฎหมาย
- ให้แสดงโครงสร้างค่ายาประกอบกับการตั้งราคาที่สิทธิบัตร
- ควบคุมการตั้งราคาขายปลีกยาของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน
- พิจารณาให้ชื้อยี่ห้อเพียงกึ่งหัวใน TRIPS ซึ่งเป็นไปตามหลักตลาด

สถานการณ์การจัดซื้อยา

- ทพ. จัดซื้อเองด้วยเงินบำรุงทพ. ส่วนมากจัดซื้อโดยตรงจากบริษัทเอกชน
- ไม่มีหน่วยงานโดยตรงที่ทำหน้าที่จัดซื้อให้ทพ.
- การจัดซื้อร่วมกับจัดจ้างและจัดแข่งขันเพื่อให้เอกชน สักกักระทรวงสาธารณสุข ทพ.ว่า
- จำนวนรายการที่จัดซื้อร่วมแตกต่างกันแต่ละเขต ทพ. หนาไดเอป (รพ. ศูนย์ โองเรียนแพทย)
 - ซื้อได้เพียงชิ้น ในขณะที ทพ. ส่วนใหญ่ (ทพ. ทั่วไ) ซื้อยาได้ถูกลง ภาพรวมราคา
 - ยากดลงแต่ ทพ. ที่ซื้อยาแพงขึ้นมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือ

แผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายราคายา

เพื่อศึกษาค้นคว้าเป็นไปไม่ได้ในการพัฒนาเครื่องของคอมพิวเตอร์ราคาถูกๆ และพัฒนาแบบขั้นตอนค่าให้ทางด้านยาในราคาถูก และปริมาณการใช้ยา ที่เหมาะสม กับระบบการรักษาในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อคิดในการกำหนดนโยบายราคาของยา

นโยบายราคา		สถานการณ์ต้องประเทศไทย	
1. การควบคุมราคา			
1.1 การควบคุมราคาโดยตรง			
Compulsory licensing โดยกระทรวงสาธารณสุข		เคยมีการดำเนินการแล้ว	
บัญชียาหลักแห่งชาติ โดย อย.			ดำเนินการได้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและต้นทุน
การตั้งราคาสำหรับภาคบริการในระบบประกันสุขภาพ			ยังไม่มีภาคดำเนินการ กำลังศึกษาภายใต้โครงการกลยุทธ์การควบคุมราคา (โครงการที่ 1)
การต่อราคาโดย สบข. และการจัดซื้อร่วมโดยกระทรวงสาธารณสุข			มีการดำเนินการ กำลังศึกษาภายใต้โครงการกลยุทธ์การควบคุมราคา (โครงการที่ 1)
1.2 การควบคุมราคาโดยอ้อม			
นโยบายการเบิกจ่าย เช่น ระบบราคาอ้างอิง (Reference pricing) และการมีส่วนร่วมจ่าย (Copayment)			ยังไม่มีภาคดำเนินการ กำลังศึกษาความเป็นไปได้ของระบบค่าอ้างอิงของไทยในประเทศไทย (โครงการที่ 5) ศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (โครงการที่ 6)
2. ระบบการจัดซื้อตามราคา			
การจัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และประเภทของยาตามรหัสยาตามมาตรฐาน			ยังไม่มีภาคดำเนินการ กำลังพัฒนาการจัดทำ Standard Drug Classification System (โครงการที่ 2)
การจัดตามราคาจัดซื้อยา			มีการดำเนินการ กำลังพัฒนาโครงการควบคุมราคายาผ่านระบบการจัดซื้อของภาครัฐตามแนวทางของ PAC (โครงการที่ 4)
การติดตามปัจจัยที่มีผลต่ออัตรากำลังของบุคลากรใช้จ่ายด้านยา			ยังไม่มีภาคดำเนินการ กำลังพัฒนาจัดทำโปรแกรมการวิเคราะห์ฐานการสั่งจ่ายของโรงพยาบาล (โครงการที่ 3) และการพัฒนาดัชนีราคาผู้ใช้ให้บริการสุขภาพของประเทศไทย (โครงการที่ 8)
การติดตามการสั่งจ่ายยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์			ยังไม่มีภาคดำเนินการ กำลังพัฒนาเครือข่ายเพิ่มศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งจ่ายยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (โครงการที่ 7)



ที่มาของแผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนาบัญชียา

แผนงานวิจัยยาให้คำปรึกษาและดำเนินการตามข้อเสนอที่ได้จากการประชุมเรื่องรูปแบบที่เหมาะสมในการควบคุมราคายาของประเทศไทย วันที่ 31 เมษายน 2552

ข้อเสนอจากการประชุม	ประเด็นที่นำมาศึกษาของแผนงานวิจัยราคายา สรรส. (ก.ย. 2553 – มิ.ย. 2555)
กระทรวงพาณิชย์ มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ในการกำกับดูแลราคา ยา บริษัทฯ ต้องตั้งราคาขายไม่เกิน 9 เท่าของราคาขายอ้างอิงสากลโดยอาจเน้นไปที่กลุ่มยาที่มีสิทธิบัตรก่อน Policy analysis ของการตั้งราคาเริ่มต้นและการควบคุมกำกับดูแลราคา ยา Comparative policy analysis มาตราการควบคุมราคาของกระทรวงพาณิชย์ เปรียบเทียบกับการควบคุมราคาสินค้าอื่นๆ ที่ค่อนข้างทำได้ยังมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุข (อย.) ออกกฎหมายบังคับให้การอนุมัติทะเบียนตำรับยาขึ้นอยู่กับการกำหนดราคาของบริษัทฯ ด้วย ลดแรงจูงใจจากภาคอุตสาหกรรมยาโดยเริ่มจากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน	•ประชุม Knowledge management กับกระทรวงพาณิชย์ ○ การตั้งราคาเริ่มต้นและการควบคุมกำกับดูแลราคา ยา ○ มาตราการควบคุมราคาของกระทรวงพาณิชย์ เปรียบเทียบกับการควบคุมราคาสินค้าอื่นๆ ที่ค่อนข้างทำได้ยังมีประสิทธิภาพ ○ การทำงานร่วมกับ อย. ให้บริษัท update ราคาขาย ให้รพ. รัฐ และ เอกชน ประจำปี ผ่านฐานข้อมูลบัญชีรายจ่ายของประเท ○ ความเป็นไปได้ให้ให้บริษัทฯตั้งขึ้นโครงสร้างต้นทุนที่กระทรวงพาณิชย์ เป็นหลักฐานประกอบการขึ้นขอพิจารณาเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือในขั้นตอนการขอรับทะเบียนยา
กรมบัญชีกลาง ควรกำหนดราคาที่จะได้เกินคืนได้ โดยเริ่มจากยาที่มีการทำ CL ไม่แล้ว คือกำหนดให้เกินคืนได้ในราคา CL	ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบราคาที่ยั่งยืน และการมีส่วนร่วมจ่าย -ศึกษาการเบิกจ่ายที่มี CL แล้วว่า รพ. เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางในราคาเท่าใด มี ความแตกต่างระหว่างรพ. อย่างไร แล้วส่งข้อมูล feedback ให้กรมบัญชีกลาง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ในฐานะผู้ซื้อยาในรูปควรทำหน้าที่ในการต่อรองราคา ยา สาเหตุที่ราคา Factor 8.9 มีราคาแพงขึ้นหลังจากที่ สปสช. มีโครงการอินพีเดีย ซึ่งต้องจัดซื้อยาเหล่านี้เป็นจำนวนมากขึ้นทุกปี	ศึกษาปัญหาที่ สปสช. พบ และผลกระทบกับบริษัทฯ



ที่มาของแผนงานวิจัยเพื่อการพัฒนาบัญชียา

ข้อเสนอจากการประชุม	ประเด็นที่นำมาศึกษาของแผนงานวิจัยราคายา สรรส. (ก.ย. 2553 – มิ.ย. 2555)
ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลราคาอย่างต่อเนื่อง และพิจารณาใช้วิธี International comparison สำหรับการค้าราคาใหม่ และได้ value-based pricing ควบคู่ไปด้วย	•ศึกษาความเป็นไปได้ของหน่วยงานที่กำกับดูแลราคา ยา บทบาทหน้าที่ (หลังจาก ได้ผลการศึกษาของแต่ละโครงการย่อยของแผนงาน)
งานวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการกำกับดูแลราคา ยา ระบบฐานข้อมูล ระบบการทำประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มความตระหนักของภาคประชาสังคม ให้ทราบ ข้อมูลความเป็นจริงว่าสถานการณ์ราคาในประเทศไทยนั้นมีความสูงมาก และเมื่อ เปรียบเทียบกับต่างประเทศเป็นอย่างไร	พัฒนาระบบฐานข้อมูลการจัดซื้อยา และโปรแกรมการวิเคราะห์ •พัฒนาระบบจัดทำ Standard Drug Classification System •พัฒนาโปรแกรมการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยา พัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยา และโปรแกรมการวิเคราะห์ •ทำการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมราคายาด้วยมาตรการที่ ดำเนินการในปัจจุบัน และพยากรณ์อัตราค่าซื้อยาจากข้อมูลราคาแพง และมูลค่าการใช้ สูงจากการวิเคราะห์ตลาดยา
สร้างศักยภาพให้กับบุคลากรรุ่นใหม่ (Build professional leadership capacity) เพื่อให้ สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นให้กับสังคมได้ในอนาคต	พัฒนาเครือข่ายเภสัชกรที่มีศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยา แผนงานมีนักวิจัยเข้าร่วมทำวิจัย
ควรมีการปรับปรุงวิธีการกำหนดราคากลางของยาให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้อาชีพ local ค่า เกินไปจนไม่คุ้มค่า	•การจัดการองค์ความรู้เรื่องคุณภาพของยาที่จัดซื้อ
จัดลำดับความสำคัญของการจะดำเนินการลดการราคาในระยะเวลาโดยเลือกยาที่มี ค่าใช้จ่ายสูง 50 ลำดับแรก	•วิเคราะห์ตลาดยาที่มีราคาแพง และมูลค่าการใช้สูง จากฐานข้อมูลสำนักงานประเท การ สั่งใช้ยาให้ผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการข้าราชการของรพ. 34 แห่ง และการสั่งใช้ยาใน 8 จังหวัดนำร่องของทุกภาคส่วน

* ดำเนินการในส่วนของการส่งเสริมนโยบายราคา ยา
อักษรย่อ คือข้อเสนอที่ยังไม่มีการดำเนินการ



การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบข้อมูลด้านยาของประเทศไทย

การสนับสนุนให้เกิดระบบข้อมูลด้านยาอย่างต่อเนื่อง ในด้านมูลค่า และแบบแผนการบริโภคนยาของประชาชน เพื่อนำไปสู่การจัดทำนโยบายด้านยาที่มีประสิทธิภาพ นับเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติ ข้อมูลการบริโภคยาซึ่งได้จากระบบบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติจะแสดงให้เห็นถึงมูลค่า ณ ราคาผู้บริโภค และการกระจายที่มีการบริโภคในประเทศไทย คัดจากการผลิตภายในประเทศ บวกการนำเข้าจากต่างประเทศ หักลบด้วยการส่งออกผ่านช่องทางต่างๆ ในประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนจนถึงผู้บริโภค

การพัฒนาระบบเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติ ในปี 2553 นี้ ได้วางระบบการจัดการข้อมูลที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้อด้รับประโยชน์จากข้อมูลและสารสนเทศ ตัวอย่างระบบการจัดการข้อมูลที่ได้ดำเนินการ เช่น การปรับปรุงระบบการจัดสรรยาให้ในปัจจุบันตาม ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) Classification System 2010 ขององค์การอนามัยโลก; การสร้างมาตรฐานของรูปแบบและความแรงของยา; การสร้างมาตรฐานหน่วยต่างๆ ของข้อมูล เช่น หน่วยบรรจุ หน่วยความแรง เป็นต้น; การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการปรับชื่อเดิมที่มีความหลากหลายให้เป็นไปตามมาตรฐานของข้อมูลที่สร้างขึ้น; การพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลการผลิตและนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อความสะดวกในการจัดการและเพื่อความถูกต้องของข้อมูล; และการพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อส่งกลับไปยังแหล่งข้อมูลหรือระบบข้อมูลเดิมเพื่อใช้ประโยชน์ในหน่วยงาน

การดำเนินการพัฒนาระบบเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติในครั้งนี้ได้แบ่งเป็น 3 ระยะหลัก คือ

- การพัฒนาโครงสร้างหลักกับบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติ
- การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติ
- และการทดลองระบบ รวมระยะเวลา 2 ปี 3 เดือน (มีนาคม 2552 – มิถุนายน 2554)

โดยสรุปผลการศึกษาก็ได้ดังแสดงในหน้าถัดไป

1. จากระบบรายงานแบบกระดาษสู่ระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์

ความก้าวหน้าสำคัญจากงานวิจัยชิ้นนี้คือการเปลี่ยนผ่านจากระบบรายงานแบบกระดาษ และนำเข้าข้อมูลเป็นกระดาษ เป็นการรายงานโดยระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น ด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคธุรกิจและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ระบบที่พัฒนาขึ้นได้ถูกนำไปใช้จริง สอดประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงาน ระบบการรายงานโดยระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นอย่างมีแบบแผน มีมาตรฐานที่สอดคล้องกัน ช่วยลดความผิดพลาดอันเนื่องมาจากกรนำเข้าข้อมูลจากระบบกระดาษ เพื่อจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์ได้ทั้งหมด และระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นนี้ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานำไปใช้ประโยชน์ต่อในการจัดทำฐานข้อมูลรายละเอียดคุณลักษณะของยาตามมาตรฐาน 24 หลัก

2. การจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติปี 2553

จากการวางระบบการรายงานข้อมูลมูลค่าการผลิต และนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาใหม่ พบว่าในปี 2553 ประเทศไทยมีการผลิตภายในประเทศ) ไม่รวมแบบบรรจุ (คิดเป็นมูลค่า 46,895,753,521 บาท: มูลค่านำเข้า 99,663,791,612 บาท: ส่งออกคิดเป็นมูลค่า 12,077,467,549 บาท ดังนั้นมูลค่ายาเพื่อการบริโภคนในประเทศในราคาผู้ผลิต (ตาม price list) เท่ากับ 34,482,077,585 บาท โดยกลุ่มยาที่มีมูลค่าสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1. ยาต้านการติดเชื้อสำหรับทั่วร่างกาย (Antimicrobials for systemic use)
2. ยากลุ่มระบบหัวใจหลอดเลือด (Cardiovascular system)
3. ยากลุ่มทางเดินอาหารและเมแทบอลิซึม (Alimentary tract and Metabolism)

ข้อเสนอแนะ

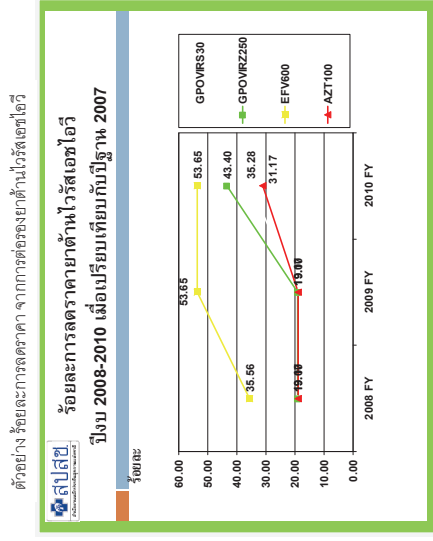
1. ควรมีการปรับปรุงข้อมูลการจัดทำรายงานประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยให้ผู้ประกอบการรายงานปริมาณและมูลค่าแยกตามช่องทางจำหน่าย
2. พัฒนาการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาและโรงพยาบาลทั่วประเทศ และระบบการเข้าถึงฐานข้อมูลบัญชีรายจ่ายยาโดยอัตโนมัติ และพัฒนากฎการเก็บข้อมูลส่วนการกระจายผ่านช่องทางต่างๆ และการคำนวณค่า Mark-up ที่ฝังอยู่ในระบบโดยไม่ต้องดำเนินการสำรวจเป็นครั้งคราว
3. พัฒนาระบบที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของตลาดยาและการบริโภคยา เพื่อเป็นการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนของการตลาดยาและการบริโภคยา

การจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีปัญหาการเข้าถึงยา
ดำเนินการโดยกองทุนยา เวชภัณฑ์ และวัคซีน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

การตัดสินใจโดย สปต. จะคัดเลือก ED ที่มีปัญหาเข้าไม่ถึง จัดซื้อไม่ได้ ราคาแพง หรือที่มีความจำเป็นน้อย ให้ไปอยู่ case น้อย สปต. มีอำนาจที่ต้องออกมาเนื่องจากเป็นผู้ขายใหญ่ อย่างไรก็ดีตามหลักการยา Monopoly ก็ยังมีปัญหาในการต่อรองราคา ทำให้ต้องหาเหตุผลใหม่มาใช้ในการต่อรอง โดยวิธีที่มีการใช้ล่าสุดคือ Value based pricing เป็นการต่อราคาโดยอ้างอิงกับคุณค่าของยา หากพบว่าผู้ป่วยได้ผลประโยชน์ ก็ต้องมีกำไรบ้างได้ผล สปต. ก็ต้องจ่ายค่ายาประมาณ 30 รายการ ทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระ 1,330-350 ล้านบาท กองทุนประกันสังคมเริ่มให้ความสนใจในเรื่องการปรับระบบการต่อรองแบบ สปต. ไปให้ ส่วนกรมบัญชีกลางยังมีหน้าที่ดู ในการดำเนินการต่อรองราคา

- สป.ส. แลยา 91 รายการ เลือกรองรายการการยาประมาณ 20-30 % ของรายการทั้งหมด แต่เป็นสัดส่วนประมาณ 80% ของงบที่ใช้ต่อปี
- การตรองราคาของ สป.ส. กรมนี้เป็นบริษัทที่มีงบขาย one price one list เช่น องค์การเภสัชกรรม การตรองของ สสส. จะทำได้บริษัทหนึ่ง 3 กองทุน เพราะราคาขายที่ประเทศลดลง
- การตรองราคางานของ สป.ส. มีผลกระทบต่อบุคลากร โดยทำให้บริษัทคู่แข่งสู้ราคาไม่ได้เป็นนักเกิดปัญหาตลาดด้อยลงรุนแรง ในบางครั้งเมื่อขายบริษัทแรกขาด บริษัทที่สองจะไม่สามารถจัดหายาทดแทนได้ เนื่องจากต้องนำเข้ามา ซึ่งต้องใช้เวลานานในการนำเข้าและการจัดซื้อราคาให้ โดยพบปัญหากับกลุ่มยา CL ๑2 และ ๑3 ดังนี้
- สป.ส. ต้องการควบคุมในเรื่องการใช้จ่ายเงิน จึงสร้างระบบโปรแกรมเบิกจ่าย ซึ่งมีหลายโปรแกรม เช่น NAP, TB, โรคใด, Oselamivir, anticdole, วิธีนี้ให้ตัวในไทย, VMI โปรแกรมต้องกรอกข้อมูลมาก เช่น ค่า Lab ทำให้เกิดการกักตุนงบประมาณในการกรอกข้อมูล
- จากการสอบถามผู้อำนวยการของ สปส. พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าถึงยามากขึ้น ราคายาจะลดลงเป็นส่วนใหญ่ มีบางรายการที่ราคาปรับขึ้นเล็กน้อย เช่น วัคซีน ซึ่งผู้ผลิตต้องขาย และ demand มากกว่า supply

จากความเค้นเนื่องพันธุ์คุณูปา ยี่สิบปีจึงควรต้องรักษากวักกันระหว่าง 3 หลักประกันสุขภาพ ในระยะนั้น ได้แก่ ยา antidiote (ดำเนินการแล้ว), ยาปฏิชีวนะ, ยาที่เป็น Biological product ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยน้อยยา แต่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วย การดัดแปลงแบบแยกออกฤทธิ์จะทำให้มีต้นทุนโดยยากต่อราคาก่อน และหากแต่ละกองจะมีระเบียบกีดกันของตนเองจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาก



การจัดทูลยาร่วมระดับเขตสำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยร่วมระดับชาติ เป็นหลักการการวิจัยของพระราชบัญญัติว่าด้วยการศึกษาระดับชาติ พ.ศ. 2550 ให้โดยความร่วมมือของสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับชาติ (ยังไม่ได้มีการดำเนินการแล้ว)

ข้อมูลจากการดำเนินการประจำปี 2549						
ข้อมูลการซื้อรวมระดับเขต 4 เขต: มูลค่าประเมินได้ในปี 2549 เมื่อเทียบกับต้นทุนของราคา						
ข้างถึง						
เขต	จำนวน รายการฯ	มูลค่าการ ประสิทธิ์รวม (บาท)	จำนวนรายการ ขายที่ราคาสูง ข้างถึง	จำนวนรายการ ขายที่ราคาต่ำ ข้างถึง	จำนวนรายการ ขายที่ราคา เท่ากับราคา ข้างถึง	
A	60	34,309,094.85	6	34	20	
B	58	25,336,900.00	6	36	16	
C	49	4,008,571.34	13	23	13	
D	4	6,936,182.38	0	4	0	

การจั๊ตซ์ร่วมระดับเขตภาคไม่มีนโยบายที่ชัดเจน การจั๊ตซ์ร่วมระดับเขตภาคมีการขยายไปจักัด เพราะต้องคำนึงการรวมกันระหว่างจังหวัดซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่จำกัด ราคายกย่นการยกย่นที่เหมาะสมในการจั๊ตซ์ร่วมระดับเขตคือ ราคายกย่นที่เป็นอัตราหนึ่งพื้นที่หนึ่งดิทริบิวต์แล้วมีผู้จำนวนหลายรายและส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่ามีความแตกต่างถึงคุณภาพระหว่างยี่ห้อหรือร้านค้าขาย

File 3. การจัดซื้อยาร่วม

ดำเนินการโดยสำนักบริหารการสาธารณสุข

ในเรื่องราคาสถาสนามีการพิพาทขึ้นในแนวทางบางประการอย่างกว้างขวางเนื่องจากแหล่งนํ้ายวน เช่น รพ.ผู้ซัด บริษัทผู้จำหน่าย โรงงานผู้ผลิตในประเทศ เป็นต้น มีความคาดหวังว่าค่า
ค่าที่กระทรวงสาธารณสุขในแง่ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้นํ้ายวนยาที่รีไซเคิลขอเอกรัศมีมีความตระหนักถึงปัญหา รายการซึ่งส่งมามีเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและได้ใช้ทำการกำหนดจะมีพิจารณา
ปรับปรุราคาจากทุก 6 เดือนหรือให้เป็นราคาที่เหมาะสมกับสถานการณ์และปัดรัศมีผู้ผลิตจากทุกภาคส่วน และมีการปรับปรุงบหลักเกณฑ์การกำหนดราคายาให้เหมาะสม และตอบสนองทุก
ปัยมาทั้งนี้

เจ้าพนักงานเวชการ
เจ้าพนักงานเวชการ

- ราคาตกลงไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ราคาขายบางรายการมีทั้งต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และบางรายการราคาสูงกว่าที่ควรจะเป็น

- ข้อเสนอนี้จะ

- เท่ากับ 0.13 เท่าของราคามัธยฐานขายส่งโดยรวมของตัวแทนประเทศในกลุ่มยุโรป

- ผู้บริหารที่จะเป็นผู้นำของนวัตกรรมกลางใหม่
 ยากที่จะมีการรับราคาสูงขึ้นกว่าจะเป็นการของ
 ผู้บริโภค ราคาสูงตลอดไป แต่หากจะขอขึ้นราคากลาง
 ต้องมีการชี้แจงและขอชดเชยมาก ถูกมองว่าเป็นประเด็น
 เรื่องการทุจริต ทั้งที่จริงแล้วเป็นการปรับให้สอดคล้องกับ
 ความจริง

ขณะเริ่มมีการพบพบนราคาถลาฯ 104 รายการที่รพ.

รายงานว่ามีสาเหตุข้อได้ และปรับหลักการกำหนด
ราคากลางยาให้เหมาะสมมากขึ้น

ดำเนินการโดยสำนักบริหารการสาธารณสุข

การดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา

- มีการดำเนินการยึดฉลากเครื่องหมายที่ประกอบด้วยแพคเกจและเอกสาร จากหน่วยงานต่าง ๆ และพาทั้งใบตรวจราชการเลขและ รม.มหาวิทยาลัยขึ้นต่อกับบริษัท บริษัทฯจะได้ประโยชน์ คือไม่ต้องยื่นเอกสารเสนอราคาขาย รพ. ได้ประโยชน์ คือไม่ต้องยื่นเอกสารการสั่งซื้อไม่ต้องทำ e-suction รพ. ก่อนจ้างพอได้กระบวนการจัดซื้อยา monopoly เนื่องจากสะดวกขึ้นและได้ราคาถูก วิธีการต้องเน้นใช้ข้อมูลที่ยืนยันจาก รพ. /รพท. /รพช. และรพ. มหาวิทยาลัยต่าง ๆ โดยใช้คณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญมาต่อรองราคา ปัญหาที่พบคือราคาขายที่ รพ. ยางนา DMSIC มักมีราคาไม่รวมส่วนลดแถม ราคาขายที่บริษัทเสนอขายให้รพ. แต่ละแห่งแตกต่างกันไป ใช้วิธีความร่วมมือบริษัทไม่เข้าร่วมเสนอราคา ซึ่งบางแห่งไม่ให้ความสนใจ ในใบ報價หลังจากการต่อรองมี รพ. บางแห่งแจ้งเข้ามาว่าสามารถซื้อได้มีผู้ร่วมรวมได้กว่าราคาที่ต้องการ และรพ.บางแห่งมีราคาที่ต้องดูแล้วยุติข้อลดจากบริษัทเพิ่ม
- หน่วยงานที่รับผิดชอบพยายามกำกับการสั่งซื้อยากลุ่มนี้ โดยขอคำแนะนำซื้อจาก รพ. และบริษัทผู้ส่งยา รพ.
- ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการปรับราคาในระหว่างช่วงสัญญา กรณีที่หมดสัญญาก่อนแล้วพบว่ามีการต่อรองราคาขายใหม่ ราคาบางชนิดลดลง บางชนิดคงที่ ขึ้นกับบริษัทและข้อตกลงราคาที่เป็นโดยรวม เช่น บริษัท A ซึ่งรักษาสถาบันดี จะเลือกลดราคายาบางกลุ่มเท่านั้น การดำเนินการต้องใช้เวลา จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

*แสดงเฉพาะข้อมูลที่ยกมา (การตั้งของราคามีการผูกพันตลาดและขนาดบรรจุ)

File 4. การตั้งของราคาขาย monopoly



การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา

ในระหว่างปี 2549-2551 รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา 7 รายการ คือ Efavirenz, Ritonavir/Lopinavir, Clopidogrel, Imatinib, Eritroinib, Letrozole, Docetaxel ซึ่งจำเป็นในการรักษาโรคที่เป็นภาวะด้านสุขภาพในลำดับต้นของประเทศ และเป็นยาที่รัฐบาลไทยประกาศใช้สิทธิบัตรยาเพื่อป้องกันการเข้าถึงยากับประชาชนโดยไม่กั้น ซึ่งเป็นการดำเนินการตามหน้าที่ที่จะต้องจัดหาจ่ายให้ตามบัญญัติให้แก่คนไทยทุกคนที่ใช้สิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นไปตามข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (Agreement on Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights)

อินทรา ขมยมา และคณะ (2552) ได้ประเมินผลกระทบจากการที่รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร พบว่า ในด้านสุขภาพ มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรตามสิทธิบัตรยาผู้ป่วยที่ใช้ได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านไวรัสซิดไอวี ในกรณียา Clopidogrel และยาบิาโดโคเนเร้ทั้งสี่รายการ เนื่องจากขณะทำการศึกษายังไม่มีการนำเข้ายาสามัญ นักวิจัยจึงใช้สมมติฐานว่าจะมีการนำเข้ายาสามัญแล้วตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นไป และพบว่ายาแต่ละรายการจะมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงเพิ่มขึ้นโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ Clopidogrel, Letrozole, Docetaxel, Imatinib และ Eritroinib สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า มาตรการดังกล่าวทำให้เกิดผลได้จากการที่ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น คิดเป็นมูลค่า 132 ล้านเหรียญสหรัฐ และจากการสอบสวนทั้งชาวไทยและต่างชาติส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาต้านไวรัสซิดไอวี ผลกระทบด้านบวกของมาตรการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุดคือ มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรทำให้ยาที่มีราคาถูกลง ซึ่งทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเห็นพ้องกัน สำหรับผลกระทบด้านลบนั้น ชาวไทยส่วนใหญ่เห็นว่าการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศที่พัฒนาแล้วสู่ประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ จะลดลง ในขณะที่ชาวต่างชาติส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบด้านลบที่ลึกซึ้งคือ ประเทศไทยถูกดำเนินจากนานาชาติ

งานวิจัยโดยกลุ่มนโยบายและแผน กองแผนงานและวิชาการ ฮย. มีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของมาตรการที่ควบคุมราคาที่มีสิทธิบัตรในประเทศไทย 7 วิธี โดย focus group discussion ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่าวิธีที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ การกำหนดราคาเสมอภาคกับต่างประเทศ โดยมีวิธีการประเมินประสิทธิภาพ ในขณะวิธีอื่นๆ คือ การควบคุมราคาโดยตรง, การควบคุมกำไร, การรวมกลุ่มซื้อระดับภูมิภาค, การนำเข้าซื้อ, และการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา มีความพร้อมทั้งเชิงนโยบายและเชิงเทคนิคต่ำกว่า 2 วิธีแรก ทั้งนี้งานวิจัยดังกล่าวได้มีการวิเคราะห์ผลกระทบต่องบประมาณด้านยาในช่วงระยะเวลา 5 ปี โดยเปรียบเทียบ 4 สถานการณ์ พบว่าการควบคุมราคายาของตนขึ้นทะเบียนทำให้เกิดค่าใช้จ่ายต่ำสุด (15,740 ล้านบาท) ซึ่งใกล้เคียงกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (15,986 ล้านบาท) ถัดมาคือการควบคุมค่าใช้จ่ายภาครัฐ (21,684 ล้านบาท) และสถานการณ์ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงสุดคือการไม่มีการดำเนินการใดๆ (35,527 ล้านบาท)

อย่างไรก็ตาม มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นรัฐควรพิจารณามาตรการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ 1) การใช้มาตรการที่หลากหลายเพื่อควบคุมราคายา ยกตัวอย่างเช่น มาตรการควบคุมราคาขายทางตรง มาตรการลดภาษียา มาตรการจัดซื้อยาแบบรวม การนำเข้าซื้อ เป็นต้น เป็นต้น 2) ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาในประเทศไทย เพื่อการพึ่งตนเองด้านยาและสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงอย่างยั่งยืน

Folder 5. References เรื่อง CL

กลยุทธ์การควบคุมราคายา

- ชะอริฮิน และคณะ 2554 วิเคราะห์สถานการณ์ราคายาในประเทศไทย สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้
- ไม่มีหน่วยงานในประเทศไทยที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องราคายา ไม่มีนโยบายเรื่องการค้าราคายา ไม่มีกฎหมายรองรับ การลดราคายาทำโดยหลายหน่วยงานและไม่มีเอกสาร
 - ราคาที่ภาครัฐจัดซื้อและขายมีความแตกต่างกัน ทั้งที่เป็นยาชื่อสามัญเดียวกัน ขนาดความแรงเท่ากัน
 - ยาต้นแบบบางตัว แม้ว่าจะมียาสามัญแล้วแต่ก็ยังมีความสูงมาก อาจกล่าวได้ว่าเป็นการกำกับให้เกิดความ
 - สาเหตุหนึ่งของปัญหาราคายาต้นแบบที่สูง คือ การตั้งราคายาขึ้นถูกกำหนดโดยผู้ขายตั้งแต่เมื่อขึ้นทะเบียน ยังถ้าเป็นยาต้นแบบที่มีชื่อได้เรียนทางการรักษาและไม่มีคู่แข่งทางการตลาด จะยิ่งตั้งราคาที่สูงมาก โดยส่วนนี้ภาครัฐไม่มีอำนาจที่จะต่อรอง
 - ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งราคายาสูงสุด คือ medicine profile และ reimbursement profile รongลงมาเป็น market profile, budget impact, regulation profile และ ethical and political profile

กลยุทธ์และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมราคายา พบว่าแต่ละประเทศจะมีกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการจัดการราคา การลดราคายาอยู่ที่อยู่ในสิทธิบัตร การเพิ่มราคา การจ่ายเงินค่ายาคืน มีการจัดกลุ่มยาเพื่อการบริหารราคา และมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่นี้ซึ่งขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข

ในขณะที่มีการควบคุมราคายาทำโดยหลายหน่วยงานโดยใช้วิธีการต่อรงราคายาเป็นหลัก จึงควรมีการพัฒนาแนวทางในการเลือกใช้กลยุทธ์การควบคุมราคายาให้หลากหลาย เหมาะสมกับประเภทและบริบทของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้จึงสร้างแบบจำลองทางการเงินเพื่อวิเคราะห์ปริมาณที่ควรลดลงหากมีการควบคุมราคายา โดยกลยุทธ์ต่างๆ โดยมุ่งเน้นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีปริมาณและมูลค่าการใช้สูงและใกล้หมดสิทธิบัตร และยาใหม่ ครอบคลุมยาหลายกลุ่มตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาความเป็นไปได้ของการใช้ยาทดแทน และครอบคลุมยาที่ใช้ผู้ป่วยแต่ละสิทธิ ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และบริษัทยาหลายแห่ง

Folder 6. กลยุทธ์ควบคุมราคายา



การพัฒนา Standard Drug Classification System

อัมพลี และคณะ 2554 ประกอบด้วยหนังสือจาก ออ. ได้จัดการให้ฐานข้อมูลรายละเอียดคุณลักษณะของเขตงานระดับพื้นฐาน สำหรับการจัดดำเนินการได้ภายใน 1 อาทิตย์ และผลการดำเนินงานข้อมูลพื้นฐาน 24 หลัก โดยปริทัศน์เป็นปัจจุบันหากมีพื้นที่ไหนด้วยคุณลักษณะระดับต่อไป

1. เชื้อมัยยงรหัสยามาตรฐาน 24 หลักกับ ATC code ขององค์การอนามัยโลก (ATC 1-5) และที่ปรับปรุงสำหรับประเทศไทย (ATC 6-7) หากมี ATC code หลายกลุ่ม ให้เลือกเพียงกลุ่มเดียวที่เป็นข้อบังคับเพื่อให้ได้ความสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง(one-to-one relationship) พัฒนากายาได้โครงการวิจัยและพัฒนาการวิจัยและการจัดทำบัญชียาจ่ายยามาตรฐาน
2. เชื้อมัยยงรหัสยามาตรฐาน 24 หลักและ ATC code กับ WHO defined daily dose (DDD) กรณี รายการทะเบียนใดที่ไม่มี WHO defined daily dose (DDD) จะใช้ชื่อมุลขนานที่ใช้ชื่อขนานที่มีรายงานโดยเฉลี่ย มาไว้ในช่อง DDD เฉพาะยา Systemic เท่านั้น พัฒนากายาได้โครงการวิจัยและพัฒนาการวิจัยและการจัดทำบัญชียาจ่ายยามาตรฐาน
3. ระบบสมมติของรายการยา (ตามรหัสยามาตรฐาน 24 หลักและ ATC code) ดังต่อไปนี้
3.1 จัดหาตราสารข้อมูลรายการยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับล่าสุด ที่เชื่อมโยงรหัส ATC code พร้อมรูปแบบ รหัสกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับล่าสุด
3.2 ตรวจสอบและจัดสถานะตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับล่าสุด (ED-NED) หากเป็นยาหลัก ระบุระบบบัญชี (เช่น ก., ข., ค., ง. และ จ. เป็นต้น) และรหัสกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ใต้บทรายการยาที่ขึ้นทะเบียนไว้ หากไม่เป็นยาหลัก จะใช้กลุ่มยาตาม BNF ฉบับปัจจุบัน
3.2 ตรวจสอบและจัดสถานะทางกาตลาดของผู้ผลิตจำหน่าย (S-O-I-L) ได้แก่ ผู้จำหน่ายรายเดียว (single source), S) ให้กับทุกการยาที่ขึ้นทะเบียนไว้
นนำเข้าที่ไม่ใช่ต้นแบบ (imported, I) และยาที่ผลิตในประเทศ (locally made, L) ให้กับทุกการยาที่ขึ้นทะเบียนไว้

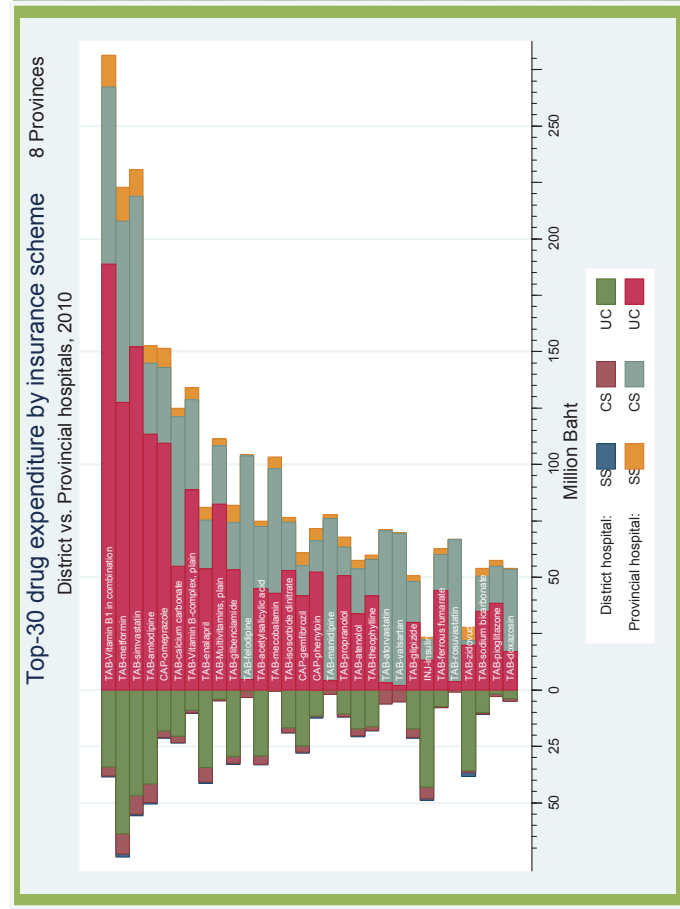
ฐานข้อมูลมีความสำคัญต่อความสำเร็จของ OP 18 ทั้งนี้ฐานข้อมูลที่มีคุณภาพยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของ OP 18 ได้ด้วย ฐานข้อมูลที่ดีจะช่วยในการตัดสินใจในการดำเนินงานของ OP 18 ได้ด้วย ฐานข้อมูลที่ดีจะช่วยในการตัดสินใจในการดำเนินงานของ OP 18 ได้ด้วย

การพัฒนาในส่วนของไป คือ การ update ข้อมูลให้ทันสมัย และการประชาสัมพันธ์ให้มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

ตัวอย่างการวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในหน้า 17, 18 และ 19

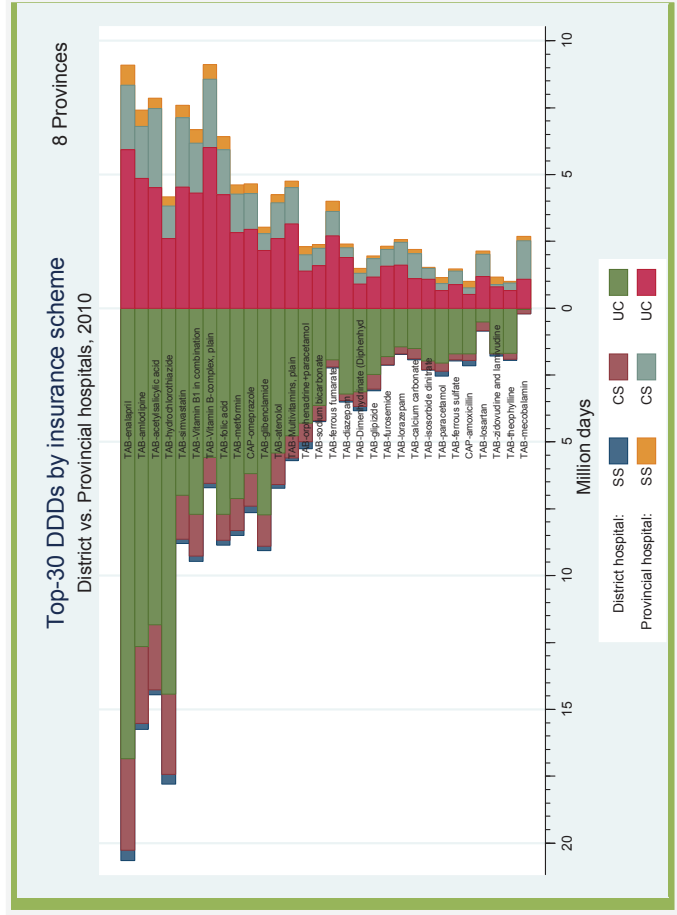
Folder 7. Standard Drug Classification System

เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด
รายการยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 30 ชนิดแรกของ 3 โรงพยาบาลหลัก



ตัวอย่างการวิเคราะห์จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลกับ Standard Drug Classification System

รายการยาที่มี Defined daily dose (DDD) สูงสุด 30 ชนิดแรกของ 3 ระบบประกันสุขภาพหลัก
เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด

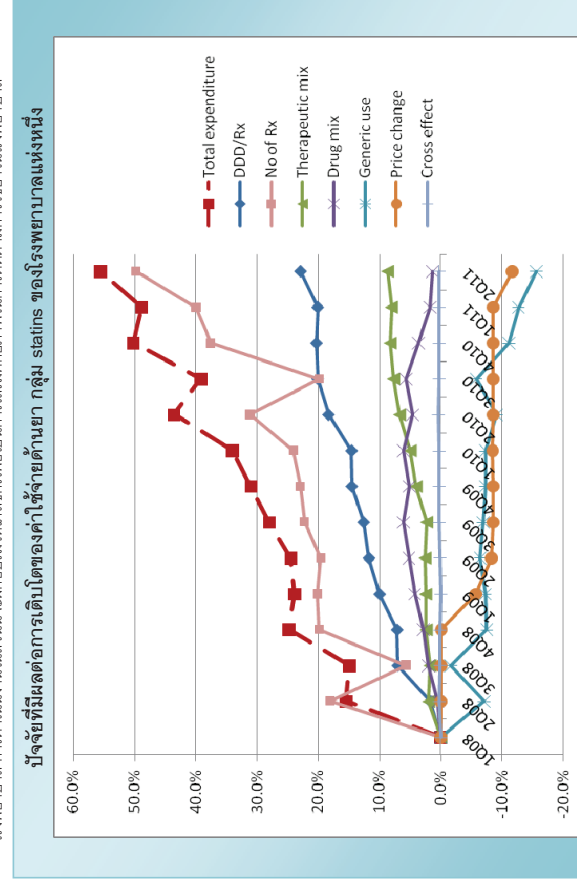


ยาที่ค่า DDD สูงสุด 3 อันดับแรก
คือ Enalapril, Amlodipine,
Acetylsalicylic acid โดยส่วนใหญ่
เป็นการใช้ผู้ป่วยสิทธิประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า (UC)

ตัวอย่างการวิเคราะห์หนึ่งจำเป็นต้องมีการซ่อมแซมให้กับ Standard Drug Classification System

การพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์มูลค่าของค่าใช้จ่ายตามยา

ชุดคำสั่งวิเคราะห์หรือผลการติดตามราคา และการวิเคราะห์และการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงราคา จะทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถทำการวิเคราะห์ติดตามข้อมูลราคา และลดระยะเวลาที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมสำเร็จรูนี้นี้พัฒนาขึ้นโดยโปรแกรม Microsoft excel ในการวิเคราะห์ข้อมูล aggregated data และ individual data ของโรงพยาบาล การดำเนินงานในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องให้เภสัชกรเห็นการเสริมศักยภาพในการติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาล



ข้อมูลในช่วงไตรมาส 1 ปี 2008 ถึงไตรมาส 2 ปี 2011 พบว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับยาในกลุ่ม lipid modifying agents (ยาที่มี ATC code เริ่มต้นด้วย C10A) เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.59 โดยใช้จ่ายต่อก่อน C10A เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.59 โดยใช้จ่ายต่อก่อนจำนวนในยาที่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 49.77) DDD ต่อปีสำหรับยา (ร้อยละ 22.86) การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มที่มีราคาสูงขึ้นเช่นเปลี่ยนมาจากกลุ่ม florides เป็น statins (therapeutic mix; ร้อยละ 8.62) และการเปลี่ยนไปใช้กรดอื่นในกลุ่มเดียวกันที่มีราคาสูงขึ้น เช่น จาก simvastatin เป็น atorvastatin (drug mix; ร้อยละ 1.40) ตามลำดับ ในขณะที่มีปัจจัยที่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงคือการใช้ยี่ห้อสามัญ (generic use) และการเปลี่ยนแปลงของราคา (price change) โดยลดค่าใช้จ่ายร้อยละ 15.64 และร้อยละ 11.72 ตามลำดับ

ตัวอย่างการวิเคราะห์จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับ Standard Drug Classification System

Folder 8. ปัจจัยที่มีผลต่อการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านยา



การพัฒนาการติดตามราคายาผ่านระบบการจัดซื้อของภาครัฐตามแนวทางของ PAC Pharmaceutical Price Monitoring Mechanism for Public Purchasing Using Pharmaceutical Acquisition Capability (PAC) Approach

ในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลในภาครัฐ ยังพบความแตกต่างของราคาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดซื้อได้ ในการเปรียบเทียบราคาโดยใช้ข้อมูลราคาตรงๆ นั้นทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมสำหรับผู้ซื้อที่มีขนาดกำลังซื้อที่แตกต่างกัน สำหรับผู้ซื้อที่มีกำลังซื้อขนาดเล็กนั้น เป็นการสะท้อนถึงศักยภาพหรืออำนาจในการจัดซื้อไม่เท่ากัน

เป้าหมายของโครงการคือเพื่อเพิ่มศักยภาพการจัดซื้อยาของโรงพยาบาล โดยการสร้างระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดซื้อซึ่งจะช่วยให้การจัดซื้อของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ขณะเดียวกันเป็นการส่งเสริมมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างเป็นรูปธรรม

Pharmaceutical Acquisition Capability (PAC) คือ ศักยภาพการจัดซื้อของโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนศักยภาพหรืออำนาจในการจัดซื้อที่ของผู้ซื้อ/โรงพยาบาลที่นอกเหนือจากขนาดกำลังซื้อ PAC Approach ได้อาศัยข้อมูลปริมาณและราคาจากการจัดซื้อของโรงพยาบาลที่ได้จัดส่งและรวบรวมไว้โดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (DMSIC) มาแปรรูปเป็นขีดความสามารถสัมพัทธ์ (PAC) ของผู้ซื้อแต่ละราย ดังนั้นเมื่อนำ PAC ของผู้ซื้อมาเปรียบเทียบกับจะสะท้อนถึงขีดความสามารถสัมพัทธ์ของผู้ซื้อแต่ละรายของโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่น

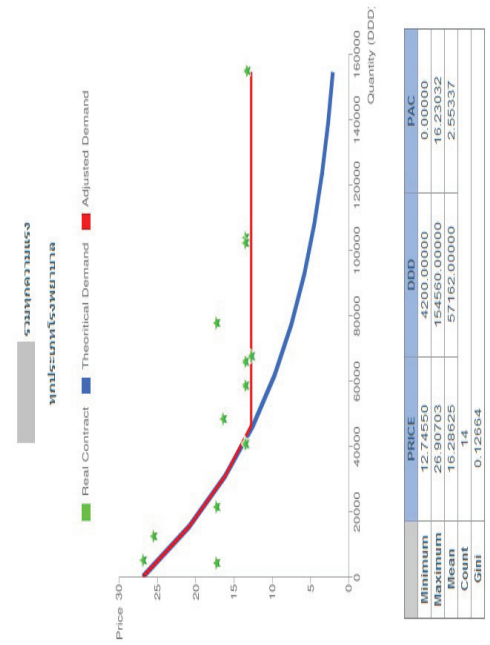
การจัดทำสารสนเทศตอบกลับไปยังผู้ซื้อ/โรงพยาบาลแต่ละราย เพื่อบอกระดับศักยภาพและประสิทธิภาพการจัดซื้อเมื่อเทียบกับผู้ซื้ออื่นๆ พร้อมทั้งแนะนำระดับ PAC ที่เหมาะสมเพื่อกำหนดราคาที่ต้องการที่ขนาดปริมาณซื้อต่างๆ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการบริหารจัดการซื้อเวชภัณฑ์ภายในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลสามารถไปถึงถึงความเหมาะสมของราคาที่ยังจัดซื้อ ณ ปริมาณซื้อที่ต้องการ เมื่อเทียบกับผู้ซื้อรายอื่นๆ ที่จัดซื้อผลิตภัณฑ์เดียวกัน ระบบสารสนเทศ PAC Approach จึงทำหน้าที่ป้อนข้อมูลและตำแหน่งของการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อของโรงพยาบาลได้

สารสนเทศภายใต้ PAC Approach ยังเป็นประโยชน์ในระดับนโยบาย เนื่องจากสามารถรายงานความผิดปกติของการกระจายราคายาในตลาด ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ระดับนโยบายสามารถนำไปปรับปรุงกลไกการจัดซื้อให้เหมาะสมต่อไป



ในการศึกษาครั้งนี้ ระบบสารสนเทศ PAC approach ทั้งหมดได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมสำเร็จรูป PAC DSS (Pharmaceutical Acquisition Capability-Decision Supporting System) โดยทีมพัฒนาโปรแกรมจาก NECTEC จากนั้นจึงนำมาทดสอบการใช้งานเพื่อดำเนินการปรับปรุงก่อนนำไปใช้งานจริงโดย DMSIC ต่อไป

ตัวอย่าง กราฟแสดงผลจากโปรแกรม PAC



Folder 9. PAC

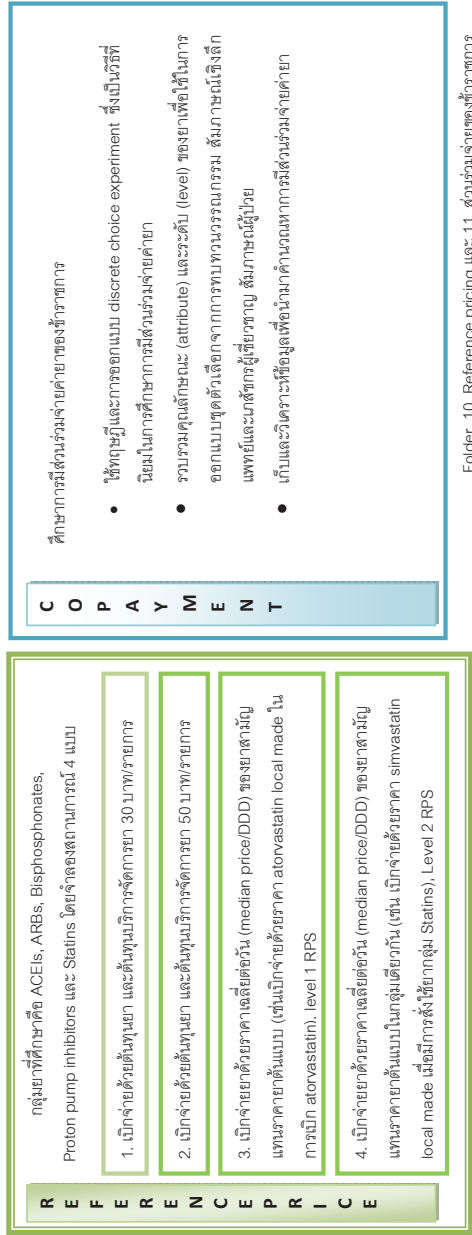


การศึกษาความเป็นไปได้ของระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย

การศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

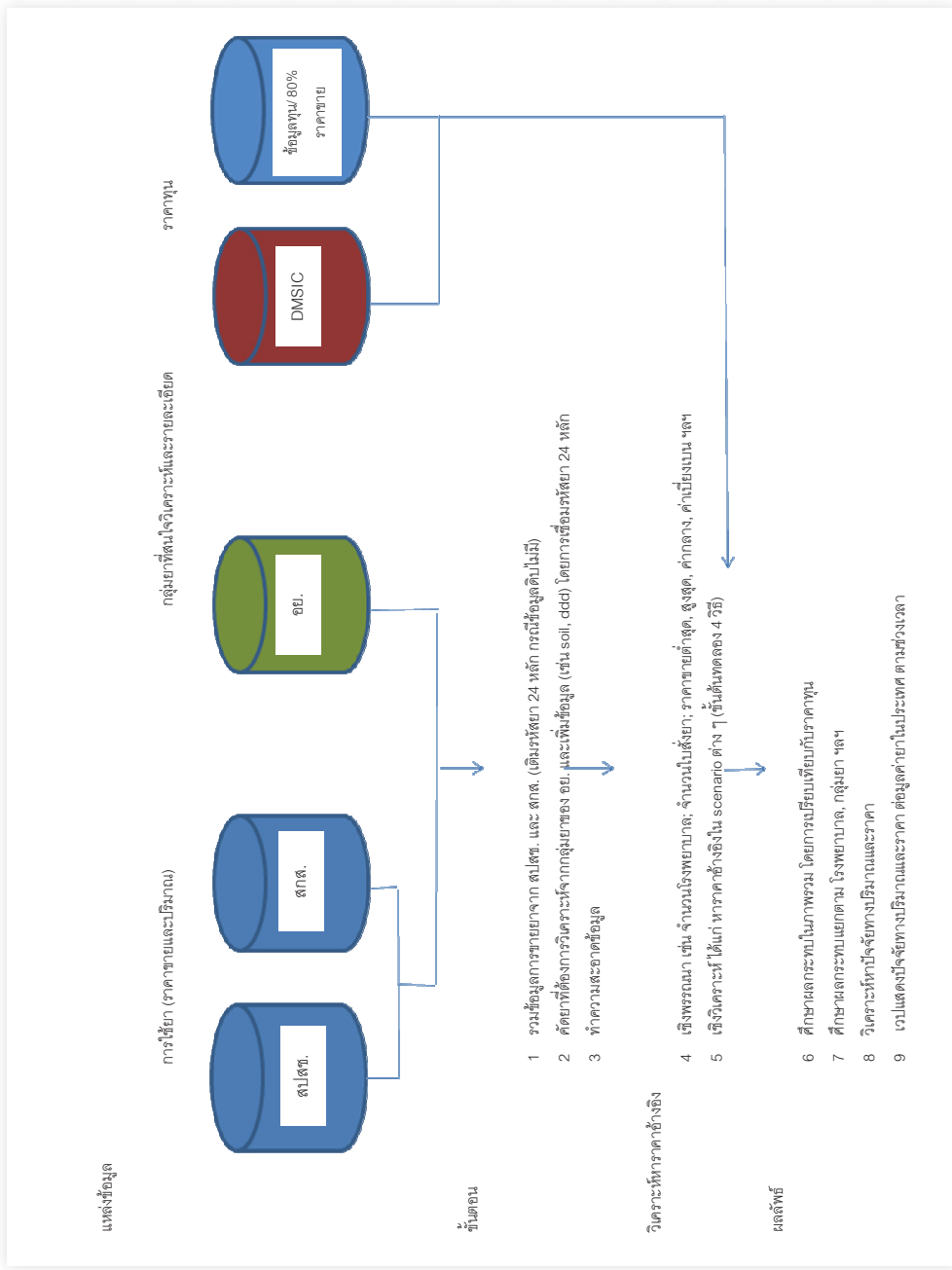
ระบบการให้ reimbursement price ด้วย reference price และ copayment มักใช้กันในประเทศแถบยุโรป (เช่น เยอรมัน สเปน อิตาลี) แคนาดา และออสเตรเลีย งานวิจัยนี้เป็นการสร้างความรู้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบราคายาอ้างอิงและวิธีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่เหมาะสมสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ มาประยุกต์ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมี 3 ระบบประกันสุขภาพ มีข้อค้นพบดังนี้

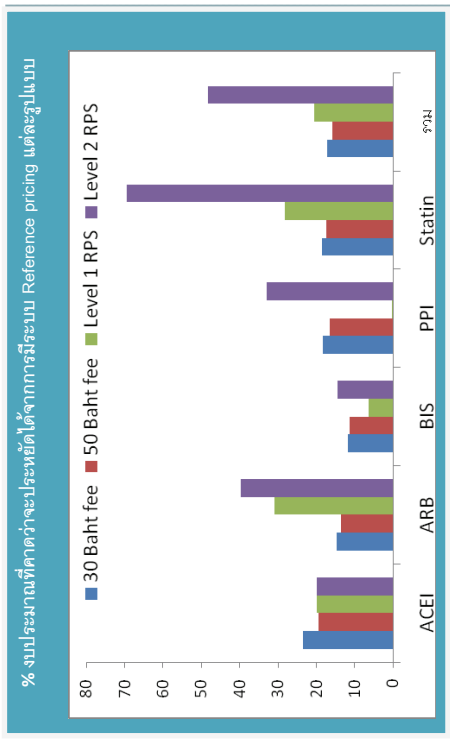
- 1) การกำหนดราคาอ้างอิงจะส่งผลกระทบต่อการบริหารงานของโรงพยาบาล (ซึ่งมาจากการจ่ายค่าตอบแทน) ดังนั้นทำให้ยากต่อการสร้างรายได้
- 2) ปัญหาของการให้ยาสถานี คือ ความไม่แน่ใจในคุณภาพ
- 3) แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เต็มใจกับการมีส่วนร่วมจ่าย (เมื่อใช้ตามแบบ) และมองว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้โดยสะดวกใดๆ และจำเป็นต้องใช้ยาแบบที่ไม่ควรมีส่วนร่วมจ่าย ดังนั้นเกิดผลกระทบต่อการให้ยาดังแบบ (หรือยานอกบัญชียาหลัก) จึงมีความชัดเจน



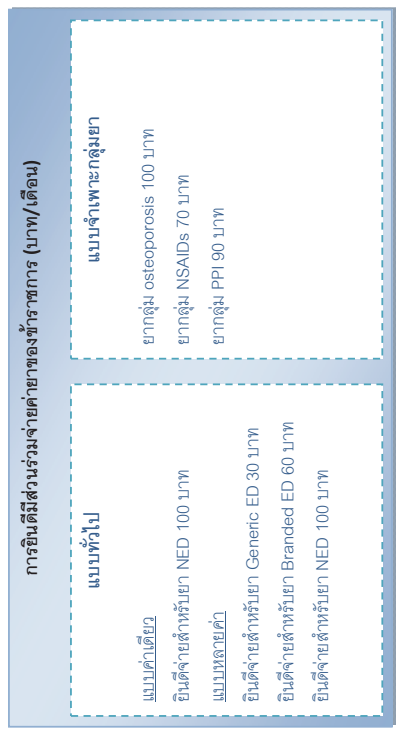
Folder 10. Reference pricing และ 11. ส่วนร่วมจ่ายของข้าราชการ

- การศึกษาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาของข้าราชการ
- ใช้ทฤษฎีและการออกแบบ discrete choice experiment ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมในการศึกษาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา
 - รวมคุณสมบัติ (attribute) และระดับ (level) ของยาเพื่อใช้ในการออกแบบชุดตัวเลือกจากการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึก แพทย์และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ สัมภาษณ์ผู้ป่วย
 - เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาคำนวณหาการมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา





- หากมีการกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนค่ายา ต้องมีการพัฒนา Database โดยโรงพยาบาลต้องส่งรายชื่อค่ายาที่เป็นของบริษัทได้ จำนวนเมื่อทำได้ ราคาเบิกจ่ายคืนได้
- การดำเนินการระบบ reference pricing ต้องมีการคำนึงถึงการชดเชยให้โรงพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลได้กำไรจากการจ่ายยาหรือราคาแพงไม่แพ้การทำการทำให้ไม่ยอมจ่ายยาสามัญเนื่องจากได้กำไรน้อย



- ข้าราชการส่วนใหญ่มองเห็นความเสี่ยงสิทธิประโยชน์ด้านยาเป็นแบบ compensatory (หากต้องเสียสิทธิบางอย่างก็ต้องได้รับการชดเชยจากสิทธิอีกอย่างหนึ่ง)
- ข้าราชการให้ความสำคัญกับจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่าย (cost sharing) มากกว่าเมื่อเทียบกับการกำหนดรายการยา (formulary) ช่องทางการรับยา และปริมาณยาที่ได้รับ



นวัตกรรมในหลักคิดเรื่อง Reference pricing สำหรับประเทศไทย

วิธีที่ 1 การตั้งราคาอ้างอิง โดยกำหนดงบประมาณที่ต้องการจะประหยัดแล้วนำมาคำนวณให้เป็นราคายาต่อวันที่สามารถบันทึกได้อย่างได้แสดงดังตาราง

รายการยา	ปริมาณการใช้ (%)	ราคา/วัน	ค่าใช้จ่าย
Atorvastatin	30	21	630
Simvastatin	65	1	65
Other	5	10	50
รวม			745
ต้องการประหยัด 10% จากค่าใช้จ่ายเดิม คิดเป็นเงิน $(745 \times (1-0.1)) / 100$			
ราคายาที่ให้เบิกต่อวัน (งบประมาณที่ให้ปริมาณการใช้ = 670.5/100)			

จากตัวอย่างจะกำหนดราคาเบิกจ่ายลดไขมันกลุ่มสเตตินที่ 6.7 บาท หากมีการใช้ Atorvastatin โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากราคาเบิกจ่าย ซึ่งคาดว่าโรงพยาบาลจะมีการเปลี่ยนการส่งจ่ายยามาเป็น Simvastatin เพิ่มมากขึ้น หรือมีการต่อรองกับบริษัทผู้จำหน่าย Atorvastatin ให้ลดราคาลงเป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลที่มีการใช้ยา Simvastatin มากก็จะได้กำไรจากราคาเบิกจ่ายมีมูลค่า 5.7 บาท เป็นการส่งเสริมการใช้ยา generic มากขึ้น ซึ่งอาจมีการนำเสนอต่อผู้ถือหุ้นในบางกลุ่มยา เช่น Statin และ Proton Pump Inhibitor เป็นต้น



ข้อที่ 2

การกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการทดแทนยาในระดับที่ 2 ด้วยยาที่มีการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน (Pharmacological substitution) โดยให้ราคาใกล้เคียงของยาในและยานอกบัญชียาหลัก

หมวดความดันกลุ่ม ARB ชนิดกิน (Cap/Tab)	มูลค่า (บาท)	การใส่ (ครั้ง)	ปริมาณจำนวนวันที่ใช้ยา (patient day - PD)	ประมาณจำนวน คน/10 เดือน	RP (Reimbursable Price) ราคาขายต่อวัน
Losartan potassium**	38,625.613	40,355	5,517.945	18,393	12.2 บาท
Valsartan	111,922.536	52,992	4,460.842	14,869	67,318,929
Irbesartan	56,400.157	25,769	2,292.689	7,642	54,422,272
Candesartan cilexetil	45,230.295	21,572	2,030.085	6,767	27,970,806
Telmisartan	40,056.575	19,896	2,066.903	6,890	24,767,037
Omesartan	20,933.866	10,252	837.355	2,791	25,216,217

จำนวนคนทั้งหมดที่ใช้ยาในกลุ่มนี้	57,352
จำนวนคนที่ใช้ยาในบัญชี (ED)	18,393
จำนวนคนที่ใช้ยานอกบัญชี (XED)	38,959
สัดส่วน ED ต่อ XED ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	0.5 ต่อ 1
มูลค่ายานอกบัญชี	274,543,429
จำนวนวันที่ใช้ยา (NED)	11,687,874
ราคายานอกบัญชีเฉลี่ยต่อวัน	23.49
จ่ายตาม RP พ. ระบาดตั้งแต่ PD	11.29
จ่ายตาม RP พ. จะใช้ต่อ PD	5.20
สัดส่วน ED ต่อ XED ที่พ. จะเท่ากันคือ	2.2 ต่อ 1
หากปรับสัดส่วนของ ED ต่อ XED เป็น	10.0
พ. จะได้กำไรจากการใช้ยา ED	43.5%

*ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อที่ 3 การกำหนดราคาเบิกจ่ายเป็นราคาค่าต้นทุนยา

ต้นทุนยาได้ข้อมูลจากการรายงานราคาคือของแต่ละโรงพยาบาล ผ่านทางศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (DMSIC) กระทรวงสาธารณสุข บวกด้วยต้นทุน ในการบริหารจัดการยา (dispensing fee; DF) ในส่วนต้นทุนการบริหารจัดการด้านยา (Dispensing fee) เป็นแนวทางในการลดต้นทุนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการจัดหา ดูแลคลังเวชภัณฑ์ และงานบริการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ของกลุ่มงานเภสัชกรรม ต้นทุน Dispensing fee จำนวน 30 บาทต่อรายการนั้น นำมาจากรายการนั้น ส่วนจากการมีส่วนร่วมจ่ายจำนวน ๓๐ บาท ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ยกเลิกไปเมื่อปลายปี พ.ศ. 2549 ส่วน 50 บาทต่อรายการนั้น เป็นตัวเลขการเก็บค่าบริการจ่ายยาที่เรียกเก็บต่อใบสั่งยาของสถานพยาบาลในปัจจุบัน แต่ในกรณีนี้แทนที่จะเป็นการจ่ายต่อครั้ง เป็นการจ่ายต่อรายการ เช่น หากแพทย์สั่งยาในหนึ่งใบสั่งยา ดังนี้

Rx Enalapril 20 mg # 60 tab.

Simvastatin 20 mg # 60 tab.

DF ของใบสั่งยานี้จะกำหนดที่ 60 บาท (30 บาท/รายการ) และ 100 บาท (50 บาท/รายการ) เป็นต้น และจากข้อมูลของ DMSIC มีการรายงานราคาซื้อของยา Enalapril 20 mg และ

Simvastatin 20 mg ในราคาเฉลี่ย 0.42 และ 0.80 บาท ตามลำดับ

ดังนั้น ราคาค่าจ่ายคืนค่ายาของใบสั่งยานี้คำนวณได้จาก

Enalapril 20 mg ----> (0.42 x 60) + DF (30 หรือ 50 บาท)

Simvastatin 20 mg ----> (0.80 x 60) + DF (30 หรือ 50 บาท)

ข้อที่ 4 การกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการทดแทนยาในระดับที่ 1 ด้วยยาสานัญชีเดียวกัน (Generic substitution)

กำหนดการเบิกจ่ายราคายาด้วยยาสานัญชีเดียวกันที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน โดยใช้ราคาเฉลี่ยพื้นฐานต่อหนึ่งวัน (median price/Defined Daily Dose: DDD) ซึ่งถ้า 1 DDD ของยาคือค่าเท่ากับ 50 มิลลิกรัม และมีราคาเท่ากับ 1 บาท จะมีการกำหนดราคาเบิกจ่ายของยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันขนาด 100 มิลลิกรัม เท่ากับ 2 บาท เป็นต้น ในส่วนของขนาดรูปแบบที่ไม่มีมีสายสามัญจะกำหนดให้มีการเบิกจ่ายคืนค่ายาที่ราคาเริ่มต้นของยานั้นๆ

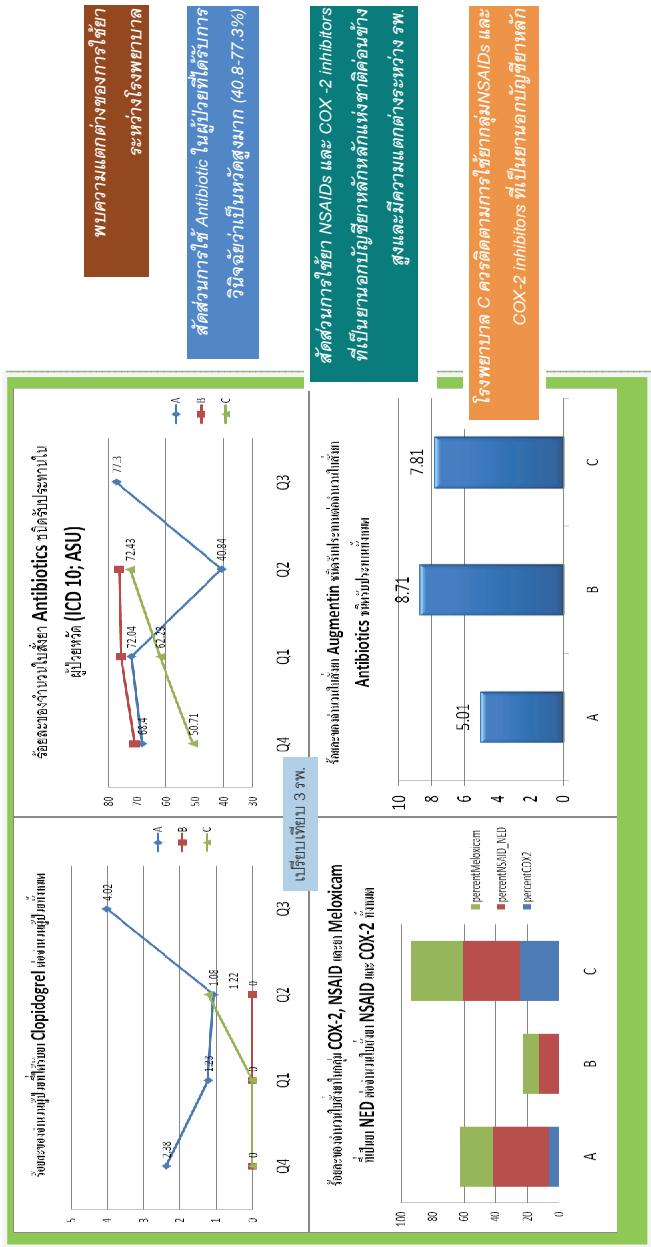
ข้อที่ 5 การกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการทดแทนยาในระดับที่ 2 ด้วยยาที่มีการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน (Pharmacological substitution)

กำหนดการเบิกจ่ายราคายาด้วยยาสานัญชีเดียวกันที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน โดยใช้ราคาเฉลี่ยพื้นฐานต่อหนึ่งวัน (median price/DDD) เช่น หากแพทย์สั่งใช้ยาในรูปแบบ Atorvastatin 20 มิลลิกรัม ซึ่งมีราคาประมาณ 52 บาท จะได้รับการเบิกคืนค่ายาในราคาของยาสานัญชี Simvastatin ที่มีราคาเพียง 3 บาท ทั้งนี้ มีการกำหนดให้สามารถเบิกจ่ายคืนในราคาขายต่อวันแบบ Atonvastatin 20 มิลลิกรัม (ประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์) เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องจ่ายดังกล่าว เนื่องจากมีการนำเข้า หรือเกิดความเสี่ยงจากยา เป็นต้น

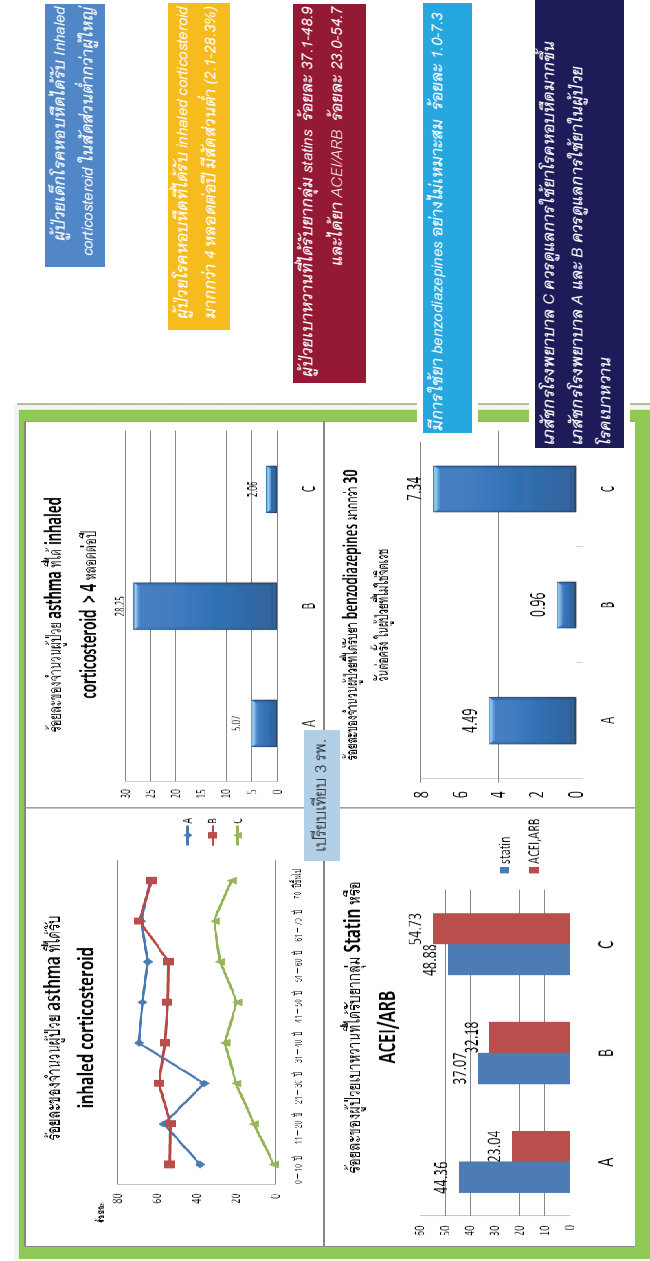




การพัฒนาศัยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการให้ยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์: ตัวอย่างผลการวิเคราะห์



การพัฒนาศัยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลการให้ยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์: ตัวอย่างผลการวิเคราะห์



การพัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อไป สำหรับการพัฒนา นโยบายราคาขา

การดำเนินงาน	การติดตามค่าใช้จ่ายด้านยา ราคา และปริมาณการใช้ยา	สิ่งที่ต้องศึกษาและพัฒนาต่อ
1. ฐานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายยาของประเทศไทย ○ หน่วยงานรับผิดชอบหลักคือ อย. ○ ในช่วงการพัฒนาดำเนินการได้เริ่มมีการจัดทำงานพัฒนาข้อมูลระหว่างประเทศ และมหาวิทยาลัย ร่วมกัน ○ รวบรวมข้อมูลจากบริษัทในส่วนมีเงินจ่ายส่งออก นำเข้า และ ราคา price list	○ ควบคุมการรับข้อมูลจัดทำรายงานประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยให้ผู้ประกอบการรายงานปริมาณและมูลค่าแยกตามช่องทางจำหน่าย ○ พัฒนาการจัดทำบัญชีรายยาและโรงพยาบาลทั่วประเทศ และระบบการเข้าถึงฐานข้อมูลบัญชีรายชื่อยาโดยอัตโนมัติ และพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการกระจายจ่ายผ่านช่องทางต่างๆ และการคำนวณค่า Markup ที่ต้องประเมินโดยไม่ต้องดำเนินการสำรวจเป็นครั้งคราว ○ พัฒนาค้นวิธีที่จะเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงของตลาดยา และการบริโภคยา เพื่อเป็นการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนขอตลาดยา และการบริโภคยา ○ ประสานงานกับกระทรวงพาณิชย์ พัฒนาระบบข้อมูลนี้ให้รองรับข้อมูลราคาที่ใช้รักษา ให้กับพรฐ. และเอกชน ที่แจ้งกับกระทรวงพาณิชย์ประจำปี ให้อยู่ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์	
2. ฐานข้อมูลการซื้อ การจำหน่าย PAC และการนำมาใช้ประโยชน์ ○ หน่วยงานรับผิดชอบหลักคือ DMSIC ○ ในช่วงการพัฒนาดำเนินการโดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยร่วมกับ อย. ○ รวบรวมข้อมูลการซื้อข้อมูลของพ. สังเกตกระทรวงสาธารณสุข และใช้โปรแกรม PAC เพื่อหาความถี่ในการจัดซื้อที่เฉพาะ	○ พัฒนากลไกให้เกิดเครือข่ายการนำข้อมูลการจัดซื้อเข้าสู่ระบบ ○ ศึกษาการนำข้อมูล PAC ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
3. ฐานข้อมูลการสั่งจ่ายของ OP 18 แห่ง ภาครัฐเพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ ○ หน่วยงานรับผิดชอบหลักคือ พท แต่แบ่ง (ส.ส.ท. รวบรวมข้อมูลสั่งจ่าย พท. 20 แห่ง กรมบัญชีกลางรวบรวมข้อมูลสั่งจ่าย พท. 34 แห่ง) ○ มีเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลยาประมาณ 30 พท.	○ พัฒนากลไกให้มีการนำข้อมูลเภสัชภัณฑ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ประเมินและปรับปรุงคุณภาพการสั่งจ่าย การเข้าถึงจำเป็น และ spending growth, patent dividend, spending on generics, ED dividend โดยงาน key therapy areas เพื่อเป็นข้อมูลติดตามราคา สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการควบคุมราคา และการต่อรองราคา ○ ขยายเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ข้อมูลยา	
4. การพัฒนา standard drug classification system (data dictionary, look up table) ○ หน่วยงานรับผิดชอบหลักคือ อย.	○ การ update ข้อมูลให้ทันสมัยต่อไป ○ การประชาสัมพันธ์ให้มีการนำฐานข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ให้เต็มที่	

การพัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อไป สำหรับการพัฒนาระบบราคา

การดำเนินงาน	สิ่งที่ต้องศึกษาและพัฒนาต่อ
การดำเนินการ การดำเนินการด้านราคา	การพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการมีจ่ายสำหรับ 3 กองทุน และหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเรื่องนี้ การจัดการความรู้ในการต่อรองราคาจากผู้เชี่ยวชาญในส่วนนี้ ศึกษาความเป็นไปได้ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในส่วนนี้สำหรับ 3 กองทุนโดยตรง การนำผลการศึกษากลับมาสู่การตั้งราคามาประยุกต์ ผลกระทบที่รุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับตลาดยาเศรษฐกิจ ศึกษาความเป็นไปได้ แนวทางการจัดซื้อจัดจ้างระดับเขตที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการจัดซื้อ ผลกระทบต่อกำลังการผลิตในประเทศ และคุณภาพและแนวทางการลดผลกระทบ หาแนวทางการตั้งราคาจากผู้มีผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างสมดุล ศึกษาความเป็นไปได้ ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อและต่อรองราคา ยา monopoly การขยายรายการที่จัดซื้อด้วยวิธีการ และการขยายครอบคลุมโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การนำผลการศึกษากลับมาสู่การตั้งราคามาประยุกต์ ผลกระทบต่อกำลังการผลิตในประเทศและแนวทางการแก้ไข ประเมินสถานการณ์ ทิศทางของระบบการมีจ่ายภายใต้ระบบประกันสุขภาพจะเป็นอย่างไรในอนาคต? ระบบ reference price ที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร ต้องทำโดยหน่วยงานใด การยอมรับ copayment ของข้าราชการเป็นไปได้อย่างไร ไม่วิธีการและขีดจำกัด copayment ที่เหมาะสมควรเป็นเท่าไร การใช้ reference price ร่วมกับ copayment จะทำให้เกิดผลกระทบต่อราคาคาและมีการตั้งราคาอย่างไร ต้องทำอย่างไรเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่วิทยาบาล
บัญชีราคาล้างแห่งชาติ การต่อรองราคาที่มีราคาแพง และมีความจำเป็นในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยสสส. การตั้งชื่อรวมของผลิตภัณฑ์ รพ. กระทรวงสาธารณสุข การตั้งชื่อยา monopoly ที่เมียนมาถูกบัญชียาหลักแห่งชาติ	
การตั้งราคา reimbursement price + copayment	

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย

1. ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และได้รับการยกระดับให้เป็นปัญหาระดับนานาชาติ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นนโยบายหนึ่งขององค์การอนามัยโลก¹ ให้มีความสำคัญ เนื่องจากการสั่งจ่าย กระจายยา ขายยา และใช้ยาไม่เป็นไปตามความเหมาะสมกับการรักษาโรคทางคลินิกของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากเกินความจำเป็น (overuse) น้อยเกินความจำเป็น (underuse) และใช้โดยไม่จำเป็น เกิดขึ้นโดยทั่วไปในระดับบุคคล จนทำให้เกิดปรากฏการณ์ปัญหาการใช้ยาในระดับสังคม เช่น ปัญหาการสั่งจ่ายยาเกินจำเป็น ยาหลักแห่งชาติ การเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง การไม่สั่งจ่ายยาตาม guidelines การสั่งจ่ายยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ยาเหลือใช้ ยาขยะ การใช้บริการด้านยาหลายแห่ง การได้รับยาหลายขนาน (poly-pharmacy) การเกิดภาวะเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ การใช้ยารักษาตนเองโดยการซื้อยาจากแหล่งที่ไม่เหมาะสม เช่น จากร้านชำ ตลาดนัด หรือจากรถเร่ หรือการใช้ยาชุดจนเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา

ในประเทศที่มีการจัดการระบบสาธารณสุขที่ดีให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นอย่างมาก โดยมีการตั้งหน่วยงานเพื่อดูแลการให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม² มีหน้าที่รับผิดชอบ ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมและถือเป็นนโยบายหนึ่งของ

รัฐบาลในการจัดการทางสาธารณสุขให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย บริษัทยาและรัฐบาล

ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติของประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านยา 4 ด้าน โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ ยุทธศาสตร์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาของประเทศให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการประชุมระดมความเห็นร่วมระหว่างคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หน่วยงานและภาคีต่างๆ และมีมติเสนอการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้มีการแก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลอย่างเป็นระบบและบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน คณะอนุกรรมการฯ ได้ยกร่างยุทธศาสตร์ย่อย 7 ด้าน คือ

- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 พัฒนากลไกและเครื่องมือเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 5 การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ปัจจุบันในประเทศไทย มีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในประชากรไทย ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของยุทธศาสตร์ด้านยาของ

¹ WHO. Rational use of medicine. 2011. Available at http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ (accessed on May 15, 2011).

² National Prescribing Service Limited. National Prescribing Service (NPS). Available at <http://www.nps.org.au/> (accessed on May 15, 2011).

ประเทศ ในกระบวนการที่จะดูแลส่งเสริมการใช้จ่ายให้สมเหตุสมผลตามยุทธศาสตร์นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างงานวิจัยเพื่อเข้าใจถึงปัญหาการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม ทั้งในแง่ของ ลักษณะ ขนาด สาเหตุ และผลกระทบของปัญหาในเชิงมหภาค เพราะข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อกำหนดแนวทางในการศึกษาปัญหาและพัฒนางานวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติของประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด นั่นคือ การพัฒนาระบบการใช้จ่ายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีพลวัตสูง อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม

2. คำจำกัดความ

คำจำกัดความของ “การใช้จ่ายสมเหตุผล” เป็น generic term ที่ครอบคลุมมุมมองของทุกภาคี ไม่จำกัดแค่มุมมองสำหรับผู้สั่งจ่าย การใช้จ่ายสมเหตุผลมีนิยามที่แตกต่างกันได้ตามบุคคล ทั้งในมุมมองสำหรับ ผู้ป่วย (individual) บุคลากรทางการแพทย์ (health professionals) หน่วยบริการทางการแพทย์ (providers of health services) ผู้ผลิต (providers of products) รัฐบาล (government) และสื่อ (media)

ผู้ป่วย : ใช้จ่ายหรือไม่ได้ใช้จ่ายด้วยความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และมีความรู้ในยาที่ผู้ป่วยใช้และสามารถจัดการตนเองได้ในเบื้องต้น

บุคลากรทางการแพทย์ : เลือกยาที่มีความเหมาะสม มีความคุ้มค่าทางการแพทย์ และมีความรู้ความเชี่ยวชาญที่จะสามารถเลือกจ่ายยาและให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย หน่วยบริการทางการแพทย์และผู้ผลิต: ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายที่สมเหตุผล ผ่านการให้ความรู้ การให้ข้อมูล และกระบวนการส่งเสริมที่เหมาะสม

รัฐบาล : มีการสร้างนโยบายสาธารณะ ระบบสุขภาพ ระบบควบคุม และการศึกษาที่ส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายที่สมเหตุผล

สื่อ : มีการนำเสนอข้อมูลและประเด็นเกี่ยวกับการใช้จ่ายอย่างถูกต้องและมีความรับผิดชอบ

3. เป้าหมายของแผนงาน

แผนงานมีเป้าหมายให้ผลการศึกษานำไปสู่การมีนโยบายระดับชาติ และระบบส่งเสริมการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผลในภาคประชาชน สถานบริการของรัฐ ที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของระบบสุขภาพตามต้องการอนามัยโลกกำหนด ได้แก่

- i. Improved health (level & equity)
- ii. Responsiveness
- iii. Social and financial risk protection
- iv. Improved efficiency

โดยแผนงานนี้ไม่ครอบคลุมระบบความปลอดภัยของการใช้จ่ายที่จะลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย

4. วัตถุประสงค์ของแผนงาน

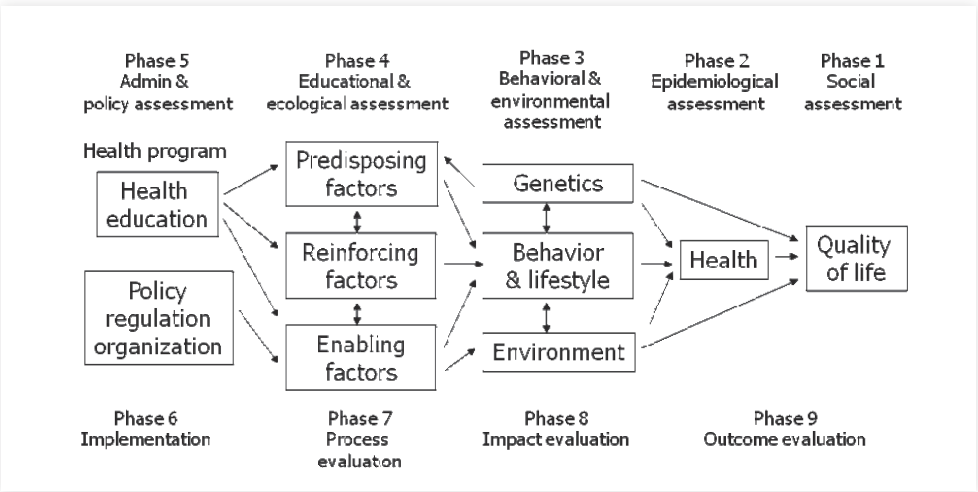
1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมการใช้จ่ายที่เหมาะสมในรูปแบบต่างๆ ทั้งการจัดระบบบริการด้านยาในสถานบริการของรัฐ การเสริมศักยภาพประชาชน และการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมโดยเฉพาะด้านการจ่ายด้านจุลชีพ
2. เพื่อประเมินขนาด สาเหตุ และผลกระทบของปัญหาการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยเชิงระบบและนโยบายด้านสุขภาพ





5. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

The Precede-Proceed Model³



ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดของงานวิจัย

จากกรอบแนวคิดในภาพที่ 1 ร่วมกับแผนยุทธศาสตร์ด้านยาที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คณะผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มของงานวิจัยในแผนงาน โดยประกอบด้วย 3 แผนงานย่อย ดังนี้

แผนงานย่อยที่ 1 : กลุ่มการสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล โดยอาศัยกระบวนการทบทวนวรรณกรรม รายงานการวิจัย นโยบายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกประเทศ และกลวิธีอื่นๆ ได้แก่ การจัดทำ focus group การ

ประชุมระดมสมอง การสำรวจ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในประเทศไทย หาช่องว่างในการพัฒนาให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคประชาชนและสถานบริการในระบบสาธารณสุข เพื่อวางแผนการวิจัยระบบยาและการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการจัดการการใช้ยาอย่างเหมาะสมกับระบบสุขภาพ และระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศต่อไป

แผนงานย่อยที่ 2 : กลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล จะทำการศึกษาเกี่ยวกับขนาดของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และผลกระทบที่เกิดจากปัญหาดังกล่าว ทั้งในทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ โดยยกตัวอย่างปัญหาที่มีความสำคัญในระดับต้นๆของประเทศ คือ ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ แนวทางการประเมินผลด้วยตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการสังเคราะห์แนวทางพัฒนาให้ระบบ และรูปแบบการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาปลูกฝังทัศนคติ และสร้างพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และมีแนวทางที่จะกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไปได้

The Precede-Proceed Model	โครงการย่อยในแผนงานนี้	The Precede-Proceed Model
Social assessment	ศึกษาขนาดของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ - ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ - การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ	Outcome evaluation
Epidemiological assessment		

³ Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw Hill. 2005.



The Precede-Proceed Model	โครงการย่อยในแผนงานนี้	The Precede-Proceed Model
Behavioral & environmental assessment	ศึกษาสถานการณ์การจัดการในประเทศไทย หาช่องว่างในการพัฒนาให้เกิดระบบที่ยั่งยืน สังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการ	Impact evaluation
Educational & ecological assessment	ให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล รวมทั้งศึกษาการตอบสนองต่อนโยบายยกเลิกการเบิกจ่าย glucosamine และการพัฒนากรอบการพัฒนาให้มีการใช้ยากลุ่มจิตเวชอย่างสม	Process evaluation
Admin & policy assessment	เหตุผลครบทุกมิติ - o ภาคประชาชน - o สถานบริการในระบบสาธารณสุข	Implementation
Impact evaluation	พัฒนาการประเมินผลด้วยตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	Epidemiological assessment
Outcome evaluation		Social assessment
Health education (Predisposing factor, Reinforce factor, Enabling factor)	การสังเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบ และรูปแบบการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ปลุกฝังทัศนคติ และสร้างพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรทางการแพทย์	Policy, regulation, and organization (Enabling factor)

แผนงานย่อยที่ 3 : กลุ่มวิจัยปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล โดยใช้กลไกการสร้าง บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเป็นการวิจัยต่อเนื่องในระยะที่ 3 ของโครงการ Antibiotic Smart use (ASU) ซึ่งนอกจากจะทำหน้าที่ในการตอบโจทย์ประเด็นการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเพื่อการใช้ยาสมเหตุผลแล้ว กลุ่มวิจัย ASU นี้ยังทำหน้าที่เป็นต้นแบบหรือโมเดลสำหรับการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในระดับประเทศ และการ scaling up ของโครงการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของกิจกรรมและเกิดการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายได้จริงอีกด้วย



6. เครือข่าย

เนื่องจากการวิจัยระบบยามีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของหลายวิชาชีพ อาทิ เช่น แพทย์ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาอื่นๆ รวมทั้งสถาบันวิชาการต่างๆและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสถาบันวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการนำผลการศึกษาไปใช้จะมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบยา ทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อเสนอไปใช้ในการดำเนินการปรับปรุงกลไกและกระบวนการเพื่อรองรับการพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีตัวแทนของหน่วยงานเชิงวิชาชีพ เครือข่ายกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในกรรมกรที่ปรึกษาแผนงานพัฒนาฯ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อคณะทำงานในกระบวนการทำงานอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างการยอมรับเมื่อผลการศึกษากลับนำไปใช้ โดยมีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. หน่วยงานบริหารระบบประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง
2. เครือข่ายโรงพยาบาลผู้ให้บริการในสังกัดต่างๆ
3. องค์กรวิชาชีพและหรือองค์กรวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เภสัชกร ราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ ฯลฯ
4. เครือข่ายนักวิจัยสหสาขาจากสถาบันวิจัยต่างๆ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. ตัวแทนจากคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



7. วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการ

ถึงแม้ว่าการดำเนินการตามแผนงานนี้จะประกอบด้วย 3 แผนงานย่อย และโครงการย่อยทั้งสิ้น 13 โครงการ แต่เพื่อให้ทุกโครงการในแผนงานนี้มีความสอดคล้องกันและมุ่งสู่เป้าหมายในพัฒนาระบบการใช้ยาที่สมเหตุผล ดังนั้นจะมีการกำหนดให้วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการของแผนงานนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ



ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำหน้าที่ในการติดตามกำกับและให้คำปรึกษา รวมถึงมีการดำเนินการที่ใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การจัดประชุมหารือระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ และครอบคลุมกิจกรรมหลักตามแผนงาน จะมีการระดมนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากนักวิชาการในมหาวิทยาลัย เครือข่ายนักวิจัยระบบยาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เครือข่ายกลุ่มพัฒนาและเฝ้าระวังระบบยา และกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะนักวิจัยหลักจะทำการประมวลผลการวิจัยจากแผนงานย่อยเพื่อนำเสนอภาพรวมสำหรับการพัฒนาระบบการใช้จ่ายที่เหมาะสมในระดับประเทศต่อไป ทั้งนี้ระเบียบวิธีการวิจัยในรายละเอียดแสดงในแต่ละแผนงานย่อย ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนงานวิจัยหลักในภาพรวม เป็นดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการจากฐานข้อมูล และข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์บริบทในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้จัดการแผนงานวิจัยและทีมจะทำการรวบรวมรายชื่อนักวิจัยที่ทำงานด้านการใช้จ่ายสมเหตุผล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายในทุกภาคส่วน เพื่อจัดเรียงให้เป็นแผนภูมินักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องนโยบาย เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงที่สมบูรณ์และมีความซ้ำซ้อนน้อยที่สุด
3. จัดประชุมคณะนักวิจัย เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาสถานการณ์ตามข้อ 1 มาใช้ในการประชุมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่คาบเกี่ยวระหว่างประเด็นหลัก โดย
 - o สร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกัน
 - o จัดให้มีกระบวนการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนากลไกและกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการใช้จ่ายที่เหมาะสมหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างทีมนักวิจัยภายใต้แผนงาน และเจ้าหน้าที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
4. จัดประชุมปรึกษา/ระดมความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลจากการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับการประชุมระดมความคิดเห็นคณะ

นักวิจัย (ข้อ 1 และ 2) และพิจารณากำหนดกรอบแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็น

5. ดำเนินการศึกษาตามแผนของโครงการเฉพาะในแต่ละแผนงานย่อย
6. จัดประชุมทีมนักวิจัย เพื่อเชื่อมโยงผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ พัฒนามาตรการอื่นๆ ในการส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผล และพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
7. จัดประชุมปรึกษา/ระดมความคิดเห็นคณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้-เสียเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่พัฒนาขึ้นในด้านความสอดคล้องเชิงนโยบายและความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติรวมถึงผลกระทบต่อระบบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชน

8. พลวัต

1. องค์ความรู้และต้นแบบของระบบและกลไกการจัดการปัญหาการใช้จ่ายไม่สมเหตุผล
2. ข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาการใช้จ่ายที่ไม่สมเหตุผล
3. แผนภูมินักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย (mapping)
4. นักวิจัย ด้านวิจัยเชิงระบบและนโยบายด้านสุขภาพ

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลด้านระบาดวิทยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม จะเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาในเชิงมหภาค อันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้เกิดการพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ และระบบการจัดการปัญหาการใช้จ่ายที่เหมาะสม ที่ได้จากการวิจัย อาจถูกนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการใช้จ่ายที่เหมาะสมมากขึ้น ในขณะเดียวกัน องค์ความรู้ที่ได้ยังอาจจะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ประกอบการพิจารณาความเป็นไปได้เชิงนโยบาย เพื่อพิจารณาคัดเลือก



แนวทางการแก้ไขปัญหาคาไรใช้ในเชิงระบบสำหรับประเทศต่อไป

3. กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการใช้จ่ายที่เหมาะสมของประเทศไทยที่ได้จากการวิจัยจะเป็นกรอบสำคัญในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการใช้จ่ายในเชิงนโยบายและแนวทางการประยุกต์องค์ความรู้ในการส่งเสริมการใช้จ่ายที่เหมาะสมของประเทศต่อไป

10. ระยะเวลา

18 เดือน (30 กันยายน 2554-31 มีนาคม 2556)

11. งบประมาณ

งบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

12. ผู้รับผิดชอบ

ผู้จัดการแผนงาน	รศ.ดร. ณร ชัยญาคุณาพฤษ
	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้จัดการแผนงานย่อยที่ 1	ผศ.ดร.ศิริตรี สุทธิจิตต์
	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้จัดการแผนงานย่อยที่ 2	อ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์
	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้จัดการแผนงานย่อยที่ 3	ภญ.ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์
	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

13. ชื่อโครงการ แบ่งตามแผนงานย่อย

แผนงานย่อยที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการให้เกิดการใช้จ่ายสมเหตุผล

โครงการที่	ชื่อโครงการ
1.1	รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลโดยภาคประชาชน
1.2	รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุข

แผนงานย่อยที่ 2 กลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผล

โครงการที่	ชื่อโครงการ
2.1	การประเมินขนาดของปัญหาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม
2.2	การประเมินขนาดของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ
2.3	การพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องจากใช้จ่ายที่สมเหตุผล
2.4	รูปแบบการจัดระบบการศึกษาทางเภสัชศาสตร์ที่ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

แผนงานย่อยที่ 3 กลุ่มวิจัยปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล โดยใช้กลไกการสร้าง
บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

โครงการที่	ชื่อโครงการ
3.1	การศึกษารูปแบบและความเป็นไปได้เกี่ยวกับการสร้างบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
3.2	การพัฒนาแบบสื่อเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุผล
3.3	ASU ในร้านยา
3.4	ASU ในโรงเรียนแพทย์
3.5	การพัฒนาศักยภาพด้านระบบตรวจสอบ (Audit system): การพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประเมินตามเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) อย่างสมเหตุผล สำหรับหน่วยบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3.6	การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ ยาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผล



รายละเอียดการประชุมกลุ่มย่อย

“สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทยปี 2560”

(ร่าง) วิสัยทัศน์

“มีนโยบายด้านยาที่พัฒนามาบนฐานความรู้ ไปสู่การเข้าถึงยาถ้วนหน้าและการใช้อย่างสมเหตุสมผล” (Increase Knowledge Base Drug Policy & Increase Utilization of Research)

ข้อเสนอทางออกกระบบยาของประเทศ

1. ข้อเสนอต่อเครือข่าย เครือข่ายจะทำอะไร
- a. จะวิจัย ?
- b. จะขับเคลื่อน ?
2. ข้อเสนอต่อรัฐ

กลุ่ม	วิทยากร/ประธานกลุ่ม	เลขประจำกลุ่ม	ผู้ช่วยเลข	ผู้ประสานงานกลุ่ม
กลุ่ม 1 สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทยปี 2560 ความคาดหวัง - ทิศทาง อนาคตวิจัยระบบยาในอีก 5 ปีข้างหน้า จะเป็นอย่างไร - การดำเนินงานของเครือข่ายวิจัยระบบยาที่สำคัญจะต้องทำอะไรบ้าง - Network ของเครือข่ายวิจัยระบบยา	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา Brief ยุทธศาสตร์ระบบยาแห่งชาติ	รศ.ดร.จุฬารณย์ ลิ้มวัฒนานนท์	ผศ.ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ	นางฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว

กลุ่ม	วิทยากร/ประธานกลุ่ม	เลขประจำกลุ่ม	ผู้ช่วยเลข	ผู้ประสานงานกลุ่ม
กลุ่ม 2 Knowledge Translation ความคาดหวัง - Knowledge Translation ท่านเข้าใจอย่างไร - แนวทางการสื่อสารสาธารณะ (Research Communication) - การขับเคลื่อนนโยบาย (Policy Advocacy) - Network ของเครือข่ายวิจัยระบบยา	นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กรณีศึกษา โดย - ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ (5 นาที) - รศ.ดร.สุรฉัตร จ้อสุระเชษฐ์ (5 นาที)	รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์	ดร.ศิริตรี สุธงจิตต์	นางวันเพ็ญ ทินนา

หน้าที่วิทยากรกลุ่ม : ให้ข้อมูลเป็นระยะๆ อำนวยความสะดวกให้การประชุมดำเนินการอย่างราบรื่น จนได้ข้อเสนอแนะและข้อสรุปตามความคาดหวัง และให้มีการสรุปเพื่อนำเสนอผลการประชุมกลุ่มตามเวลาที่กำหนดต่อไป

หน้าที่เลขประจำกลุ่ม : สรุปประเด็นข้อเสนอแนะของกลุ่ม เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอให้ประธานกลุ่มนำเสนอในวันที่ 30 สิงหาคม 2554

หน้าที่ผู้ช่วยเลข/ผู้ประสานงานกลุ่ม : 1) จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุมกลุ่ม, แบบฟอร์มสรุปงานกลุ่ม กระดาษ ปากกา flip chart Notebook ฯลฯ 2) ผู้ช่วยเลขประจำกลุ่มในการจัดทำสรุป และ ppt นำเสนองานกลุ่มให้ประธานกลุ่มต่อไป



Powerpoint 1

การประชุมเชิงปฏิบัติการ "วิจัยพัฒนาระบบยาประเทศไทย ปี ๒๕๖๐"

บทเรียนกลุโคซามีน: การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ระบบ สวัสดิการรักษายานาชาาการ

วันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

แรงผลักดันการปฏิรูป

- ค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการรักษายานาชาาการเพิ่มกว่าร้อยละ 20 ต่อปีตั้งแต่ปี 47 โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก
- นายจ้างการให้กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่าย
- วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นปัจจัยหลักของค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (83% ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก) โดยเฉพาะยาต้นแบบและรายการยานอกบัญชียาหลัก
- กรมเห็นชอบในหลักการที่เสนอในการควบคุมค่าใช้จ่ายรายการยา 9 กลุ่มควบคุม เมื่อ 23 มี.ค. 53
- มีการตั้งคณะกรรมการวิชาการ เพื่อพัฒนาข้อเสนอ
- ปี 53 ทำเพียงขอความร่วมมือ, feed back ข้อมูลการใช้จ่ายกลุ่มเป้าหมายเทียบกับกลุ่ม รพ. ติดตามเยี่ยม

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

กระบวนการทำงานคณะทำงานวิชาการ: Glucosamine

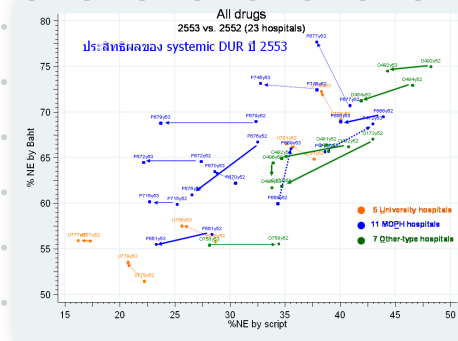
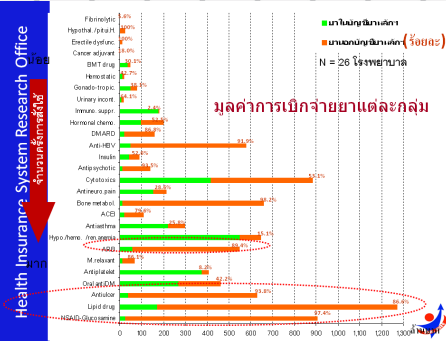
- คณะทำงานชดเชยยอนทุนเอกสาร (systemic review) ในด้าน effectiveness & efficiency, reimbursement policy
- พิจารณาในคณะทำงานวิชาการ
- ส่งผลการทบทวนและมติให้ทางราชวิทยาลัย สมาคมมูลนิธิ กลุ่มบริษัทยาเพื่อให้ได้แจ้งและส่งหลักฐานวิชาการเพิ่มเติม
- พิจารณาข้อโต้แย้ง/เอกสารวิชาการเพิ่มเติมว่าสามารถลงข้อสรุปได้หรือไม่
- นำข้อสรุปมาพิจารณาในคณะทำงานวิชาการ
- ส่งความเห็นไปยังคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการฯ และมีความเห็นให้ห้ามเบิกตั้งแต่ 1 มี.ค. 2554

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ข้อค้นพบเรื่องประสิทธิผลของยากลุ่ม SYSADOA (Glucosamine, Chondroitin)

คณะทำงานวิชาการ
วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๔

8 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



1. การทดลองที่ทำในยุคนหลัง ให้ ผลลัพธ์การลดปวดได้ น้อยกว่า การ ทดลองที่ทำในยุคนก่อน

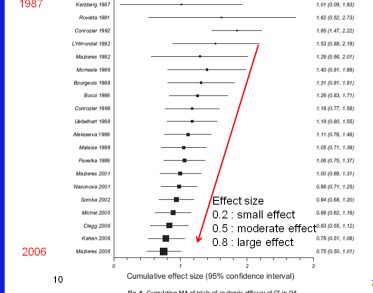
OARS recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009

W. Zhang, G. Niu, R.W. Moskowitz, S. Abramson, R.D. Altman, N.K. Arden, S. Bierma-Zeinstra, A.D. Brandt, P. Croft, M. Dobson, M. Dougados, M. Escarot, D.J. Hunter, K. Kowalski, L.S. Lohmander, P. Tugwell

W. Zhang et al. / Osteoarthritis and Cartilage 18 (2010) 476–499

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Cumulative meta-analysis Chondroitin sulfate

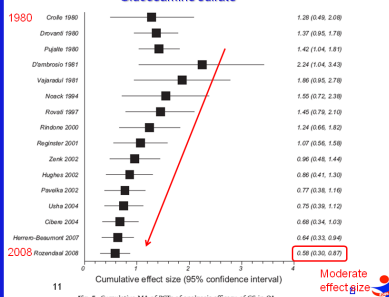


Glucosamine: ถูกคัดเลือกเป็นยากลุ่มแรกที่ควบคุม

- มีรายงานการศึกษาชัดเจนว่าไม่มีความคุ้มค่า น่าจะเป็นตัวที่ง่ายที่สุดในการขมิลง แม้มูลค่าการเบิกจ่ายไม่ได้เป็นกลุ่มที่สูงสุด
- เป็นยาที่ใช้เพื่อ maintenance และการไม่ได้รับยาไม่ได้รับผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรง (ไม่ทำให้อาการ หรืออันตรายต่อสุขภาพ)
- มีข้อมูลจากหลายประเทศว่าไม่อนุญาตให้มีการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพหลัก เช่น Aus, Ca, USA, Jap, Scot, IL, ML, Sin, Sweden.
- ไม่ต้องมีการเตรียมระบบการบริหารการเบิกจ่าย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Cumulative meta-analysis Glucosamine sulfate



2. ผลลัพธ์ ที่มีความสำคัญทางคลินิก ต่อการปวดข้อและการติดกันของข้อ ไม่ได้ดีกว่ายาหลอก

นัยสำคัญทางสถิติ VS นัยสำคัญทางคลินิก

Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis

Simon Wandel, research fellow,^{1,2} Peter Juni, professor and head of division,^{1,2} Britta Tendal, research fellow,³ Eveline Nuesch, research fellow,⁴ Peter M Villiger, director,⁵ Nicky J Welton, senior research fellow,⁶ Stephan Rothenbach, senior research fellow,⁶ Sven Trelle, senior research fellow,⁶

Cite this as: BMJ 2010;341:c4675
doi:10.1136/bmj.c4675

12 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

To allow intuitive interpretation of pooled effects, we back transformed effect sizes to differences on a 10 cm visual analogue scale on the basis of a median pooled SD of 2.5 cm found in large scale osteoarthritis trials that assessed pain on a 10 cm visual analogue scale.¹⁹ We prespecified a minimal clinically important difference of 0.37 SD units, corresponding to 0.9 cm on a 10 cm visual analogue scale. This was based on the median minimal clinically important difference found in recent studies in patients with osteoarthritis.²⁵⁻²⁸ As

การวัดค่า ปวดด้วย
มาตรวัด 10 ซม. จากการ
แปลงผลรวมในค่า
ค่า 0.9 ซม.

25 Eberle E, Omlinger B. Clinically relevant change and clinically relevant difference in knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartil* 1999;7:502-3.

26 Angst F, Aeschlimann A, Stucki G. Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Rheum* 2001;45:384-91.

27 Angst F, Aeschlimann A, Michel BA, Stucki G. Minimal clinically important rehabilitation effects in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *J Rheumatol* 2002;29:131-8.

28 Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur J Pain* 2004;8:283-91.

13 สำนัก

Health Insurance System Research Office

To allow intuitive interpretation of pooled effects, we back transformed effect sizes to differences on a 10 cm visual analogue scale on the basis of a median pooled SD of 2.5 cm found in large scale osteoarthritis trials that assessed pain on a 10 cm visual analogue scale.¹⁹ We prespecified a minimal clinically important difference of 0.37 SD units, corresponding to 0.9 cm on a 10 cm visual analogue scale. This was based on the median minimal clinically important difference found in recent studies in patients with osteoarthritis.²⁵⁻²⁸ As

การวัดค่า ปวดด้วย
มาตรวัด 10 ซม. จากการ
แปลงผลรวมในค่า
ค่า 0.9 ซม.

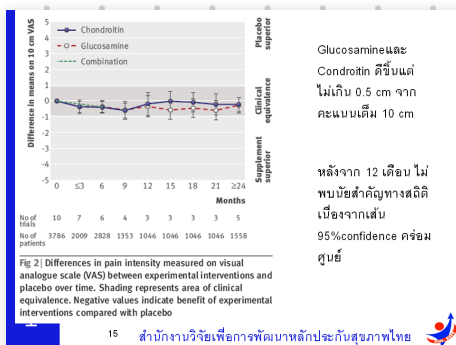
25 Eberle E, Omlinger B. Clinically relevant change and clinically relevant difference in knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartil* 1999;7:502-3.

26 Angst F, Aeschlimann A, Stucki G. Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Rheum* 2001;45:384-91.

27 Angst F, Aeschlimann A, Michel BA, Stucki G. Minimal clinically important rehabilitation effects in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *J Rheumatol* 2002;29:131-8.

28 Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur J Pain* 2004;8:283-91.

13 สำนัก



Health Insurance System Research Office

3. BMJ post publication review meeting published 14 February 2011

ความน่าเชื่อถือและคุณภาพของรายงาน.....

คณะกรรมการทบทวนหลังตีพิมพ์ของวารสาร BMJ ยอมรับว่า ข้อสรุปของคณะผู้เขียน "ที่เสนอให้ระบบประกันการให้เงินจากรัฐบาล" นั้นเป็นการ over claim เนื่องจากไม่ได้มีการศึกษาด้านประสิทธิผล อย่างเป็นระบบ แม้ผู้เขียนเป็นทั้ง research fellow แต่ได้ผ่านกระบวนการ peer review อย่างเข้มงวดจาก BMJ และถึงแม้จะมีความเห็นแย้งมากมายแต่ไม่สามารถปฏิเสธข้อค้นพบของ Wandel และคณะได้

16 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

แม่หลักฐานทางวิชาการแปลนนา แต่
มีอาจหาญ แรงด้านจากหลายฝ่าย
โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ.....

มีการประกาศคืนสิทธิให้ข้าราชการ
วันที่ 28 มิ.ย. 54

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

แม่หลักฐานทางวิชาการแปลนนา แต่
มีอาจหาญ แรงด้านจากหลายฝ่าย
โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ.....

มีการประกาศคืนสิทธิให้ข้าราชการ
วันที่ 28 มิ.ย. 54

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

เรียนรู้อะไรจาก Glucosamine

- กลุ่มสนับสนุนมีจำกัด
 - คกก.บัญชียาหลัก
 - HITAP
 - เครือข่ายวิจัยยา
- การสร้างความรู้เข้าใจกับสาธารณะและผู้ใช้สิทธิยังไม่ดี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร มีความล่าช้าในเรื่องเอกสาร
- การเมือง - เป็นโอกาส/ภัยคุกคามที่มาเป็นครั้งคราว

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

Health Insurance System Research Office

เหลียวหลังแลหน้า

- แรงต้านจากวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - อุตสาหกรรม Authority ขององค์กรวิชาชีพ ถูกส่งล่า เช่น คกก.บัญชียาหลัก/ อ.ย./ ราชวิทยาลัย
 - อุตสาหกรรมวิชาชีพถูกคัดค้าน
- จะเดินหน้าต่อไปอย่างไร?
 - รอดูท่าที ทางการเมืองการกลุ่มยาที่เหลียว
 - การมีหลังพิง....คกก.บัญชียาหลักแห่งชาติ
 - แนวทางการใช้ยา....อาศัยกลุ่มวิชาชีพ ราชวิทยาลัย
 - จุดตัดสินใจ....ความเป็นไปได้ในการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

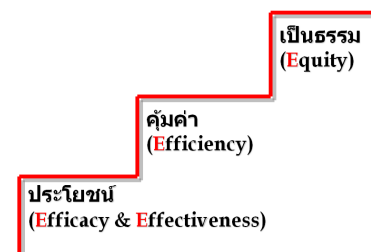
Powerpoint 2

กลุโคชามิน :

จากความรู้สู่นโยบายสุขภาพ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิเชญ ธรรมลิขิตกุล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คุณสมบัติของยาที่ใช้กำหนดนโยบายสุขภาพ



การวิจัยประโยชน์ของยา

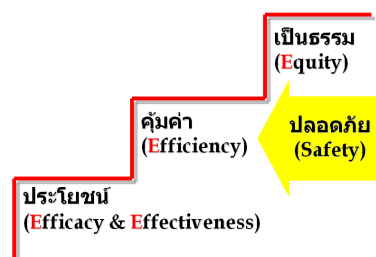
- Primary Research
 - ✓ Controlled Trial
 - ✓ Cohort Study
 - ✓ Case-Control Study
 - ✓ Cross Section Study
 - ✓ Descriptive Study
- Secondary Research
(Research Synthesis, Systematic Review, Meta-analysis)

การวิจัยประโยชน์ของยา

- ระดับความถูกต้องของผลการวิจัย (ความรู้)
- ✓ Meta-analysis of RCTs
 - ✓ Randomized Controlled Trial (RCT)
 - ✓ Non-Randomized Controlled Trial
 - ✓ Cohort Study
 - ✓ Case-Control Study
 - ✓ Cross Section Study
 - ✓ Descriptive Study



คุณสมบัติของยาที่ใช้กำหนดนโยบายสุขภาพ



การพิจารณาคุณสมบัติของยา

- ความเชื่อ
- ความเห็น
- ความรู้
- ความจริง

ความจริง

ลูกบอลสีดำ 1000 ลูก

ลูกบอลสีแดง 1000 ลูก

หยิบลูกบอลครั้งละ 10 ลูก

	สีแดง	สีดำ
ความจริง	6	4
	3	7
	5	5
ลูกบอลสีดำ 1000 ลูก	6	4
	8	2
	4	6
ลูกบอลสีแดง 1000 ลูก	3	7
	5	5

การพิจารณาคุณสมบัติของยา

- ความเชื่อ
- ความเห็น
- ความรู้ = ผลจากการวิจัยที่มีคุณภาพสูง ≈ ความจริง
- ความจริง

การวิจัยประโยชน์ของยา

- Primary Research
 - ✓ Controlled Trial
 - ✓ Cohort Study
 - ✓ Case-Control Study
 - ✓ Cross Section Study
 - ✓ Descriptive Study

หยิบลูกบอลครั้งละ 10 ลูก

	สีแดง	สีดำ
ความจริง	6	4
	3	7
	5	5
ลูกบอลสีดำ 1000 ลูก	6	4
	8	2
	4	6
ลูกบอลสีแดง 1000 ลูก	3	7
	5	5
	40	40

ความถูกต้องของผลการวิจัย (ความรู้)

ผลการวิจัย = ความรู้ที่เป็นความจริง +
ความคลาดเคลื่อน (Error)



ความถูกต้องของผลการวิจัย (ความรู้)
 ผลการวิจัย = ความรู้ที่เป็นความจริง +
 ความคลาดเคลื่อน (Error)

- อคติ (Systematic Error)
- ความบังเอิญ (Random Error)

Systematic Error (อคติ) หยิบลูกบอล 20 ลูก (แอบมอง)

	สีแดง	สีดำ
ความจริง	19	1

ลูกบอลสีดำ 1000 ลูก
 ลูกบอลสีแดง 1000 ลูก

การแปลผลการวิจัยด้วย 95% CI
 95% CI

- ค่าผลการวิจัยและพิสัย (range)

Y X Z

✓ ผลการวิจัยครั้งนี้ คือ X
 ✓ หากวิจัยเช่นนี้ 100 ครั้ง ผลการวิจัย X จะแปรผันจาก Y ถึง Z จำนวน 95 ครั้ง

การแปลผลการวิจัยด้วย 95% CI
 95% CI

- ค่าผลการวิจัยและพิสัย (range)

Y X Z

✓ ผลการวิจัยครั้งนี้ คือ X
 ✓ หากวิจัยเช่นนี้ 100 ครั้ง ผลการวิจัย X จะแปรผันจาก Y ถึง Z จำนวน 95 ครั้ง

—●— 95% CI - Primary Study
 ◆ 95% CI - Secondary Study

Random Error (บังเอิญ) หยิบลูกบอล 20 ลูก (ปิดตา)

	สีแดง	สีดำ
ความจริง	11	9

ลูกบอลสีดำ 1000 ลูก
 ลูกบอลสีแดง 1000 ลูก

ความถูกต้องของผลการวิจัย (ความรู้)
 ผลการวิจัย = ความรู้ที่เป็นความจริง +
 ความคลาดเคลื่อน (Error)

- อคติ (Systematic Error)
- ✓ Research Methodology (แผนการวิจัย & วิธีวิจัย)
- ความบังเอิญ (Random Error)
- ✓ Statistics (ขนาดตัวอย่าง & วิธีวิเคราะห์ข้อมูล)

การแปลผล 95% CI

Favor Treatment 0 or 1 Favor Control

การแปลผล 95% CI

Favor Treatment 0 or 1 Favor Control

การแปลผลการวิจัย (ความรู้)

- นัยสำคัญทางสถิติ (Statistical Significance)
- ✓ p-value, 95% Confidence Interval (95% CI)
- ความสำคัญทางคลินิก (Clinical Importance)
- ✓ ขนาดของความแตกต่าง
- ✓ อื่นๆ

การแปลผลการวิจัย (ความรู้)

- นัยสำคัญทางสถิติ (Statistical Significance)
- ✓ p-value, 95% Confidence Interval (95% CI)
- ความสำคัญทางคลินิก (Clinical Importance)
- ✓ ขนาดของความแตกต่าง
- ✓ อื่นๆ

การแปลผล 95% CI
 นัยสำคัญทางสถิติ

No

Yes

Yes

Yes

Favor Treatment 0 or 1 Favor Control

การแปลผล 95% CI
 ความสำคัญทางคลินิก
 ขนาดความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก

No Benefit

No Benefit (Small Sample)

Minimal benefit

Small benefit

Benefit

Favor Treatment 0 or 1 Favor Control

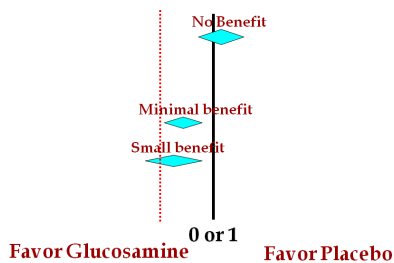
การวิจัยประโยชน์ของกลูโคซามีนในข้อเข่าเสื่อม

- Primary Studies (RCTs)
- ✓ มีจำนวนมาก
- ✓ คุณภาพแตกต่างกันมาก
- ✓ ประโยชน์เมื่อเทียบกับยาหลอกหลากหลายมาก
- ✧ ไม่มีประโยชน์
- ✧ มีประโยชน์น้อยมาก
- ✧ มีประโยชน์มาก

การวิจัยประโยชน์ของกลูโคซามีนในข้อเข่าเสื่อม

- Secondary Studies (Meta-analysis of RCTs)
- ✓ มีจำนวนมาก
- ✓ คุณภาพแตกต่างกัน
- ✓ ประโยชน์เมื่อเทียบกับยาหลอก
- ✧ ไม่มีประโยชน์
- ✧ มีประโยชน์น้อยมาก

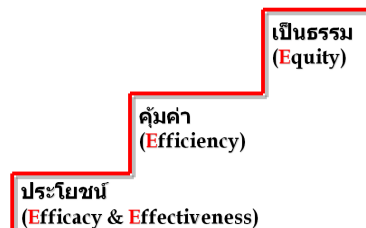
ผลการวิจัยประโยชน์ของกลูโคซามีนในการรักษาข้อเข่าเสื่อม



ประโยชน์ของยา glucosamine ในข้อเข่าเสื่อม

- หลักฐานจากผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงแสดงว่า glucosamine ไม่มีประโยชน์ หรือมีประโยชน์น้อยมากในการรักษาข้อเข่าเสื่อม

คุณสมบัติของยาที่ใช้กำหนดนโยบายสุขภาพ



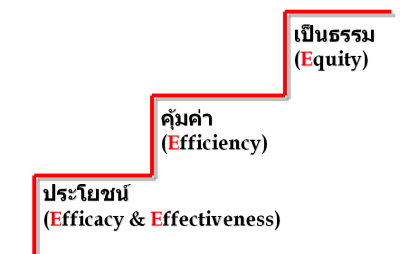
ประโยชน์ vs. ความคุ่มค่าของยา

- ประโชยน์
 - ✓ ผลดีของการรักษาด้วยยา
- ความคุ่มค่า
 - ✓ ค่าใช้จ่ายของยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ต้องใช้เปรียบเทียบกับผลดีของการรักษาด้วยยา
 - ✧ Cost-Effectiveness
 - ✧ Cost-Benefit
 - ✧ Cost-Utility

ความคุ่มค่าของยา glucosamine ในข้อเข่าเสื่อม

- สำคัญมากเพราะหลักฐานจากผลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงแสดงว่า glucosamine ไม่มีประโยชน์ หรือมีประโยชน์น้อยมากในการรักษาข้อเข่าเสื่อม
- ผลการวิเคราะห์ความคุ่มค่าเบื้องต้นของการใช้ glucosamine รักษาข้อเข่าเสื่อมพบว่า 1 QALY gain คือ 1 ล้านบาท (0.7 – 2 ล้านบาท)

คุณสมบัติของยาที่ใช้กำหนดนโยบายสุขภาพ



สรุป

กลูโคซามีน : จากความรู้สู่นโยบายสุขภาพ

- ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันแสดงว่า glucosamine อาจไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์น้อยในการรักษาข้อเข่าเสื่อม
- การกำหนดนโยบายสุขภาพของ glucosamine ในการรักษาข้อเข่าเสื่อมจึงต้องพิจารณาจากความคุ่มค่าของการรักษาเป็นสำคัญ

Powerpoint 3

‘เป็นข่าว’อย่างไรให้ ‘เป็นต่อ’
บทเรียนจากกรณีโกชามิน



สายศิริ ด้านวัฒนธรรม



เรื่องสรุปร่างกฎหมายลดความเสี่ยงภัย
หรือลดพ้องศาลที่กินเวลานาน/ทิ้งกองทุนช่วยเหลือทันที

พญ.ใจ ๑. การผลักดันกฎหมายลดความเสี่ยงภัย...
...เพื่อให้เกิดความชัดเจนและมีความเป็นเอกภาพ...
...ในการดำเนินการตามกฎหมาย...
...เพื่อให้เกิดความชัดเจนและมีความเป็นเอกภาพ...
...ในการดำเนินการตามกฎหมาย...



A Frame for Advocacy

Strategy

- Research
- Evidence-based advocacy
- Lobbying
- Co-operate or confront
- Partners capacity building
- Social communication
- Media partnership



<http://info.k4health.org/pr/advocacy/index.shtml>



กลยุทธ์ขับเคลื่อน

วิเคราะห์ข่าว 17 มกราคม 2554 - 25 มิถุนายน 2554 รวมจำนวน 62 ชิ้น

- ความดี พื้นที่ข่าว
- ประเภทหนังสือพิมพ์
- PR value
- Speaker
- Message
- Outcome

บทบาทของสื่อ

- To inform
- To educate / To knowledge
- To persuade
- To entertain

Information+Inspiration

Credibility is needed

- Reformist approach advocacy กลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มที่จะเปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเป็นทางการ ซึ่งการใช้กระบวนการนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ทางวิชาการสูง ร่วมกับการแสดงให้เห็นว่านโยบายยอมรับในประสบการณ์การปฏิบัติ และความเชี่ยวชาญของผู้ผลักดัน หรือเสนอแนะนโยบาย”

How and Why of Advocacy in BOND Guidance Notes No.2.1. 2011.

กลยุทธ์ขับเคลื่อน

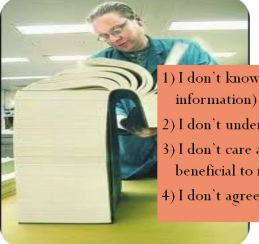
Infowatch

วิเคราะห์ข่าว 17 มกราคม 2554 - 25 มิถุนายน 2554 รวมจำนวน 62 ชิ้น

วิเคราะห์ข่าว 17 มกราคม 2554 - 25 มิถุนายน 2554 รวมจำนวน 62 ชิ้น

วิเคราะห์ข่าว 17 มกราคม 2554 - 25 มิถุนายน 2554 รวมจำนวน 62 ชิ้น

‘know-do’ gap



- 1) I don't know (about the information)...
- 2) I don't understand it...
- 3) I don't care about it, it is not beneficial to my agenda
- 4) I don't agree, I don't like...

คล้าย ๆ แต่ไม่เหมือน

ประชาสัมพันธ์ (Public Relation)

- สร้างการรับรู้ (Awareness)
- สร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อสาธารณะ (Public Image)

การสร้างพันธมิตรสื่อมวลชน (Media advocacy)

- สื่อมวลชนช่วยเหลือผลักดันนโยบาย
- สร้างกระแสหรือแรงสนับสนุนจากสาธารณะ

Stakeholder: opponent & supporter



- ใครจะสนับสนุน?
- ใครจะต่อต้าน?
- ใครเป็นคู่แข่ง?
- ใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจสูงสุด?
- ใครที่เลือกข้างแล้ว?
- ใครที่ยังไม่ตกลงใจเลือกข้าง?

Powerpoint 4

Policy maker: context & contact



เมื่อไหร่จึงควรเริ่มต้นให้ข่าวกับสื่อมวลชน

- ปัญหาชัดเจน ข้อมูลเพียงพอ
- มีข้อเสนอโยนขายที่ชัดเจน
- รู้ว่าใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจ
- มีแนวร่วม
- มีขั้นตอนหรือแผนเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนอย่างน้อย 1 ขั้นตอน
- แน่ใจว่าสามารถตอบคำถามสื่อมวลชนได้ชัดเจน
- ไตร่ตรองแล้วว่า ไม่มีทางอื่นที่สะดวก ประหยัดเวลากว่านี้
- คิดดีแล้วว่า พร้อมจะรับมือกับการตอบโต้ของฝ่ายตรงข้าม

checking Key Messages

1. กระชับ ชัดเจน	Make it clear
2. น่าสนใจ จดจำง่าย	Make it attractive
3. สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม	Cultural integration
4. ทำให้เป็นเรื่องง่าย ไม่ยุ่งยาก	Making easy choices
5. ทำให้เป็นเรื่องใกล้ตัว	Personalizing it, make it relevant
6. เลี่ยงการต่อต้านและขัดแย้ง	Avoiding resistance
7. ไม่สร้างมลทินหรือตรา	Avoiding stigmatization
8. ไม่สร้างความตื่นตระหนก	Preventing unintended fear
9. น่าเชื่อถือ ตรวจสอบได้	Credibility is the most important

ช่องทาง/วิธีการสื่อสาร



ประสบการณ์จริง การทำงานของเครือข่ายวิจัยระบบยาแห่งชาติ

รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เปิดโลกทัศน์ด้านงานวิจัย

- การได้มีโอกาสสัมผัส เห็นการดำเนินงานวิจัยไปใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ทำให้เปิดมุมมองการวิจัยระบบยา
- โอกาสสัมผัส สัมผัสอะไรบ้าง?
 - เข้าร่วมการประชุมที่มีการนำงานวิจัยไปใช้จริง เช่น กรมบัญชีกลาง คณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (บัญชียาหลักแห่งชาติ)
 - เข้าร่วมการประชุมที่ตั้งใจวิทยากรผู้ต้องการใช้งานวิจัย เช่น บัญชียาหลักแห่งชาติ สปสช. เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพเพื่อการควบคุมยาสูบ
 - ทำงานวิจัยที่ตอบสนองความต้องการเชิงนโยบาย

เปิดโลกทัศน์ด้านงานวิจัย

- การได้มีโอกาสสัมผัส เห็นการดำเนินงานวิจัยไปใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ทำให้เปิดมุมมองการวิจัยระบบยา
- เปิดมุมมองอย่างไร
 - เห็นประโยชน์ที่สัมผัสได้ถึงการนำผลงานวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย
 - เล็งเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของ user ของงานวิจัย
 - เกิดแรงบันดาลใจที่จะหาจุดสมดุลของการพัฒนางานวิจัยจากความสนใจของนักวิจัย กับความต้องการของผู้ใช้ผลงานวิจัย

เครือข่ายวิจัยระบบยา

- นักวิชาการส่วนใหญ่
 - ขาดโอกาสเชื่อมโยงกับ user
 - ขาดโอกาสสัมผัสกับ การดำเนินงานวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย
 - ขาดเวที หรือหนทางที่จะเชื่อมงานตนเองเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ
- เครือข่ายวิจัยระบบยา น่าจะตอบโจทย์ตรงนี้ได้ เพราะน่าจะเป็นเครือข่ายที่เชื่อม "ช่องว่าง" ได้ ทั้งในแง่
 - การหาคำถาม
 - การเปิดโลกทัศน์นักวิชาการ ด้านมุมมองเชิงระบบ
 - การนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปใช้เชิงนโยบาย

เครือข่ายฯ

- แนวทางของเครือข่ายฯ คือทำให้งานวิจัยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง และต่อเชื่อมกับภาพใหญ่เชิงระบบ
 - हमเองคิดว่า ไม่ใช่ว่านักวิจัยทุกคนต้องทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ หรือเปลี่ยนแปลงระบบ
 - แต่จะอย่างไรให้งานวิจัยที่สร้างขึ้นสามารถเชื่อมต่อกับ jigsaw กับงานวิจัยหรือสิ่งอื่น ๆ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในภาพรวม
- มมองส่วนนี้เป็นโอกาสสำหรับทุกคน

ประสบการณ์ตรง

- การสัมผัสเรื่องวิจัยระบบยามากขึ้น ช่วยเปิดโลกทัศน์
- เมื่อได้รับมอบหมายให้เป็นผู้จัดการแผนงานการใช้ยาอย่างเหมาะสม
 - เรียนรู้ ปรับความเข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง และความคาดหวัง
 - เล็งเห็นว่า เครือข่ายฯ จะก้าวหน้าไปได้ดี ด้วยการกำหนดแนวทางการทำงานฯ ที่ชัดเจน และมีทิศทางมากขึ้น
- พยายามเรียนรู้แนวทาง การสร้างสมดุลระหว่าง แนวคิดงานวิจัยที่เปิดกว้างตามความสนใจของผู้วิจัย กับมุมมองของผู้ใช้งานวิจัย



สิ่งที่ท้าทาย

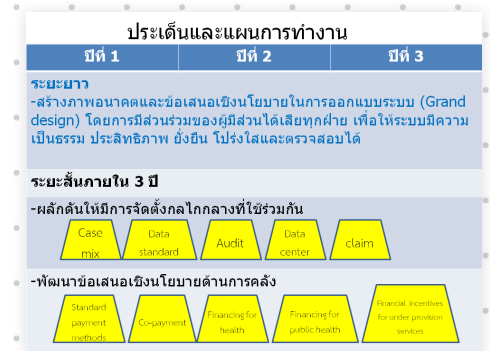
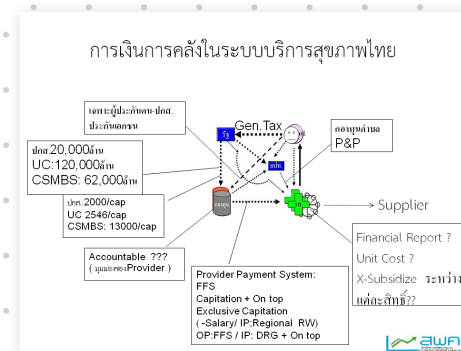
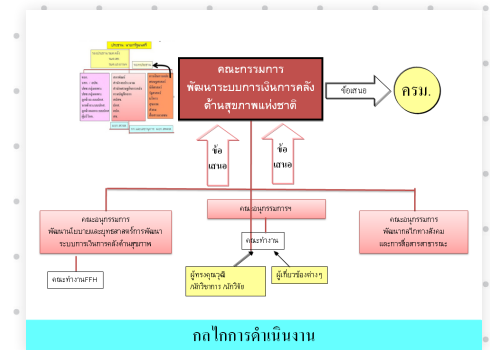
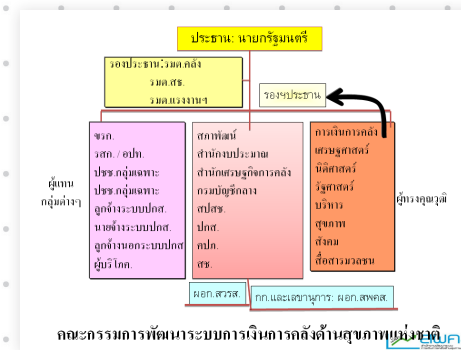
- การพัฒนาแนวคิดเชิงระบบกับมุมมองนักวิชาการแบบเกสร
- การทบทวนวรรณกรรมเป็นงานสำคัญพื้นฐานเพื่อให้เข้าใจถึงองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ก่อนที่จะพิจารณาว่าควรทำวิจัยในเรื่องใดที่มี user มารอใช้
- การบริหารจัดการ และการทำงานกับคนจำนวนมาก
- แนวทางการทำงานด้านวิจัยระบบยาในลักษณะ รูปแบบอย่างไรที่จะเกิดความสำเร็จในฐานอาจารย์มหาวิทยาลัย
- แนวทางปฏิบัติ และบทบาทผู้จัดการแผนงานฯ หนทางควรเป็นเช่นไร?

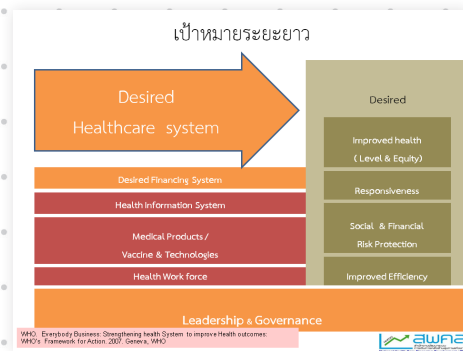
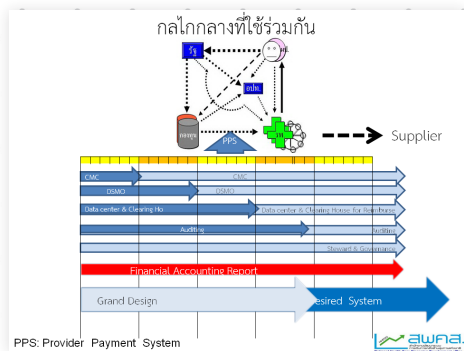
Powerpoint 5

ระบบการเงินการคลังบริการสุขภาพกับ
ระบบยาแห่งชาติ



- สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานภายในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓





Powerpoint 6

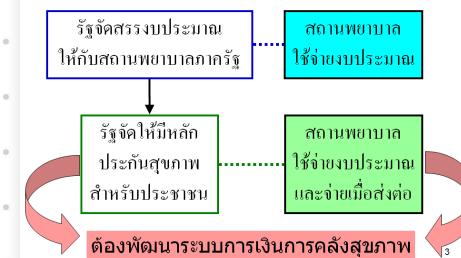
ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (Thai CaseMix Centre)

การประชุมเชิงปฏิบัติการ
"ส่วสัทัศน์การวิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560"
วันจันทร์ที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2554

หัวข้อนำเสนอ

1. การเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณ → การพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ
2. กลไกกลางพัฒนาเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ "ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย"
3. การศึกษาต้นทุนสำหรับ CaseMix
 - ต้นทุนทรัพยากรสุขภาพ
4. วิจัยระบบยากับศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย

การเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณสุขภาพ



การพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ

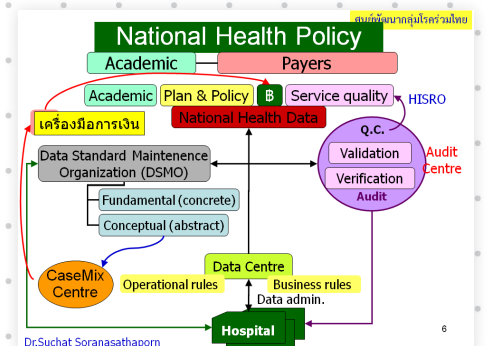
1. พัฒนาการจัดทำงานงบประมาณสุขภาพโดยใช้ข้อมูลที่ดี
2. พัฒนาการบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ
3. สถานพยาบาลพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการจากข้อมูล feed back
4. ระบบประกันสุขภาพต้องมีข้อตกลงการจ่ายเงินระหว่างหลายฝ่าย → เครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ

ต้องพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารฐานข้อมูลสุขภาพ

องค์ประกอบการบริหารฐานข้อมูลสุขภาพ

ฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศ (4 องค์ประกอบ)

- องค์ประกอบพื้นฐานของโครงสร้าง
 - กลไกกลางบริหารมาตรฐานข้อมูล → DSMO
 - กลไกกลางรวบรวมและบริหารข้อมูล → Data Centre
 - กลไกกลางประเมินและตรวจสอบ → Audit Centre
- องค์ประกอบเพื่อการบริหารทรัพยากร
 - กลไกกลางพัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชยหรือเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ → CaseMix Centre



ภาพรวมของกลไกกลาง (สพคส.)

ปีที่ 1

ระบบยา

-สร้างภาพอนาคตและข้อเสนอเชิงนโยบายในการออกแบบระบบ (Grand design) โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เพื่อให้ระบบมีความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ยั่งยืน โปร่งใสและตรวจสอบได้

ระยะสั้นภายใน 3 ปี

-ผลักดันให้มีการจัดตั้งกลไกกลางที่ใช้ร่วมกัน

Case mix

Data standard (DSMO)

Audit

Data center

claim

-พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการคลัง

Standard payment methods

Co-payment

Financing for health

Financing for public health

Financial incentives for under-provision services

ปีที่ 2

ปีที่ 3

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

กลไกกลางพัฒนาเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ

- ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย
- สถานะเป็นเครือข่ายกับวิจัยระบบสาธารณสุข
- ชื่อย่อ: ศรท.
- ชื่อภาษาอังกฤษ: "Thai CaseMix Centre" (TCMC)
- ใช้ระบบจำแนกกลุ่มโรคร่วม (CaseMix) ในการพัฒนาเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ

โครงสร้างทรัพยากรสุขภาพ

LC

MC

CC

โครงสร้างทรัพยากรสุขภาพ

HR (time spent)

Material (การรักษา)

Equipment (time spent, ครั้ง, พื้นที่)

นับตามเวลาที่ทำงาน

รวมในชุดหัตถการ (1 ชุดมีหลายรายการ)

Material (unit) นับรายชิ้น (ถ้าคุ้มที่จะนับ)

Material (set) นับรายชุดหัตถการ (1 ชุดมีหลายรายการ)

ยา – ทรัพยากรสุขภาพที่คุ้มจะนับ?

- ยาเป็นทรัพยากรสุขภาพที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงถึง 50% – 80%

การวิจัยระบบยา

เพิ่มประสิทธิภาพบริการ

รพ. ใช้ยาปลอดภัยเหมาะสม

ศรท.

วิเคราะห์ทรัพยากรสุขภาพที่ใช้

องค์ความรู้ในการใช้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และคุ้มค่า

ราคาซื้อบริการที่เหมาะสม

ราคาซื้อที่เหมาะสม

ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (1)

- วิสัยทัศน์: เป็นแหล่งอ้างอิงเครื่องมือการเงินประกันสุขภาพระบบจำแนกกลุ่มโรคร่วม (CaseMix) และมาตรฐานการกำหนดรหัสโรคแห่งเอเชียอาคเนย์
- พันธกิจ:
 1. พัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นที่ยอมรับ และใช้อย่างถึง
 2. จัดทำข้อเสนอกลไกทางการเงินสำหรับกองทุนประกันสุขภาพ

ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (2)

- วัตถุประสงค์:
 1. เครื่องมือจ่ายชดเชยด้วยระบบ CaseMix ได้รับการยอมรับ และมีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง
 2. มีการบำรุงรักษา ติดตามประเมิน ปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือจ่ายชดเชยอย่างเป็นระบบ
 3. มีข้อมูลต้นทุนที่จำเป็นต้องใช้
 4. เครื่องมือคำนวณการชดเชยได้สอดคล้องกับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์ต้นทุนทรัพยากรสุขภาพ

1. การวิเคราะห์ต้นทุนจากระบบบัญชี (Cost accounting)
 - ใช้ข้อมูลในระบบบัญชีโรงพยาบาล และระบบบริการมาวิเคราะห์ต้นทุน
2. การวิเคราะห์ Standard cost weight หรือ Standard relative value
 - ใช้ข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งเบิก นำมาวิเคราะห์ปริมาณทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม
 - ศึกษาและกำหนดราคาซื้อที่เหมาะสม

วิธีการวิเคราะห์ Standard Cost Weight

- เป็น Resource study เพื่อศึกษาราคาซื้อที่เหมาะสม
 - วิเคราะห์ Standard resource utilized จากข้อมูลส่งเบิก
 - วิเคราะห์หาราคาอ้างอิงเพื่อกำหนดราคาซื้อ
- ปรับปรุง Claim data ในส่วนของรายละเอียด resource ที่ส่งเบิก

จาก

หมวดการรักษา	พัฒนา	Claim data details
1 ค่าห้อง		Level 1 – Define/Refine code
2 ค่ายา		Level 2 – รายการย่อยที่ประกอบกัน
3 ค่า LAB/ Xray		Level 3 – ศึกษาต้นทุน
4 ค่าหัตถการ		
..		
16 ค่า.....		

เครื่องมือการเงินที่ดี

- การจ่ายชดเชยมีมาตรฐาน และสมค
- สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีข้อมูลต้นทุน
- ต้องพัฒนาเครื่องมือการเงินโดยมีข้อมูลต้นทุนคุณภาพ ใช้ใน CaseMix ทั้ง reclassification, recalibration และกำหนด base rate
- การจัดการและการติดตามประเมินไม่ยุ่งยาก
- มีรายละเอียดเพียงพอที่จะตรวจสอบได้และติดตามประเมินได้รวดเร็ว

การศึกษาต้นทุนสำหรับ CaseMix

1. CaseMix ต้องการทราบทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม รายทรัพยากร / รายครั้งบริการ / รายโรค / รายผู้ป่วย
2. CaseMix ต้องการทราบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่จ่ายสำหรับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม รายทรัพยากร / รายครั้งบริการ / รายโรค / รายผู้ป่วย

ทรัพยากรสุขภาพที่ใช้อย่างเหมาะสม ?
และราคาซื้อบริการที่เหมาะสม ? → จ่ายชดเชยเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

การปรับปรุง Claim data details

Level 1 กำหนด resource/service entity และ

- ยา, Lab, Radiology – define/refine code ที่เลือกใช้
- หัตถการ: ตาม Classification ที่นิยม เช่น ICD, SNOMED
- Set: กำหนดตาม practice ของไทย
- Service : กำหนดตาม Care Model ของ Prospective payment system (PPS) ที่จะใช้

Level 2 กำหนดองค์ประกอบแต่ละ entity และเงื่อนไขที่กำกับ

Level 3 ศึกษาต้นทุนของแต่ละ entity

ผลลัพธ์การศึกษา Standard Cost Weight

- ปริมาณทรัพยากรสุขภาพ (resource) ที่ใช้อย่างเหมาะสม โดยมีผลลัพธ์การรักษากำกับ
- ราคาอ้างอิงของ resource จาก Charge based ซึ่งสามารถเปรียบเทียบราคากับราคาซื้อในท้องตลาด เพื่อวิเคราะห์ราคาซื้อที่เหมาะสม
- ประมวลผลร่วมกับผลลัพธ์การศึกษาด้านต้นทุนจาก Cost accounting ในส่วนของต้นทุนค่าบริการจัดการและต้นทุนทางอ้อมที่ป็นส่วนไปยังกิจกรรมการรักษา ได้ผลเป็นต้นทุนรายผู้ป่วย/ รายโรค

Powerpoint 7

ระบบการเงินการคลังงานบริการสุขภาพ
และระบบยาแห่งชาติ

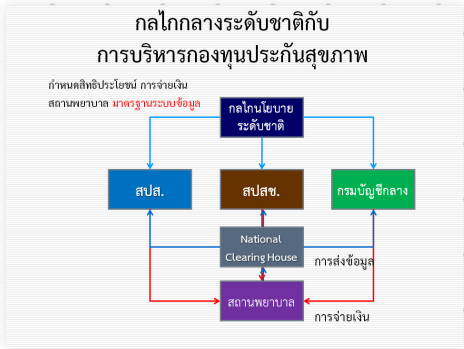
ประชุมเชิงปฏิบัติการ

“คู่มือพัฒนาระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

29 สิงหาคม 2554

บุญชัย กิจสนาอิน พว., PhD.(Health Informatics)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



แผนการดำเนินการระยะสั้นและระยะกลาง

- งานการพัฒนากรอบ และองค์กรที่จะดำเนินงานด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
- ศึกษาแนวทางการมีหน่วยงานกลางพัฒนาและบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูลสุขภาพไทย (Thai Health Data Standards Maintenance Office -TH DSMO)
- งานด้านเทคนิคในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
 - Standard Data Set : DRG V.5, Chronic Disease registry, Referral System
 - Semantic Standards: Laboratory Standards (LOINC), **Drug Code**, SNOMED-CT, Identifiers
 - Syntactic Standards: HL7 messaging, HL7-CDA, SDMX-HD (StatXML HD)
 - Integrating the Healthcare Enterprise Standards (IHE)

Why Data Standards?

INTEROPERABILITY

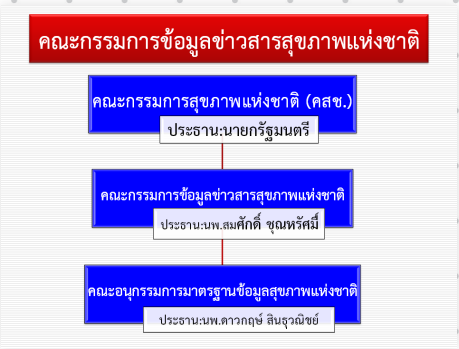
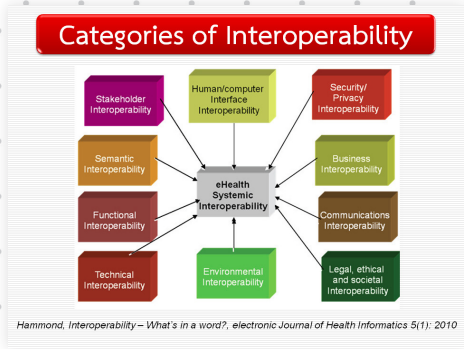
ภาพรวมของกลไกกลาง (สพคส.)

ปี 1	ปี 2	ปี 3
ระยะยาว	-เสนอภาพอนาคตและข้อเสนอเชิงนโยบายในการออกแบบระบบ (Grand design) โดยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เพื่อให้ระบบมีความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ยั่งยืน โปร่งใสและตรวจสอบได้	ระยะสั้นภายใน 3 ปี
-ผลักดันให้มีการจัดตั้งกลไกกลางที่ใช้ร่วมกัน	Case mix Data standard (DSMO) Audit Data Center Claim	
-พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการคลัง	Standard payment methods Co-payment Financing for health Financing for public health Financial incentives for under-provision services	



Interoperability

- "the ability of two or more systems or components to exchange information and to use the information that has been exchanged". [The Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE, USA)]
- "In healthcare, interoperability is the ability of different information technology systems and software applications to communicate, to exchange data accurately, effectively, and consistently, and to use the information that has been exchanged." [The National Alliance for Health Information Technology (NAHIT, USA)]



องค์ประกอบ บทบาท และหน้าที่

- ประกอบด้วยตัวแทนจาก กระทรวงสาธารณสุข สวรส. สปสช. สผอ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สกส. HISO NECTEC และคณะแพทย์
- บทบาทหน้าที่
 1. ศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะทางวิชาการเพื่อพัฒนากรอบและองค์กรที่จะดำเนินงานด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
 2. กำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
 3. ศึกษาและจัดทำมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ ตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วน
 4. หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

Level of Interoperability

1. **Interconnectivity** for the ability to exchange information at a network, syntactic, and process flow level;
2. **Interchangeability** for the ability to use information at a presentation, semantic, and input/output level;
3. **Interoperability** for the ability to use information at an application, pragmatic, and process control level.

From Steiner, Identification of different types of standards for domain-specific interoperability, In: Proceedings of the Workshop on Standard Making: A Critical Research Frontier for Information Systems, John L. King and Kalle Lyytinen (eds.), Seattle, WA, 2003.

Interoperability of HIS

Interoperability needs **STANDARDS**

- Semantics standards
 - Identifiers : Patients, Providers, Resources
 - Coding : ICDs, **National Drug Codes**
 - Medical Terminology: SNOMED-CT, LOINC
- Syntactic standards : HL7 messaging standards, HL7-CDA (Clinical Document Architecture)
- Core data sets standards
- Security and Privacy standards

Background - What are vocabularies?

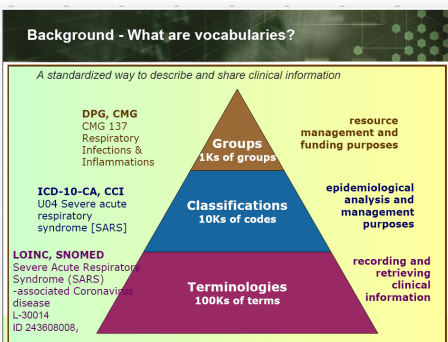
A standardized way to describe and share clinical information

Level	Examples	Purpose
Groups 1Ks of groups	DPG, CMG CMG I37 Respiratory Infections & Inflammations	resource management and funding purposes
Classifications 10Ks of codes	ICD-10-CA, CCI U04 Severe acute respiratory syndrome [SARS]	epidemiological analysis and management purposes
Terminologies 100Ks of terms	LOINC, SNOMED Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) -associated Coronavirus disease L-30014 ID 243608008	recording and retrieving clinical information

Background - What are vocabularies?

A standardized way to describe and share clinical information

Level	Examples	Purpose
Groups 1Ks of groups	DPG, CMG CMG I37 Respiratory Infections & Inflammations	resource management and funding purposes
Classifications 10Ks of codes	ICD-10-CA, CCI U04 Severe acute respiratory syndrome [SARS]	epidemiological analysis and management purposes
Terminologies 100Ks of terms	LOINC, SNOMED Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) -associated Coronavirus disease L-30014 ID 243608008	recording and retrieving clinical information



USA Health Data Standards

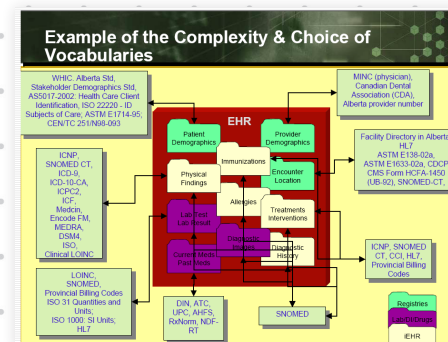
- Since 2003 Adopted
 - National Council on Prescription Drug Programs (NCDPP) standards, NDC & Transactions
 - HL7 messaging, HL7 CDA
 - LOINC, SNOMED-CT, ICD 10, DICOM
 - The Institute of Electrical and Electronics Engineers 1073 (IEEE1073) series of standards
 - The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) transactions and code sets for electronic exchange of health related information to perform billing or administrative functions.

- # USA Health Data Standards
- Since 2003 Adopted
 - National Council on Prescription Drug Programs (NCDPP) standards, NDC & Transactions
 - HL7 messaging, HL7 CDA
 - LOINC, SNOMED-CT, ICD 10, DICOM
 - The Institute of Electrical and Electronics Engineers 1073 (IEEE1073) series of standards
 - The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) transactions and code sets for electronic exchange of health related information to perform billing or administrative functions.

Example of the Complexity & Choice of Vocabularies

The diagram illustrates the complexity and choice of vocabularies in healthcare. It features a central 'EHR' (Electronic Health Record) box, which is interconnected with various other systems and standards. These include:

- WHIC Alberta Std. Standardized Demographics** (SN, A55017.2002, Health Care Client Identification, ISO 22229-1B, Subjects of Care, ASTM E1774.95, CEN125.31.N681.03)
- MNIC (physician), Canadian Dental Association (CDA), Alberta province - ID**
- Facility Directory in Alberta** (HL7, ICD-10-SE, ASTM E1633-09a, CCHI/ CMS Form HCFA, 450 ICD-9-2, SNIMED-CT)
- ICDP, SNIMED-CT, ICD-10, ICD-9, ICD-10-CM, ICD-10-PCS, ICF, Medici, Encodes FM, MEDARA, DSM4, Clinical Coding**
- LOINC, SNIMED, Provincial Billing Codes, SOC-IT quantities and units, ISO 1000, SI Units, HL7**
- Patient Demographics, Immunizations, Physical Findings, Allergies, Lab/Pat, Treatments/Interventions, Clinical Notes, Diagnostic Tests, Current Meds**
- DIN, ATC, UICP, ACIS, Reform, NDE, RT**
- SNIMED**
- ICDP, SNIMED, CT, CCI, HL7, Provincial Billing codes**
- Registries, eHR Shop**
- EHR**



รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

ตัวอย่างรหัสมาตรฐานยา 24 หลัก

PARACETAMOL 500 mg TABLET

องค์การเภสัชกรรม

1	0075200000	44931	203	81506
ประเภทยาเดี่ยว	ชื่อยาพาราเซตามอล	ความแรง 500 มก.	รูปแบบยาเม็ดรับประทาน	เจ้าของผลิตภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม

A framework for Characterizing Drug Information Sources

Mark Sharp & et al, AMIA 2008 Symposium Proceedings Page – 662-666

Drug information is complex, voluminous, heterogeneous, and dynamic.

Multiple sources are available, each providing some elements of information about drugs (usually for a given purpose).....(at least) 23 sources that provide drug information in the pharmacy, chemistry, biology, and clinical medicine domains. Their drug information content could be categorized with 39 dimensions

A framework for Characterizing Drug Information Sources

Mark Sharp & et al, AMIA 2008 Symposium Proceedings Page – 662-666

Drug information is complex, voluminous, heterogeneous, and dynamic.

Multiple sources are available, each providing some elements of information about drugs (usually for a given purpose).....(at least) 23 sources that provide drug information in the pharmacy, chemistry, biology, and clinical medicine domains. Their drug information content could be categorized with 39 dimensions

A framework for Characterizing Drug Information Sources

Mark Sharp & et al, AMIA 2008 Symposium Proceedings Page – 662-666

Drug information is complex, voluminous, heterogeneous, and dynamic.

Multiple sources are available, each providing some elements of information about drugs (usually for a given purpose).....(at least) 23 sources that provide drug information in the pharmacy, chemistry, biology, and clinical medicine domains. Their drug information content could be categorized with 39 dimensions

A framework for Characterizing Drug Information Sources

Mark Sharp & et al, AMIA 2008 Symposium Proceedings Page – 662-666

Drug information is complex, voluminous, heterogeneous, and dynamic.

Multiple sources are available, each providing some elements of information about drugs (usually for a given purpose).....(at least) 23 sources that provide drug information in the pharmacy, chemistry, biology, and clinical medicine domains. Their drug information content could be categorized with 39 dimensions

4 Domains 39 Dimensions of Drug Information

Pharmacy Domain 16 Dimensions	Chemistry Domain 16 Dimensions	Chemistry Domain 9 Dimensions
trade names	therapeutic class	
dose/form	indication	
combo products	contraindication	
manufacturer	side eff/prec/warn	
manuf. code name	drug interactions	
approval info.	patient info	
	research lit.	
	experimental app's	

4 Domains 39 Dimensions of Drug Information

Pharmacy Domain 16 Dimensions	Chemistry Domain 16 Dimensions	Chemistry Domain 9 Dimensions
trade names	therapeutic class	
dose/form	indication	
combo products	contraindication	
manufacturer	side eff/prec/warn	
manuf. code name	drug interactions	
approval info.	patient info	
	research lit.	
	experimental app's	

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงสถิติพอสมควร	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่ทันสมัย ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบควบคู่กัน
■ รองรับการใช้กรณีที่เป็นรายเดือนและรายวัน	■ ไม่มีรายละเอียดทางตัวเลขแล้วใช้เฉพาะเชิงการจัดซื้อซึ่งใช้ในทางเชื่อมโยงข้อมูลเป็นหลัก
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการค้นพบข้อมูลตั้งแต่ตอนรับทะเบียนยาที่ ออย.	■ ยาคล้ายกัน ที่ใช้ชื่อการค้าต่างกัน แต่มีคุณสมบัติยาเหมือนกัน จะให้รหัสเดียวกัน

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงสถิติพอสมควร	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่รวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบพร้อมกัน
■ รองรับการใช้ทั้งกรณีที่เป็นตัวเดียวและหลายตัว	■ ไม่มีรายละเอียดทางตัวเลขแล้วใช้ยาวเนื่องจากรหัสที่สั้นเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นปกติ
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการค้นพบข้อมูลตั้งแต่ตอนขึ้นทะเบียนยาที่ ออย.	■ ยาคล้ายกัน ที่ใช้ชื่อการค้าต่างกัน แต่มีคุณสมบัติยาเหมือนกัน จะให้รหัสเดียวกัน

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงสถิติพอสมควร	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่รวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบพร้อมกัน
■ รองรับการใช้ทั้งกรณีที่เป็นตัวเดียวและหลายตัว	■ ไม่มีรายละเอียดทางตัวเลขแล้วใช้ยาวเนื่องจากรหัสที่สั้นเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นปกติ
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการค้นพบข้อมูลตั้งแต่ตอนขึ้นทะเบียนยาที่ ออย.	■ ยาคล้ายกัน ที่ใช้ชื่อการค้าต่างกัน แต่มีคุณสมบัติยาเหมือนกัน จะให้รหัสเดียวกัน

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงสถิติพอสมควร	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่ทันสมัย ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบควบคู่กัน
■ รองรับการใช้กรณีที่เป็นรายเดือนและรายวัน	■ ไม่มีรายละเอียดทางตัวเลขแล้วใช้เฉพาะเชิงการจัดซื้อซึ่งใช้ในทางเชื่อมโยงข้อมูลเป็นหลัก
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการค้นพบข้อมูลตั้งแต่ตอนรับทะเบียนยาที่ ออย.	■ ยาคล้ายกัน ที่ใช้ชื่อการค้าต่างกัน แต่มีคุณสมบัติยาเหมือนกัน จะให้รหัสเดียวกัน

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงสถิติพอสมควร	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่รวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบพร้อมกัน
■ รองรับการใช้ทั้งกรณีที่เป็นตัวเดียวและหลายตัว	■ ไม่มีรายละเอียดทางตัวเลขแล้วใช้ยาวเนื่องจากรหัสที่สั้นเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นปกติ
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการค้นพบข้อมูลตั้งแต่ตอนขึ้นทะเบียนยาที่ ออย.	■ ยาคล้ายกัน ที่ใช้ชื่อการค้าต่างกัน แต่มีคุณสมบัติยาเหมือนกัน จะให้รหัสเดียวกัน

หลักการบริหาร 12 ข้อดี

ข้อดี	ข้อจำกัด
■ เป็นรหัสที่มีการออกแบบครอบคลุมรายละเอียดซึ่งต้องใช้การทำความเข้าใจเชิงลึกจึงขยายได้	■ เหมาะสมสำหรับบริษัทที่จำหน่ายในประเทศเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้ในระดับสากลได้
■ สามารถเลือกใช้ตามความละเอียดที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องใช้รหัสทั้งหมด	■ หลักเกณฑ์ในการกำหนดรหัสมีความยืดหยุ่นและมีการปรับปรุงที่ทันสมัย ทำให้ต้องดูแล 2 ระบบควบคู่กัน
■ รองรับการใช้ทั้งกรณีที่เป็นรายตัวและรายหมวกร	■ ไม่มีความยืดหยุ่นด้านแก้ไขรหัสยาวเนื่องจากรหัสที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นบล็อก
■ สามารถปรับปรุงรหัสให้ทันสมัยอยู่เสมอเนื่องจากมีการตัดใบข้อมูลตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเป็นระยะที่จบ	■ ค่าเสียเปรียบ คือ ใช้ข้อความคำต่างกัน แต่มีข้อมูลเดียวกัน จะให้ผลเดียวกัน

Thai Health Information Standards

Standards	National
1. Core data set standards	12 & 18 files standards
2. Semantic standards	ICD 10 TM, ICD 9 CM, National drug code?
3. Syntactic standards	X
4. Security and privacy standards	X

Thai Health Information Standards

Standards	National
1. Core data set standards	12 & 18 files standards
2. Semantic standards	ICD 10 TM, ICD 9 CM, National drug code?
3. Syntactic standards	X
4. Security and privacy standards	X

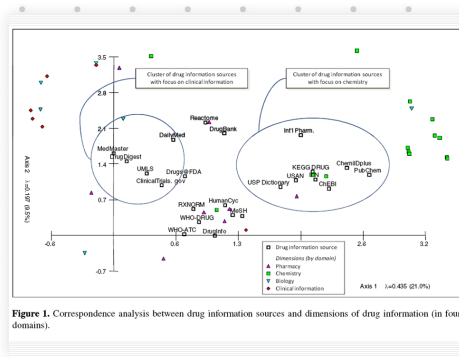


Figure 1. Correspondence analysis between drug information sources and dimensions of drug information (in four domains).

Drug Coding Standards (Selected)

- FDA-NCD: US FDA
- RxNorm: US National Library of Medicine
standardized nomenclature for clinical drugs and drug delivery devices
- ATC: WHO Collaborating Centre for Drug
Statistics Methodology (WHOC) : Nordic Countries,
German
- Drug Identification Number (DIN) - Health
Canada under the Food and Drugs Act
- DM&D : UK NHS
- GS1: Good for logistic (Supply & demand chain)
- 24 Digits drug code: Thai

- ## Drug Coding Standards (Selected)
- FDA-NCD: US FDA
 - RxNorm: US National Library of Medicine
standardized nomenclature for clinical drugs and drug delivery devices
 - ATC: WHO Collaborating Centre for Drug
Statistics Methodology (WHOC) : Nordic Countries,
German
 - Drug Identification Number (DIN) - Health
Canada under the Food and Drugs Act
 - DM&D : UK NHS
 - GS1: Good for logistic (Supply & demand chain)
 - 24 Digits drug code: Thai

National Standard Health Data Set

- Health data
 - Administrative data e.g.
 - Clinical data e.g. lab., Doctor's note
- Current electronic health information focus on:
 - Administration & management task
 - Finance task : reimbursement
- Two minimal standard data sets:
 - Standard data set for health insurance (12-file data set)
 - Standard data set for PCU (18-file data set)

- ## National Standard Health Data Set
- Health data
 - Administrative data e.g.
 - Clinical data e.g. lab., Doctor's note
 - Current electronic health information focus on:
 - Administration & management task
 - Finance task : reimbursement
 - Two minimal standard data sets:
 - Standard data set for health insurance (12-file data set)
 - Standard data set for PCU (18-file data set)

แผนการดำเนินการระยะต้นและระยะกลาง

- งานการพัฒนาสถาปัตยกรรมที่จะดำเนินการตามมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
 - ศึกษาแนวทางการดำเนินงานกลางพัฒนาบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูลสุขภาพไทย (Thai Health Data Standards Maintenance Office – TH DSMO)
- งานด้านเทคโนโลยีในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
 - Standard Data Set : DRG V.5, Chronic Disease registry, Referral System
 - Semantic Standards: Laboratory Standards (LOINC), **Drug Code**, SNOMED-CT, Identifiers
 - Syntactic Standards: HL7 messaging, HL7-CDA, SDMX-HD (StatXML HD)
 - Integrating the Healthcare Enterprise Standards (IHE)

- ## แผนการดำเนินการระยะต้นและระยะกลาง
- งานการพัฒนาสถาปัตยกรรมที่จะดำเนินการตามมาตรฐานข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ
 - ศึกษาแนวทางการดำเนินงานกลางพัฒนาบำรุงรักษามาตรฐานข้อมูลสุขภาพไทย (Thai Health Data Standards Maintenance Office – TH DSMO)
 - งานด้านเทคโนโลยีในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
 - Standard Data Set : DRG V.5, Chronic Disease registry, Referral System
 - Semantic Standards: Laboratory Standards (LOINC), **Drug Code**, SNOMED-CT, Identifiers
 - Syntactic Standards: HL7 messaging, HL7-CDA, SDMX-HD (StatXML HD)
 - Integrating the Healthcare Enterprise Standards (IHE)

Powerpoint 8

สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล

ภาระงาน

- ตรวจสอบข้อมูลคำรักษายาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตามระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง
- พัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายคำรักษายาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการ

อำนาจที่ได้รับมอบหมาย

- ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ.....

Handwritten notes:

ชาย 50 ปี

ไขมันสูง ปวดหลัง

18 ธ.ค. 2551

METHYCOBAL	120	720
MICALCIC 200 IU	4	14368
Lyrica 75 mg cap	60	3180
FOLIC ACID TAB	60	30
Countepain plus	4	608
SELBEV 50 MG	60	540
Elmetacin sol. 50ml	4	580
Norgescic tab	120	330
ULTRACET	120	2280
ACTOMEL 35 MG	8	3804
CALD VITATUBE	6	984
HDL 300 MG	60	105
		27549

สภ.ศ. สฟ.ตร. สฟ.ตร.ว.-รพ.

รายงานผลการตรวจสอบภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

สถานพยาบาล อุตสาหกรรม กรมบัญชีกลาง

บก.แจ้งต่อรพ. มีผลต่อคำรักษาที่เบิกไปแล้ว

คำรักษาในแปล ที่มีรหัส A05-09

รพ	วันนอน	ค่ายา	ค่า lab	X-ray
ศูนย์	2.0	300.547	715	22%
จังหวัด	2.7	699.0	672	11.3%
ทั่วไป	2.9	1714.166	824	0
รพ.ตช	2.3	994.582	647	30%

Tizan=30

Tramadol=30

Omeprazole=60

Diclofenac=60

Paracetamol=60

ผลการดำเนินงานหลังการตรวจสอบ

ปี	จำนวนวันที่พบ ออกหนังสือ บัง	จำนวนวันที่ได้รับคืนเงิน บังจาก
	จากวันตรวจสอบ(จำนวนรพ.)	วันที่ตรวจตอบ
2548	722 (8)	910 (5)
2549	488 (37)	554 (26)
2550	255 (29)	326 (28)
2551	212 (12)	

สรุป 50 อันดับที่มีมูลค่าสูงที่สุด

อันดับ	ชื่อ	รวม	ปี
1	ARTROCAR 50 MG CAP.(BZ)	183,847.00	32.99
2	VIALIN 1 SACHET 1000 MG. (w/ BZ)	179,000.00	32.36
3	PARSET 20 MG TAB.(BZ)	75,261.00	42.32
4	CELEBREX 200 MG (BZ)	113,842.00	24.41
5	EPIDEX 4000 IU (BZ) (w/ 0.1%)	2,052.00	1,339.02
6	CRESTOR 10 MG TAB. (BZ) (w/ 0.1%)	61,818.00	39.05
7	LIPITOR 20 MG (BZ)	71,393.00	32.30
8	HYALGAN (BZ)	968.00	2,800.50
9	BONVIVA 150 MG TAB.(BZ) (w/ 0.1%)	1,413.00	1,468.92
10	METHYLCOBAL TAB (BZ) (w/ 0.1%)	405,800.00	4.14
11	ULTRACET CAPLET.(BZ)	136,795.00	13.62
12	NEURONTIN 300 MG (BZ) (w/ 0.1%)	65,504.00	26.75
13	GLAXY 15 MG (BZ) (w/ 0.1%)	141,580.00	11.09

HN	ชื่อ	รพ	age	จำนวน	รวม
11309-0	BONVIVA 150 MG female	49	8.00	14,704.00	
48-136892	BONVIVA 150 MG male	53	7.00	12,866.00	
18896-0	BONVIVA 150 MG female	49	7.00	12,866.00	
2326-2	BONVIVA 150 MG female	51	9.00	16,542.00	
3069-3	BONVIVA 150 MG female	53	1.00	1,838.00	
3189-3	BONVIVA 150 MG female	55	10.00	18,380.00	
3363-0	BONVIVA 150 MG female	55	1.00	17,128.00	
45-109373	BONVIVA 150 MG male	56	14.00	25,732.00	
45-113154	BONVIVA 150 MG female	41	1.00	1,838.00	
46-116848	BONVIVA 150 MG female	50	3.00	5,514.00	

กรณีศึกษา

ออกตรวจ 10 เมย. 2551 กรมบัญชีกลางออกหนังสือ 30 กค. 2551 คืนเงิน 13 พย. 2551
ออกตรวจ 29 มีค. 2552 กรมบัญชีกลางออกหนังสือ 12 เมย. 2553 คืนเงิน 15 กย. 2553
(บางส่วน)

ช่วงเวลา	จำนวน HN	ยอดรวมที่ส่งเบิก	ค่ายา	ค่าตรวจวินิจฉัย
มค. 2551-31ธค. 2551*	19866	531,755,927	-	17,559,761
มค. 2552-31ธค. 2552	24550	623,326,791	492,163,164	38,745,121
มค. 2553-31ธค. 2553	28653	688,343,747	522,525,785	48,539,927
มค. 2554-30เมย. 2554	22,097	258,137,927	177,301,486	17,077,117

2

ออกตรวจ 4 พย. 2551 กรมบัญชีกลางออกหนังสือ 13 ธค. 2553
ออกตรวจ 21 มีย. 2554 กรมบัญชีกลางออกหนังสือ -

ช่วงเวลา	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่ารวมที่เบิก	มูลค่าจ่าย
1มค. 2551-31ธค. 2551	77252	2,287,961,518	-
1มค. 2552-31ธค. 2552	94584	2,637,222,707	2,093,553,526
1มค. 2553-31ธค. 2553	98072	2,837,568,495	2,268,662,066
1มค. 2554-30เมย. 2554	75,854	1,143,582,432	895,241,397.56

	จำนวนรวม	มูลค่ารวมที่เบิก	มูลค่าจ่าย
1กค.2551-31กค.2551	71674	1989905111	-
1กค.2552-31กค.2552	81814	2,141,247,397	1,852,578,638
1กค.2553-31กค.2553	84260	2,154,105,576	1,824,149,873
1กค.2554-30กค.2554	65,981	827,249,808	706,077,906.34

ช่วงเวลา	จำนวน HN	ยอดรวมพื้นที่ปลูก	ค่ายา
1คก.2551-31คก.2551*	57886	654548970	-
1คก.2552-31คก.2552	62109	774,273,074	558,086,154
1คก.2553-31คก.2553	62471	833,366,265	602,728,163
1คก.2554-30คก.2554	44,620	358,469,791	250,754,531

ช่วงเวลา	จำนวน HN	ยอดรวมที่ส่งเบิก	ค่ายา
1มค. 2551-31พค. 2551*	20492	80,900,238	
1มค. 2552-31พค. 2552	22450	105,111,848	76,7826,86
1มค. 2553-31พค. 2553	22611	120,934,563	90,331,546
1มค. 2554-30เมย 2554	14,434	49,075,529	37,172,504

[illegible]

ช่วงเวลา	จำนวน HN	ยอดรวมที่ส่งเบิก	ค่ายา
1มค. 2551-31กค. 2551	105231	2691964745	-
1มค. 2552-31กค. 2552	118429	3,215,600,909	2,686,629,368
1มค. 2553-31กค. 2553	122523	3,296,551,758	2,735,415,112
1มค. 2554-30เมย. 2554	90,862	1,082,200,688	871,921,966.5

	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่าการวินิจฉัย	มูลค่ายา
1กค.2551-31กค.2551	4,846	65,242,871	-
1กค.2552-31กค.2552	7,794	133,404,594	122,687,293
1กค.2553-31กค.2553	8,386	155,599,552	143,178,573
1กค.2554-30กค.2554	2,375	27,056,392	25,046,602

[illegible]

ช่วงเวลา	จำนวน HN	ยอดรวมที่ส่งเบิก	ค่ายา
มคต.2551-31ชค. 2551*	9008	105,049,216	-
มคต.2552-31ชค. 2552	9692	93,431,141	81,374,883
มคต.2553-31ชค. 2553	9480	69,698,092	57,629,933
มคต.2554-30เมย 2554	6,385	27,525,571	22,943,827

ช่วงเวลาของเวลา	จำนวนผู้ป่วย	ยอดรวมทั้งหมด	มูลค่า(บาท)
1 ม.ค. 2551 - 31 ธ.ค. 2551	13,579	150,260,258	-
1 ม.ค. 2552 - 31 ธ.ค. 2552	15,350	171,315,725	152,854,050
1 ม.ค. 2553 - 31 ธ.ค. 2553	15,733	204,936,612	181,660,723
1 ม.ค. 2554 - 30 เม.ย. 2554	11,389	87,658,819.00	77,822,984

- ประเมินศักยภาพของการวิจัยทางคลินิกในการเพิ่มความคุ้มค่าเกี่ยวกับต้นทุนของเวชปฏิบัติต่างๆ
- พัฒนาระบบการปรับปรุงเวชปฏิบัติโดยการใช้ประโยชน์จากการวิจัยทางด้านสุขภาพ

ngk@chsigu.ru,² Asele V. Ibragimov,³ Ruslana T. Ibragimova,⁴

of trial at Khon Kaen Hospital (Thailand) was conducted from July 2000 to the clinical efficacy of ceftriaxone and sodium penicillin G for the total of 153 patients with severe leptospirosis were randomly assigned to ceftriaxone (1 g daily for 7 days; $n = 87$) or intravenous sodium penicillin G ($n = 86$). The primary outcome was time to fever resolution. Survival an duration of fever was 3 days for both groups. Ten patients (3 in each n). There was no statistically significant differences in the duration of sodium penicillin G. Were equally effective for the treatment of severe

of trial at Khon Kaen Hospital (Thailand) was conducted from July 2000 to the clinical efficacy of ceftriaxone and sodium penicillin G for the total of 153 patients with severe leptospirosis were randomly assigned to ceftriaxone (1 g daily for 7 days; $n = 87$) or intravenous sodium penicillin G ($n = 86$). The primary outcome was time to fever resolution. Survival an duration of fever was 3 days for both groups. Ten patients (3 in each n). There was no statistically significant differences in the duration of sodium penicillin G. Were equally effective for the treatment of severe

- การประเมินความเหมาะสมเทคโนโลยีทั้งที่พัฒนาขึ้นทั้งในประเทศ
ไทยและต่างประเทศ
- เพิ่มประสิทธิภาพและลดต้นทุนของระบบสุขภาพ

- งานวิจัยที่มีลักษณะมุ่งเป้าเพื่อหวังจะแก้ปัญหาบางอย่างที่มีขอบเขตชัดเจน
- เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีที่มีความจำเป็น หรือก่อให้เกิดผลกระทบสูงต่อประเทศ

- ระดมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด สำหรับการวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาทางปัญหาที่เกิดขึ้นและประโยชน์เป็นรูปธรรม
- กำหนด แนวทาง หรือหลักเกณฑ์ในการเลือกปัญหาที่จะระดมทรัพยากรไปใช้
- กำหนดแนวทางสำหรับการดูแลการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับปัญหาที่ถึงใกล้วิกฤต (Win-Win vs Win-Lose situation)
 - ให้มีการวิจัยเบื้องต้นสำหรับการแก้ปัญหาอื่นๆ ไปล่วงหน้า

- กำหนดตามขนาดของปัญหา (ไรต์ ปัจจัยเสี่ยง ผลิตภัณฑ์) เช่น BOD ดำาใช้ง่าย ผลกระทบทางเศรษฐกิจ
- กำหนดตามผลกระทบที่อาจเป็นไปได้จากการวิจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา
- ตามศักยภาพของกองวิจัยในประเทศที่จะสามารถทำาให้คิดผลกระทบได้

- พัฒนาระบบการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสนับสนุนให้ภาคอุตสาหกรรม การผลิตด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ในประเทศไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงขึ้น
- ภาคอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ของประเทศมีความเข้มแข็งมากขึ้น
- นักวิจัยมีความเข้าใจระบบการผลิตในประเทศและสามารถกำหนดโจทย์การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อภาคอุตสาหกรรม

- พัฒนาระบบการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคผู้ใช้ ได้แก่ ภาคอุตสาหกรรมการผลิตและบริการ และภาคสุขภาพ ฯลฯ ตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการวิจัยและพัฒนา
- โดยให้มีฝ่ายประสานงานด้านธุรกิจมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นตั้งแต่ต้น

- สำนวนทิวช่องโครงการวิจัยแบบมุ่งเป้า ที่ดำเนินการอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศไทย
- พัฒนาหลักการและแนวทางการคัดเลือกหรือจัดลำดับความสำคัญของทิวช่องวิจัยแบบมุ่งเป้า ที่เป็นที่ยอมรับ
- ทิวช่องวิจัยที่ตรวจสอบลงทุนไปงบประมาณ 2556 และ 2557-2558

- ดัชนีการหรือจัดลำดับหัวข้อวิจัยแบบมุ่งเป้าหมายนี้
 ศึกษางานของ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
 การด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 (Breakthrough research) ซึ่งจำเป็นผลลัพธ์เป็น
 - ผลงานตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติที่มี Impact
 Factor สูง เช่น Science, Nature, Cell เป็นต้น
 - ผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ที่สามารถ
 กระทบต่อเทคโนโลยี หรือจำหน่ายได้มูลค่าสูง (ใน
 ประเทศ หรือต่างประเทศ)

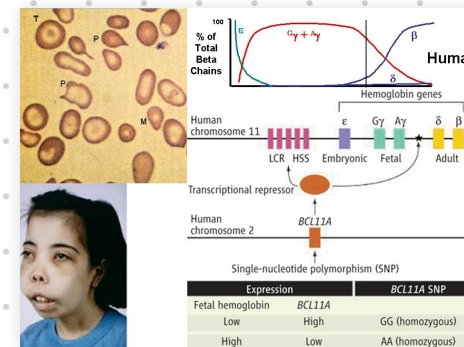
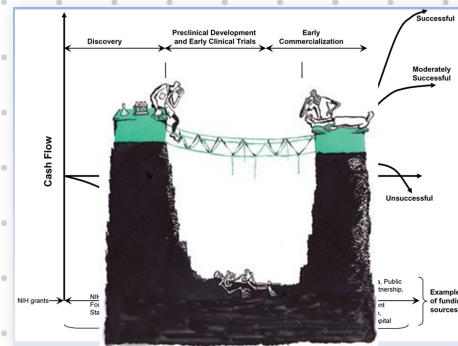
แสวงหาปัญหาที่มี
ความสำคัญสูงมากต่อผู้ใช้

กำหนดอุตสาหกรรมหรือกลุ่มอุตสาหกรรม
ที่จะกลายเป็น **ผู้ผลิต และร่วมลงทุน**

ดำเนินงานร่วม และ/หรือสนับสนุน
ภาคอุตสาหกรรมผลิต

ดำเนินการด้านทรัพย์สินทางปัญญา

การอนุญาตให้**เอกชน**ใช้สิทธิ



Powerpoint 10

ศักยภาพการวิจัยและพัฒนาขึ้นอยู่กับศักยภาพของ

- นักวิจัย
- โครงสร้างพื้นฐานของการวิจัยและพัฒนา
- ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร
- การพัฒนานักวิจัยจึงไม่สามารถทำโดยอิสระไปจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และ การพัฒนาความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างองค์กรและนักวิจัย

การศึกษาศักยภาพและแนวทางการพัฒนา นักวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ

- สํารวจข้อมูลประชานักวิจัยด้านสุขภาพในประเทศไทย รวมทั้ง สถานภาพของระบบการพัฒนานักวิจัยด้านสุขภาพ
- วางแผนการพัฒนานักวิจัยในสาขาต่าง ๆ
- แนวทางในการประสานการพัฒนา นักวิจัย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
- ระบบการสนับสนุนนักวิจัยที่มีประสิทธิภาพ และ ความดล่องตัวสูง เพื่อให้นักวิจัยสามารถดำเนินงานได้เต็มศักยภาพ

Global perspectives on Health System Research

29 AUGUST 2011
SIAM CITY HOTEL, BANGKOK

Piya Hanvoravongchai
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University



What's Global?

Whose perspectives?

การศึกษาความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานการวิจัยด้านสุขภาพและแนวทางการพัฒนาและใช้ประโยชน์

- สํารวจความต้องการโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพของประเทศ
- ศึกษาความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้ในประเทศ และ ความเป็นไปได้หรือความคุ้มค่า ในการเลือกใช้บริการ หรือ โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นจากต่างประเทศ

- แนวคิดทั้งหมดจะถูกพัฒนาเป็นข้อเสนอสองรอบ รอบแรกเป็นข้อเสนอสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 และรอบที่สองสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559

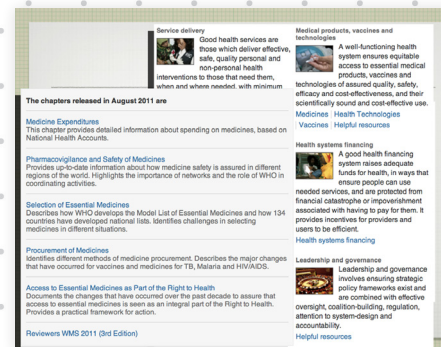
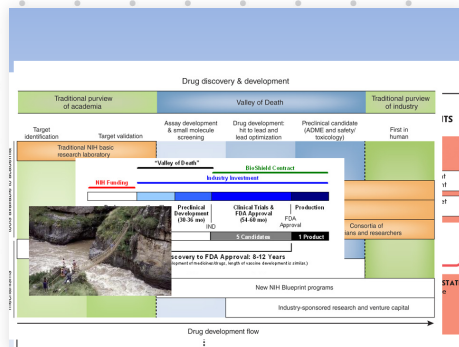
WHO and Health Systems



EVERYBODY'S BUSINESS

STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES

WHO'S FRAMEWORK FOR ACTION



European Observatory on Health Systems and Policies

Health System Profile:

- Introduction: geography, sociodemography, economic & political context, health status
- Organization & governance: organization, planning, info system, HTA, regulation, patient empowerment
- Financing: system overview, OOPs, health insurance, payments
- Physical and human resources
- Provision of services
- Health reforms: recent and future
- Health system assessment: financial protection, user experience, access, health outcomes, health system efficiency, accountability

WorldBank



Alliance for
Health Policy and
Systems Research

In 2010, the Alliance began working in the area of the access to affordable, appropriate and high-quality medicines

FIRST GLOBAL SYMPOSIUM
ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH

WHO Health Systems Research
(HSR) Strategy

USAID HEALTH SYSTEMS

Eu Funding (FP 7 for 2012)

Strengthening PHARMACEUTICAL SYSTEMS

EU Research Funding (FP7 for 2012)

Eu Funding (FP 7 for 2012)

ROCKEFELLER FOUNDATION

News & Media | Blogging Center | About Us | Search

WHO WE ARE | WHAT WE DO | GRANTS & GRANTEEES

Current Work > | Work in Exploration | Where We Work > | Program Related Investments | Research and Records >

Transforming Health Systems

Share This

- Fostering health systems research and agenda setting for **universal health coverage**
- Enhancing **professional capacity** to plan and manage high-performing health systems
- Harnessing the resources of the **private sector** to finance and deliver health services
- Leveraging interoperable **eHealth** systems

BILL & MELINDA GATES foundation

ALL LIVES HAVE EQUAL VALUE

Home | Programs & Partnerships | Global Health | Our Global Health Strategies

What We're Learning | Topics | Regions | Grants

Programs & Partnerships

Discovery Strategy Overview (PDF, 130KB, 5 pages) [Learn more](#)

Maternal, Neonatal, and Child Health Strategy Overview (PDF, 634KB, 6 pages) [Learn more](#)

Policy and Advocacy Strategy Overview (PDF, 571KB, 6 pages) [Learn more](#)

Family Planning Strategy Overview (PDF, 624KB, 5 pages) [Learn more](#)

Preventive Health Strategy Overview (PDF, 774KB, 6 pages) [Learn more](#)

Health Systems Strategy Overview (PDF, 104KB, 3 pages) [Learn more](#)

Registered and Other Infectious Diseases Strategy Overview (PDF, 174KB, 6 pages) [Learn more](#)

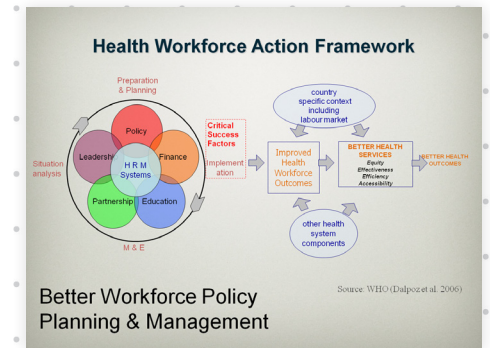
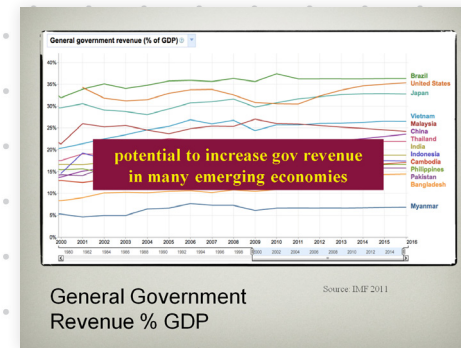
Polio Strategy Overview (PDF, 645KB, 5 pages) [Learn more](#)

MHSA Strategy Overview (PDF, 104KB, 3 pages) [Learn more](#)

Nutrition Strategy Overview (PDF, 554KB, 6 pages) [Learn more](#)

Our Global Health Strategies

Our efforts to global health aim to improve outcomes in extreme countries. We work with partners to deliver proven tools such as new vaccines where they don't exist. We invest heavily in areas that can be used to prevent HIV, malaria and TB, while outpacing and pneumonia. [Learn more](#)



Other issues in health services

- Electronic medical records
- Mobile technology and health service delivery
- Checklist for health outcome improvement
- Others

hot issues

in Health System Research

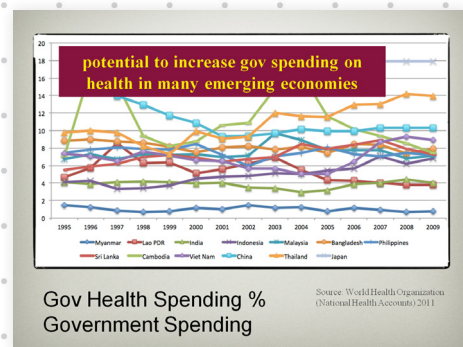
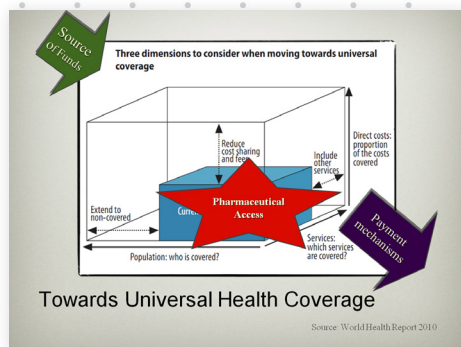
Potential Issues of Concern

- Regional Economic integration and Health Implications
- Demographic change
- Equity and Disparity
- Accountability / Corruption

Thank You!

2011 (c) Piya Hanvoravongchai

Photo: Piya Hanvoravongchai



Powerpoint 11

ระดมสมอง “สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

กลุ่ม 1

วิสัยทัศน์วิจัยระบบยา
ประเทศไทย ปี 2560

ประธาน: นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุกสฤษดิ์
เลขา: รศ.ดร.สุวิมล นาคะบุตร

วิสัยทัศน์

ระบบยาบนฐานปัญญา สู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

1. การเข้าถึงยา	1. การเข้าถึงยา
2. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	2. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา	3. การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา
4. การพัฒนาระบบการควบคุมยา	4. การพัฒนาระบบการควบคุมยา

ตัวอย่างประเด็นวิจัย

1. ขุดลึกข้อบ่งชี้ยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการใช้จ่ายสูง และปัญหาการเข้าถึงยา
2. การจัดการคลังยา/การควบคุมราคายาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
3. การใช้อย่างสมเหตุผล ป้องกันการใช้ยาที่เกินจำเป็น เน้นความคุ้มค่า

ระดมสมอง “สู่วิสัยทัศน์วิจัยระบบยาประเทศไทย ปี 2560”

กลุ่ม 2

Knowledge Translation

ประธาน: นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
เลขา: รศ.ดร.ณธกร ชัยญาคุณาภา

Knowledge Translation

การทำวิจัยให้สามารถนำไปใช้
ในระดับนโยบาย

- Knowledge translation ท่านเข้าใจว่าอย่างไร
- แนวทางการสื่อสารสาธารณะ (Research communication)
- การขับเคลื่อนนโยบาย (Policy advocacy)
- Network structure ของเครือข่ายวิจัยระบบยา

PPPO ของเครือข่ายวิจัยระบบยานี้

1. Purpose “สร้างข (INN-E, UNDP19xx) สร้างงาน สร้างการขับเคลื่อนพัฒนาระบบยา”

- พัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยระบบยา
- พัฒนางานวิจัยที่ตอบโจทย์ระบบยา
- ผลงานวิจัยนำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนา

2. Principle

- เรียนรู้จากการทำวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาประเทศ และแบ่งปันความรู้และประสบการณ์

Knowledge Generation & Translation

Knowledge generation → Knowledge translation

Knowledge Generation

ต้องอาศัย

1. User involvement
 - Communication & listening skills
 - Mutual benefits attitude
2. Window of opportunities
3. Flexibility of researcher’s mindset
4. Prioritization of research questions

3. Process

- เป็นเวที*สำหรับการดำรงรักษาและขยายเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

หาทุน/ กิจกรรมวิชาการ / ร่วมกัน prioritize research/ เพิ่มขีดความสามารถ

4. Organization

- เป็นระบบเปิดและพิจารณาผลป.ย.บ.ข้อ
- เป็นทางการแต่ไม่เป็น Bureocratic
- มีประธานที่มีภาวะผู้นำ
- มีแกนนำทำงาน

Knowledge Translation

ต้องอาศัย

1. Political support
2. Social support
3. Skilled knowledge brokers
 - Knowledge extraction for KT
 - Communication skill
 - e.g. Knowledge clearing house

Knowledge Generation & Translation

Knowledge generator ↔ Knowledge translator

ต้องเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อน ↔ ต้องต้องเข้าใจกระบวนการวิจัย

วิทยากร		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
6. รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Tel. 043-202 378 Fax. 043-362 090 Mobile: 081-835 4039 E-mail: supon@kku.ac.th
7. ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล	โรงพยาบาลศิริราช	Tel. 02-419 9407 Fax. 02-418 3307 Mobile: 081-820 6271 E-mail: sivth@mahidol.ac.th
8. ผศ.ดร.ยุพดี ศิริสินสุข	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-218 8327-9 Fax. 02-218 8336 Mobile: 081-420 0347 E-mail: yupadee.s@chula.ac.th
9. รศ.ดร.ณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Tel. 055-961 826 Fax. 055-961 826 Mobile: 084- 009 4460 E-mail: nui_nathorn@yahoo.com
10. ภก.อำนาจ พฤกษ์ภาคภูมิ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร	Tel. 034-411 188 Fax. 034-411 188 Mobile: 081-627 5110 E-mail: amnouyppp@yahoo.com
11. ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	Tel. 02-141 4179 Fax. 02-141 4179 Mobile: 084-751 0944 E-mail: netnapis.s@nhso.go.th
12. พญ.สาวิตรี เมหาพิบูลไพโรจน์	สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบ การรักษายาบาล	Tel. 02-298 0365-66 Fax.02-298 0367 Mobile: 086-880 3924 E-mail: savitree@chi.or.th

วิทยากร		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
13. พญ.ทลันนี จันทรน้อย	โรงพยาบาลศิริราช	Tel. 02-419 9315 Fax. 02-418 5009 Mobile: 085-111 0783 E-mail: sitasanee@gmail.com
14. นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9216 Fax. 02-832 9201 Mobile: 089- 791 4120 E-mail: boonchai@hsri.or.th
15. นพ.เทียม อังสาชน	สำนักงานพัฒนาการเินการ คลังสุขภาพแห่งชาติ	Tel. 02-832 9292 Fax. 02-832 9291 Mobile: 081- 852 8252 E-mail: tiem@hsri.or.th
16. นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	Tel. 02-564 6704 Fax. 02-564 6704 Mobile: 081- 867 4202 E-mail: prasit@nstda.or.th
17. นพ.ปิยะ หาญวรงค์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-354 9195 Fax. 02-354 9195 Mobile: 080-080 0895 E-mail: 089-220 1274
18. นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-252 4963 Fax. 02-252 4963 Mobile : 081 -9156363 E-mail : mdcu2002@yahoo.com



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
19. นายสมเดช สายจิตบริสุทธิ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	Tel. 02-5901015 Fax. 02-5901136 Mobile: 089-811 6800 E-mail: somdej@fda.moph.go.th
20. ภก.วิพิน กาญจนการุณ	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)	Tel. 044-615 002 Fax. 044-621 386 Mobile: 081-669 0959 E-mail: kwipin@yahoo.com
21. นางสุศรี อึ้งบริบูรณ์ไพศาล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	Tel. 02-591 0208-14 ต่อ 99117 Fax. 02-580 5733 E-mail: sooksri@dmasc.moph.go.th
22. ภญ.วิลักษณ์ วัณกานนท์	องค์การเภสัชกรรม	Tel. 02-203 8114 Fax. 02-354 8812 Mobile: 081-443 0379 E-mail: wilak@gpo.or.th
23. ภญ.ชุติมา อรรถสิทธิ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	Tel. 02-590 2378 Fax. 02-590 2378 Mobile: 081-443 1766 E-mail: chutima@ihpp.thaigov.net
24. ดร.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	Tel. 02-590 2378 Fax. 02-590 2378 Mobile: 084-004-6469 E-mail: nithima@ihpp.thaigov.net
25. ภก.อภิชาติ จันทรศิริ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	Tel. 02-590 2378 Fax. 02-590 2378 Mobile: 081-550-7518 E-mail: apichart@ihpp.thaigov.net
26. นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล	สำนักงานประกันสังคม	Mobile: 081 807 8016 E-mail: suradej.w@sso.go.th

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
27. นางสาวสุวิภา สุขวณิชนันท์	กรมบัญชีกลาง	Tel. 02-273 9664 Fax. 02-298 6085.89 Mobile: 081-939 0869 E-mail: suwipasun@cgd.go.th
28. นางสาวสุนีย์ มงคลเลิศพานิช	กรมบัญชีกลาง	Tel. 02-127 7398 Fax. 02-127 7157 Mobile: 081-450 3687 E-mail: csmbscgd@cgd.go.th
29. นางสาวมนพร เบญจพร	กรมบัญชีกลาง	Tel. 02-127 7398 Fax. 02-127 7157 Mobile: 089-2059204 E-mail: csmbscgd@cgd.go.th
30. ภญ.นพคุณ ธรรมธัชอารี	สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย	Tel.02-965 9616 Fax. 02 965 9617 Mobile: 085-118 4543 E-mail: noppakun@hisro.or.th
31. ภญ. ปณิดา ลีสถาพรวงศ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	Tel. 141 4198 Fax. 02-143 9745 Mobile: 081-7001664 E-mail: panadda.l@nhso.go.th
32. ภญ.วรรณภา สกุลพราหม์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	Tel. 02-141 4201 Fax. 02-143 9745 Mobile: 084-387 8045 E-mail: wannapa.s@nhso.go.th
33. ภญ.วรรณิดา ศรีสุพรรณ	สำนักบริหารการสาธารณสุข	Tel. 02-590 1628 Fax. 02-590 1634 Mobile: 089-104 1263 E-mail: naddavo@gmail.com



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
34. ญ.พรมพิมล จันทรคุณภาส	สำนักบริหารการ สาธารณสุข	Tel. 02-590 1628 Fax. 02-590 1634 Mobile : 085-1933446 E-mail: pornpimonc@yahoo.com
35. ญ.วรสุดา ชูทอง	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	Tel. 02-590 7155 Fax. 02-590 7341 Mobile: 086-310 9302 E-mail: worasuda302@gmail.com
36. ญ.ฟ้าใส จันทรรุณกรณ	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	Tel. 02-590 7167 Fax. 02-590 7167 Mobile: 081-890 4137 E-mail: farsai@fda.moph.go.th
37. ญ.พิมลศรี แสงคาร์	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	Tel. 02-590 7155 Fax. 02-590 7341 E-mail: pimolsriko@yahoo.co.th
38. ญ.อรลักษณ์ พัฒนาประทีป	โรงพยาบาลรามาริบัติ	Tel. 02-200 3491 Fax. 02-201 1113 Mobile: 083-447 4220 E-mail: Opat41@yahoo.com
39. ภก.อภิชาติ เฟ่งเรืองโรจน์ชัย	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี	Tel. 032-327 919 Fax. 032-327 919 Mobile: 089-898 1641 E-mail: apichart2495@hotmail.com
40. ผศ.ญ.นภวรรณ เจียรพิรพงศ์	ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช	Tel. 055-219 844 Fax. 055-219 844 Mobile : 081-680 7933 E-mail : nopawanka@yahoo.com

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
41. ญ.ดร.ศิริรัตน์ ต้นปัทมา	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน แห่งประเทศไทย	Tel. 02-538 4906 Fax. 02-539 4450 Mobile: 084-908 9289 E-mail: S_tunpichart@yahoo.com
42. ภก.วีระศักดิ์ เหล่าตระกูล	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม	Tel. 034-331 156 #1117 Fax. 034-331 030 Mobile: 089-254 3033 E-mail: Veerasak2510@gmail.com
43. ภก.สันติ โฉมยง	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอยุธยา	Tel. 035-241 520 Fax. 035-244 332 Mobile: 086-162 5192 E-mail: Stopdrink_ay@hotmail.com
44. ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-218 8388 Fax. 02-255 8227 Mobile: 088-603 1888 E-mail: rungpetch.c@chula.ac.th
45. ผศ.ญ.ดร.วรรณนา ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-218 8388 Fax. 02-255 8227 Mobile: 086-9790015 E-mail: swanna@chula.ac.th
46. ผศ.ดร.รงทิพย์ ต้นดีปิฎก	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-218 8327 Fax. 02-218 8336 Mobile: 086-314 8045
47. รศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Tel. 02-644 8677 ต่อ 1308 Fax. 02-647 4696 Mobile: 081-835 4039 E-mail: pyppn@mahidol.ac.th



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
48. รศ.ดร.ชะอรลิน สุขศรีวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Tel. 02-644 8677-93 ต่อ 1304 Fax. 02-247 4696 Mobile: 081-903 0584 E-mail: pycss@mahidol.ac.th
49. รศ.ดร.อาทร ร้วไพบุลย์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Tel. 02-644 8677-91 ต่อ 1511 Fax. 02 246 3192 Mobile: 081-829 0578 E-mail: pyarp@mahidol.ac.th
50. ผศ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Tel. 02-644 8677#1300 Fax. 02-644 8694 Mobile: 089-760 7685 E-mail: pyuck@mahidol.ac.th
51. ญญ.ดวงรัตน์ โพธิ์	นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Mobile :086-600 6054 E-mail: tuang_rx18@hotmail.com
52. นส.วรรณสุดา งามอรุณ	นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Mobile: 085-234 8889 E-mail: wooya_gt@hotmail.com
53. นส.อรวิภา ไรจนาธิโมกษ์	นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Mobile: 089-169 8198 E-mail: corn1585@hotmail.com
54. นส.ชฎารัตน์ อีสสรารักษ์	นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Mobile: 084-432 4774 E-mail: taradach@gmail.com
55. ภก.สันชัย จันทร์โต	นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	Mobile: 084- 717 0660 E-mail: artty_s@hotmail.com
56. รศ.ดร.จุฬารณณ์ ลิ้มวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Tel. 043-203 479 Fax. 043-362 090 Mobile: 089-710 2528 E-mail: limw0002@kku.ac.th

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
57. ผศ. ดร.นุศราพร เกษสมบูรณ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Tel. 043-202 365 Fax. 043-202 356 Mobile: 081-2620126 E-mail: nustat@kku.ac.th
58. ผศ.สุณี เลิศสินอุดม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Tel. 043-362 090 Fax. 043-362 090 Mobile: 081-661 7237 E-mail: pampinpun@yahoo.com
59. อ.ดร.อัศจรรย์วรรณ ไทภาคงาม	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Tel. 043-202 378 Fax. 043-202 379 Mobile: 081-545 2525 E-mail: achkha@kku.ac.th
60. ญญ.ขวัญสุดา ขาติโสม	นักศึกษาปริญญาโท คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	Mobile: 086-714 1487 E-mail: kwansu.joe@gmail.com
61. รศ.ดร.สุรฉัตร จ้อสุระเชษฐ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล นครินทร์	Tel. 074-428 167 Fax. 074-428 167 Mobile: 089-734 3139 E-mail: surachat.n@psu.ac.th
62. อ.ดร.ศิริพา อุดมอักษร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล นครินทร์	Tel. 074-428 167 Fax. 074-428 167 Mobile: 081-599 5909 E-mail: rx_perly@yahoo.com
63. ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ	สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขล นครินทร์	Tel. 074-282 900 Fax. 074-282 901 Mobile: 089-197 1917 E-mail: pongthep.s@psu.ac.th



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
64. ผศ.ดร.สุชาดา สุระพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	Tel. 074-288 871 Fax. 074-428 222 Mobile: 089-462 8872 E-mail: Suchada.so@psu.ac.th
65. รศ.ดร.จันทวรรณ ลิทธิวรนนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Tel. 055-963 737 Fax. 055-963 731 Mobile: 081-532 9262 E-mail: janthonrat@hotmail.com
66. อ.ดร.ชื่นจิตร์ กองแก้ว	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Tel. 055-961 825 Fax. 055-963 731 Mobile: 088-429 6089 E-mail: chuenjid@googlemail.com
67. อ.ดร.พัชรารักษ์ สุดขำภา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Tel. 055-961 830 Fax. 055-963 731 Mobile: 086-680 0199 E-mail: psuchada@gmail.com
68. ดร.ศิริดา มานันตะ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	Tel. 055-961 816 Fax. 055-963 631 Mobile: 089-956 8914 E-mail: siradanu@gmail.com
69. ญ. รสรินทร์ สรวมศิริ	นักศึกษาปริญญาเอก คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร	Mobile: 089-159 6589 E-mail: r.suamsiri@gmail.com
70. ญ. วิมลฉัตร ตั้งอมรสขันธ์	นักศึกษาปริญญาเอก คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร	Mobile: 083-870 4088 E-mail: wimonchat.tang@hotmail.com
71. ญ. สิริมาล ปานแสง	นักศึกษาปริญญาเอก คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร	Mobile: 089-708 0838 E-mail: sirimas_bew@hotmail.com

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
72. อ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Tel. 053-944 342-3 Fax. 053- 222 741 Mobile: 084-046 4589 E-mail: penkamk@hotmail.com
73. ผศ.ดุจดดี ชินวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Tel. 053-944 342 Fax. 053-222 741 Mobile: 089-635 6748 E-mail: Pinkybeautiful2006@hotmail.com
74. ผศ.ดร.สุระรอง ชินวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Tel. 053-944 342-3 Fax. 053 222 741 Mobile : 089-757 8939 E-mail : surarong@gmail.com
75. ญ.ศิริขวัญ บริหาร	นักศึกษาปริญญาโทคณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	Mobile: 089-851 7953 E-mail: g491051014@cm.edu
76. ผศ. ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 085-005 5578 E-mail: on-anong.w@msu.ac.th
77. ผศ.ดร.ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 081-546 4562 E-mail: ratanachodpanich_17@yahoo.com.
78. ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 081-883 6522 E-mail: cntploy@gmail.com



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
79. ผศ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 089-717 7470 E-mail: phayom-s@msu.ac.th
80. ผศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel.043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile :089-205 1878 E-mail : Juntip-h@msu.ac.th
81. อ.ภาณุมาศ ภูมาศ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 081-599 2455 E-mail: geniusarms@hotmail.com
82. ผศ.ดร.ศิริตรี สุทธิจิตต์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 089-712 2469 E-mail: siritree@gmail.com
83. อ.สมศักดิ์ อากาศศรีทองสกุล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Tel. 043-754 360 Fax. 043-754 360 Mobile: 088-033 2361 E-mail: somsak.a@msu.ac.th
84. รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	Tel. 034-255 800 Fax. 034-255 801 Mobile: 080-052 1114 E-mail: rapee@su.ac.th
85. ญ.อ.ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	Tel. 034-255 800 Fax. 034-255 801 Mobile: 081-828 1080 E-mail: warunee@su.ac.th

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
86. ญ.สิริวิภา อรตัน	นักศึกษาปริญญาเอก คณะ เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศิลปากร	Mobile: 089-918-6773 E-mail: i-talnim@hotmail.com
87. ผศ.ดร.สมหญิง พุ่มทอง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ	Tel. 037-395 696 Fax. 037-395 696 Mobile: 083-555 6040 E-mail: somying@swu.ac.th
88. ดร.สุธีรัตน์ งามเกียรติไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Tel. 02-256 4292 Fax. 02-256 4292 Mobile: 089-770 5477 E-mail: sureerat68@yahoo.com
89. พญ.วันดี โภคะกุล	อิสระ	Mobile: 087-3229456 E-mail: oned9@yahoo.com
90. รศ.ธิดา นิงสานนท์	สภาเภสัชกรรม	Tel. 02-590 1877 Fax. 02-590 2439 Mobile: 081-450 8444 E-mail: thida_n@yahoo.com
91. นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	Tel. 02-419 7672-4 Fax. 02-411 2423 Mobile: 085-111 9781 E-mail: sisvs@mahidol.ac.th
92. นพ.ศราวุธ กิเตอร์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล าครินทร์	Tel. 074-451 474 Fax. 074-451 494 Mobile : 086-633 222 E-mail : drgeater@gmail.com
93. นายทวีศักดิ์ พุทธวรรณไชย	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	Tel. 02-419 7672-4 Fax. 02-411 2423 Mobile: 081-613-9674



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
94. นส.สุดารัตน์ ลิขิตภูมิ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช	Mobile : 081-131 2936 E-mail : sdr-25@hotmail.com
95. นส.นิรามัย ไข่เทียมวงศ์	สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบ การรักษาพยาบาล	Tel. 02-298 0365-66 Fax. 02-298 0367 Mobile: 086-500-3093 E-mail: niramaic@chi.or.th
96. คุณพินทุสร เหมพิสุทธิ์	สำนักงานพัฒนาระบบการ เงินการคลังด้านสุขภาพแห่ง ชาติ	Tel. 02-832 9290 Fax. 02-832 9291 Mobile: 089-147 4748 E-mail: pintusorn@hsri.or.th
97. นพ.พีรมน นิงสานนท์	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	Mobile: 081-432 6739 E-mail: peeramon.n@nhso.go.th
98. ภก.ยงศักดิ์ ดันติปัญญ	สำนักวิจัยสังคมและ สุขภาพ	Tel. 0-2590 1352 Fax. 0-2590 1498 Mobile: 086-610 6550
99. นพ.ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิษฐ์	ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ	Mobile: 081-297 6693 E-mail: drksinthu@yahoo.com
100. ญญ.พรพิศ ศิลขุรนท์	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9212 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-928 9432 E-mail: pornpit@health.moph.go.th
101. นางสาวนิธิภา อุดมสาลี	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9244 Fax. 02-832 9201 Mobile: 089-699 5164 E-mail: nitipa@hsri.or.th

ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
102. นางสุภาวดี นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9218 Fax. 02-832 9201 Mobile: 089-040 8344 E-mail: supavadee@hsri.or.th
103. นางฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9219 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-936 5575 E-mail: chattip@hsri.or.th
104. นางวนิดา ช่วยปลอด	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9217 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-308 1825 E-mail: vanita@hsri.or.th
105. นางวันเพ็ญ ทินนา	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9222 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-259 4696 E-mail: wanpen@hsri.or.th
106. นางสาวบุศราภรณ์ เพ็ชรรุ่ง	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9244 Fax. 02-832 9201 Mobile: 084-360 1955 E-mail: budsaraporn@hsri.or.th
107. นางสาวพัชรกรณ์ พัฒนภูติวงศ์	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9238 Fax. 02-832 9201 Mobile: 085-047 5717 E-mail: patcharaporn@hsri.or.th
108. นางสาวโสภิษา เล้าเกตุ	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9238 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-8255268 E-mail: sopichar@hsri.or.th



ผู้เข้าร่วมประชุม		
รายชื่อ	หน่วยงาน	การติดต่อประสานงาน
109. นางสาวฐิติมา นวชินกุล	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9245 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-686 4147 E-mail: thitima@hsri.or.th
110. นางธนกร ชัยจิต	สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	Tel. 02-832 9220 Fax. 02-832 9201 Mobile: 081-1903494 E-mail: thanaporn@hsri.or.th



