

## เกณฑ์การประเมินเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ต้องอาศัย การขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ 3 ประการ คือ ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ (Population Coverage) ความ ครอบคลุมบริการสุขภาพ (Service Coverage) และภาระงบประมาณในการดำเนินงาน (Cost Coverage) การ ตัดสินใจเชิงนโยบายในเรื่องต่างๆ ต้องพิจารณาร่วมกันทั้ง 3 ด้านร่วมกัน การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit packages) ให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และไม่เกิดภาวะล้มละลายจากการจ่ายค่าบริการ จำเป็นต้องจัดระบบบริการ สุขภาพและบริหารจัดการการเข้าถึงบริการตามลำดับความสำคัญ บนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมจาก ผู้มีส่วนได้เสียจากทุกภาคส่วน

การประเมินเพื่อพัฒนาเป็นสิทธิประโยชน์ โดยการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ก่อนกำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้การ ดำเนินการเป็นไปอย่างมีระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ จำเป็นต้องมีการพัฒนารอบและ หลักเกณฑ์การประเมิน ทั้งนี้ มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้อง 7 กลุ่ม ในการเสนอหัวข้อ ประกอบด้วย

- กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย
- กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
- กลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุข
- ภาคประชาสังคม, กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วย, ประชาชนทั่วไป
- ภาคอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์
- กลุ่มนวัตกรรมทางการแพทย์
- คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

### ก. เกณฑ์การประเมินเพื่อพัฒนาเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 1) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นข้อเสนอเรื่อง ยา หรือ วัคซีน หรือ อาหารเสริม
2. เป็นข้อเสนอที่ขาดหลักฐานที่แสดงว่ามี efficacy และ accuracy
3. เคยมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่เชื่อถือได้และได้รับการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการกำหนด ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต มาแล้ว และยังมีข้อมูล ที่ควรพิจารณาใหม่

หัวข้อที่ผ่านการกลั่นกรองเบื้องต้น จะเข้าสู่กระบวนการทบทวนวรรณกรรม ตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การ ประเมิน เพื่อให้คะแนนและจัดลำดับความสำคัญ

## 2) เกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน (Selection Criteria)

“หลักการทั่วไป” ในการพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมินฯ ให้คำนึงถึงบริการหรือเทคโนโลยีคู่เทียบด้วยและนำมาพิจารณาในเกณฑ์ที่จำเป็น เพื่อประเมินความแตกต่างและให้คะแนนได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- เปรียบเทียบระหว่างบริการ/เทคโนโลยีที่ศึกษา กับ บริการ/เทคโนโลยีเดิมที่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว หรือ
- เปรียบเทียบบริการ/เทคโนโลยีที่ศึกษา กับ การไม่เคยมีบริการ/เทคโนโลยีนั้น โดยให้มีการระบุชื่อบริการ/เทคโนโลยีคู่เทียบให้ชัดเจน

ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้

1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of population affected by disease or health problem)
2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem)
3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology)
4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice)
5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure)
6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ ethical and social implication)

หมายเหตุ :

เกณฑ์คัดเลือกหัวข้อบริการ/เทคโนโลยีสำหรับโรคหายาก ใช้เกณฑ์ 4 ข้อ คือ ข้อ 2 - ข้อ 5 เท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้ได้รับผลกระทบมีจำนวนน้อย และเป็นโรคที่เกิดได้กับทุกกลุ่มทางสังคม

## รายละเอียดการให้คะแนนตามเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อเข้าสู่การประเมิน

### 1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ

(Size of population affected by disease or health problem)

**คำจำกัดความ** จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยี โดย

- กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ใช้จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด<sup>1</sup>
- กรณีหัวข้อการคัดกรอง การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ใช้จำนวนข้อมูลความชุก (prevalence) ของโรค

**เกณฑ์การให้คะแนน** จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ หรืออาจเป็นเอกสารหรือฐานข้อมูลของหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ	คะแนน
มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป	5
100,001 - 500,000 คน	4
50,001 - 100,000 คน	3
10,001 - 50,000 คน	2
0 - 10,000 คน	1

<sup>1</sup> กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือกลุ่มเป้าหมายของเทคโนโลยีนี้ หากเป็นเทคโนโลยีที่ให้สิทธิครอบคลุมประชากรบางกลุ่มแล้ว จะไม่นับรวมประชากรเดิมที่ได้รับเทคโนโลยีนั้นๆ เช่น ปัจจุบัน ประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่แล้ว นอกจากนี้เด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนตามข้อบ่งชี้ไม่สามารถให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้ ดังนั้นจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจึงเป็นประชากรไทยทั้งหมดหักด้วยประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง และเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน

## 2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem)

คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวกในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล รวมถึงความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยไม่นับรวมถึงโรคร่วมหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดร่วมกับโรคที่สนใจ (co-morbidity)

### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
- เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต)	5
- ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ / นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ <sup>2,3</sup> ในระดับความพิการที่ 3-5 <sup>4</sup>	4
- ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้ / โรคหรือปัญหาสุขภาพที่นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ ในระดับความพิการที่ 1 และ 2	3
- ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต หรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ	2
- โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กน้อย ต่อผู้ป่วย	1

### หมายเหตุ

1. ข้อมูลความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ หรือใช้ความรู้ที่เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ
2. สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการคัดกรอง ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือการคัดกรองนั้นๆ
3. สำหรับการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากไม่มีการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพนั้นๆ
4. กรณีที่กลุ่มเป้าหมายของหัวข้อหนึ่งเป็นกลุ่มคนพิการ ให้พิจารณาความรุนแรงที่เกิดจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยไม่นับความรุนแรงจากปัญหาความพิการที่มีอยู่แล้วของกลุ่มเป้าหมาย เช่น หัวข้อปัญหาผลกดทับของผู้พิการ ให้พิจารณาความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากผลกดทับเท่านั้น

<sup>2</sup> “คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งความสามารถถูกจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคมได้โดยวิธีการทั่วไป เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาหรือการเรียนรู้ และมีความต้องการจำเป็นพิเศษด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิต และมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป” ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อ 28 ก.พ. 2546

<sup>3</sup> กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประกาศกระทรวงฯ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ลงวันที่ 30 เม.ย. 2552) กำหนดประเภทของความพิการไว้ 6 ประเภท ได้แก่ 1) ความพิการทางการมองเห็น 2) ความพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก 5) ความพิการทางสติปัญญา และ 6) ความพิการทางการเรียนรู้

<sup>4</sup> พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 กำหนดระดับของความพิการไว้ 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 มีความผิดปกติทางกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) น้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขน/ขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) ครึ่งตัว หรือแขน/ขาเพียง 2 ข้าง

ระดับที่ 5 มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก) มากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขามากกว่า 2 ข้าง

### 3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology)

คำจำกัดความ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพ จากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ โดยอาจพิจารณาเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นที่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

○ กรณีเทคโนโลยีใดที่เป็นเพียงเทคโนโลยีทางเลือกเดียวสำหรับการบริการด้านสุขภาพหนึ่งๆ ขอให้มีการระบุไว้ในผลการทบทวนวรรณกรรมและแจ้งต่อคณะทำงานคัดเลือกเพื่อรับทราบและพิจารณาให้ความสำคัญกับหัวข้อนี้เพิ่มขึ้นในการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ ครั้งนั้นๆ

○ กรณีเทคโนโลยีใดที่มีข้อมูลชัดเจนว่าไม่มีประสิทธิผล หรือมีประสิทธิผลต่ำ ขอให้มีการระบุไว้ในผลการทบทวนวรรณกรรมและแจ้งต่อคณะทำงานคัดเลือกเพื่อรับทราบพิจารณาให้ความสำคัญกับหัวข้อนี้ น้อยลง ในการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ ครั้งนั้นๆ

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อมูลประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยต้องมีหลักฐานวิชาการที่เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มตัวอย่างโดยมีกลุ่มควบคุม (Randomize Controlled Trial /RCT) อย่างน้อย 1 การศึกษา<sup>5</sup> กรณีที่ไม่สามารถทำการศึกษาแบบ RCT ได้ เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ สามารถอนุมานให้ใช้การศึกษานิดอื่นได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนน จำแนกตามวัตถุประสงค์หลักของการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ดังนี้

3.1 กรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ<sup>6</sup> พิจารณาจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ	คะแนน
- สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ)	5
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน	4
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน	3
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย	2
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่ลดคุณภาพชีวิต	1

3.2 กรณีการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค<sup>7</sup> พิจารณาจากความแม่นยำในการคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ ซึ่งมีวิธีพิจารณากำหนดคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้

<sup>5</sup> มีข้อเสนอแนะให้ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) กรณีที่มีข้อมูล RCT มากกว่า 1 การศึกษา

<sup>6</sup> การพิจารณาให้คะแนน ให้พิจารณาเป็นลำดับตามระดับคะแนนจากน้อยไปมาก กล่าวคือหัวข้อที่จะได้คะแนนสูงจะต้องผ่านเกณฑ์คะแนนที่ต่ำกว่ามาก่อน เช่น การรักษารากฟัน สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ไม่ได้คะแนน 5 เนื่องจากไม่ได้ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่า (คะแนน 3 และ 4) ดังนั้นหัวข้อนี้จึงเป็นเพียงการเพิ่มคุณภาพชีวิตเท่านั้น

<sup>7</sup> กรณีหัวข้อที่เสนอมามีหลายมาตรการที่เกี่ยวข้อง เช่นการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชน ซึ่งประสิทธิผลในการตรวจคัดกรองแต่ละโรคมียุทธศาสตร์แตกต่างกัน ดังนั้นขอให้กำหนดมาตรการย่อยที่ต้องการเสนอให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถระบุคะแนนได้อย่างถูกต้อง

ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาจาก ความแม่นยำ<sup>8</sup> (Accuracy) ในการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค เป็นความแม่นยำที่จะบอกผู้ที่เป็นโรคจริงและไม่เป็นโรคจริงจากจำนวนประชากรที่นำมาตรวจ

$$Accuracy = \frac{a + d}{a + b + c + d}$$

ระดับความแม่นยำ	คำจำกัดความ
A2	ความแม่นยำมากกว่า 80%
A1	ความแม่นยำ 60 – 80%
A0	ความแม่นยำน้อยกว่า 60%

ส่วนที่สอง พิจารณาจาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ โดยพิจารณาโรคที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ คัดกรองและ/หรือวินิจฉัย ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่

ระดับผลกระทบ	คำจำกัดความ
D1	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้
D0	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้

ทั้งนี้ หากโรคที่คัดกรองไม่สามารถรักษาให้หายขาด และไม่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้ ให้พิจารณาตัดออกจากการคัดเลือกหัวข้อ

ส่วนที่สาม การให้คะแนน พิจารณาจากระดับความแม่นยำ และผลกระทบจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค มาให้คะแนนดังนี้ (มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2)

ระดับความแม่นยำ	ระดับผลกระทบ	คะแนน
A2	D1	5
A1	D1	4
A2	D0	3
A1	D0	2
A0	D1	2

<sup>8</sup> การคำนวณความแม่นยำ (Accuracy) กรณีที่ข้อมูลที่อยู่ในเอกสารวิชาการไม่รายงานค่าความแม่นยำ แต่รายงานเป็นค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สามารถคำนวณดังนี้

การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย		สภาพจริงผู้ป่วยจากการตรวจมาตรฐาน	
		ผลบวก	ผลลบ
ผลการตรวจ จากเครื่อง	ผลบวก	a	b
	ผลลบ	c	d

### 3.3 กรณีการป้องกันโรค พิจารณาจากประสิทธิผลของการป้องกันโรค ดังนี้

ประสิทธิผลการป้องกันโรค	คะแนน
- มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90%	5
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 80-89%	4
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 70-79%	3
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 60-69%	2
- มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59	1

#### 4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice)

**คำจำกัดความ** ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ ต้องมีหลักฐานเอกสารหรือระเบียบทางราชการที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษา

ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	คะแนน
ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกัน แต่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม	5
ไม่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกัน แต่อยู่ในสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม	3
ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของทุกสิทธิ	1

#### 2. ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี (ไม่มีคะแนน)

สำหรับบริการและ/หรือเทคโนโลยี ที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิ UCs ให้มีการเพิ่มเติมข้อมูลเชิงพรรณนา

-หลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศและบางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างการเข้าถึงบริการและ การกระจายบริการและ/หรือเทคโนโลยี

-ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลการระบาดวิทยาของโรคที่แตกต่างในระหว่างพื้นที่ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร ข้อจำกัดทางเทคโนโลยีอื่นๆ และระบบส่งต่อ เป็นต้น ที่มีผลต่อการกระจายบริการและ/หรือเทคโนโลยี โดยแนวหลักฐานวิชาการ (ถ้ามี)

#### 5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure)

**คำจำกัดความ** ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพและ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ จนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย (Catastrophic illness/ health catastrophe)<sup>9</sup> โดย

- กรณีหัวข้อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้พิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริม/คัดกรองและการป้องกันโรค หากโรคที่ต้องการคัดกรองและป้องกันยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคด้วย
- กรณีหัวข้อการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้พิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยมีข้อสังเกตดังนี้
  - หากค่าใช้จ่ายจากการใช้เทคโนโลยีเดียวกันแต่มีค่าใช้จ่ายต่างกันตามลักษณะผู้ป่วย หรือรูปแบบการใช้ ให้พิจารณาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือการรักษาส่วนใหญ่เป็นหลัก
  - หากเทคโนโลยีที่ใช้เพียงครั้งเดียวแต่มีผลไปตลอดชีวิตให้คิดค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยให้ระบุเพิ่มเติมว่าเป็นค่าใช้จ่ายครั้งเดียว

<sup>9</sup> เกณฑ์ที่กำหนดเป็นภาวะการล้มละลายของครัวเรือนจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน กำหนดจาก รายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองเป็นค่ายา ค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน (อ้างอิงจาก Russell, 1996; Wagstaff & Van Doorslaer, 2003 อ้างในบทความของ นพ. ภูษิต ประคองสาย และคณะ ในเรื่อง “The Equity Impact of the Universal Coverage Policy: Lessons from Thailand”)



- หากเป็นเทคโนโลยีที่ต้องใช้เข้าไปในระยะเวลาเกินหนึ่งปี ให้ประมาณค่าใช้จ่ายต่อปี

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในรูปแบบของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ การคำนวณรายจ่ายด้านสุขภาพในที่นี้กำหนดให้ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแบ่งเป็น 5 ระดับ<sup>10</sup> โดยในโครงการนี้พิจารณาเฉพาะรายจ่ายทางตรงด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและเกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐเป็นหลัก ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย<sup>11</sup> โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้ ใช้ข้อมูลจากรายงานค่าใช้จ่ายครัวเรือนจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 64,000 บาท/ปี	5
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 50,201 - 64,000 บาท/ปี	4
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 38,401 - 51,200 บาท/ปี	3
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 25,601 - 38,400 บาท/ปี	2
มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพน้อยกว่า 25,600 บาท/ปี	1

## 6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ethical and social implication)

**คำจำกัดความ** ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ต่อสังคมส่วนรวม เช่น ชนกลุ่มน้อย/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้เยาว์/กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มผู้ถูกเลือกปฏิบัติทางเพศ หรือกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีกฎหมายรองรับ เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแบ่งแยกหรือความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยี/บริการสุขภาพของคนแต่ละกลุ่มในสังคม ในที่นี้ ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ

**เกณฑ์การให้คะแนน** พิจารณาคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้  
ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาจากผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	คำจำกัดความ
E0	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย
E1	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย

<sup>10</sup> ในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับของผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อครัวเรือน ใช้ข้อมูลจากรายงานค่าใช้จ่ายครัวเรือนจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าครัวเรือนไทยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนคิดเป็นเงิน 21,346 บาท หากใช้การกำหนดระดับที่มากกว่า 10% ของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนจะสามารถประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะก่อให้เกิดภาวะล้มละลายอยู่ที่ค่ามากกว่า 2,135 บาท/เดือนหรือ 25,620 บาท/ปี จากนั้นใช้ค่าดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการให้คะแนนตามขนาดความรุนแรงของภาวะล้มละลาย และเพิ่มขึ้นครึ่งละ 5%

<sup>11</sup> การคำนวณค่าใช้จ่ายให้พิจารณาค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล (ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์) เป็นหลัก ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน เนื่องด้วยต้นทุนเหล่านี้จะถูกนำมาพิจารณาในขั้นตอนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ส่วนที่สอง ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ<sup>12</sup> ให้พิจารณาจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพที่มีชีวิตอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ทั้งนี้ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ การพิจารณากำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คำจำกัดความ
R0	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่า 10,000 คน
R1	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบ 1,000 – 10,000 คน
R2	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบน้อยกว่า 1,000 คน

ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนนหมายเหตุ มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2 ดังนี้

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
E1	R2	5
E1	R1	4
E1	R0	3
E0	R2	2
E0	R1	2
E0	R0	1

### 3) แนวทางพิจารณาเป็นสิทธิประโยชน์ ดังนี้

1. **ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ต้นทุน-ประสิทธิผล)** เพื่อจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดให้เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ซึ่งหมายถึง จะจัดบริการในลักษณะใด ต้นทุนเป็นอย่างไร จะควบคุมต้นทุนได้อย่างไร จะจัดหาทรัพยากรได้อย่างไร วิธีการจ่ายค่าบริการจะมีผลต่อการจัดบริการอย่างไร และการกระจายบริการสุขภาพอย่างไร จึงจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน และเกิดความเป็นธรรม เช่น **อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental cost-effectiveness ratio, ICER)** เกณฑ์ที่ใช้สำหรับการตัดสินใจว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดจะมีความคุ้มค่ามากกว่าอีกหลักการของเพดานของความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to pay threshold) ซึ่งวัดเป็นมูลค่าต่อหน่วยประสิทธิผลในรูปของปีสุขภาวะ (QALY) สำหรับประเทศไทย คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดระดับเพดานอยู่ที่หนึ่งเท่าของรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากร (Per capita Gross National Income, GNI) ซึ่งเคยใช้มูลค่าเท่ากับ 120,000 บาทต่อปีสุขภาวะ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้รับการยกย่องระดับฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งธนาคารโลกได้จัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงระดับบน (Uppermiddle income) โดยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรตามวิธี Atlas method เท่ากับ 4,210 เหรียญสหรัฐ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554 หรือเท่ากับ 130,847 บาท หากปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคของสินค้าทางการแพทย์รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรในปี พ.ศ. 2556 เท่ากับ 133,097 บาท และ

<sup>12</sup> ประเด็นข้อที่ 6 นี้ระดับความชุกใช้ค่าสูงสุดที่ 10,000 คน ซึ่งจะเป็นระดับต่ำสุดของประเด็นข้อที่ 1 (เรื่องจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ) เนื่องจากต้องการชดเชยคะแนนกับโรคที่มีความชุกต่ำซึ่งจะได้คะแนนน้อยในประเด็นที่ 1 แต่จะชดเชยด้วยคะแนนสูงในประเด็นที่ 6 ซึ่งจะทำให้ความสำคัญกับโรคที่มีความชุกต่ำ ทั้งนี้ระดับความชุกในประเด็นที่ 6 ให้ใช้ตัวเลขเดียวกับประเด็นที่ 1

จากการศึกษาของ มนทร์ธรรมและคณะ<sup>13</sup> ซึ่งทำการสำรวจในประชากรไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าความเต็มใจจ่ายของสังคมไทยต่อหนึ่งปีสุขภาพสำหรับมาตรการที่ใช้ในการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยไม่ได้ยืดระยะเวลาการมีชีวิต มีค่าประมาณ 156,000 บาท จากระดับรายได้ที่เปลี่ยนไปและข้อมูลจากการศึกษาข้างต้น เกณฑ์ความคุ้มค่าหรือเพดานของความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับประเทศไทยในปี 2556 จึงควรมีค่าประมาณ 160,000 บาท หรือประมาณ 1.2 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากร (Per capita Gross National Income, GNI) ดังนั้น ยาหรือเทคโนโลยีที่ใช้ต้นทุนต่ำกว่าเกณฑ์ 160,000 บาทต่อ 1 ปีสุขภาพ จัดว่าเป็นยาหรือเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่า

## 2. มีแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)

มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของภาวะหรือโรคต่างๆ ครอบคลุมหัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยโรค และเป็นเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์

## 3. ความพร้อมของระบบบริการ

มีความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือในการให้บริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ หรือระบบบริหารจัดการการส่งต่อ

## 4. ภาระงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิจารณาจากงบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มเติมหากมีเทคโนโลยีใหม่ในชุดสิทธิประโยชน์ และการลดภาระงบประมาณเดิม (Cost Saving)

## 5. ข้อพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคมและจริยธรรม (Ethical issues)

พิจารณาประเด็น ความเป็นธรรม ความสมเหตุสมผลในการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการที่จำเป็น เช่น การใช้/ไม่ใช้เทคโนโลยีนี้ในการดูแลสุขภาพมีผลกระทบอย่างไร

## 4) ช่องทางเร่งด่วน Green channel

เงื่อนไข : เฉพาะกรณีโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ หรือปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะเร่งด่วนรุนแรง โดยสามารถนำเข้าในกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการที่ 5 การประเมินความจำเป็นและผลกระทบเบื้องต้น

### ข. ข้อกำหนดสำหรับการเตรียมหลักฐานวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ

มีข้อเสนอแนะให้ใช้ผลงานวิชาการในประเทศที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (ทั้งในและต่างประเทศ) เป็นลำดับต้น หากไม่มีผลงานวิชาการดังกล่าว ให้พิจารณาใช้ผลงานวิชาการในต่างประเทศหรือเอกสารจากหน่วยงานภาครัฐหรือสถาบันวิจัยในข้อ 2 ตามความเหมาะสม และอื่นๆ ตามที่คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เห็นสมควร

### ข้อกำหนดของหลักฐานวิชาการ

1. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ หมายถึง เอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการต่างประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง PubMed

<sup>13</sup> มนทร์ธรรมและคณะ. การประเมินคุณค่าของสังคมต่อเพดานความคุ้มค่าในประเทศไทย (Assessing a societal value for a ceiling threshold in Thailand). โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2552

## 2. เอกสารจากหน่วยงานที่นำมาอ้างอิงต้องมาจากภาครัฐทั้งหมด หรือสถาบันวิจัย เช่น

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
- สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
- โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด (อสต.)
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
- แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รสส.)
- สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ มช. (สวรส. เหนือ)
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
- แผนงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
- สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส. อีสาน)
- ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก (APAIR)
- เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน(Clinical Research Collaboration Network-CRCN)
- แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA-HPP)
- สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน (สวค.)
- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.)
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. (สวรส. ใต้)
- สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)

นอกจากนี้ เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในระดับประเทศนั้น กำหนดให้เป็นเอกสารที่พัฒนาจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์ ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
4. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
5. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
7. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
8. ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
9. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
10. ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์
11. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
12. ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
13. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย
14. ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
15. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
16. สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
17. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
18. มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
19. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
20. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
21. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
22. สมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย
23. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
24. สมาคมพิษวิทยาคลินิก
25. สมาคมต่อมไทรอยด์แห่งประเทศไทย
26. สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
27. สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย
28. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

29. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
30. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
31. สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย
32. สมาคมโรคติดเชื้อ
33. สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย
34. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย
35. สมาคมรูมาตีสซึมแห่งประเทศไทย
36. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
37. สมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
38. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
39. สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)
40. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
41. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย
42. สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
43. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
44. สมาคมศัลยกรรมตกแต่งแห่งประเทศไทย
45. สมาคมทันตกรรมจัดฟันและการวิจัยแห่งประเทศไทย
46. สมาคมเวชสารสนเทศไทย
47. สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
48. สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย  
ในพระบรมราชูปถัมภ์
49. สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย
50. สมาคมเพื่อเด็กพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย
51. สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย
52. สภาเทคนิคการแพทย์