



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สรุปผลการดำเนินงานสำคัญ
ตามนโยบายรัฐบาล/กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ โครงการศึกษาประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนารอบการติดตามและการประเมินผลของนโยบายวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย COVID-19

หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (SARS-cov-2) โดยการระบาดของโรคเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 และขยายวงกว้างอย่างรวดเร็ว ในส่วนของการวิจัยพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในต่างประเทศ ได้เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นนักวิจัยในประเทศจีนได้ประสบความสำเร็จในการแยกเชื้อ SARS-cov-2 จากผู้ป่วย และได้มีการเผยแพร่รหัสพันธุกรรมของเชื้อซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคดังกล่าวในธนาคารรหัสพันธุกรรมโลก (The Protein Data Bank) เพื่อส่งต่อให้แก่หน่วยงานภาครัฐ บริษัทเอกชน และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในการริเริ่มคิดค้นและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 โดยได้ดำเนินการทดลองเรื่อยมาตามขั้นตอน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้วัคซีนที่ “มีคุณภาพปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19”

การพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาคเอกชนในนามบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ (Siam Bioscience) ในการรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อวิจัยพัฒนาจากบริษัทแอสตราเซนเนกา (astrazeneca) ของสหราชอาณาจักรโดยตรง พร้อมทั้งการนำเข้าวัคซีนดังกล่าวจำนวน 26 ล้านโดส ในช่วงเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2564

จากผลการพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ของผู้ผลิตไฟเซอร์ไบโอเอนเทค (Pfizer-biontech) และโมเดอร์นา (Moderna) ที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสามารถขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ฉีดป้องกันโรคโควิด-19 ในมนุษย์ได้ ทำให้หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยในกลุ่มสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรืออาเซียน (Association of South East Asian Nations: ASEAN) ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ และประเทศอินโดนีเซีย สามารถเริ่มฉีดวัคซีนได้ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2563 ทำให้ประเทศไทยจึงมีการจัดหาวัคซีนเพิ่มเติมโดยเร่งด่วน โดยเริ่มต้นได้มีการนำเข้าวัคซีนซิโนแวค (Sinovac) จากสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 2 แสนโดส 8 แสนโดส และ 1 ล้านโดส ในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม และเมษายน ปี พ.ศ. 2564 ตามลำดับ โดยคาดว่าประชากรไทย ร้อยละ 20 จะได้รับวัคซีนภายในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ รัฐบาลไทยยังเตรียมแผนบริหารจัดการ การกระจาย และการกำกับคุณภาพของวัคซีนอย่างเป็นขั้นตอน

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้รัฐบาลอาจจะสามารถจัดหาวัคซีนมาให้แก่ประชาชน แต่ประโยชน์ของการสร้างภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนจะเกิดสูงสุดก็ต่อเมื่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประเมินประสิทธิภาพ (Efficacy) และผลกระทบต่างๆ ในเชิงบวกและเชิงลบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลังจากการใช้วัคซีนโควิด-19 ในประเทศ จึงถือเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่ต้องกำหนดกรอบมาตรการหรือกรอบแนวคิดเพื่อประเมินผลสำเร็จของการใช้วัคซีนโควิด-19 โดยในปัจจุบัน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการผลักดันและสนับสนุนงานวิจัยด้านวิชาการที่ตอบโจทย์ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในเรื่องวัคซีนโควิด-19

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างกรอบการประเมินที่มีตัวชี้วัดมาตรฐาน สามารถใช้ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับนโยบายวัคซีนโควิด-19 ในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเข้าใจประเด็นท้าทายของการใช้วัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มประเด็นท้าทายอื่นๆ
2. เพื่อรวบรวมและเรียนรู้ตัวชี้วัดในการประเมินผลสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 จากประสบการณ์ของประเทศในกลุ่ม ASEAN ในการสนับสนุนการพัฒนากรอบการประเมินผลสำเร็จของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 สำหรับประเทศไทยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
3. เพื่อประมาณการงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการติดตามและประเมินผลของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 สำหรับประเทศไทย
4. เพื่อการจัดทำกรอบและตัวชี้วัด โดยรวบรวมข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นความท้าทายและสิ่งที่คาดหวังได้จากนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 สำหรับประเทศไทย

ผลการดำเนินงาน

ขณะนี้โครงการยังอยู่ระหว่างการทำดำเนินงาน มีความก้าวหน้า ได้แก่ นักวิจัยได้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มประเด็นท้าทาย มีจำนวนทั้งหมด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มแรงงานต่างด้าว และกลุ่มประชากรทั่วไป โดย โดยใช้วิธีสำรวจ มีการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และทำการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับกรอบระบบการติดตามและประเมินผลของนโยบายการให้วัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย ตามระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน นักวิจัยยังได้จัดทำบทความในหัวข้อ “Vaccinating undocumented migrants against covid-19” ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ The BMJ และบทความในหัวข้อ “Migrants and the COVID-19 Pandemic: Learning from the Singapore Experience” เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ www.thesapphire.health และได้นำเสนอความก้าวหน้าในคณะกรรมการ สวรส.

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

1. รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ในส่วนของคณะอนุกรรมการอำนวยการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในคณะทำงาน (Working Group: WG) สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจหรือใช้ประกอบการกำหนดนโยบายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการจัดการวัคซีนโควิด-19 ในบริบทของประเทศไทย
2. ประชาชนได้รับรู้และเข้าใจนโยบายและประเด็นท้าทาย ตลอดจนการติดตามและประเมินผลการให้วัคซีนป้องกันโรคระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นในนโยบาย สามารถมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะกับรัฐบาลได้ในอนาคต

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการวางแผนการปรับตัวหลังวิกฤตของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยการประยุกต์ใช้แบบจำลองสถานการณ์พลวัตระบบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย COVID-19

หลักการและเหตุผล

กรอบแนวคิดการวิจัยอ้างอิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของสมมติฐานการระบาดตามโครงสร้างพื้นฐานของแบบจำลองด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ “SEIR model” และอ้างอิงแนวคิดการบูรณาการมาตรการควบคุมโรค 4 กลุ่มที่ใช้จัดการแก้ไขปัญหาใน 3 วงจรสำคัญของปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานต่อวิกฤตและความสามารถในการปรับตัวหลังวิกฤตของระบบสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. คาดการณ์สถานการณ์ด้านระบาดวิทยา (epidemiological scenarios) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 และเยียวยาด้านเศรษฐกิจและสังคมได้
2. พัฒนาทางเลือกเชิงนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบการค้นหาผู้สัมผัสโรค (contact tracing capacity) และทดสอบผลลัพธ์ของทางเลือกเชิงนโยบายด้วยแบบจำลองสถานการณ์ เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 ระลอกที่สองในประเทศไทย รวมทั้งวางแผนรับมือกับวิกฤตโรคระบาดที่มีลักษณะคล้ายกันในอนาคตได้
3. พัฒนาทางเลือกเชิงนโยบายและทดสอบผลลัพธ์ของทางเลือกเชิงนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบบริหารสุขภาพ (healthcare capacity) ให้เพียงพอต่อการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพทั้งผู้ติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในกรณีเกิดการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่สองในประเทศไทย รวมทั้งวางแผนรับมือกับวิกฤตโรคระบาดที่มีลักษณะคล้ายกันในอนาคตได้

ผลการดำเนินงาน

1. ดำเนินการพัฒนาทีมวิจัยและเครือข่ายวิจัย และได้รายชื่อผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งหมด 50 คน เพื่อเตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ในวันที่ 21-22 ธันวาคม 2563
2. ได้ดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 35 คน จำนวน 1 ครั้ง ในวันที่ 21-22 ธันวาคม 2563 (โดยดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ โดยมี co-funding ร่วมกับแหล่งทุนอื่น ได้แก่ 1) โครงการ Better Health Programmed Thailand ของ Prosperity Fund รัฐบาลสหราชอาณาจักร และ 2) โครงการจัดตั้งห้องปฏิบัติการเพื่อการตัดสินใจนโยบายสุขภาพและห้องปฏิบัติการเพื่อการออกแบบระบบสุขภาพที่มิวิจัย ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล)
3. ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เพื่อสังเคราะห์เป็นวงจรเชิงสาเหตุของการปรับตัวหลังวิกฤตของระบบสุขภาพของประเทศไทย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเบื้องต้นเพื่อยกร่างโครงสร้างแบบจำลองพลวัตระบบของการวางแผนการปรับตัวหลังวิกฤตของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 และเชี่ยวชาญด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบการค้นหาผู้สัมผัสโรค (contact tracing capacity) เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดการระบาดของติดเชื้อโควิด-19 ระลอกที่สองในประเทศไทย และใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (healthcare capacity) รวมทั้งวางแผนรับมือกับวิกฤตโรคระบาดที่มีลักษณะคล้ายกันในอนาคตได้

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการใช้แบบจำลองสถานการณ์พลวัตระบบ การจัดการห่วงโซ่อุปทานของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย COVID-19

หลักการและเหตุผล

กรอบแนวคิดการวิจัยอ้างอิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องของสมมติฐานการระบาดตามโครงสร้างพื้นฐานของแบบจำลองด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อ “SEIR model” และอ้างอิงแนวคิดการบูรณาการมาตรการควบคุมโรค 4 กลุ่มที่ใช้จัดการแก้ไขปัญหาใน 3 วงจรสำคัญของปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานต่อวิกฤตและความสามารถในการปรับตัวหลังวิกฤตของระบบสุขภาพของประเทศไทย ใช้ “การพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบ” (system dynamics modeling: SD) เป็นระเบียบวิธีวิจัยหลักในการดำเนินการศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่เอื้อให้ผู้วิจัยสามารถใช้การคิดเชิงระบบเพื่อวิเคราะห์ วางแผน และการประเมินผลนโยบายการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้บริบทปัจจุบันของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยหลีกเลี่ยงข้อจำกัดที่เกิดจากการพิจารณาปัญหาแบบแยกส่วนภายในระบบสุขภาพ และช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถพิจารณาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งผลกระทบที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ของทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ในโลกของความเป็นจริงของการติดตามและประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย สำหรับการพัฒนาแบบจำลองสถานการณ์เป็น 5 ขั้นตอนหลักตามที่เสนอไว้โดย Sterman (2000) ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจปัญหา 2) การกำหนดสมมติฐานพลวัต 3) การพัฒนาแบบจำลอง 4) การทดสอบแบบจำลอง 5) การสังเคราะห์นโยบายและการประเมินผล (policy formulation and evaluation)

วัตถุประสงค์

1. ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ ในระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ส่งผลในการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการบริหารห่วงโซ่อุปทานและการส่งมอบวัคซีนสู่กลุ่มประชากรเป้าหมายครอบคลุมวัคซีนทุกประเภทซึ่งผู้ตัดสินใจระดับนโยบายสามารถเลือกใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

2. เพื่อสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายโดยการพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายเรื่องการเลือกวัคซีนที่มีความเหมาะสมกับการใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมโรคโควิด-19 ในประเทศไทย โดยพิจารณาจากความคุ้มค่าในการลงทุนซื้อวัคซีนและพัฒนาห่วงโซ่อุปทานของวัคซีนเมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้ในการควบคุมโรคโควิด ทั้งผลลัพธ์ด้านสาธารณสุข และผลลัพธ์ด้านนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและวิธีการเพื่อการส่งมอบวัคซีนให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มประชากรเปราะบางทางสุขภาพในประเทศไทย และกลุ่มประชากรที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย

3. เพื่อพัฒนาแบบจำลองพลวัตระบบเป็นเครื่องมือของผู้กำหนดนโยบายในกระบวนการติดตามและประเมินผลการบริหารห่วงโซ่อุปทานและการส่งมอบวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สู่กลุ่มประชากรเป้าหมาย

ผลการดำเนินงาน

อยู่ระหว่างดำเนินการศึกษาวิจัย โดยมีผลสังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบาย (เบื้องต้น) เพื่อใช้ทดสอบผลลัพธ์ของนโยบายด้วยแบบจำลองสถานการณ์ต่อไป ได้แก่

นโยบายที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Business-as-usual policy: BAU) รวมทั้งการปรับเปลี่ยนนโยบายและแผนการดำเนินงานเล็กน้อยเพื่อลดผลแทรกซ้อนของวัคซีน (เช่น การให้วัคซีน Astra-Oxford สำหรับผู้มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ส่วนประชากรที่เหลือให้วัคซีน Sinovac และจัดสรรวัคซีนส่วนหนึ่งไปในพื้นที่การระบาด เป็นต้น) มีประเด็นอภิปรายเรื่องการลดผลกระทบการกระจายวัคซีนแบบเบ็ดเตล็ด ประสิทธิภาพและความพอเพียงในการควบคุมการระบาด

นโยบายทางเลือกที่ 1 มุ่งเป้าการควบคุมการระบาด (Optional policy#1: focus on epidemic control) ได้แก่ การมุ่งให้วัคซีน Astra-Oxford เฉพาะเข็มแรกในประชากรจำนวนมากที่สุดเท่าที่มีในระยะแรกภายในเดือน พ.ค.-มิ.ย. 2564 ในพื้นที่การระบาด (เช่น กทม.และปริมณฑล) โดยเลื่อนกำหนดเวลาให้วัคซีน Astra-Oxford เข็มที่สองออกไปก่อน และฉีดวัคซีน Sinovac ตามแผนเดิม มีประเด็นอภิปรายเรื่องความเป็นไปได้ทางการเมืองจากการเรียกร้องวัคซีนของประชากรกลุ่มอื่น

นโยบายทางเลือกที่ 2 มุ่งเป้าการลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยหนัก (Optional policy#2: focus on reducing death and severe morbidity) ได้แก่ การระดมฉีดวัคซีนให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวก่อนโดยไม่ฉีดกลุ่มอื่นเป็นเบ็ดเตล็ด (เช่น ระดมฉีดวัคซีนทุกชนิดที่มีอยู่ให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยจำนวน 1.1 ล้านคนใน กทม.และปริมณฑลภายในเดือน พ.ค.-มิ.ย. 2564 ในขณะที่ยังคงมีการล็อกดาวน์อยู่) มีประเด็นอภิปรายเรื่องความจำเป็นที่ต้องใช้การล็อกดาวน์ร่วมด้วยและความเป็นไปได้ทางการเมืองจากการเรียกร้องวัคซีนของประชากรกลุ่มอื่น

นโยบายทางเลือกที่ 3 มุ่งสร้างการฟื้นตัวด้านเศรษฐกิจและสังคม (Optional policy#3: focus on economic recovery) เช่น จัดสรรวัคซีนทุกชนิดให้แก่จังหวัดภูเก็ต (Phuket sandbox) หรือจัดสรรให้พนักงานในธุรกิจโรงแรมและการท่องเที่ยวทั่วประเทศ มีประเด็นอภิปรายเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเปรียบเทียบกับนโยบายให้ภาคธุรกิจรอใช้วัคซีนทางเลือกที่มีการจัดการการคลังสุขภาพโดยภาคเอกชน

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

ผู้กำหนดนโยบายใช้ประกอบการตัดสินใจในกระบวนการกำหนดนโยบายสุขภาพเพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนควบคุมโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 และเยียวยาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพิ่มสมรรถนะของระบบการค้นหาผู้สัมผัสโรค เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดการระบาดของติดเชื้อโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ในประเทศไทย และใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายในการเพิ่มสมรรถนะของระบบบริหารสุขภาพ รวมทั้งวางแผนรับมือกับวิกฤตโรคระบาดที่มีลักษณะคล้ายกันในอนาคตได้

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การวิจัยการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย COVID-19, ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

COVID-19 เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของประเทศไทยและของโลก ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วิธีการดำรงชีวิตของผู้คนและต้องการการตอบสนองของบริการสุขภาพทั้งระบบ โดยในประเทศไทยมีการเปิดศูนย์ EDC ของกรมควบคุมโรคตั้งแต่ 4 มกราคม 2563 ทั้งนี้สถานการณ์การระบาดยังคงขยายตัวไปเรื่อยๆ แม้ว่าในระยะเริ่มแรกจะยังระบุไม่ได้ว่า ขอบเขตที่องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องและที่ได้รับผลกระทบหรือที่จำเป็นต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าวจะมีอะไรบ้าง ประสบการณ์ในต่างประเทศและข้อมูลในประเทศไทยที่ผ่านมาบ่งชี้ว่านอกเหนือไปจากความพยายามในการค้นหาผู้ป่วย และมาตรการภาคประชาชนในการใส่หน้ากากป้องกันตนเองตลอดจนการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) โรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพเป็นกลไกหลักที่ใช้ในการรับมือหรือตอบสนองต่อการระบาดของ COVID-19 เพื่อรองรับผู้ป่วยและลดอัตราการตายของผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีข้อเสนอให้ต้องมีการปรับตัว ทั้งในด้านการขยายศักยภาพในการรองรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินเพื่อรองรับ COVID-19 การดูแลเรื่องส่งต่อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน การบริหารจัดการห่วงโซ่อุปทานของยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ บุคลากร การดำเนินการในลักษณะเครือข่าย สื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการสื่อสารให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ชุมชนและสาธารณะ รวมถึงการลดงานบริการที่ไม่จำเป็นหรือไม่เร่งด่วนเพื่อลดภาระงานและความเสี่ยงต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างไร ทั้งในภาพรวมและระดับสถานพยาบาลเป็นคำถามสำคัญ ทั้งเพื่อการบริหารจัดการเหตุการณ์เฉพาะหน้า การจัดการและเตรียมการในระยะต่อไป ตลอดจนเพื่อการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกันนี้ได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมประเด็นคำถามที่ควรมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองของระบบบริการสุขภาพ ติดตามข้อค้นพบจากการวิจัยต่างๆ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติในระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงดำเนินการศึกษาวิจัยในประเด็นระยะแรกจำนวนหนึ่ง เพื่อติดตามประเมินสถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการตอบสนองต่อสถานการณ์ COVID-19 ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระบบโรงพยาบาล เพิ่มเติมจากการตัดสินใจทางบริหารที่มีกลไกของรัฐที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการอยู่แล้ว รวมถึงข้อเสนอเพื่อเตรียมความพร้อมในการปรับตัวของระบบบริการสุขภาพภายหลังผ่านพ้นสถานการณ์ในช่วงวิกฤติไปแล้ว

ผลการดำเนินงาน

1. กรอบวิจัยเพื่อการเตรียมพร้อมและการตอบสนองของระบบบริการสุขภาพต่อสถานการณ์โรคระบาดขนาดใหญ่ในประเทศไทย ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับข้อคิดเห็นของคณะที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและ

การนำร่องการใช้ประโยชน์ ประกอบด้วยประเด็นวิจัย 24 กลุ่มประเด็น มีจุดเด่นที่การแบ่งระยะของการกำหนดประเด็นวิจัยเพื่อประโยชน์ในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยกับการบริหารสถานการณ์เพื่อเตรียมการและตอบสนองต่อการระบาดขนาดใหญ่ในระดับ Pandemic เป็น 3 ช่วง คือ (1) ระยะเตรียมความพร้อม (2) การตอบสนองเต็มรูปแบบและเตรียมการเพื่อการบริหารต่อเนื่อง (3) ระยะฟื้นฟูของระบบสุขภาพ รวมถึงให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกันของมาตรการภายในระบบบริการสุขภาพ การตอบสนองของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ และความเชื่อมโยงระดับนานาชาติ

2.การจัดบริการของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โรคระบาดขนาดใหญ่ เช่นกรณีโควิด-19 ไม่สามารถดำเนินการได้ในระบบบริการปกติของโรงพยาบาล เนื่องจากความต้องการใช้เตียงผู้ป่วยในที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกินกว่าขีดความสามารถปกติจะรองรับได้, ความจำเป็นที่ต้องจัดบริการในรูปแบบที่มีการแยกตัว เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค และลักษณะการดำเนินการที่เป็นการตอบสนองในลักษณะชั่วคราวในช่วงสถานการณ์การระบาด ทั้งนี้สถานการณ์โควิด-19 มีผลกระทบกับโรงพยาบาลในหลายด้าน โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความท้าทายในการตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด-19 ทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาล การปรับเปลี่ยนบริการการดูแลผู้ป่วย การจัดการสถานที่ การจัดการบุคลากร การจัดการยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงด้านอื่นๆ เช่น การสื่อสาร นอกจากนี้ยังครอบคลุมทั้งบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย

3.หออผู้ป่วยเฉพาะกิจในการตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด-19 อาจดำเนินการได้ในลักษณะต่างๆ ตามเงื่อนไขความเหมาะสมของสถานการณ์และขีดความสามารถของโรงพยาบาลดังนี้: (1) หออผู้ป่วยวิกฤติสำหรับผู้ป่วยโควิดในระยะวิกฤติ (2) หออผู้ป่วยในแยกโรคสำหรับผู้ติดเชื้อโควิด (3) หออผู้ป่วยเฉพาะกิจเพื่อการพักฟื้นชั่วคราว (4) หออผู้ป่วยเฉพาะกิจสำหรับผู้ป่วยระหว่างสอบสวนโรค (5) โรงพยาบาลและหออผู้ป่วยภาคสนามและคลินิกผู้ป่วยนอกเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้ยังไม่เน้นรวมถึงการเปิดกิจการที่พักชั่วคราวเพื่อการกักกันหรือกักตัวของผู้ป่วย ที่มีการดำเนินการแบบอิสระ ไม่มีระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในลักษณะที่เป็นการรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล สามารถเรียกได้ว่าตามกรอบของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ มาตรฐาน HA ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับ “แนวทางการจัดเตรียมหออผู้ป่วยเฉพาะกิจ COVID-19” โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย (1) การบริหารองค์กร 18 ประเด็น (2) ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล 22 ประเด็น (3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย 16 ประเด็น (4) การติดตามและทบทวนผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย 16 ประเด็น ทั้งนี้ ข้อค้นพบที่ได้ ได้รับการบูรณาการไว้กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่มีการปรับปรุงขึ้นใหม่ของ สวรส. แล้ว

4.นวัตกรรมการจัดบริการและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่น่าสนใจ 5 เรื่องที่ได้เกิดขึ้นหรือเร่งตัวขยายวงของการใช้ประโยชน์ขึ้นอย่างกว้างขวางและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งเชื่อได้ว่าจะมีการดำเนินการต่อเนื่องต่อไปหลังจากระยะฟื้นฟูของสถานการณ์โควิด-19 ได้แก่ การจัดการนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์และของบริจาดต่างๆ ของโรงพยาบาล, บริการทางการแพทย์ทางไกล, การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน, การสื่อสารผ่านเครือข่ายออนไลน์ และการบริหารเตียงเป็นเครือข่ายระดับพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร

5. การศึกษาต้นทุนในโรงพยาบาลในการตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด-19 จำเป็นต้องพิจารณาเป็น 4 ขั้นตอน ตามปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนของโรงพยาบาล ได้แก่ (1) ช่วงเวลาของการรับมือกับโควิด-19 ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น (1.1) ช่วงก่อนเริ่มระบาด (1.2) ช่วงที่มีการระบาดหนัก และ (1.3) ช่วงที่การระบาดคลี่คลายไปแล้ว ซึ่งแต่ละช่วงใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลไม่เท่ากัน (2) พื้นที่การให้บริการ 3 กลุ่มหลัก ประกอบด้วย (2.1) พื้นที่ COVID (COVID Ward/Clinic) หมายถึง หอผู้ป่วย/คลินิก/หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 โดยตรง, (2.2) พื้นที่กึ่ง COVID (Semi-COVID Ward/Clinic) หมายถึง หอผู้ป่วย/คลินิก/หน่วยงานที่ดูแลทั้งผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยที่ไม่ใช่ COVID-19 และ (2.3) พื้นที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับ COVID (Non-COVID Ward/Clinic) หมายถึง หอผู้ป่วย/คลินิก/หน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย COVID-19 โดยตรง (3) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ COVID รายการต้นทุนและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลตามสถานที่ภายในโรงพยาบาล (4) การมีอยู่ของข้อมูลและรวบรวมข้อมูล

6. สถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดต้นทุนค่าเสียโอกาสกับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากรายได้ที่หายไป

7. มาตรการชดเชยค่าบริการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 มีการแบ่งแยกเป็นหลายส่วนและมีการประกาศปรับรายการและอัตราเป็นระยะ ประกอบด้วย (1) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโดยตรง เป็นไปตามกลไกที่มีอยู่แล้ว และ (2) ส่วนจะมีการจ่ายชดเชยในส่วนที่เป็นบริการเฉพาะที่เกิดขึ้นเพื่อลดการรับภาระของหน่วยบริการ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการหรือการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนให้มากขึ้น เช่น การจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการจ่ายค่า PPE ค่าห้องควบคุมหรือดูแลรักษา ค่าใช้จ่ายสำหรับหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ และค่ายาต้านไวรัสหรือยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรค COVID-19 โดยค่าใช้จ่ายเรียกเก็บสำหรับผู้ป่วยในด้วยโรคโควิด-19 ในปีงบประมาณ 2563 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 105,733 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.64 ทำให้ประมาณการการชดเชยเท่ากับ 60,128 บาทต่อครั้ง (รวมการเหมาจ่ายด้วย DRG และการชดเชยเพิ่มเติม)

8. ในช่วงการระบาดของ COVID-19 จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง แต่สัดส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนครั้งของผู้ป่วยในลดลงในช่วงสั้นๆ (เมย.-พค.63) แล้วกลับมาเพิ่มสูงขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยวันนอนต่อครั้งและค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อรายสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในมีอาการรุนแรงซับซ้อนขึ้น ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายในหมวดค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าตรวจทางรังสีวิทยาเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการเรียกเก็บในภาพรวมสูงขึ้นร้อยละ 4.10 (ค่าใช้จ่ายต่อครั้งสูงขึ้น ร้อยละ 5.58) แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยลดลง ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นการใช้ทรัพยากรด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งหากการระบาดยังไม่สิ้นสุด ค่าใช้จ่ายส่วนนี้น่าจะยังคงต้องสูงต่อไป

9. ในอนาคตหลังจากการระบาดคลี่คลายไปแล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพจะมีภาระทางการเงินเพิ่มขึ้น โดยกรณีผู้ป่วยนอกต้นทุนต่อระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตจะเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 0.09-0.47 ของงบประมาณทั้งหมดในปัจจุบัน ในขณะที่กรณีผู้ป่วยในต้นทุนต่อระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตจะเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงร้อยละ 0.03-0.22 ของงบประมาณทั้งหมดในปัจจุบัน

10. กลไกการอภิบาลระบบของประเทศไทยในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 มีความแตกต่างไปในแต่ละระยะของการระบาด ระลอกที่ 1 นโยบายและมาตรการได้รับการสั่งการถ่ายทอดไปสู่ระดับพื้นที่ในทิศทาง

เดียวและรูปแบบเดียว ระลอกที่ 2 และ 3 มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังระดับจังหวัดและเขตเพื่อให้พิจารณาแผนการปฏิบัติการตามแต่บริบทของตนเอง โดยมุ่งที่จะหาจุดสมดุลระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ หากพิจารณาผลลัพธ์ของการควบคุมการระบาด พบว่า ระลอกที่ 1 สามารถควบคุมได้ดีมาก ในขณะที่ระลอกที่ 2 และ 3 นั้น การควบคุมการระบาดทำได้ในระดับที่มีการติดเชื้อรายวันอยู่ระดับหลักร้อยถึงหลักพันคนต่อวัน

11. ปัญหาอุปสรรคสำคัญในกลไกการอภิบาลระบบในสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่าน ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคส่วนอื่นในระดับนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบายและมาตรการอาจมีข้อถกเถียงเชิงวิชาการ และเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การไม่สามารถหาจุดสมดุลระหว่างสุขภาพและเศรษฐกิจ การเลือกใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและคาดการณ์สถานการณ์การระบาดซึ่งส่งผลต่อการวางแผนจัดการและรับมือล่วงหน้า การขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น (บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ป้องกัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน) และความเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิมนุษยชน และ/หรือการปฏิบัติไม่เป็นธรรมระหว่างการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคระบาด

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

มีการนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในวันที่ 28 มิถุนายน 2564 ซึ่งคณะกรรมการ สวรส. มีมติเห็นชอบและให้มีการขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ประธานคณะกรรมการ สวรส.) ได้มีดำริให้นักวิจัยนำเสนอผลการศึกษาคู่ต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการด้านการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในการประชุมเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และกลุ่มภารกิจปฏิบัติการด้านการจัดการเตียงและรักษาพยาบาล ในวันศุกร์ที่ 16 กรกฎาคม 2564 ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคาร 1 กรมการแพทย์ ซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายจากงานวิจัยนี้ กรมการแพทย์ได้นำไปใช้ในการออกแบบ Covid Bed Registry , Home isolation และ Community isolation เพื่อบรรเทาภาวะวิกฤติของระบบบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการนานเป็นปัญหาเรื้อรังในระบบสุขภาพไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ

โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาล แต่ให้นำใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เนื่องจากร้านยาเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่กระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ และเภสัชกรร้านยาสามารถนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานและขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ต่อมาในเดือนตุลาคม 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในระยะแรกดำเนินการพัฒนาระบบบริการโดยนำร่องในโรงพยาบาล 50 แห่ง และเครือข่ายร้านยาคุณภาพ 500 แห่งทั่วประเทศ โดยเน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช หอบหืด และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล รวมทั้งมอบหมายให้มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยให้ครอบคลุมการประเมินคุณภาพบริการด้านยา ผลประโยชน์ต่อประชาชน หน่วยบริการ และสังคม และต้นทุนและอัตราค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทั้งส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนวทางการลดความแออัดในโรงพยาบาลในระยะต่อไป ทั้งนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนทุนวิจัยแก่ทีมวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรูปแบบการบริหารจัดการตามโครงการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา พบว่า เป้าประสงค์หลักของนโยบาย คือ ลดความแออัดของโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินนี้ไม่พบว่าความแออัดของโรงพยาบาลมีการลดลง อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นโยบายนี้ควรเน้นที่การช่วยให้คุณภาพการให้คำปรึกษาด้านยาและการติดตามการใช้ยาเพิ่มขึ้น ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโครงการนำร่องฯ มีความสำเร็จบางประการ เช่น เกิดการพัฒนาารูปแบบบริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในเครือข่าย เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และเภสัชกรร้านยาพัฒนาบทบาทไปเน้นที่งานบริหารเภสัชกรรมมากขึ้น

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการและประสบผลสำเร็จ ได้แก่ 1) การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้กำหนดนโยบายระดับโรงพยาบาล 2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้และประสบการณ์การดำเนินงาน 3) ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบข้อมูล 4) จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา ในด้านประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนพบว่า ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลใช้เวลารอรับยาเฉลี่ย 41.9 นาที ซึ่งมากกว่าการรอรับยาที่ร้านยา 6 เท่า ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.2 นาที ส่วนระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาจะมีเวลามากกว่าผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล 2 เท่า (7.3 นาทีเทียบกับ 3.4 นาที) ค่าเดินทางและค่าอาหารส่วนเพิ่มของการไปรับยาที่โรงพยาบาลสูงกว่าการรับยาที่ร้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหากผู้ป่วย/ผู้ป่วยและญาติ เดินทางจากบ้านไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 41-50 บาท คิดเป็นร้อยละ 42-52 รวมทั้งหากผู้ป่วย/ผู้ป่วยและญาติไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าอาหารได้ 54-58 บาทคิดเป็นร้อยละ 81-83 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับยาที่ร้านยามากกว่าการรับยาที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประเด็นที่พบว่ามีความแตกต่างกันมาก ได้แก่ การใช้เวลารอรับยาไม่นาน การใช้เวลาไม่มากในการเดินทางมารับบริการที่ร้านยา การเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสม และเภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนผู้ป่วยเข้าใจ

ปัญหาอุปสรรคของโครงการนำร่องฯ

1. จำนวนผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยามีอยู่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด และหากพิจารณาในภาพรวมทั้งประเทศความครอบคลุมของโรงพยาบาลที่มีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาต่ำ และมีบางโรงพยาบาลเท่านั้นที่มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาจำนวนมาก ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ขาดการประชาสัมพันธ์โครงการ แพทย์ไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา ผู้ป่วยปฏิเสธรับยาที่ร้านยา เป็นต้น
2. การเข้าร่วมโครงการนำร่องฯด้วยรูปแบบในปัจจุบันไม่ได้ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลแต่อาจเพิ่มภาระงานในส่วนการคัดกรองและเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา การประสานงานและการจัดทำข้อมูล รวมทั้งการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปร้านยา
3. ระบบสารสนเทศในปี 2563 ยังไม่สนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ. กับร้านยา
4. การสนับสนุนค่าใช้จ่ายไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง
5. ระบบการกำกับติดตามและประเมินผลนโยบายมีข้อจำกัดและควรพัฒนาต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

จากผลการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

1. สปสข. กระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาและดำเนินโครงการนี้ต่อไป ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการในระยะสั้น คือ กระทรวงสาธารณสุขควรกระตุ้นและสนับสนุนให้ขยายการให้บริการรับยาที่ร้านยาของโรงพยาบาลในสังกัด เป็นร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ 2564 และเป็นร้อยละ 100 ภายในปี 2565 ทั้งนี้ ควรให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการตามความสมัครใจ นอกจากนี้ควรมีแผนการขยายโครงการในระยะยาว คือ การขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา

2. สปสช. พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และ สปสช. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้การบริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและช่วยให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายในเดือนมกราคม ปีงบประมาณ 2564 เพื่อให้สอดคล้องกับการเริ่มการดำเนินการรูปแบบที่ 3

3. สปสช. สนับสนุนงบประมาณที่กระตุ้นให้เกิดการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา โดยสนับสนุนโรงพยาบาล และร้านยาตามจำนวนใบสั่งยา

4. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นประชาสัมพันธ์โครงการให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ได้รับรู้เกี่ยวกับโครงการและประโยชน์ที่จะได้รับ

5. โรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมหรือกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาทุกปี ในประเด็นการสร้างความเข้าใจให้เภสัชกรร้านยาเกี่ยวกับระบบการให้บริการบำบัดรักษา และแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) ของโรงพยาบาลสำหรับดูแลรักษาโรคที่ตกลงให้บริการรับยาที่ร้านยา การศึกษาแพทย์ในกรณีที่เกิดความสงสัยในยาที่สั่งหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประสานงานกับห้องยาของ รพ. / และ สปสช. เขต

6. ควรมีการพัฒนาระบบและแผนการกำกับติดตามโครงการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดย สปสช. วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูลเป็นประจำ รายไตรมาส สธ. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านอุปสรรคของการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สสจ. กำกับติดตามร้านยาให้เป็นไปตามมาตรฐานร้านยา ผู้ประเมินผลภายนอกประเมินผลกระทบระยะยาวของการดำเนินนโยบายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการควบคุมอาการ รวมไปถึงประเด็นด้านการสร้างแรงจูงใจให้ร้านยาเข้าร่วมจัดบริการ รูปแบบการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม การขยายขอบเขตบริการ หรือแนวทางการทำการตลาด (marketing strategy) เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจรับบริการที่ร้านยา

7. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สปสช. ควรพิจารณาสนับสนุนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (tele-pharmacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบริการหนึ่งที่เภสัชกรร้านยาสามารถร่วมให้บริการควบคู่กับการจ่ายยาที่ร้านยาได้ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนา ระบบ tele-pharmacy และพัฒนาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตรวมถึงอุปกรณ์สำหรับรับบริการทางไกลของประชาชน

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การวิจัยสังเคราะห์และทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการนำสารสกัดกัญชาใช้ในทาง การแพทย์สำหรับประเทศไทย ระยะที่ 2

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย เศรษฐกิจสุขภาพ, สมุนไพร กัญชง กัญชา

หลักการและเหตุผล

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการศึกษามากมายทั้งทางวิทยาศาสตร์ และการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่มีมานานแล้ว จนกระทั่งรัฐเห็นชอบให้มีการออกพระราชบัญญัติที่ผ่อนปรนการใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่กฎหมายดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดต่อการให้บริการ และในการเข้าถึงยาของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีช่องว่างของความเข้าใจของคนในสังคมอีกมาก รวมถึงงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ยังมีไม่มากพอ ที่จะช่วยขยายบริบทให้เห็นภาพและสถานการณ์จริง ข้อมูลความจริงในสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ การเข้าไปทำงาน เข้าไปเรียนรู้กับผู้ผลิต และผู้ให้บริการยา กัญชาใต้ดินจึงมีความจำเป็น รวมทั้งเรียนรู้จากผู้ป่วย เกี่ยวกับแบบแผนการใช้ และการดำเนินโรค รวมทั้งแหล่งที่ได้รับผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ และนำความรู้ทั้งที่ประสบความสำเร็จ ล้มเหลว และอาการไม่พึงประสงค์บางอย่าง มาสู่การสังเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้บนพื้นฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นศูนย์กลางในการรักษาโรค และดูแลเรื่องคุณภาพของผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผู้ให้บริการนอกระบบสาธารณสุขหรือ กลุ่มใต้ดิน

การศึกษาต้นทุนผลได้ของกัญชาทางการแพทย์ ในโครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลกระทบทาง สุขภาพและเศรษฐศาสตร์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ในระยะที่หนึ่ง เป็นการใช้อัตรา ประสิทธิภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยในต่างประเทศและทำการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ด้วย แบบจำลอง (modeling) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นในระยะที่สอง จึงทำการประเมินทาง เศรษฐศาสตร์โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในบริบทจริงของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ใน ระยะที่หนึ่ง เป็นการใช้อัตราประสิทธิภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยในต่างประเทศและทำการ วิเคราะห์ต้นทุนผลได้ด้วยแบบจำลอง (modeling) ในบริบทประเทศไทย

ผลการดำเนินงาน

มีการจัดประชุมหารือผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder Consultation) กับการวิจัยประสิทธิผลและความคุ้มค่า ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย เพื่อเป็นการเชื่อมโยงนโยบาย มีข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูล ทางด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ สอดคล้องกับโรคของผู้ป่วยและบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งได้ร่วมกับกรมสุขภาพจิต กรม พินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เครือข่ายเฝ้าระวังผลกระทบต่ออุบัติเหตุ และผู้แทนวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่ง ประเทศไทย เพื่อพัฒนาแบบเก็บข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังผลกระทบระยะสั้น นอกจากนี้ยังมีการติดตามมาตรการ

ภาครัฐผ่านเว็บไซต์และเอกสารของหน่วยงานภาครัฐอย่างต่อเนื่อง และมีสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มอุปทาน

ขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาระสิทธิผลประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ และดำเนินการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

ผลประเมินทางเศรษฐศาสตร์โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในบริบทจริงของประเทศไทยจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาหรือจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ในอนาคต

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

หลักการและเหตุผล

การ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทของ อสม./อสส. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อกำหนดทางเลือกของแนวทางเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทของอสม.เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

2. เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของแนวทางเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทของอสม. / อสส. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

3 เพื่อประเมินทางเลือกของแนวทางสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทของอสม.เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามเกณฑ์พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบการตัดสินใจในโอกาสต่อไป

4. เพื่อพัฒนาแนวทางเบื้องต้นให้แก่องค์กรในการบริหารและสนับสนุนการปฏิรูปอสม. / อสส.ควรต้องมีการดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ได้รับการเลือกไปดำเนินการ ซึ่งครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข และพื้นที่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ผลการดำเนินงาน

1.จัดประชุมหารือร่วมกับทีมวิจัยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานครและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ครั้ง คือ วันที่ 30 กันยายน 2564 ณ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และ วันที่ 2 ตุลาคม 2564 ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเรียนรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนงานวิจัย และโครงการวิจัยย่อยที่ 1-5 พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการทำงานร่วมกันในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- ทีมวิจัยและบทบาทของทีมวิจัย
- พื้นที่เป้าหมาย/กลุ่มเป้าหมาย
- การพัฒนา/ทวนสอบเครื่องมือ
- แนวทางการดำเนินงานโครงการวิจัย

2.จัดทำจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ (MU-SSIRB) มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2563 รหัส COA No.: 2020/195.1610 เรียบร้อยแล้ว

3.พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัย 4 โครงการย่อย ประกอบด้วย

- เครื่องมือวิจัยวิเคราะห์ระบบการดำเนินงานของ อสม./อสส.ฯ
- เครื่องมือถอดบทเรียนการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศของ อสม./อสส.ฯ
- เครื่องมือวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนา อสม. สู่การเป็นนวัตกรรมสังคมฯ
- เครื่องมือ Future Search Conference

4.ทำการทบทวนเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ราย (ผู้บริหารนโยบาย นักวิชาการ และผู้บริหาร/ปฏิบัติงาน อสม.) ในการทวนสอบและให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบสอบถามเพื่อการวิจัย (IOC) กับกลุ่ม อสม./อสส กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง และกลุ่มชุมชน/ประชาชน เพื่อมุ่งตรวจสอบ ท้าค่าความเที่ยงตรง และคุณภาพของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจริงในพื้นที่

5.ทดสอบเครื่องมือ โดยทีมวิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากนายอำเภอพุทธมณฑล สาธารณสุขอำเภอ/ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ พร้อมผู้แทนกลุ่ม อสม. ผอ.รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และกลุ่มประชาชนเข้าร่วมเวทีทดสอบเครื่องมือ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 โดยทดสอบว่าแนวคำถามที่ได้พัฒนาขึ้นว่าชัดเจน กระชับ เหมาะสมต่อการนำไปใช้เก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ศึกษาอื่นที่จะดำเนินการต่อไปหรือไม่อย่างไร

6.ลงพื้นที่จัดเวทีวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบทบาท อสม. สู่การเป็นนวัตกรรมสังคม ดังนี้ (1) วันที่ 29 ธันวาคม 2563 นครสวรรค์ (2) วันที่ 1-3 มีนาคม 2564 ร้อยเอ็ด (3) วันที่ 8-9 มีนาคม 2564 ปัตตานี (4) วันที่ 20-23 มีนาคม 2564 เชียงใหม่

7.ได้นำเสนอความก้าวหน้าโครงการย่อยที่ 1 “การสังเคราะห์วรรณกรรมเพื่อปฏิรูปบทบาทของ อสม./อสส.ฯ” ในการประชุมวันที่ 20 ตุลาคม 2563 จัดทำรายงานความก้าวหน้า (รง2) และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ “การสังเคราะห์วรรณกรรมเพื่อปฏิรูปบทบาทของ อสม./อสส.ฯ” (เอกสารแนบ)

8.ประชุมติดตามการดำเนินงานรายเดือน เพื่อรายงานความก้าวหน้า และการแก้ไขปัญหาอุปสรรค จำนวน 9 ครั้ง ดังนี้

(1) เพื่อกำหนดกรอบการดำเนินโครงการ ขั้นตอนและทิศทางการดำเนินโครงการ อาทิ ประสานสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร/กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วางแผนการดำเนินโครงการแผนงานวิจัยให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลา ระบุพื้นที่และมอบหมายผู้ประสานงาน งบประมาณ ดำเนินโครงการ มอบหมาย Focal Point โครงการ จัดทำจริยธรรมการวิจัยในคน และจ้างผู้ช่วยวิจัยโครงการ ตลอดจนมอบหมายงานต่างๆ ให้ดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

(2) เพื่อติดตามงาน รายงานความคืบหน้า/รายละเอียดของกระบวนการดำเนินโครงการอื่นๆ และวางแผนการดำเนินโครงการวิจัย (ติดตามงานจากการประชุม ครั้งที่ 1/2563 รายงานความคืบหน้า และวางแผนจัดทำ (ร่าง) เครื่องมือ/ทดสอบเครื่องมือ/ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง)

(3) เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยและสรุปพื้นที่เป้าหมาย พร้อมรายชื่อเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัยพื้นที่และสถาบันฯ (ติดตามงานจากการประชุม ครั้งที่ 2/2563 รายงานความคืบหน้าและวางแผนทดสอบเครื่องมือ/อบรมพัฒนาศักยภาพนักวิจัย)

(4) เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย อันนำไปสู่กระบวนการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเบื้องต้น ตลอดจนเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยอื่นๆ ต่อไป

(5) เพื่อหารือและวางแผนการดำเนินโครงการย่อยที่ 4 การวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบทบาท อสม. สู่การเป็นนวัตกรรมสังคมฯ

(6) เพื่อหารือผ่านโปรแกรม ZOOM และเตรียมลงพื้นที่วิจัยอำเภอสนป่าตองและอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่/ กำหนดกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้ โครงการย่อยที่ 4

(7) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยถอดบทเรียน อสม. ที่มีการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ

(8) เพื่อยุบรวมความก้าวหน้าของโครงการแผนงานวิจัย โดยนำเสนอผลการสังเคราะห์วรรณกรรมนโยบาย แนวทางการดำเนินงานปฏิรูปบทบาทของ อสม./ออส. และอื่นๆ

(9) เพื่ออบรมพัฒนาทักษะในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยให้แก่ทีมวิจัยส่วนกลางและทีมวิจัยพื้นที่ ให้มีความรู้ความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

1. ทางเลือกของแนวทางเพื่อการปฏิรูปบทบาทของอสม. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
2. เกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของแนวทางเพื่อการปฏิรูปบทบาทของอสม./ออส. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
3. แนวทางเบื้องต้นให้แก่องค์กรในการบริหารและสนับสนุนการปฏิรูปบทบาทของ อสม./ออส. เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนควรต้องมีการดำเนินการ หากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ได้รับการเลือกไปดำเนินการ

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง, COVID-19, ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือเป็นอุบัติการณ์ การเกิดโรคครั้งใหม่ที่มีการแพร่กระจายและป่วยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยจำนวนมากในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยก็มีการแพร่ระบาดในหลายจังหวัดอีกเช่นกัน การจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และการป้องกันโรคติดเชื้อในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย การป้องกันการระบาด (Outbreaks) การชะลอการแพร่กระจายเชื้อ และการหยุดการติดต่อ โดยเน้นการเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อการระบาดของโรค (Surveillance and response) และการป้องกันและควบคุมโรค (Prevention and control) โดยการจัดการของระบบสุขภาพ การตรวจหาผู้ที่มีอาการของโรค ตรวจหาเชื้อ แยกกัก กักกัน และทำการรักษา พร้อมทั้งทำการสอบสวนโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัส และผู้ป่วยได้อย่างทันที่ การจัดการดูแลที่เหมาะสมสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก และการลดผลกระทบของระบบสุขภาพจากการระบาด สังคมสงเคราะห์ และเศรษฐกิจ หากระบบการเฝ้าระวังโรคสามารถจัดระบบให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง (Community based surveillance: CBS) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล และส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และดำเนินการป้องกันโรคได้ทันเวลา จากข้อมูลและความจำเป็นที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงได้ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโดยชุมชน มี อสม. เป็นกลไกในการปฏิบัติการ และ พชต. ดำเนินการวางแผนโดยใช้ระบบ GIS มาประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยนำเข้าสู่ข้อมูลที่จำเป็นต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนมาวิเคราะห์เชิงพื้นที่ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลร่วมกันตัดสินใจวางแผนและกำกับติดตามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอ และ อสม. ใช้ระบุความเสี่ยงรายบุคคล หลังคาเรือน และหมู่บ้าน พร้อมระบบการเตือนแจ้งเหตุการณ์ระบาด ตลอดจนมีคำแนะนำ ที่เหมาะสมกับประชาชนในความรับผิดชอบ เห็นได้ว่ากระบวนการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเชิงพื้นที่ เป็นสิ่งท้าทายการพัฒนาสุขภาพอันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งสู่อำเภอสุขภาวะ เพื่อรองรับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
2. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ไปใช้เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ไปใช้
4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการดำเนินงาน

1.รูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. คือ การพัฒนาสมรรถนะอสม. ให้มีความรู้ ทักษะ และเกิดแรงจูงใจในการดำเนินการ การเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกับกระบวนการถอดบทเรียนการทำงาน และการเยี่ยมเสริมพลัง โดย รพ.สต. พชต. หรือ พชอ. เพื่อให้ อสม. ได้มีโอกาสในการ Show แสดงผลงาน share กระบวนการและการแก้ไขปัญหาในการทำงาน และการชื่นชมการทำงานของ อสม. จากผู้ติดตามเยี่ยม

1.2 วิธีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโดยชุมชน ประกอบด้วย อสม. คัดกรองและ ค้นหาผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และผู้สัมผัส สํารวจพฤติกรรมเสี่ยง รายงานความเคลื่อนไหวจากการเฝ้าระวังสังเกตการณ์มายังศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคระดับตำบล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจกับแกนนำ และประชาชนในชุมชน เพื่อวางแผนชุมชนในการเฝ้าระวังเชิงรุก ควบคุมและป้องกันโรค แจ้งข่าวสถานการณ์ความเสี่ยง และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ประชาชน

2.ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อใช้ในป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน ได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน “episcancovid19” ซึ่งเป็นมินิแอปพลิเคชัน สำหรับไว้ให้ อสม. กรอกข้อมูลที่จำเป็นในการป้องกันและเฝ้าระวังโควิด 19 และพัฒนาระบบเว็บแอปพลิเคชันสำหรับเจ้าหน้าที่ (Web GIS Monitor) เพื่อติดตามและตรวจสอบข้อมูล สถานการณ์ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

3.ประสิทธิผลการใช้แอปพลิเคชัน “episcancovid19” ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโดย ชุมชน พบว่า อสม. รับรู้ความเสี่ยงและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ประชาชนได้ ส่งข้อมูลความเสี่ยงไปยัง รพ.สต. ได้อย่างรวดเร็ว และ รพ.สต. ติดตามการทำงานของ อสม. ได้ และรับทราบสถานการณ์ความเสี่ยงในพื้นที่ทั้ง อสม. และ รพ.สต. พึงพอใจต่อแอปพลิเคชันในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 ผลลัพธ์ที่เกิดกับชุมชน อสม. สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อ/ผู้สัมผัสเชื้ออย่างรวดเร็วและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ได้ ชุมชน ตื่นรู้ สถานการณ์ความเสี่ยงในพื้นที่ และวางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

4.ข้อเสนอเชิงนโยบายข้อเสนอเชิงนโยบาย “การปรับบทบาทของ อสม. ในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนในการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19” มีดังนี้

4.1 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุกและป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดการเฝ้าระวังโดยชุมชน (Community based surveillance)

4.2 ใช้แนวคิด “สามเหลี่ยมขับเคลื่อนงาน” ในการเสริมสร้างให้ อสม. ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 การใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพชุมชน

4.4 สนับสนุนให้มีการใช้ แอปพลิเคชัน “episcancovid19” เพื่อการเฝ้าระวังเชิงรุกและ ป้องกันโรคในพื้นที่ทั่วประเทศ

4.5 จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรนักจัดการข้อมูลสำหรับ อสม. พชต. และ บุคลากรสาธารณสุข

4.6 จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเฉพาะพื้นที่ เช่น การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในโรงแรมหรือสถานที่พักค้างคืน โรงเรียน วัด โรงงาน หรือสถานที่อื่นที่เป็นแหล่งรวมของประชาชนจำนวนมาก

4.7 การหาแหล่งทรัพยากรมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนนี้ อันจะลดภาระค่าใช้จ่ายของ อสม. ในการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

กระบวนการเฝ้าระวังเชิงรุกและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ได้เป็นอย่างดี ประกอบกับการมีเครื่องมือเทคโนโลยีที่ทันสมัย แอปพลิเคชัน “episcan-covid19” ที่จะช่วยเสริมให้กระบวนการเฝ้าระวังเชิงรุกและการป้องกันโรคดำเนินการได้รวดเร็ว ง่ายต่อการใช้งาน และมีคำแนะนำในการจัดการ ป้องกันโรคที่เฉพาะเจาะจงกับลักษณะความเสี่ยงของประชาชน และบริบทเชิงพื้นที่ จึงเป็นความท้าทายของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคที่จะเข้ามาร่วมสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินการได้ อย่างต่อเนื่อง และใช้ข้อมูลที่ส่งต่อจากระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยชุมชนมาวางแผนการป้องกันโรคที่ เฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาและบริบทเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การพัฒนาห้องปฏิบัติการจีโนมเพื่อรองรับโครงการจีโนมิกส์ประเทศไทย (ปีที่ 1)

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

การแพทย์แบบจีโนมิกส์ (Genomic Medicine) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านพันธุกรรม (genomic information) และนำไปร่วมกับข้อมูลสภาพแวดล้อม (environment) และวิถีชีวิต (lifestyle) ที่จำเพาะต่อผู้ป่วยแต่ละคน มาประกอบในการวินิจฉัยที่แม่นยำ และเลือกการรักษาที่ตรงจุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งยังนำองค์ความรู้นี้ไปช่วยในการป้องกันโรค นับได้ว่าการแพทย์แบบจีโนมิกส์ถือเป็นรากฐานสำคัญของการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) แม้เทคโนโลยีจีโนมทำให้การถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม (whole genome sequencing: WGS) ทำได้รวดเร็วขึ้นและมีค่าใช้จ่ายน้อยลง แต่อุปสรรคสำคัญของการใช้ WGS ทางคลินิก คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ WGS และวิเคราะห์ข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ใช้เวลานาน การทำ WGS ที่คุ้มค่าจำเป็นต้องทำพร้อมกันหลายตัวอย่างพร้อมกัน (batch) ซึ่งไม่เหมาะกับการใช้เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วยทางคลินิกหลายประการ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จาก WGS มีขนาดใหญ่ และใช้เวลาในการวิเคราะห์ต่อรายเป็นเวลานานหลายเดือนหรือปี ด้วยข้อจำกัดข้างต้น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จึงขอเสนอโครงการ “การพัฒนาห้องปฏิบัติการจีโนมเพื่อรองรับโครงการจีโนมิกส์ประเทศไทย” เพื่อเป็นศูนย์กลางห้องปฏิบัติการจีโนมในระดับคลินิกชั้นนำของประเทศ ที่ดำเนินการด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีจีโนมเพื่อการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเป็นห้องปฏิบัติการที่เกื้อหนุนการวิจัยทางคลินิกที่จำเป็นต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การทำ clinical trials ที่เกี่ยวกับการแพทย์จีโนมิกส์และการแพทย์แบบแม่นยำ อีกทั้งเป็นการนำความรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงการสนับสนุนอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการแพทย์แบบแม่นยำในภูมิภาคอาเซียน

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เกิดศูนย์บริการทดสอบการแพทย์จีโนมิกส์ของประเทศ ภายในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก เพื่อทำการถอดรหัสพันธุกรรม (Whole Genome Sequencing: WGS) ของผู้ป่วยชาวไทย ภายใต้แผนปฏิบัติการจีโนมิกส์ประเทศไทย โดยพิจารณาจัดหาภาคเอกชนที่มีเทคโนโลยีและประสบการณ์ในการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม (WGS) ในระดับสากล (World Class Technology) เพื่อทำหน้าที่

(1) ถอดรหัสพันธุกรรมผู้ป่วยชาวไทยจำนวน 50,000 รายในระยะเวลา 5 ปี โดยพัฒนาและปรับปรุงพื้นที่โครงการ เพื่อให้สามารถดำเนินการบริการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม ตลอดจนจัดจ้างบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการดังกล่าว มาติดตั้งในพื้นที่ให้บริการฯ

(2) ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีให้แก่คนไทย โดยกำหนดให้มีตำแหน่งงานให้แก่บุคลากรคนไทยอย่างเหมาะสม

(3) ให้บริการเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการบริการวิเคราะห์ขั้นสูงและการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการบริการและวิชาการ การฝึกอบรม การผลิตบุคลากร เช่น จัดให้มีการอบรมระยะสั้นและหลักสูตรการผลิต

นักวิเคราะห์ขั้นสูง และให้โอกาสทางการศึกษาในด้านที่เกี่ยวข้องในระดับสากล มีการฝึกปฏิบัติในพื้นที่ของบริษัท แม่ หรือบริษัทสาขาในต่างประเทศ ฯลฯ

ทั้งนี้ การดำเนินโครงการดังกล่าว จะอยู่ภายใต้การปกปิดและเก็บรักษาความลับของข้อมูลพันธุกรรมทั้งจีโนมของคนไทย รวมทั้งพันธุกรรม (DNA) และผลการให้บริการ Genetic Testing ทั้งหมดอย่างเคร่งครัด

ผลการดำเนินงาน

อยู่ระหว่างการดำเนินการ

1. สวรส. ดำเนินการ ประกวดราคาจ้างโครงการพัฒนาศูนย์บริการทดสอบทางการแพทย์จีโนมิกส์ในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ด้วยวิธีการประกวดราคา เพื่อซื้อบริการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนมจากภาคเอกชน

2. สกพอ. ดำเนินการขออนุมัติให้พื้นที่โครงการฯ ซึ่งตั้งอยู่ชั้น 8 อาคาร 10 ปี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ให้เป็นเขตส่งเสริมเศรษฐกิจพิเศษ เรียบร้อยแล้ว เพื่อให้เอกชนผู้ประกอบการที่ได้รับการคัดเลือก สามารถใช้เป็นพื้นที่ดำเนินโครงการและได้รับสิทธิประโยชน์ในการดำเนินโครงการ ตามกฎหมายว่าด้วยเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกได้

3. ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอกชนผู้ประกอบการฯ ได้รับสิทธิประโยชน์ในการดำเนินโครงการ ตามกฎหมายว่าด้วยเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน และกฎหมายว่าด้วยการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด

โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการตรวจจีโนมทางคลินิกซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ทันที และผลักดันให้เกิดการเร่งตัวของการใช้เทคโนโลยีเข้าสู่การบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยการตรวจจีโนมเป็นชุดยีน (gene panel) ที่ออกแบบให้มีความจำเพาะต่อโรคหรือกลุ่มโรคที่เหมาะสม เช่น โรคมะเร็ง หรือกลุ่มโรคอื่น ทำให้มีระยะเวลาในการตรวจ (turnaround time) สั้นลง มีความรวดเร็วในการแปลผล และมีค่าใช้จ่ายในการตรวจน้อยกว่าการถอดรหัสพันธุกรรมทั้งจีโนม (whole genome sequencing: WGS) นอกจากนี้โครงการยังมีส่วนเกี่ยวพันกับการทำ WGS โดยใช้ข้อมูลจีโนมอ้างอิงของประชากรไทย (Thai reference genome database) ที่ได้จากการถอดรหัสพันธุกรรมด้วย WGS เพื่อทำการวิเคราะห์ร่วมกับฐานข้อมูลจีโนมขนาดใหญ่อื่นของต่างประเทศ เพื่อเพิ่มความถูกต้องและแม่นยำในการแปลผลตรวจจีโนมมากขึ้นกว่าปัจจุบัน นอกจากนี้ยังได้สร้างระบบการตรวจจีโนมสำหรับมะเร็งเป็นลำดับแรก และกลุ่มโรคอื่นที่มีความต้องการใช้ในทางคลินิกในลำดับถัดไป โดยสร้างชุดตรวจที่มีชุดยีนเหมาะสมต่อกลุ่มโรค พัฒนาระบบการตรวจ การวิเคราะห์ผล การแปลและรายงานผล ให้เป็นมาตรฐานและมีแนวทางเดียวกันในระดับประเทศ เพื่อให้การตรวจจีโนมทางคลินิกมีความรวดเร็ว สามารถแปลผลและรายงานผลกลับไปยังแพทย์ผู้รักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม มีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ และมีมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะส่งตรวจผ่านสถาบันการแพทย์ใด ทำให้แพทย์และผู้ป่วยมีความสะดวกในการใช้บริการ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเร่งตัวของการใช้เทคโนโลยีที่รวดเร็วขึ้น แพร่หลายขึ้น และมีความเหมาะสม นอกจากนี้การตรวจยังช่วยส่งเสริมการวิจัยทางคลินิกที่ต้องพึ่งผลตรวจจีโนม เช่น clinical trials ของยาต้านมะเร็งชนิดต่าง ๆ ให้แพร่หลายมากขึ้น เป็นการส่งเสริมการทำวิจัยทางคลินิกโดยรวม โดยในปีแรกห้องปฏิบัติการจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาชุดตรวจจีโนมเพื่อใช้ใน

การวินิจฉัยมะเร็ง ทั้งในส่วน core cancer panel และ comprehensive cancer panel จากนั้นจึงขยายไปยัง การตรวจกลุ่มโรคอื่นที่พบบ่อยทางคลินิก เช่น กลุ่มโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ, กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ในระยะถัดไป

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics) การลงทุนในเทคโนโลยีการแพทย์แบบจีโนมิกส์ แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงในช่วงแรก แต่ในระยะยาวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น การตรวจยีนมะเร็งบางชนิด ทำให้ป้องกันการเกิดมะเร็ง การตรวจยีนเสี่ยงแพ้ยา ทำให้ลดการเกิดการแพ้ยารุนแรง การรักษาแบบมุ่งเป้า ทำให้เพิ่มอัตราการหายของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งนำมาสู่การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมหาศาล นอกจากนี้เทคโนโลยีและองค์ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แบบจีโนมิกส์ ทั้งด้านการแพทย์ และการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถต่อยอดให้เกิดผู้ประกอบการรายใหม่ (Startup) และอุตสาหกรรมใหม่ ที่จะช่วยส่งเสริมอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) และเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (Bioeconomy) ซึ่งส่งผลถึงเศรษฐกิจของประเทศไทยในภาพรวม

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างก๊าซอะซิโตนในลมหายใจและระดับสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรตในภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนของโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องต้นแบบวิเคราะห์ก๊าซอะซิโตนในลมหายใจ (เครื่อง G-breath): รูปแบบการวิจัยแบบหลายหน่วยงาน

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย เศรษฐกิจสุขภาพ, ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน (Diabetic ketoacidosis; DKA) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีระดับคีโตนในเลือดมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (คิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ก็สามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยเช่นกัน ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวานนี้จึงเป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมาก เพราะก่อให้เกิดอาการที่กระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ สมรรถภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ความดันเลือดต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน สูญเสียน้ำและอื่นๆ อีกมากมาย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างได้แนะนำถึงวิธีการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน โดยการตรวจสอบระดับสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรต หรือสารคีโตนบอดีในร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีการตรวจระดับสารคีโตนบอดีมีหลากหลายวิธี โดยวิธีการตรวจที่แม่นยำสูงต้องใช้ตัวอย่างเลือดทดสอบในแต่ละครั้ง ซึ่งส่งผลเสียต่อร่างกายของผู้ป่วยอย่างมากในการตรวจสอบระดับสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรต เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานนั้นเกิดบาดแผลจะหายช้า และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีแนวคิดพัฒนาเครื่องบ่งบอกภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวานแบบไม่เจ็บตัว (เครื่องต้นแบบ G-breath) โดยมุ่งเน้นไปที่การตรวจก๊าซอะซิโตนในลมหายใจ เนื่องจากอะซิโตนเป็นผลิตภัณฑ์ของสารคีโตนบอดีที่สามารถปลดปล่อยออกมาทางลมหายใจ และมีความสัมพันธ์กับสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรตในเลือดสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างก๊าซอะซิโตนในลมหายใจ และสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรตในเลือดในผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน รวมถึงการพัฒนาอัลกอริทึม เพื่อการทำนายระดับสารเบต้า-ไฮดรอกซีบิวทิเรตในเลือดจากการวัดปริมาณก๊าซอะซิโตนในลมหายใจ ซึ่งผลสำเร็จในการพัฒนาเครื่อง G-breath นี้จะเป็นประโยชน์ในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างง่ายด้วยวิธีไม่เจ็บตัว อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลรักษาตัวเองที่บ้านอย่างถูกต้อง

ผลการดำเนินงาน

ปัจจัยต่างๆ ที่วัดในเลือด เพื่อใช้สำหรับวินิจฉัยภาวะ DKA โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์สารคีโตน ในเลือดจะมีปริมาณสูงกว่า ในกลุ่มผู้ป่วยDKA เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลสูงเพียงอย่างเดียว hyperglycemia โดยพบว่า ปริมาณอะซิโตนในกลุ่ม DKA เท่ากับ 67.65 ± 79.52 เทียบกับ 4.20 ± 4.12 ในกลุ่ม hyperglycemia ในหน่วยมิลลิกรัมต่อลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P=0.004$ ปริมาณสาร Beta-hydroxybutyrate ในกลุ่ม DKA เท่ากับ 11.19 ± 12.96 เทียบกับกลุ่มที่น้ำตาลสูงอย่างเดียว คือ 1.73 ± 1.34 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P=0.007$ ปริมาณสารอะซิโตนอะซิเตท ในเลือดของกลุ่ม DKA เท่ากับ 31.90 ± 16.98 เทียบกับ 5.87 ± 7.58 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ในกลุ่ม Simple hyperglycemia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$

ปริมาณสารอะซิโตนในลมหายใจ พบว่ามีปริมาณอะซิโตนในลมหายใจในกลุ่ม DKA สูงกว่า ที่ 5.20 ± 1.34 เทียบกับ 1.18 ± 1.77 ในกลุ่ม hyperglycemia อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ $P = 0.04$ การศึกษาความสัมพันธ์ของอะซิโตนในลมหายใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับสารคีโตนทุกตัวในเลือด โดยพบจุดพิกัดที่สำคัญ (Cut of point) ที่มีความไว, ความจำเพาะและพื้นที่ใต้กราฟ (Area Under the Curve; AUC) โดยพบว่า ในเลือดจากการทดสอบมีความไวที่ 100%, ความจำเพาะที่ 99.95 เปอร์เซ็นต์ ในการวินิจฉัยภาวะ DKA ที่ $P < 0.001$ โดยอะซิโตนในลมหายใจ ที่ระดับ 2.15 ppm จะมีความไวที่ 100% และมีความจำเพาะที่ 71.4%, AUC เท่ากับ 0.847 $P = 0.003$ ตามลำดับ ดังนั้น งานวิจัยนี้สามารถแสดงให้เห็นว่า การตรวจอะซิโตนในลมหายใจจากเครื่องมือที่ไม่เจ็บตัว ที่เรียกว่า G-breath สามารถนำมาใช้ช่วยในการวินิจฉัยภาวะ DKA ซึ่งจะสะดวกและเหมาะสมสำหรับการใช้เตือนในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนวิกฤตได้

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

1. ต้นแบบระดับภาคสนามเครื่องบ่งบอกภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวานแบบไม่เจ็บตัว โดยใช้ก๊าซอะซิโตนเป็นสารเอกลักษณ์

2. เนื่องจากเทคโนโลยีดังกล่าวเป็นวิธีการตรวจแบบไม่เจ็บตัว อีกทั้งสามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ จึงส่งผลกระทบต่อวิธีการตรวจภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวานในปัจจุบัน ได้แก่ วิธีการตรวจคีโตนบอดีจากเลือด (วิธีเจ็บตัว) และจากปัสสาวะ (มีความแม่นยำต่ำ)

3. การประยุกต์ใช้เครื่อง G-breath เพื่อวางแผนในเฝ้าระวังภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผลสำเร็จในการพัฒนาเครื่อง G-breath นี้จะเป็นประโยชน์ทางด้านการแพทย์ในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยในเบื้องต้นอย่างง่ายด้วยวิธีไม่เจ็บตัว ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในลำดับขั้นถัดไป

4. หากเกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีดังกล่าวไปสู่ภาคเอกชน สามารถนำไปสู่การทดสอบในระดับคลินิกที่เพิ่มขึ้น จะนำไปสู่ระยะของการผลิตเครื่องมือดังกล่าวเพื่อทำการตลาดทั้งในและต่างประเทศ

ชื่อโครงการ/กิจกรรมสำคัญ การพัฒนาประสิทธิภาพทางการคลังที่ยั่งยืนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ และแบบจำลองการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ

ความเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง, ระบบบริการก้าวหน้า

หลักการและเหตุผล

วัตถุประสงค์

เป็นการวิจัยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต และช่วยสร้างความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ และ คาดการณ์ความต้องการ และรูปแบบการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย รวมทั้งเสนอแนะการบริหารจัดการกำลังคนสุขภาพภาครัฐ

ผลการดำเนินงาน

1. พื้นที่การคลัง หรือ fiscal space ของค่าใช้จ่ายสุขภาพประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณจากภาครัฐ เพื่อประเมินตัวชี้วัดตามกรอบ Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency (SAFE) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความยั่งยืนและความเพียงพอเป็นเรื่องที่น่ากังวลมากสำหรับประเทศไทยในอีกอย่างน้อย 10 ข้างหน้า นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผลกระทบทางเศรษฐกิจ และส่งผลต่อรายได้และงบประมาณของรัฐบาล ซึ่งเมื่อประเมินแนวโน้มในปี 2030 แล้ว ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะเกินเป้าหมาย SAFE ทุกตัวชี้วัดทางด้านความยั่งยืน (Sustainability) และ ความเพียงพอ (Adequacy)

ซึ่งงานวิจัยนี้ได้วิเคราะห์เชิงปริมาณสำหรับแนวทางบูรณาการ 3 กองทุนหลัก แบ่งเป็น 3 รูปแบบ โดยกำหนดฉากทัศน์ให้เริ่มดำเนินนโยบายตั้งแต่ปี 2025 พบว่า การทำ Risk Pooling ด้านต้นทุน (เพื่อเป็นการร่วมจ่าย) สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะสามารถลดงบประมาณได้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางอื่น คือ การกำหนดให้แรงงานรุ่นใหม่เปลี่ยนเป็นสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ การกำหนดให้ต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมคงที่

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์การเมือง (political economy analysis) พบว่า มีความเป็นไปได้ที่จะหาแหล่งรายได้เพื่อระบบสวัสดิการสังคมถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น การเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มแบบกำหนดให้นำไปใช้จ่ายด้านสวัสดิการให้ประชาชน (Earmarked VAT) และ การปฏิรูปภาษีทั้งระบบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ (Tax-reform for wealth redistribution) รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญงบประมาณใหม่ (Budget reprioritization) ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการผลักดันทางการเมือง จึงจะเกิดขึ้นเป็นจริงได้ โดยสามารถใช้เป็นนโยบายทางการเมืองที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยเป็นหลักประกันสุขภาพและรักษาคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลและสังคม แต่ยังช่วยสร้างสังคมที่ยุติธรรม มีสันติสุขและความปรองดองในระยะยาว

2. การจัดเครือข่ายสุขภาพเชิงพื้นที่ โดยศึกษาการจัดสรรทรัพยากรบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในเขตพื้นที่เดียวกัน รวมทั้งการจัดให้มี public-private partnership พบว่า การจัดเครือข่ายระดับบริการใกล้เคียงกัน เช่น รวมระดับปฐมภูมิ พุติภูมิระดับต้นและระดับกลาง ในระดับอำเภอ จะสามารถช่วยลดการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพได้ดี

นอกจากนี้ การจัดสรรบุคลากรโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สังกัด สป.สธ. ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน จะลดภาระงานเฉลี่ยต่อหัวของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. เพียงเล็กน้อยเมื่อพิจารณาในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายจังหวัด จะลดภาระงานเฉลี่ยต่อหัวลงได้ประมาณร้อยละ 10 หรือมากกว่า สำหรับหลายจังหวัดใหญ่

ผลลัพธ์ต่อกลุ่มเป้าหมาย

การพัฒนาประสิทธิภาพทางการคลังที่ยั่งยืนสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านวิชาการและการขับเคลื่อนนโยบาย และเครือข่ายภาคประชาชน ร่วมกันผลักดันกลยุทธ์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข เพราะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ทำให้คนไทยมีสุขภาพดี จะเป็นผลให้ผลิตภาพเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำและความยากจน

2. ประเทศไทยต้องมีการทำ earmarked VAT โดยการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับสวัสดิการ หรือ มีการปฏิรูปภาษีโดยเน้นการเก็บภาษีความมั่งคั่งจากคนรวย เพื่อนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นนี้มาให้ priority กับด้านสาธารณสุข (เช่น ไม่นำส่วนที่เพิ่มไปซื้ออาวุธ) โดยเน้นเป้าหมายของการใช้เงินที่ให้ความสำคัญต่อผู้ที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ สังคม และกลุ่มเปราะบางหากไม่หาทางเพิ่มรายได้ให้กับภาครัฐ ประเทศไทยจะมีความเสี่ยงจากปัญหา Fiscal Space ที่ไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสาธารณสุขโดยรวม เพื่อรองรับสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

3. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านเห็นตรงกันว่า ควรจะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาประสิทธิภาพและการลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และหลายท่านยังระบุว่า จะต้องแก้ปัญหาการรั่วไหลจากต้นทุนและคุณภาพการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน (practice variation) รวมทั้งการใช้ยาและเทคโนโลยีที่ไม่มีความจำเป็น

4. พิจารณาการทำ Risk Pooling ด้านต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ที่มีกำลังจ่าย เช่น จัดให้มีระบบชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม โดยรับประกันความเป็นธรรมให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ และคุ้มค่า ในขณะที่มีความยืดหยุ่นในการให้ทางเลือกสิทธิประโยชน์เสริมสำหรับผู้ที่มีความสามารถร่วมจ่าย โดยสร้างค่านิยมการ “เฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุข” เพื่อความปรองดองในสังคม และทำให้ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ

5. กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะเร่งกำหนดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังข้อเสนอของ ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์และ คณะ (2556) แล้วปรับขับเคลื่อนแบบบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำ เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและช่องว่างทางการคลัง (fiscal space) ให้ระบบสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ

6. ในระยะยาว ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อปท. เพื่อจัดสรรรายได้ส่วนเพิ่มที่ได้จากภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง สำหรับการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้กับชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ และ long-term care อย่างไรก็ดี ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง มีอัตราภาษีที่ต่ำเกินไป และมีช่องโหว่ในการเลี่ยงภาษีได้ง่าย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงต้องหามาตรการเพื่อชดเชยในด้านสาธารณสุข

เมื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถเก็บรายได้ตามเป้าหมายเช่นปัจจุบัน ในขณะที่เครือข่ายสาธารณสุข และ ประชาคมสุขภาพ ควรช่วยกันเรียกร้องและผลักดันในฐานะภาคีฝ่ายประชาชนให้มีการปฏิรูปภาษีเพื่อความ เป็น ธรรมและสามารถเป็นรายได้รัฐมากขึ้น โดยกำหนดเป็นเป้าหมายขับเคลื่อนเพื่อประโยชน์ทางสาธารณสุข 7. ทบทวนเป้าประสงค์ของกรอบ SAFE เพื่อรองรับอนาคต และเพิ่มเติมในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติให้ชัดเจน ซึ่ง ในแผนปัจจุบัน คือ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการคลังสุขภาพ เพียงรายการเดียว คือ “๕) รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ ๕)” หรือ รายจ่ายด้านสุขภาพไม่เกินร้อยละ 5 ของ GDP ($THE \leq 5\% \text{ of GDP}$) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนาและสร้าง ความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดสำหรับงบประมาณในการลงทุนพัฒนาด้าน สาธารณสุขของประเทศ ดังนั้น จึงควรที่จะมีการกำหนดเป้าหมาย ทั้งเรื่องความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ ความ เพียงพอ ความเป็นธรรม และควมมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นกรอบเวลาที่มีการปรับตามสถานการณ์ของ ระบบสาธารณสุขและประเทศ เพื่อให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องตามสภาพความเป็นไปในอนาคต

แบบจำลองการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ

1. ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรมีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ระดับบริการ และพื้นที่ ในขณะที่มี การล้นเกินในบางระดับบริการ และบางพื้นที่ จึงควรที่จะพัฒนาการกระจายอำนาจ (decentralization) ออกไป ให้กับเขตสุขภาพ เพื่อให้มีอิสระ (autonomy) ในการบริหารจัดการกำลังคนสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้อง กับความต้องการและข้อจำกัดของทรัพยากรภายในพื้นที่รูปแบบการพัฒนาการจัดเครือข่ายสุขภาพ ไม่จำเป็นต้อง ใช้แนวทางเดียวกันเหมือนกันทั้งประเทศ (one-size fits all) แต่ให้ทางเขตสุขภาพ สาธารณสุขจังหวัด และ สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้ร่วมกันตัดสินใจ และพิจารณาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับบุคลากรและแต่ละโรงพยาบาล ภายในแต่ละพื้นที่ให้รอบคอบ อย่างไรก็ตาม แนวคิดหลักควรจะต้องเหมือนกัน คือ กำหนดเป้าหมายของแต่ละ พื้นที่ โดยกำหนดจากตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมีระบบความรับผิดชอบ (accountability) ที่ให้โอกาสความก้าวหน้าของบุคลากรที่ทำงานในเครือข่าย โดยกำกับดูแลด้วยตัวชี้วัดตาม ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และปรับเป้าหมายตามความต้องการของพื้นที่

2. พัฒนาระบบติดตามและประเมินประสิทธิภาพของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ผ่านการบูรณาการระบบ ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ทั้งระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม ระบบสารสนเทศบุคลากรสาธารณสุข ระบบสารสนเทศด้านการเงินการคลัง และระบบฐานข้อมูลอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์สร้างองค์ความรู้ให้การ กำหนดนโยบายพัฒนาการบริหารจัดการทรัพยากรและแก้ไขปัญหาในเชิงระบบได้อย่างต่อเนื่อง

3. เอื้ออำนวยการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ โดยลดกฎระเบียบที่ไม่จำเป็นและเพิ่มแรงจูงใจสำหรับตัวชี้วัด เป้าหมายที่สำเร็จ เพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจให้มีอิสระในการตัดสินใจ (autonomy) พร้อมทั้งมีความ รับผิดชอบ (accountability) กำกับดูแล

4. มีนโยบายส่งเสริมโดยให้แรงจูงใจ เช่น ขยายโอกาสด้านความก้าวหน้าในอาชีพ สร้างการทำงานเป็นทีม ที่เข้มแข็ง และเพิ่มเติมนวัตกรรมด้านที่พักรักษาและค่าเดินทาง

5. ปรับระบบให้เน้น primary care services และทำให้เป็นระบบที่มี general practitioner (GP) เข้มแข็งในระดับชุมชน โดยในอนาคตควรจะมีค่าธรรมเนียมในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ หาก

คนไข้เข้ามารับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง โดยไม่ได้ผ่าน GP และไม่ใช้กรณีฉุกเฉิน ซึ่งแน่นอนว่า เงื่อนไขเบื้องต้นที่สำคัญประการหนึ่ง คือ เร่งแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลในระบบปฐมภูมิ

6. เร่งพัฒนาระบบ telemedicine และโครงการรับยาใกล้บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

7. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่ายเชิงพื้นที่ และสำหรับภาพรวมระดับประเทศ อย่างสอดคล้องกับแผนการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยระยะสั้นต้องเร่งแก้ปัญหาวิกฤตภาระงานของบุคลากร ส่วนระยะยาวจะต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรต่อประชากร ซึ่งควรจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อยที่ระดับครึ่งหนึ่งของค่าเฉลี่ยโลก

8. วางแผนกำลังคนสุขภาพในรูปแบบ Public-Private Partnership ณ ระดับบริการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เป็นระบบ Gatekeeper ที่แข็งแกร่ง สามารถจัดสรรคนไข้ไปเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ตรงตามระดับบริการที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยขอเสนอว่า ควรที่จะต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานกำกับดูแลกิจการโรงพยาบาลเอกชนให้ทั้งระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและมีความยุติธรรม รวมถึงกำหนดให้มี public service obligation หรือจัดเก็บในรูปค่าธรรมเนียมใบอนุญาต เพื่อเป็นการจัดสรรทรัพยากรจากภาคเอกชน มาช่วยดูแลสุขภาพประชากร โดยกำกับดูแลให้มีเงื่อนไขและข้อกำหนดที่จะมีผลต่อการขออนุญาตเปิดให้บริการหรือการต่อใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ทั้งนี้ก็เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมาย ซึ่งการเริ่มดำเนินการจัดสรรบุคลากรร่วมกับภาคเอกชน ก็ควรจะต้องเน้นที่จังหวัดใหญ่ เช่น สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร เชียงใหม่ และภูเก็ต เพราะผลการคำนวณการจัดสรรบุคลากรร่วมกับภาคเอกชนแสดงให้เห็นว่า สามารถลดภาระงานเฉลี่ยต่อหัวของกำลังคนสุขภาพ สังกัด สป.สธ. ได้ค่อนข้างมาก เนื่องจากมีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ภายในจังหวัด



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

<https://www.hsri.or.th/>



คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

<https://kb.hsri.or.th/dspace/>