ประกาศสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ที่ ๓ /๒๕๖๙
เรื่อง ประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐

---

1. หลักการและเหตุผล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาด้านระบบสุขภาพในเชิงระบบได้อย่างครอบคลุม และสามารถนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ทันต่อบริบทและสถานการณ์ รวมถึงความท้าทายในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อปัญหาสุขภาพของประชากรไทยอย่างรวดเร็ว ผันผวน และซับซ้อนมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ภายใต้ขอบเขตการวิจัยที่มุ่งเน้นการยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมรับโรคระบาดระดับชาติโรคอุบัติใหม่ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงมุ่งเน้นการสร้างความสามารถและยกระดับการให้บริการจีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำเพื่อให้เกิดบริการการรักษาที่มีความแม่นยำสูง โดยมีความเชื่อมโยงกับแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) การวิจัยที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างแนวปฏิบัติที่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกช่วงวัยของประชากร เพื่อให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 สนับสนุนการวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อมุ่งเน้นการยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้สามารถลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) และรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล โดยการใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ที่ครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและภัยสุขภาพ และการพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

2.2 สนับสนุนการวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันภายใต้แผนงานวิจัยจีโนมิกส์ประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการสร้างความสามารถและยกระดับการให้บริการจีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำเพื่อให้เกิดบริการการรักษาที่มีความแม่นยำสูง

3. ขอบเขตการดำเนินงาน

สวรส. ประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 ภายใต้ 4 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงานพัฒนาระบบบริการเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ 2) แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและภัยสุขภาพ 3) แผนงานพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ และ 4) แผนงานสร้างความสามารถและยกระดับการให้บริการจีโนมิกส์ และการแพทย์แม่นยำเพื่อให้เกิดบริการการรักษาที่มีความแม่นยำสูง โดยมีความเชื่อมโยงกับแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) วัตถุประสงค์และผลลัพธ์หลัก และกรอบการวิจัย ในแต่ละแผนงานวิจัยของ สวรส. ดังนี้

แผนด้าน ววน. ...

- **แผนด้าน ววน.** P10 (S2) ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมรับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่

แผนงานย่อย

N15 (S2P10) พัฒนาระบบบริการเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ

N16 (S2P10) พัฒนาระบบสุขภาพในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและภัยสุขภาพ

N17 (S2P10) พัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

หมายเหตุ S=ยุทธศาสตร์, P=แผน, N=แผนงานย่อย (Non flagship)

วัตถุประสงค์และผลลัพธ์หลัก (Objectives and key results: OKRs)

Objective ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้สามารถลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) และรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ อย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผล โดยการใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม

Key result

KR1 จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บ และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่

KR2 จำนวนกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ (Consortium) ที่ประกอบด้วยเครือข่ายสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ซึ่งกระจายในทุกภูมิภาค และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ที่แสดงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการช่วยเหลือ/สนับสนุนประเทศและ/หรือพื้นที่ให้สามารถรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ เพิ่มขึ้น

KR3 จำนวนเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่ถูกนำไปใช้และเกิดผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ และการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ

KR4 จำนวนนโยบายและมาตรการที่ได้ประกาศใช้ ในระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ ซึ่งพัฒนาโดยใช้การวิจัย และแสดงผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) เพิ่มขึ้น

KR5 จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการจากระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ ที่เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่

3.1 กรอบการวิจัย...

3.1 กรอบการวิจัยแผนงานพัฒนาระบบบริการเพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ

3.1.1 การเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

การพัฒนางานวิจัยด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศ พบว่ายังมีช่องว่างในประเด็นใหญ่ๆ คือ

1) คุณภาพของงานวิจัยในระยะ Preclinical ที่ยังขาดหลักฐาน หรือข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้เพื่อนำไปสู่การวิจัยต่อยอดทางคลินิก (Clinical trial) ได้ ทำให้ประเทศไทยมีงานวิจัยพื้นฐานและงานวิจัยพัฒนาต้นแบบ (Prototype) ทางการแพทย์เป็นจำนวนมากแต่ไม่สามารถไปสู่การพัฒนาเพื่อการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จริง

2) การเพิ่มกระบวนการผลิต (scale up process) จากระดับ Lab scale ไป Industrial scale เพื่อการวิจัยทางคลินิก หรือ Implementation research หรือการขยายผล ที่ต้องมีการผลิต Prototype หรือผลิตภัณฑ์ตามหลักเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ซึ่งพบประเด็นปัญหาที่ไม่สามารถหาสถานที่ผลิตได้ เนื่องจาก เทคโนโลยีก้าวหน้าเกิน Infrastructure ที่มี หรือไม่มีสถานที่ผลิตที่มีมาตรฐานตามกำหนดฯ หรือไม่พอเพียง

3) การพัฒนางานวิจัยทางคลินิกเพื่อให้ได้หลักฐานการวิจัยว่ามีประสิทธิภาพความปลอดภัยและคุณภาพ มาตรฐานที่สามารถนำไปสู่การขึ้นทะเบียนอนุมัติเพื่อนำไปใช้จริงได้ เนื่องจากปัญหาความซับซ้อนของกระบวนการวิจัย งบประมาณการลงทุนวิจัยสูง และมีความเสี่ยงมากที่จะไม่สำเร็จ รวมทั้งขาดกระบวนการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)

4) กระบวนการบริหารจัดการงานวิจัยที่ขาดกลไกจัดการแบบองค์รวมหรือการเชื่อมต่อจากงานวิจัยไปสู่การนำไปใช้ต้องการกลไกของสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งการทดสอบมาตรฐานของทั้งกระบวนการผลิตและผลิตภัณฑ์ การเพิ่มการผลิต และ Guideline/regulatory ในการขึ้นทะเบียนอนุมัติ ในทุกระดับของวิจัยพัฒนาตลอดจนถึงการใช้งานจริง

5) ความรู้ความเข้าใจใน Ecosystem ของระบบและกระบวนการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานวิจัยในแต่ละระยะและระดับจนถึงการนำไปใช้จริงในระบบ ที่ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจตลอดจนสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขาดระบบ Consultation ให้คำแนะนำในกระบวนการวิจัยพัฒนาจนนำไปสู่ของการขึ้นทะเบียนเพื่อผลิตและใช้

6) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ (Health information) ทั้งข้อมูลงานวิจัยทางด้านสุขภาพ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพ ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ งานเวชระเบียน ตลอดจนข้อมูลทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานทางสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการบริการทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัย การรักษา การพยากรณ์โรค และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย รวมทั้งนำไปใช้เป็นเพื่อเป็นแนวทางในการวางนโยบายและการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร เวชปฏิบัติ การประเมินผลนโยบาย ตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการเฝ้าระวังและปรับปรุงระบบบริการที่มีอยู่

การลดช่องว่างในประเด็นดังกล่าวจะต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบเชื่อมต่อ พัฒนากลไกการส่งเสริมการวิจัยอย่างครบวงจร ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบวิจัยสู่การนำไปใช้ประโยชน์ และแก้ปัญหาในเชิงระบบได้ จึงเห็นความจำเป็นของการเสนอแผนงานเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในปีงบประมาณ 2570 เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาศักยภาพของงานวิจัยด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งระบบเพื่อให้เกิด

<u>การนำวิจัย...</u>

การนำวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพหรือเข้าสู่เชิงพาณิชย์ สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และสร้างความมั่นคงทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศได้

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

แผนงานวิจัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ มุ่งสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ตอบสนองความต้องการของประเทศ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงในระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดกรอบการวิจัยเพื่อ

1. พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นความต้องการสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่มีมูลค่าการนำเข้าสูง มีปริมาณการใช้จำนวนมาก และอยู่ในรายการเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อทดแทนการนำเข้าและเพิ่มศักยภาพการพึ่งพาตนเองของประเทศ

2. สนับสนุนเทคโนโลยีที่ช่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมการป้องกัน การวินิจฉัย การดูแล และการรักษา

3. ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วย เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชน โดยเฉพาะการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีราคาสูง หรือมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

<u>ขอบเขตและลักษณะโครงการวิจัยที่สนับสนุน</u>

1. การวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

2. การวิจัยเพื่อสนับสนุนการผลิต การขยายผล การถ่ายทอดเทคโนโลยี หรือการพัฒนาโมเดลธุรกิจเพื่อนำเทคโนโลยีไปสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์

3. การพัฒนารูปแบบ (model) กลไก หรือแพลตฟอร์มในการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ไปใช้ในระบบบริการสุขภาพจริง รวมถึงการเชื่อมต่อหรือบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับระบบบริการที่มีอยู่

4. การศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาหรือแนวเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) จากการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ เพื่อช่วยลดภาระโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

<u>ผลลัพธ์ที่กำหนด</u>

แผนงานฯ มุ่งเน้นสนับสนุนโครงการวิจัยที่สามารถส่งมอบผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระบบบริการสุขภาพ หรือมีศักยภาพต่อยอดเชิงพาณิชย์ ภายในระยะเวลา 2 ปี เช่น

1. ผลิตภัณฑ์หรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองหรือขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

2. แพลตฟอร์มหรือระบบบริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถนำไปใช้ในระบบบริการ และมีศักยภาพได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การเกิดรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือการให้บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์

4. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึง การลดภาระโรค ลดภาระค่าใช้จ่าย หรือเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ จากการนำเทคโนโลยีหรือแนวเวชปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในระบบบริการ

3.1.2 การวิจัยการจัดการเชื้อดื้อยา

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

สถานการณ์และบริบทในประเทศไทย พบประเด็นสำคัญดังนี้ ภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจ โดยประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ AMR ประมาณ 38,000 รายต่อปี และสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

กว่า 40,000 ล้านบาท เชื้อที่ดื้อยาอย่างรุนแรงในโรงพยาบาลไทยที่น่ากังวลคือ Acinetobacter baumannii และ Klebsiella pneumoniae ที่ดื้อต่อยาคาร์บาพีเนม (Carbapenem)

ความก้าวหน้าตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการใช้ยาในมนุษย์ได้ ร้อยละ 33.6 และในสัตว์ ร้อยละ 39.3 ซึ่งเกินเป้าหมายขั้นต้น อย่างไรก็ตาม อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นในบางพื้นที่ โดยเฉพาะ การจัดการในระดับชุมชน ซึ่งยังพบการใช้ยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสมในโรคที่ไม่ติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น โรคหวัด ซึ่งเป็นจุดโหว่สำคัญของระบบ

ช่องว่างที่เป็นโอกาสในการพัฒนามีดังนี้

1) ข้อมูลและระบบเฝ้าระวังที่แยกส่วน แม้จะมีระบบ Thai-SAC (Thailand Surveillance of Antimicrobial Consumption) และ NARST (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand) (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ) แต่ข้อมูลระหว่างส่วนของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม (One Health) ยังไม่เชื่อมโยงกันในระดับปฏิบัติการ ทำให้การตอบโต้เหตุการณ์ไม่ทันท่วงที

2) ช่องว่างที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของโปรแกรมการจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship: ASP) ในโรงพยาบาลขนาดเล็กและเครือข่ายปฐมภูมิ ซึ่งยังขาดกลไกจูงใจและทรัพยากรที่ยั่งยืน

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

ประเด็นวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ที่จะทำให้เกิดเกิดผลลัพธ์ในระยะสั้น ประกอบด้วย

1) One Health Surveillance Integration & Actionable Data โจทย์วิจัย คือ การพัฒนาต้นแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการใช้ยาและเชื้อดื้อยาจากระบบปศุสัตว์เข้ากับระบบสุขภาพมนุษย์ในระดับจังหวัด เพื่อสร้างระบบเตือนภัยล่วงหน้า เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อจากสัตว์สู่คน และการพัฒนาการประมวลผลด้วย AI เพื่อจำกัดวงการระบาดก่อนเข้าสู่ระบบโรงพยาบาล

2) Social & Behavioral Economics โจทย์วิจัย คือ การประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมโดยมีตัวแปรหรือตัวชี้วัดที่อยู่ในระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม และให้คำแนะนำปรับพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์และร้านยาคุณภาพที่ Point of Care ซึ่งให้ผลเร็วกว่าการอบรมความรู้ทั่วไป

<u>ข้อกำหนดขั้นต่ำของข้อเสนอโครงการ</u>

งานวิจัยต้องตอบโจทย์ปัญหาจริงของผู้กำหนดนโยบายและหน่วยบริการ และมีภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมตั้งแต่การออกแบบการวิจัย ผลลัพธ์ต้องสามารถแปลงเป็นทางเลือกเชิงนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน แสดงความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการขยายผลในบริบทการใช้งานจริง ทั้งนี้ต้องมีแผนการสื่อสารและการนำไปใช้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างยั่งยืน

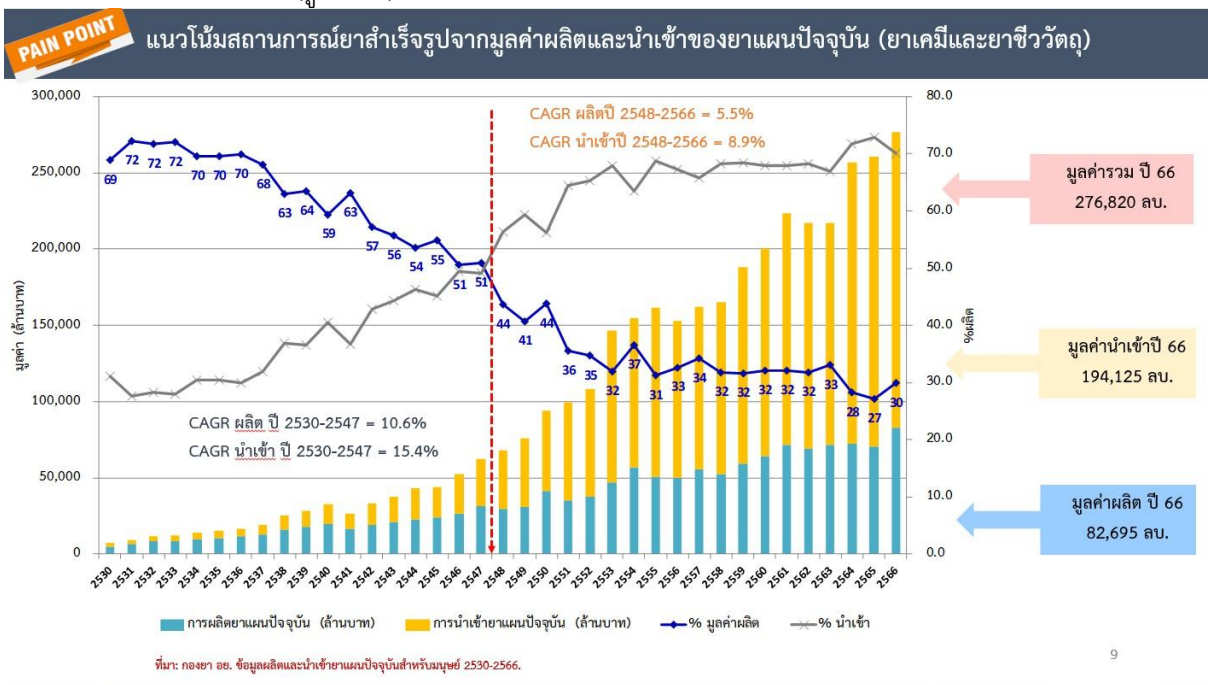
3.1.3 การวิจัยและพัฒนาระบบยา

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ยาเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนในการรักษา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ การที่ประเทศมีความเข้มแข็งพึ่งพาตัวเองด้านยาได้ และสามารถทำให้ประชาชนได้เข้าถึงยาจำเป็นอย่างเท่าเทียม จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศในภาพรวม ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) เป้าหมายที่ 3 มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี Target 3.8 จึงให้

ความสำคัญกับยา และให้การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ อย่างปลอดภัยและสมเหตุผล ในราคาที่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่าย เป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบยา เป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบสุขภาพทั้งระบบ และยังมีผลเกี่ยวโยงกับระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากข้อมูลแนวโน้มร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบันในประเทศไทย (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2530-2566 พบว่าการผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับการนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทางตรงกันข้ามกับการผลิตในประเทศ มูลค่าการนำเข้ายามีสัดส่วนสูงกว่าการผลิต คือ 2:1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการพึ่งพาตนเองด้านยาในประเทศไทย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 สัดส่วนการผลิตและนำเข้ายาในประเทศ 2530-2566 (1987-2023)

สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนศักยภาพของประเทศในการจัดหายาที่จำเป็นของภาคอุตสาหกรรมยาในประเทศรวมทั้งการใช้ยานำเข้ามูลค่าสูง โดยในภาพของการบริโภคยาระดับประเทศ พบว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งต่อประชากรและรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ความต้องการรับบริการสาธารณสุขแต่ไม่ได้รับบริการ (Unmet health need) ของบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น มีหลักฐานการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลค่อนข้างสูงในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสถานพยาบาลจนถึงชุมชน ประชาชนในเขตเมืองที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายทำให้สุ่มเสี่ยงต่อการใช้ยาเกินความจำเป็น ขาดการดูแลตนเองเบื้องต้นทำให้เกิดการสูญเสียรายจ่ายค่ายาโดยไม่จำเป็น และทำให้ปัญหาเชื้อดื้อยาทวีความรุนแรงมากขึ้น จนก่อให้เกิดความสูญเสียด้านชีวิตและสุขภาพ

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

เพื่อจัดการปัญหาด้านยาภายในระบบสุขภาพไทย ให้ประชาชนได้เข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพ มีการใช้ยาสมเหตุผล และประเทศมีความมั่นคงด้านยาที่ยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้ประกาศนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2566-2570 ซึ่งกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินการ มุ่งเน้นการสร้างความมั่นคงทางยา โดยการสนับสนุนการผลิตยาในประเทศเพิ่มประสิทธิภาพ

<u>ในการจัดการ...</u>

ในการจัดการห่วงโซ่อุปทานยา พัฒนากลไกการเข้าถึงยา มีการจัดการกลไกราคายา และส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นต้น

การวิจัยและพัฒนาระบบยา ภายใต้ สวรส. มีหน้าที่ดูแลจัดการสร้างองค์ความรู้ผ่านการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อนให้เกิดการนำไปใช้ประโยชน์ ได้กำหนดกรอบวิจัย ตามสถานการณ์การเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมของระบบสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ ดังนี้

1) ศึกษาการออกแบบและยกระดับการบริการ สถานบริการนวัตกรรม ที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน ร่วมกับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ และแบ่งเบาความแออัดในโรงพยาบาล ทั้งในรูปแบบบริการปกติและบริการทางไกล

2) ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตลอดจนควบคุมและป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ด้วยการบูรณาการกลไก เครื่องมือ การเฝ้าระวัง และสื่อสารรณรงค์เกิดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งกลุ่มบุคลากรการแพทย์ หน่วยงาน และประชาชนทั่วไป

3) ศึกษาและออกแบบกลไกบริหารเวชภัณฑ์เพื่อ สนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพในห่วงโซ่คุณค่าด้านยา (Drug supply chain) ตั้งแต่การผลิต/นำเข้า จัดซื้อจัดหา และกระจายยา

4) พัฒนาข้อเสนอแนะต่อแนวทาง กฎหมาย ระเบียบ ที่ยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนา การผลิตยา การจัดการเวชภัณฑ์ยา และการใช้ยาในภาคประชาชน เช่น พรบ.ยา พรบ.จัดซื้อจัดจ้าง พรบ.สิทธิบัตร เป็นต้น

5) พัฒนาระบบสารสนเทศและการรายงาน เพื่อนำข้อมูล/หลักฐานมาใช้ประกอบการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ การพัฒนาระบบและกลไกการควบคุมยา การปรับปรุงการบริหารเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดหาและกระจายยาที่มีปัญหา โดยเฉพาะกลุ่มยาราคาแพง ยากำพร้า ยาโรคหายาก

3.2 กรอบการวิจัยแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและภัยสุขภาพ

3.2.1 แผนงานวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและภัยสุขภาพ

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ระบบสุขภาพไทยเผชิญกับภัยสุขภาพทั้ง Health emergencies, Communicable disease, Non-communicable disease โดย ปี 2568 ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์ที่กระทบต่อระบบสุขภาพ เช่น สงคราม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ น้ำท่วมฉับพลัน แผ่นดินไหว จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการจัดระบบบริการเพื่อรองรับเหตุการณ์หากเกิดภัยพิบัติในปี 2569 หรือในอนาคต เนื่องจากยังมี Gap ในด้านระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ระบบกำลังคน ระบบการเงินการคลังเพื่อเบิกจ่ายให้เพียงพอกับการจัดบริการในภาวะฉุกเฉิน

ในขณะที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น มะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งตับ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประชากรไทย สาเหตุสำคัญของมะเร็งตับ ได้แก่การติดเชื้อ HBV, HCV, การดื่มสุราเรื้อรัง ไขมันพอกตับ ซึ่งโรคไขมันพอกตับนี้พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยเบาหวานและโรคอ้วน การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นจะเพิ่มโอกาสการรักษาให้หายขาดได้อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยในระยะท้ายของโรค เนื่องจากขาดการติดตามเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ป่วยตับแข็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัยโรคในระยะลุกลามและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาโรคตับและมะเร็งตับแบบบูรณาการที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่สอดคล้องกับการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขและสามารถยกระดับการเข้าถึงบริการ ตั้งแต่การป้องกัน การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งตับ เพื่อเสริมประสิทธิภาพของการดูแลรักษาโรคตับและมะเร็งตับ

ควรมีองค์ความรู้ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญและโครงสร้างพื้นฐานแตกต่างกัน เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์โรคมะเร็งแห่งชาติ และเป้าหมายการกำจัดไวรัสตับอักเสบขององค์การอนามัยโลก ควรมีองค์ความรู้ที่ทันสมัยในสร้างความตระหนักรู้สำหรับประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ การคัดกรองและรักษาไวรัสตับอักเสบและโรคไขมันพอกตับ การเฝ้าระวังมะเร็งตับร่วมกับการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการรักษามะเร็งตับแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

นอกจากนั้นในช่วงที่ผ่านมา มีนโยบายสุขภาพจำนวนมากที่เกิดขึ้น แต่มีจำนวนไม่มากที่ได้รับการประเมินผล เช่น นโยบายที่เกี่ยวข้องกับ NCD เช่น DM remission, Low value care จึงควรมีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินผลนโยบายทั้ง Analysis of policy และ Analysis for policy อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ สวรส. สนับสนุนทุนวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า การบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณมากเกินไปถือเป็นหนึ่งในสาเหตุของการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ผล NHES ครั้งที่ 7 พบว่า คนไทยมีการบริโภคเกลือและโซเดียมสูงเกือบ 2 เท่า ของปริมาณที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ อีกทั้งมีมากกว่า 22 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียม ซึ่งในระยะยาวหากผู้ป่วยในโรค NCDs เหล่านี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ไม่เพียงแต่คุณภาพชีวิตที่จะสูญเสียไปจากการเจ็บป่วย แต่ยังหมายถึงภาระทางงบประมาณของรัฐในการดูแลรักษา เช่น ในปี 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทน 5.6 หมื่นคน ขณะที่ในปี 2568 สปสช. มีการใช้งบประมาณถึง 1.7 หมื่นล้านบาท เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตกว่า 9 หมื่นคน อีกทั้งยังมีการคาดการณ์ว่า ถ้าหากประเทศไทยยังแก้ไขเรื่องนี้ได้ไม่ดี จะส่งผลให้มีผู้ป่วยที่รับฟอกไตเพิ่มขึ้นอีก 4-5 เท่าในเวลา 10 ปี

เมื่อดูระบบบริการที่รองรับภัยสุขภาพทั้ง Health emergencies, Communicable disease, Non-communicable disease ก็พบว่ามีปัญหากำลังคนด้านสุขภาพ เช่น ภาระงานเกินสมดุล ตามที่เห็นในข่าวพยาบาลเสียชีวิต และชั่วโมงปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับชุมชนและจังหวัด ซึ่งขาดเกณฑ์ควบคุมชั่วโมงทำงานและเวรต่อเนื่องที่ชัดเจน ระบบค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ไม่เป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำระหว่างภาครัฐและเอกชน และความไม่แน่นอนของแรงจูงใจ ทำให้บุคลากรจำนวนหนึ่งลาออกหรือย้ายไปทำงานนอกระบบ จำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับข้อเสนอในการคุ้มครองความปลอดภัยและสุขภาพบุคลากรในระบบ ทั้งในด้านความเสี่ยงวิชาชีพ ภาระงานที่เกินสมดุล สุขภาพกายและใจ และความรุนแรงทางสังคม รวมถึงการวางแผนกำลังคนโดยใช้ฐานจากการให้บริการจริงๆ มิใช่วางแผนโดยใช้เพียงสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร แรงดึงดูดจากภาคเอกชนและเศรษฐกิจสุขภาพ การขยายตัวของบริการสุขภาพเชิงพาณิชย์ ดึงบุคลากรที่มีประสบการณ์ออกจากระบบภาครัฐที่ต้องดูแลประชาชนส่วนมาก ทำให้พื้นที่ชนบทและโรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนหนักขึ้น นอกจากนั้นมีการฉายภาพอนาคตระบบสุขภาพไทยในหลายฉากทัศน์ โดยมีความเป็นไปได้ที่จะมีทิศทางที่อุตสาหกรรมสุขภาพจะเติบโตด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ควบคู่กับหลักการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจโดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบที่ความต้องการการดูแลและกำลังคนจะสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์รองรับปัญหา labor intensive ในอุตสาหกรรมสุขภาพที่ได้ผลท่ามกลางความขาดแคลนกำลังคน การที่จะมีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอสำหรับอนาคตของประเทศ ในแต่ละฉากทัศน์ และมีความพร้อมรองรับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนทางการพยาบาล ที่เป็นผู้ขับเคลื่อนสำคัญในภาคอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันความขาดแคลนกำลังเป็นปัญหารุนแรงมากขึ้น เนื่องจาก

<u>การเปลี่ยนแปลง...</u>

การเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงานทั้งในประเทศและระดับโลก ดังนั้นควรมีการศึกษาพลวัตตลาดแรงงานในอุตสาหกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์แรงงาน จะทำให้เข้าใจถึงอุปสงค์ และอุปทาน เพื่อนำไปสู่การวางแผนกำลังคน ทั้งการผลิต การพัฒนา การใช้ การกระจายและการธำรงรักษา ในมิติที่กว้างขวางมากขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากระบบบริการ ระบบกำลังคนแล้ว ระบบอภิบาลสุขภาพก็มีความสำคัญโดยเฉพาะการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ ปัญหาความไม่สมดุลระหว่างสิทธิการรักษาที่รัฐประกาศกับงบประมาณจริงที่จัดสรรให้โรงพยาบาล และกลไกการจ่ายเงินที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริงของระบบบริการสุขภาพ เช่น Capitation / DRG สปสช. จ่ายค่าชดเชยต่อ RW ที่อัตราเฉลี่ยประมาณ 8,350 บาท ขณะที่ต้นทุนจริงของโรงพยาบาลทั่วไปเฉลี่ยกว่า 17,000 บาท โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งรับรักษาผู้ป่วยซับซ้อนต้องรับภาระขาดทุนสะสมต่อเนื่อง เมื่อเงินไม่พอ สปสช. ต้อง “ลดค่า RW” หรือ “เลื่อนจ่าย” ส่งผลให้หน่วยบริการขาดสภาพคล่อง บางแห่งต้องกู้เงินระยะสั้นหรือใช้เงินบำรุงจนติดลบ การบริหารจัดการของหน่วยบริการ ด้านการเงินการคลังและภาระ เช่น การสำรองจ่าย ล่วงหน้าเพื่อดูแลผู้ป่วย ขณะที่การเบิกจ่ายจริงล่าช้ากว่า 2–3 เดือน หลายกรณีมีการจ่ายชดเชย “ผิดกองทุน” เช่น งบกองทุนโรคเฉพาะถูกนำไปหักลบกับงบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้หน่วยบริการไม่ได้รับเงินตามต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง การจ่ายชดเชยบางส่วน “ไม่ครบถ้วน” โดยเฉพาะในกรณีบริการเฉพาะทางที่มีหลายเงื่อนไขประกอบ การเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย “ย้อนหลัง” ทำให้หน่วยบริการที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดิมต้องถูกเรียกคืนเงินโดยไม่เป็นธรรม อัตราค่ารักษา/ค่าชดเชยไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง พบว่าการกำหนดค่า RW หรืออัตราค่าชดเชยในบางรายการไม่มีการปรับปรุงตามต้นทุนปัจจุบัน มีการกำหนดอัตราค่าชดเชย “ไม่เท่ากัน” ในรายการเดียวกันระหว่างกองทุน (รายการ FS / กองทุนโรคเฉพาะ) ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายบางรายการ เช่น กองทุนเฉพาะโรค ถูกกำหนดให้เบิกได้บางส่วน นอกจากนั้นปัญหาการบริหารจัดการของหน่วยงาน Purchaser เช่น การแต่งตั้งบอร์ด มีลักษณะ “เวียนตำแหน่ง” ระหว่างกลุ่มบุคคลเดิม ทำให้ขาดมุมมองใหม่และความเป็นตัวแทนประชาชนที่แท้จริง มีการแทรกแซงทางการเมือง เช่น การผลักดันนโยบายหรือจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับฝ่ายการเมือง (Policy maker) โดย organization อาจมีศักยภาพที่จำกัดในการต่อรองในระดับ policy มีการออกประกาศและแก้ไขหลักเกณฑ์ย้อนหลังโดยไม่มีการประเมินผลกระทบต่อหน่วยบริการหรือกระทบต่อหน่วยบริการในทางลบ

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1.1) ถอดบทเรียนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะก่อนเหตุ-ระหว่างเกิดเหตุ-หลังเกิดเหตุ ในบริบทสงครามชายแดน บริบทน้ำท่วมเฉียบพลัน บริบทแผ่นดินไหว และข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.2) การออกแบบระบบเพื่อยกระดับและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค การวินิจฉัยมะเร็งตับระยะเริ่มต้น และการรักษามะเร็งตับ รวมถึง NCDs อื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว มะเร็ง

1.3) การประเมินผลนโยบายสุขภาพ (Health policy evaluation) ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพทั้งในระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ เช่น Low value care

<u>1.4) การวิจัยประเมิน...</u>

1.4) การวิจัยประเมินการดำเนินนโยบาย (Implementation research) เช่น DM remission การจัดบริการดูแลประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรูปแบบการจัดบริการในโรงพยาบาล สถานชีวาภิบาล และการจัดบริการที่บ้าน

1.5) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำให้เกิดการป้องกันโรคที่เป็น Preventable Disease ที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน

1.6) ผลของการดำเนินงานลดโซเดียมในพื้นที่ เช่น โรงเรียน โรงงาน ชุมชน ต่อสุขภาพและ โรคไม่ติดต่อ

1.7) ผลกระทบจากนโยบายภาษี หรือ การจำกัดปริมาณโซเดียมสูงสุดต่อการปรับสูตรอาหารพร้อมบริโภคและภาวะเศรษฐกิจ

2) การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

2.1) การจัดทำระบบทะเบียนบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพของประเทศไทย (Professional registry)

2.2) การพัฒนาระบบวางแผนกำลังคน โดยใช้ภาระงานจริง ความต้องการบริการและภาระโรคในแต่ละพื้นที่เป็นตัวกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ต้องผลิตและจัดสรร เพื่อให้การลงทุนด้านบุคลากรตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และการออกแบบระบบในการบูรณาการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ. และสถาบันการศึกษา

2.3) การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการธำรงรักษากำลังคนในระบบสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล การมีกลไกพี่เลี้ยง การส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจ การลดภาระงานเกินขีดจำกัด การมีเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม การสนับสนุนที่พักและสวัสดิการ ระยะเวลาเพื่อการพัฒนาความรู้วิชาชีพ

2.4) การพัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในลักษณะ “ข้อมูลมาตรฐานชุดเดียว” ในระดับชาติ ผ่านแดชบอร์ดที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านกำลังคน ภาระงาน และการเงิน เพื่อตรวจประเมินผลกระทบต่อจำนวนบุคลากร ทักษะ ชั่วโมงการทำงาน ความปลอดภัย และอัตราการคงอยู่ ควบคู่กับการกำหนดมาตรการบรรเทาที่จำเป็น เช่น การเสริมกำลังคนชั่วคราว การปรับเพดานการอยู่เวร การชดเชยตามพื้นที่หรือตามประเภทงาน

2.5) การศึกษาตลาดแรงงานกำลังคนทางการพยาบาลในระบบสุขภาพอนาคต

2.6) แนวทางการรับมือหรือการสร้างระบบทดแทน กรณีประเด็นวิกฤตแพทย์/พยาบาลขาดแคลนในระบบสุขภาพภาครัฐ

3) การพัฒนาระบบอภิบาลด้านสุขภาพ

3.1) การวิจัยเพื่อวัดความเพียงพอของงบประมาณรวมและงบประมาณกองทุนต่าง ๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการกระจายตัวของงบประมาณรวมและงบประมาณกองทุนต่าง ๆของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรไปยังโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ ในพื้นที่ต่าง ๆ

3.2) การศึกษาปัจจัยในระดับโรงพยาบาลที่นำไปสู่การบริหารงบประมาณของโรงพยาบาล เช่น ที่ตั้ง ขนาด ประเภท จำนวนหัตถการ แหล่งรายได้-รายจ่าย จำนวนผู้ป่วย ขนาดของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียง และทิศทางในอนาคต

3.3) การวิเคราะห์ผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินแบบปิด (Capitation / DRG) ต่อความมั่นคงทางการเงินของหน่วยบริการ

<u>3.4) การวิเคราะห์...</u>

3.4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการสาธารณสุข รวมถึงผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ

3.5) การออกแบบระบบจูงใจ (Incentive Mechanism) สำหรับโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง

3.6) การสร้างฐานข้อมูลกลางด้านต้นทุนบริการสุขภาพระดับประเทศ

3.7) การประสานระหว่างกองทุนสุขภาพ 3 กองทุน (สปสช., สปส., กรมบัญชีกลาง) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

3.8) การสร้าง “ระบบ Early Warning” เพื่อตรวจจับภาวะเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ

<u>ผลลัพธ์ที่คาดหวัง</u>

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1.1) คู่มือหรือแนวทางการออกแบบระบบบริการเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เช่น สงคราม โรคระบาด หรือรับมือภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วมฉับพลัน แผ่นดินไหว เหตุการณ์ทางภูมิอากาศ (คลื่นความร้อน)

1.2) ข้อเสนอเชิงนโยบายการออกแบบระบบเพื่อยกระดับและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรค การวินิจฉัยมะเร็งตับระยะเริ่มต้น และการรักษามะเร็งตับ รวมถึง NCD อื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว มะเร็ง

1.3) ผลการประเมินนโยบายสุขภาพ (Health policy evaluation) ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพทั้งในระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ เช่น low value care

1.4) ผลการประเมินการดำเนินนโยบาย (implementation research) เช่น DM remission การจัดบริการดูแลประคับประคองในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งรูปแบบการจัดบริการในโรงพยาบาล สถานชีวาภิบาล และการจัดบริการที่บ้าน

1.5) แนวทางหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ทำให้เกิดการป้องกันโรคที่เป็น Preventable Disease ที่สามารถวัดผลได้ชัดเจน

2) การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

2.1) ระบบวางแผนกำลังคนโดยใช้ภาระงานจริง ความต้องการบริการและภาระโรคในแต่ละพื้นที่เป็นตัวกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ต้องผลิตและจัดสรร เพื่อให้การลงทุนด้านบุคลากรตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และการออกแบบระบบในการบูรณาการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ. และสถาบันการศึกษา

2.2) ข้อเสนอเชิงนโยบายในการธำรงรักษากำลังคนในระบบสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล การมีกลไกพี่เลี้ยง การส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจ การลดภาระงานเกินขีดจำกัด การมีเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม การสนับสนุนที่พักและสวัสดิการ ระยะเวลาเพื่อการพัฒนาความรู้วิชาชีพ

2.3) ระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในลักษณะ “ข้อมูลมาตรฐานชุดเดียว” ในระดับชาติ ผ่านแดชบอร์ดที่เชื่อมโยงข้อมูลด้านกำลังคน ภาระงาน และการเงิน เพื่อตรวจประเมินผลกระทบต่อจำนวนบุคลากร ทักษะ ชั่วโมงการทำงาน ความปลอดภัย และอัตราการคงอยู่ ควบคู่กับการกำหนดมาตรการบรรเทาที่จำเป็น เช่น การเสริมกำลังคนชั่วคราว การปรับเพดานการอยู่เวร การชดเชยตามพื้นที่หรือตามประเภทงาน

3) การพัฒนาระบบอภิบาลด้านสุขภาพ

3.1) ข้อเสนอหรือทางเลือกการจ่ายเงินโดยใช้ผลวิเคราะห์ผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินแบบปิด (Capitation/DRG)

<u>3.2) แนวทางการปรับปรุง...</u>

3.2) แนวทางการปรับปรุงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่าง สปสช. กับหน่วยบริการสาธารณสุข

3.3) ผลการประเมิน “ความคุ้มค่าเชิงระบบ” (Systemic Cost-Effectiveness) ของแต่ละนโยบายที่ออกโดยบอร์ดของ Purchaser

3.4) แนวทางการออกแบบระบบจูงใจ (Incentive Mechanism) สำหรับโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อให้ purchaser จ่ายเงินได้เร็วเมื่อตรวจสอบได้เร็ว

3.5) ฐานข้อมูลกลางด้านต้นทุนบริการสุขภาพระดับประเทศ

3.6) ข้อเสนอและแนวทางการประสานระหว่างกองทุนสุขภาพ 3 กองทุน (สปสช., สปส., กรมบัญชีกลาง)

3.7) Dashboard “ระบบ Early Warning” เพื่อตรวจจับภาวะเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ

<u>ข้อกำหนดขั้นต่ำของข้อเสนอโครงการ</u>

ต้องระบุ Pain point, Magnitude of problem, องค์ความรู้ที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหาในระบบสาธารณสุข, Solution/Intervention ที่จะทำวิจัยเชิงระบบและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาในครั้งนี้ หรือมีแผนในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/Stakeholder/ผู้กำหนดนโยบาย และมีสิ่งส่งมอบที่ชัดเจน มี Outcome parameter เป็นรูปธรรม

3.2.2 แผนงานการขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ.

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ภาพรวมปี 2566-2569 รพ.สต. 4,559 แห่ง (ร้อยละ 46.16) ถ่ายโอนไป อบจ. 63 แห่ง โดยมีบุคลากรถ่ายโอนไปยัง อบจ. จำนวน 24,491 คน แบ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ จำนวน 16,120 คน (ร้อยละ 65.82) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างทั่วไป จำนวน 8,371 คน (ร้อยละ 34.18) และในปัจจุบัน ปี 2568 มีประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในความดูแลของ อบจ. ที่รับโอน รพ.สต. จำนวน 15,219,747 คน คิดเป็นร้อยละ 36.91 ของประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมา สวรส. ทำงานวิจัยขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยใน phase 1-3 ไปแล้ว 31 จังหวัด ได้แก่ phase 1 : ปี 2567 (11 จังหวัด : ระยอง ปราจีนบุรี เชียงใหม่ น่าน ลำปาง ปัตตานี สกลนคร กำแพงเพชร สุโขทัย อุบลราชธานี เพชรบูรณ์) phase 2 : ปี 2568 (10 จังหวัด : ขอนแก่น ชลบุรี มุกดาหาร สมุทรสาคร นราธิวาส พิจิตร ศรีสะเกษ ยะลา สงขลา ปทุมธานี) phase 3 : ปี 2569 (10 จังหวัด : แพร่ หนองบัวลำภู ลำพูน อำนาจเจริญ ภูเก็ต มหาสารคาม จันทบุรี เชียงราย กระบี่ ชุมพร) ซึ่งยังต้องการองค์ความรู้เพื่อขยายผลงานวิจัยใน Phase 4 : ปี 2570 (32 จังหวัด: กาญจนบุรี กาฬสินธุ์ ชัยนาท ชัยภูมิ ตรัง ตาก นครปฐม นครพนม นครราชสีมา นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ นนทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ พะเยา พัทลุง พิษณุโลก เพชรบุรี แม่ฮ่องสอน ยโสธร ร้อยเอ็ด ระนอง ราชบุรี ลพบุรี เลย สตูล สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี อุตรดิตถ์ อุทัยธานี พังงา)

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นระบบที่ซับซ้อนและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา และการดำเนินการจัดบริการสุขภาพโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเบ็ดเสร็จ ย่อมไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่และอาจไม่เกิดความยั่งยืน เนื่องจากปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะต้นทุนรายจ่ายค่าบุคลากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาธิสภาพของโรค NCDs และโรคอุบัติใหม่ที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีทักษะและประสบการณ์ จากที่กล่าวมา จำเป็นต้องมีนวัตกรรม/องค์ความรู้ในออกแบบให้ 1) ไม่มีช่องว่างของการให้บริการ 2) ไม่ซ้ำซ้อน

ระหว่างหน่วยบริการทุติยภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิ 3) ไม่มีรอยต่อในการรับส่งผู้ป่วย 4) มีประเมินผลการใช้ข้อมูลจาก dashboard ใน HSIU ถ่ายโอน รพ.สต. และ HSIU NCD รวมถึง early warning sign ในการตัดสินใจและวางแผนบริหารจัดการ รพ.สต. ถ่ายโอน

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

1) บทเรียนจากการถ่ายทอดความรู้ และขยายผลในการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอน รพ.สต.ไปยังอบจ. ใน 63 จังหวัด ที่มีการถ่ายโอน รพสต.

2) การประเมินผลจากการขยายผลนวัตกรรม/โมเดลจากจังหวัดที่มี best practice และมีข้อมูล baseline เพื่อให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลการประเมินการบริหารจัดการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. (อาจมีบทเรียนทั้งในแง่มุมสำเร็จและไม่สำเร็จ)

3) การจัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงานจัดบริการปฐมภูมิภายใต้สังกัด อบจ.ที่พึงประสงค์

4) แนวทางปฏิบัติการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพระหว่าง อบจ. และกระทรวงสาธารณสุข

5) นวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมเชิงบริหารจัดการใน รพ.สต. ถ่ายโอน ที่ถูกนำไปปฏิบัติและส่งผลสำเร็จในการยกระดับบริการปฐมภูมิ

6) นวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของชุมชน หรือแนวปฏิบัติใหม่ในการรับมือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

7) ประเมินผลการใช้ข้อมูลจาก dashboard ใน HSIU ถ่ายโอน รพ.สต. และ HSIU NCD รวมถึง Early warning sign ในการตัดสินใจและวางแผนบริหารจัดการ รพ.สต. ถ่ายโอน

8) ประเมินผลนวัตกรรมรูปแบบบริการ/โปรแกรมการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย NCDs เชิงบูรณาการแบบครบวงจร รวมถึง กำลังคน ระบบจัดการยา ระบบข้อมูล ระบบการเงินการคลัง

9) ประเมินผลนวัตกรรมเชิงโครงสร้าง ระบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน

10) ประเมินผลการจัดสรรทรัพยากรในการขับเคลื่อนนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. และความคุ้มค่า

<u>ผลลัพธ์ที่คาดหวัง</u>

1) แนวทางการดำเนินการตามนวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมเชิงบริหารจัดการใน รพ.สต. ถ่ายโอน ที่ถูกนำไปปฏิบัติและส่งผลสำเร็จในการยกระดับบริการปฐมภูมิ

2) คู่มือนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของชุมชน หรือแนวปฏิบัติใหม่ในการรับมือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3) ผลการประเมินการใช้ข้อมูลจาก dashboard ใน HSIU ถ่ายโอน รพ.สต. และ HSIU NCDs รวมถึง Early warning sign ในการตัดสินใจและวางแผนบริหารจัดการ รพ.สต. ถ่ายโอน

4) ผลการประเมินนวัตกรรมรูปแบบบริการ/โปรแกรมการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย NCDs เชิงบูรณาการแบบครบวงจร รวมถึง กำลังคน ระบบจัดการยา ระบบข้อมูล ระบบการเงินการคลัง

5) ผลการประเมินนวัตกรรมเชิงโครงสร้าง ระบบการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน

6) ผลการประเมินจัดสรรทรัพยากรในการขับเคลื่อนนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. และความคุ้มค่า

<u>ข้อกำหนดขั้นต่ำของข้อเสนอโครงการ</u>

ต้องระบุ Pain point, Magnitude of problem, องค์ความรู้ที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหาในระบบสาธารณสุข, Solution/Intervention ที่จะทำวิจัยเชิงระบบและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาในครั้งนี้ หรือมีแผนในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/Stakeholder/ผู้กำหนดนโยบาย และมีสิ่งส่งมอบที่ชัดเจน มี Outcome parameter เป็นรูปธรรม

3.3 กรอบการวิจัยแผนงานพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

3.3.1 การวิจัยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสิทธิประโยชน์และการลงทุนด้านบริการสุขภาพ

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

การวิจัยเพื่อสนับสนุนการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่า ความเป็นไปได้ในการจัดบริการ และผลกระทบด้านงบประมาณของเทคโนโลยีหรือมาตรการบริการสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมและผลกระทบต่อกลุ่มที่เปราะบาง ขอบเขตการวิจัยครอบคลุมการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ รวมถึงการวิเคราะห์ผลกระทบงบประมาณ การประเมินความเป็นไปได้เชิงระบบบริการ กำลังคน โครงสร้างพื้นฐาน และข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทการจัดบริการจริงของไทย

ผลผลิตจากโครงการวิจัยประกอบด้วย 1) รายงานหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงทั้งมิติด้านความคุ้มค่า ความเป็นธรรม ภาระงบประมาณ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ 2) ข้อเสนอทางเลือกการออกแบบบริการและกลไกการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม 3) ข้อเสนอการติดตามหลังนำนโยบายไปใช้ และชุดตัวชี้วัดขั้นต่ำที่ต้องนำไปใช้ในระบบข้อมูลสุขภาพ

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

รายชื่อประเด็นวิจัยที่ต้องการสนับสนุน ประกอบด้วย

กลุ่มโรคหายาก ได้แก่
▪ Mucopolysaccaridosis (MPS)
▪ Epidermolysis bullosa (EB)
▪ Familial hypercholesterolemia ชนิด homozygous และ severe heterozygous
▪ Amyloidosis
▪ Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis
▪ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency Disorder)
▪ Usher syndrome
เทคโนโลยี/บริการสาธารณสุข ได้แก่
▪ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการ Embolization เข้าสู่สิทธิประโยชน์
▪ สายสวนเพื่อใช้ในการสลายลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดแขนและขาด้วยวิธีกลศาสตร์ (Jetstream Catheter Atherectomy System)

<u>3.3.2 การดูแลสุขภาพ...</u>

3.3.2 การดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value Based Health Care)

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

การดูแลสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value Based Health Care) คือรูปแบบการบริการที่นิยามคุณค่า (Value) จากผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เสียไป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากระบบเดิมที่เน้นปริมาณและจ่ายตามจำนวนการรักษา มาเป็นการจ่ายตามคุณภาพของผลการรักษาและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย Value-Based Care (VBC) เป็นแนวทางการรักษาทางคลินิก เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน เช่น ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) เพื่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว และเน้นการป้องกันเชิงรุกมากกว่าการรอให้ป่วยแล้วจึงรักษา สำหรับ Value-Based Payment (VBP) เป็นกลไกทางการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหนึ่งวงจรการรักษา (Bundled Payments) หรือการจ่ายตามประสิทธิภาพ (Pay-for-Performance - P4P) เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

ประเทศไทยได้ประยุกต์หลักการ VBC โดยมุ่งเน้นที่ การจัดซื้อบริการเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Purchasing) ภายใต้กรอบ S-A-F-E (Sustainability, Adequacy, Fairness, Efficiency) ตัวอย่างเช่น ระบบทางด่วนการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวอย่างชัดเจนที่สุดของการประยุกต์ VBC ในประเทศไทย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูงเนื่องจากการผ่าตัดล่าช้า เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย การสร้างทีมบริการสหสาขาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 48–72 ชั่วโมง ตัวอย่างผลลัพธ์จากโรงพยาบาลแพร่ พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ 2–3 วัน ช่วยลดต้นทุนต่อวงจรการรักษาพร้อมกับเพิ่มอัตราการฟื้นตัว

กรณีการจัดการโรคเบาหวาน ในเขตสุขภาพที่ 9 พบการเปลี่ยนแปลงเส้นทางเดินผู้ป่วยใหม่ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขณะที่เขตสุขภาพที่ 9 ได้ทดลองโมเดล VBP ที่อนาคตจะเชื่อมโยงการจ่ายเงินกับระดับน้ำตาล (HbA1c) ที่ลดลง และความพึงพอใจแทนการจ่ายตามจำนวนครั้งที่มาตรวจ ผลการดำเนินการทดลองพบจำนวนผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์สุขภาพดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 11 และลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนลงอย่างมีนัยสำคัญ

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบภายใน 2 ปี งานวิจัยควรเน้นใน 3 หัวข้อหลักที่มีผลกระทบสูง

1) โมเดลการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายแบบ Bundled Payment สำหรับการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care - IMC) เพื่อการการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกระดูกสะโพกหักจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เหตุผลสำคัญ เนื่องจากสังคมสูงวัยทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลหลังระยะเฉียบพลันสูงขึ้น ระบบเดิมที่จ่ายตาม DRG มักจบลงที่การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยที่การฟื้นฟูยังไม่สมบูรณ์ การจ่ายแบบเหมาจ่ายจะช่วยกระตุ้นให้เกิดคุณค่า คือการที่ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เองอย่างอิสระ ในเชิงการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น คือ การส่งผลต่อการปรับปรุงการจ่ายจากกองทุนดูแลระยะกลางของ สปสช.

2) การจัดซื้อเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์โรค NCDs ด้วยการใช้ AI วิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อเชื่อมโยงการจ่ายเงินตามตัวชี้วัด กับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การชะลอการล้างไต ด้วยเหตุผลว่าโรคเบาหวานและความดันเป็นภาระงบประมาณที่ใหญ่ที่สุด งานวิจัยนี้จะเปลี่ยนจากการจ่ายเงินเพียงเพราะส่งข้อมูลมาเป็นการจ่ายตามลัพธ์ ที่รักษาคนไข้ไม่ให้ป่วยหนัก ช่วยเพิ่มความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว ด้วยผลของการวิจัยนี้จะช่วยเปลี่ยนกลไกเชิงนโยบายเป็นการปรับปรุงเกณฑ์การจัดสรรงบ QOF (Quality and Outcomes Framework) ของ สปสช.

<u>3) การใช้ผลลัพธ์...</u>

3) การใช้ผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs) ในการประเมินยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีการให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐ โดยการวิจัยจะบูรณาการคะแนนคุณภาพชีวิตจากผู้ป่วย (PROMs) เหตุผลสำคัญ คือ การใช้ PROMs จะช่วยให้มั่นใจว่าเงินทุกบาทถูกใช้ไปกับสิ่งที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นจริง และสามารถสร้างข้อได้เปรียบเชิงนโยบายที่จะใช้ผลลัพธ์งานวิจัยไปใช้เจรจาต่อรองราคายาหรือเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง เพื่อทำข้อตกลงการแบ่งปันความเสี่ยง (Risk-Sharing) กับบริษัทยาหรือบริษัทเครื่องมือแพทย์

4) ระบุและวิเคราะห์ขนาดปัญหา low-value care เช่น บริการ หัตถการ การใช้ยา การตรวจที่ให้ประโยชน์ต่ำหรือเสี่ยงเกิน พร้อมวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและแรงจูงใจเชิงระบบ เพื่อออกแบบมาตรการลดเลิกที่ทำได้จริงและติดตามผลต่อคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

3.3.3 บริการระยะยาว (Long-Term Care: LTC)

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าอย่างมากในการขยายบริการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คุณภาพ ผลลัพธ์ และความยั่งยืนของระบบยังถูกจำกัดด้วยข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญ งานเชิงประจักษ์และประสบการณ์เชิงนโยบายสะท้อนปัญหาหลัก ได้แก่ 1) ผู้จัดการดูแล (Care Manager) ต้องปฏิบัติงานหลากหลายด้าน จนไม่สามารถทำหน้าที่วางแผนดูแลได้อย่างมีคุณภาพ 2) กลไกการเงินและการเบิกจ่ายมุ่งเน้นความถูกต้องทางการเงินมากกว่าผลลัพธ์การดูแล 3) ข้อมูลการให้บริการถูกใช้เพื่อการเบิกจ่าย มากกว่าการเรียนรู้และปรับปรุงการดูแล 4) การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและระบบสังคมยังอ่อนแอ

ความท้าทายหลักของระบบ LTC ไทย ไม่ได้อยู่ที่ปริมาณทรัพยากรมากเท่ากับเรื่องของ คุณภาพการตัดสินใจในระบบ โดยเฉพาะ ณ จุดของการวางแผนดูแลและการประสานงาน การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบสูงจึงจำเป็นต้องมุ่งไปที่ จุดคานงัดที่สามารถปรับพฤติกรรมของระบบโดยรวมได้

เพื่อสร้างหลักฐานเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ที่แสดงให้เห็นว่าการปรับบทบาท แรงจูงใจ กลไกข้อมูลและกติกาการทำงานข้ามภาคส่วน สามารถยกระดับคุณภาพและผลลัพธ์ของระบบ LTC ได้ภายในระยะเวลา 1–2 ปี โดยกรอบการวิจัยนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า LTC เป็นระบบซับซ้อนที่ปรับตัวได้ (Complex adaptive system) การปรับระบบจึงควรมุ่งเปลี่ยน 1) บทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นและสามารถแสดงบทบาทได้อย่างมีคุณภาพ 2) วงจรป้อนกลับของข้อมูลเพื่อการนำไปพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) กติกาการทำงานระหว่างหน่วยงานมากกว่าการเพิ่มทรัพยากรหรือขยายบริการเพียงอย่างเดียว

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

กรอบวิจัยจะให้ความสำคัญกับการทดลองในระดับพื้นที่หรือจังหวัด โดยต้องมีประเด็นเหล่านี้

1) การวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการปรับบทบาทผู้จัดการดูแลจากงานธุรการหลายบทบาท สู่ผู้บูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม เน้นการกำหนดบทบาทผู้จัดการดูแลให้มุ่งเน้นการประเมินความต้องการ วางแผนดูแล และประสานงาน การแยกภาระงานด้านการเบิกจ่ายและรายงานซ้ำซ้อนออกจากบทบาทการดูแล

2) การปรับแรงจูงใจจากความถูกต้องทางการเงิน สู่ความรับผิดชอบด้านผลลัพธ์ขั้นต่ำ เช่น การคงระบบจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) ควบคู่กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ขั้นต่ำ

<u>3) การออกแบบตัวชี้วัด...</u>

3) การออกแบบตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบท LTC เช่น การคงสมรรถภาพ การลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ภาระของผู้ดูแล

4) การเปลี่ยนข้อมูลจากหลักฐานการเบิกจ่าย สู่กลไกการเรียนรู้ของระบบ โดยใช้ข้อมูลเดิมเพื่อสร้างสัญญาณเตือนและข้อเสนอแนะเชิงการดูแล รูปแบบการป้อนกลับข้อมูลแก่ผู้จัดการดูแลในลักษณะการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ และสนับสนุนให้เกิดการปรับแผนดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

5) การบูรณาการสุขภาพและสังคมผ่านความรับผิดชอบร่วมกันในระดับบุคคล ซึ่งเป็นการพัฒนาแผนดูแลร่วมที่ยอมรับโดยหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) การออกแบบและขับเคลื่อนการอภิบาลระบบ Long-Term Care ทั้งบทบาทหน่วยงานภาคส่วน กลไกการเงิน มาตรฐานคุณภาพ กำลังคน ระบบข้อมูล และความรับผิดรับชอบเพื่อให้เข้าถึงเป็นธรรม มีคุณภาพ และยั่งยืนในระยะยาว

7) การวิจัยให้เห็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง และโอกาสในการปรับปรุงนโยบาย กฎหมาย มาตรการ โครงสร้างพื้นฐาน และนวัตกรรมการดูแลระยะยาว รวมถึงทางเลือกด้านการเงินที่เปิดให้ภาคเอกชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วม เพื่อให้ระบบมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ ตั้งแต่นโยบายถึงชุมชนยั่งยืน พร้อมข้อเสนอที่ขยายผลได้

3.3.4 สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เช่น เหตุการณ์การรั่วไหลของสารเคมีรุนแรง กรณีแคดเมียม สารไพโรไลสิสน้ำมัน สะท้อนให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังมลพิษของไทยยังแยกส่วนระหว่างมิติสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แม้จะมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 แต่การบังคับใช้ในระดับท้องถิ่น เพื่อจำกัดแหล่งกำเนิดมลพิษยังทำได้ยากเนื่องจากขาดเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนการตัดสินใจทางกฎหมาย ปัจจุบันระบบเฝ้าระวังมักรายงานผลย้อนหลังเป็น Lagging Indicators เช่น สถิติผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับข้อมูลระดับความเข้มข้นของมลพิษแบบ Real-time เพื่อทำการเตือนตั้งแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะแก่กลุ่มเปราะบาง

ช่องว่างที่เป็นโอกาสในการพัฒนา ได้แก่

1) การขาดกลไกทางนโยบายที่เชื่อมโยงข้อมูลมลพิษเข้ากับการใช้อำนาจทางกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างทันท่วงที

2) ระบบเฝ้าระวังในชุมชนที่ปัจจุบันยังเน้นเครื่องมือตรวจวัดราคาสูงของรัฐ แต่ขาดการใช้ประโยชน์จาก Citizen Science หรือเครื่องมือวัดราคาถูก เช่น Low-cost Sensors ที่เชื่อมต่อกับระบบรายงานของหน่วยงานท้องถิ่น

3) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่การแจ้งเตือนเป็นการรายงานค่าตัวเลข แต่มีไม่มากที่เนื้อหาจะเป็นคำแนะนำเชิงปฏิบัติที่ทำได้จริง (Actionable Advice) ที่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

ประเด็นวิจัยสำคัญ ประกอบด้วย

1) การพัฒนากลไกการบริหารจัดการข้อมูลเชิงบูรณาการ (Integrated Data Governance) โจทย์วิจัย คือ การออกแบบโมเดลการเชื่อมโยงฐานข้อมูล ระหว่างระบบเฝ้าระวังคุณภาพอากาศ/น้ำ ของท้องถิ่น ชุมชน

เข้ากับระบบคัดกรองสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสร้างระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงรายบุคคลสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนจากข้อมูลแยกส่วนข้อมูลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องสั่งการระงับเหตุได้ก่อนเกิดการเจ็บป่วยเป็นวงกว้าง

2) การใช้ประโยชน์จากกฎหมายสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข โจทย์วิจัย คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการทางกฎหมายเพื่อพัฒนาเกณฑ์ปฏิบัติเชิงพื้นที่ที่ทำได้จริง ภายใต้ พ.ร.บ. การสาธารณสุข ที่อนุญาตให้ท้องถิ่นประกาศพื้นที่ควบคุมมลพิษสุขภาพตามเกณฑ์ความเสี่ยงทางระบาดวิทยา ซึ่งเป็นการเสริมสร้างอำนาจทางกฎหมาย ให้ท้องถิ่นบริหารจัดการมลพิษโดยใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเชิงปฏิบัติการ

3) ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มอาชีพเป้าหมาย โจทย์วิจัย คือ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกโดยใช้กลไกของกองทุนสุขภาพตำบล (สปสช.) สำหรับกลุ่มเปราะบางจากการทำงาน เช่น เกษตรกรในพื้นที่ใช้สารเคมีเข้มข้น หรือแรงงานในโรงงานคัดแยกขยะ โดยเน้นระบบการแจ้งเตือนและการจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระยะก่อนป่วย

4) การประเมินผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์และสังคม (Socio-economic Impact Evaluation) โจทย์วิจัย คือ การประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบ Early Warning System ต่อการลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระดับจังหวัด เพื่อใช้ตัวเลขความคุ้มค่าทางการเงิน (ROI) โน้มน้าวให้ฝ่ายนโยบายระดับจังหวัดหรืองบประมาณแผ่นดินอนุมัติงบลงสู่ระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

3.3.5 การพัฒนาระบบสุขภาพจิตชุมชนและการเชื่อมโยงบริการอย่างไร้รอยต่อ

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ประเทศไทยเผชิญกับอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะหลังการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่าอัตราผู้มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพุ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่สัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรยังคงต่ำกว่ามาตรฐานโลก โดยเฉพาะในเขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล ระบบบริการสุขภาพจิตส่วนใหญ่ยังยึดติดกับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจิตแพทย์เฉพาะทาง ส่งผลให้เกิดความแออัดและระยะเวลารอคอยนาน ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าไม่ถึงการบำบัดในระยะเริ่มต้น

มีความพยายามนำเทคโนโลยีมาใช้ แต่ยังติดขัดเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบส่งต่อปกติ และกฎระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณที่ยังไม่เอื้ออำนวยในระดับชุมชน

ช่องว่างที่เป็นโอกาสในการพัฒนา ได้แก่

1) ขาดความเชื่อมโยงระหว่างการคัดกรองในชุมชน เช่น โดย อสม./รพ.สต. กับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบ (Drop out) ระหว่างทาง

2) ข้อจำกัดด้านการเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล สำหรับการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกในชุมชนและการเยี่ยมบ้านที่ซับซ้อน

3) ขาดรูปแบบการถ่ายโอนทักษะ (Task-shifting) ที่เป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรที่ไม่ใช่จิตแพทย์สามารถบำบัดเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกกฎหมาย

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

ประเด็นวิจัย ประกอบด้วย

1) การพัฒนาระบบส่งต่อและจัดการรายกรณีแบบไร้รอยต่อ โจทย์วิจัย คือ การออกแบบและทดสอบระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง รพ.สต.

และโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยที่กลับสู่ชุมชนเพื่อลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มการเข้าถึงบริการในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

2) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตเชิงรุกโดยใช้กลไกชุมชน (Community-led Mental Health Services) โจทย์วิจัย คือ การศึกษารูปแบบศูนย์พักพิงสุขภาพจิตชุมชน (Mental Health Halfway Houses หรือ Step-down Units) โดยใช้ทรัพยากรและงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ครอบครัว เพื่อช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และลดการตีตราผ่านการบูรณาการในวิถีชุมชน

3) การปฏิรูประบบการคลังและการเบิกจ่ายเพื่อสุขภาพจิตชุมชน โจทย์วิจัย คือ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าและพัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลลัพธ์ สำหรับบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างแรงจูงใจทางการเงิน ให้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิหันมาให้ความสำคัญกับงานสุขภาพจิตมากกว่างานรักษาทั่วไป

4) การเสริมสร้างศักยภาพและการมีบุคลากรระดับชุมชนที่สามารถให้การดูแลระดับต้นได้ โจทย์วิจัย คือ การพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตด้วยเครือข่ายและสหวิชาชีพในระดับอำเภอ โดยใช้ระบบที่ปรึกษาทางไกล เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์โดยใช้บุคลากรระดับกลางและบุคลากรระดับชุมชน

3.3.6 การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมในกลุ่มประชากรเปราะบาง

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

สถานการณ์และบริบทในประเทศไทย พบว่ากลุ่มเปราะบางทั้งในเขตเมืองและภูมิภาค แม้จะเป็นกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพรัฐ แต่สำหรับกลุ่มประชากรที่เผชิญปัญหาความยากจนและไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงทำให้เข้าไม่ถึงบริการพื้นฐาน เช่น ข้อมูลพบว่าคนไร้บ้านใน กทม. และหัวเมืองใหญ่มีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไป และมักเข้าสู่ระบบสาธารณสุขเมื่อมีอาการวิกฤตแล้วเท่านั้น

ผู้พ้นโทษและผู้ติดยาเสพติด กลุ่มนี้เผชิญกับการตีตราทางสังคม ขาดความต่อเนื่องในการรับการรักษาโดยเฉพาะภายหลังออกจากสถานคุ้มครองหรือเรือนจำ ซึ่งมักนำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำหรือการแพร่กระจายโรคติดต่อ [25] สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน เราพบครอบครัวแหว่งกลางมากขึ้น กล่าวคือเด็กอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย ที่เด็กมีความเสี่ยงเผชิญปัญหาพัฒนาการล่าช้าและปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในช่วงพัฒนาการที่เป็นช่วงเวลาที่สำคัญ และจะสร้างภาระระยะยาวต่อระบบสุขภาพ

ช่องว่างที่เป็นโอกาสในการพัฒนา ได้แก่

1) พัฒนาระบบบริการให้เข้าถึงต่อกลุ่มประชากรที่ยากจะเข้าถึง ไม่ได้จำกัดเฉพาะกลุ่ม ซึ่งระบบบริการในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังตั้งรับอยู่ที่สถานพยาบาล และขาดหรือมีกลไกการเข้าถึงเชิงรุกที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประชากรที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งหรือมีวิถีชีวิตไม่เอื้อที่จะไปรับบริการจากภาครัฐในช่วงเวลาให้บริการ

2) ขาดระบบการส่งต่อข้อมูลและตัวผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงานสังคม (พม./อปท.) และหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้พ้นโทษที่มีอาการป่วยทางสุขภาพจิต

3) แม้การรักษาจะฟรี แต่จะมีต้นทุนแฝง เช่น ค่าเดินทางและการขาดรายได้ระหว่างไปรับบริการ เป็นอุปสรรคสำคัญที่นโยบายปัจจุบันยังก้าวข้ามไม่พ้น

<u>กรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย</u>

1) การพัฒนารูปแบบบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว โจทย์วิจัย คือ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ร่วมกับการจัดสวัสดิการสังคม โดยเน้นการคัดกรองและรักษาโรคเรื้อรัง ณ จุดที่ประชากรอาศัยอยู่

2) ระบบการจัดการความต่อเนื่องของบริการหลังพ้นสภาวะวิกฤต (Transition of Care for Vulnerable Groups) โจทย์วิจัย คือ การออกแบบกลไกการส่งต่อและติดตามผลสำหรับผู้ที่พ้นจากการดูแลของภาครัฐ ตัวอย่างเช่น ผู้พ้นโทษที่มีโรคประจำตัว หรือเด็กที่ออกจากสถานสงเคราะห์ เพื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพปกติ ซึ่งมีความสำคัญที่จะอุดรอยรั่วของระบบส่งต่อเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหลุดออกจากฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ

3) นโยบายการอุดหนุนต้นทุนแฝงเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ โจทย์วิจัย คือ การศึกษาความเป็นไปได้และผลกระทบของการมีกองทุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าชดเชยรายได้ สำหรับกลุ่มที่ยากจนที่สุด 20% แรก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โจทย์วิจัย คือ การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการซื้อบริการสุขภาพจากภาคประชาสังคมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงยาก โดยใช้หน่วยงานนอกภาครัฐเป็นแขนขาของระบบสาธารณสุข

5) การประเมินช่องว่างความต้องการ (needs gap) ของประชากรที่เผชิญความเปราะบางสูงทั้งด้านสุขภาพ สังคม และการเข้าถึงบริการเพื่อระบุกลุ่มที่ตกหล่น สาเหตุเชิงระบบ และกำหนดลำดับความสำคัญเชิงนโยบาย และมาตรการขับเคลื่อนในพื้นที่อย่างแม่นยำ

<u>ข้อกำหนดขั้นต่ำของข้อเสนอโครงการสำหรับกรอบการวิจัยแผนงานพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ</u>

1) มีเจ้าภาพด้านนโยบาย เจ้าภาพระบบ ร่วมกำกับและร่วมใช้ผล ซึ่งควรมีหนังสือแสดงความจำนง (Letter of Intent/Interest) หรือหลักฐานการหารือร่วมกับหน่วยงานที่เป็นเจ้าของนโยบายหรือเจ้าของปัญหาในพื้นที่

2) ต้องระบุจุดคานดีดคานงัดเชิงระบบที่ชัดเจน และอธิบายว่าผลการวิจัยจะเข้าไปแก้ปัญหาอะไรอย่างไร เช่น การปรับแก้ระเบียบการเงิน การเปลี่ยนระบบเส้นทางเดินของผู้ป่วย หรือการสร้างกลไกอภิบาลข้ามหน่วยงาน

3) ทีมวิจัยต้องประกอบด้วยสหสาขาวิจัย อย่างน้อย 2 สาขาที่แตกต่างกัน เช่น นักวิชาการด้านสาธารณสุข ร่วมกับ นักเศรษฐศาสตร์ นักกฎหมาย หรือนักสังคมวิทยา และควรมีบุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่อยู่ในทีมวิจัยหลัก

4) มีแผนการวัดประเมินความเป็นธรรม ระบุประชากรเป้าหมาย ตัวแปรการแบ่งกลุ่ม และตัวชี้วัดช่องว่าง (gap metrics) อย่างเหมาะสม

3.4 กรอบการวิจัยแผนงานวิจัยจีโนมิกส์ประเทศไทย

นโยบายด้านการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีทางการแพทย์ของประเทศไทยภายใต้ “ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580” ได้กำหนดให้การลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยี เป็นกลยุทธ์หนึ่งของการสร้างความสามารถในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรม และบริการการแพทย์ครบวงจร ซึ่งเป็น 1 ใน 6 อุตสาหกรรมของยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

ตอบสนองความต้องการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ลดต้นทุนการรักษาพยาบาล และยกระดับการ ให้บริการการแพทย์ที่มีคุณภาพในระดับสากล สามารถนำประเทศไปสู่การเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ และเชื่อมโยงอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดีและเพิ่มคุณภาพชีวิต

แผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย พ.ศ. 2568-2572 ระยะที่ 2 เป็นการดำเนินงาน ส่วนขยายต่อจากแผนจีโนมิกส์ฯ ระยะที่ 1 ซึ่งจะมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าและใช้ประโยชน์จากข้อมูลจีโนมเพื่อยกระดับการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ

โดยมีความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ แผน/ แผนงานกองทุน ววน. กับแผนงานวิจัยและกรอบการวิจัยของ สวรส. ดังนี้

แผน ววน. P1 (S1) พัฒนาระบบเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy: BCG) ในด้านการแพทย์และสุขภาพ ให้เป็นระบบเศรษฐกิจมูลค่าสูง มีความยั่งยืน และเพิ่มรายได้ของประเทศ

แผนงานย่อย N1 (S1P1) สร้างความสามารถและยกระดับการให้บริการจีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำ เพื่อให้เกิดบริการการรักษาที่มีความแม่นยำสูง

วัตถุประสงค์และผลลัพธ์หลัก (Objectives and key results: OKRs)

Objective O2 ประเทศไทยสามารถยกระดับในการให้บริการจีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำ สามารถให้บริการโดยโรงพยาบาลในประเทศได้อย่างแพร่หลาย โดยการใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม

Key result KR4 ประเทศไทยมีการให้บริการการแพทย์จีโนมิกส์และการแพทย์แม่นยำ ที่มีคุณภาพเทียบเคียงมาตรฐานสากลเพิ่มขึ้น โดยการใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม

แผนงานวิจัยจีโนมิกส์ประเทศไทย: พลิกโฉมระบบสุขภาพไทยด้วยนวัตกรรมการแพทย์แม่นยำเชิงรุก

<u>วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน</u>

ความสำเร็จของแผนจีโนมิกส์ประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2563-2567) ทำให้เกิดฐานข้อมูลพันธุกรรมคนไทยและเผยให้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ในจีโนมของคนไทยมีรหัสพันธุกรรมที่ไม่เคยปรากฏในฐานข้อมูลระดับสากลถึง 65 ล้านตำแหน่ง (ร้อยละ 37.5) ที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์จีโนมิกส์ การวินิจฉัยป้องกัน รักษาที่แม่นยำ รวมไปถึงโอกาสในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากข้อมูลพันธุกรรม ตัวอย่างเช่น กลุ่มมะเร็งถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบอุบัติการณ์การกลายพันธุ์สูงในผู้ป่วยชาวไทย ได้แก่ มะเร็งรังไข่ (ร้อยละ 19.5), มะเร็งตับอ่อน (ร้อยละ 15.6) และมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 13.3) ข้อมูลเชิงลึกยังระบุว่ายีนเสี่ยงในคนไทยมีความแตกต่างจากชาวยุโรปอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ชุดตรวจมาตรฐานสากลอาจขาดประสิทธิภาพในการคัดกรอง ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนานวัตกรรมการตรวจวินิจฉัยที่ออกแบบมาเพื่อโครงสร้างพันธุกรรมของคนไทยโดยเฉพาะข้อเท็จจริงนี้สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างองค์ความรู้ด้านจีโนมิกส์ของประเทศไทย เพื่อลดการพึ่งพิงต่างประเทศ และเร่งแก้ปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันยังมีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 70 ที่ยังรอคอยการระบุสาเหตุทางพันธุกรรมของโรค

<u>การขับเคลื่อน...</u>

การขับเคลื่อนในระยะถัดไปจึงมุ่งเน้นการเปลี่ยนผ่านจากการสะสมข้อมูลพื้นฐาน ไปสู่การยกระดับ "งานบริการ" และ "การแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่มีคำตอบ" ผ่านงานวิจัยวิทยาศาสตร์ขั้นสูง (deep science) เทคโนโลยี Next Generation Sequencing (NGS) และมัลติโอมิกส์ (multi-omics) โดยมีจุดเน้นสำคัญคือ (1) การวิจัยเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยต่อยอดฐานข้อมูลพันธุกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอยู่แล้วมากกว่า 16,000 ราย ไปสู่การใช้ประโยชน์จริงในการพยากรณ์ความเสี่ยงเฉพาะบุคคล และการป้องกันเชิงรุก (2) การแก้ปัญหาโรคที่รักษายากและซับซ้อน โดยมุ่งเน้นการวิจัยเพื่อค้นหาตำแหน่งทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของโรคที่ยังตรวจไม่พบในโครงการระยะที่ 1 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทั้งในกลุ่มโรคหายากและโรคมะเร็ง (3) สนับสนุนนโยบายเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจรหัสพันธุกรรมแบบรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวิกฤตใน ICU ได้ทันท่วงที (4) การถ่ายทอดนวัตกรรมลงสู่พื้นที่เพื่อการขับเคลื่อนเชิงระบบในการควบคุมโรคระบาด (5) การสร้างระบบนิเวศที่ครบวงจร ทั้งนวัตกรรมข้อมูล การแปลผลด้วยปัญญาประดิษฐ์ การพัฒนาบุคลากรในระบบสุขภาพ กฎหมาย แนวปฏิบัติทางคลินิก และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อเป็นกลไกหลักในการบูรณาการการแพทย์จีโนมิกส์เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ด้านจีโนมิกส์ในกลุ่มประชาชนทั่วไป

ความมุ่งมั่นนี้คือหัวใจสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย จากการตั้งรับเพื่อรักษา (Reactive Care) ไปสู่การดูแลป้องกันเชิงรุก (Proactive Care) ที่แม่นยำตั้งแต่วัยแรกเกิด เพื่อยกระดับมาตรฐานสุขภาพของประเทศเข้าสู่ยุคการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) อย่างแท้จริง อันจะส่งผลให้ครอบครัวไทยสามารถวางแผนชีวิตได้อย่างมั่นใจ บนพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

โดยมีกรอบวิจัย/ประเด็นวิจัย ดังนี้

3.4.1 วิจัยการแพทย์จีโนมิกส์ขั้นสูง (deep science & frontier research)

1) ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตำแหน่งยีนที่เป็นกุญแจสำคัญในการไขปัญหาของกลุ่มโรคที่สำคัญของไทย ได้แก่ โรคมะเร็งตับอ่อน, ต่อมลูกหมาก, มะเร็งทางเดินอาหาร, multiple primary cancer, cancer of unknown primary (CUP), มะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ, มะเร็งในเด็ก, โรคหายากที่ยังไม่ทราบสาเหตุ และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

2) การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงลำดับสารพันธุกรรมประเภทที่ยังไม่สามารถตีความได้อย่างชัดเจน (VUS : Variants of uncertain significance)

3) วิจัยและพัฒนาระบบคัดกรองโรคพันธุกรรมในทารกแรกเกิดด้วยเทคโนโลยีจีโนมิกส์ (Newborn Whole Genome Sequencing)

4) ศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรมที่ส่งเสริมสุขภาวะที่ดีและการมีอายุยืน (Longevity)

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่คาดหวัง (Expected Impact)</u>

องค์ความรู้พันธุกรรมที่จำเพาะกับบริบทของประเทศไทย ที่เพิ่มขีดความสามารถในการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคได้อย่างแม่นยำ นำไปสู่การปฏิรูประบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน รักษา แนวทางเวชปฏิบัติและส่งเสริมระบบบริการสุขภาพเชิงรุก

<u>3.4.2 นวัตกรรม...</u>

3.4.2 นวัตกรรมและระบบต้นแบบเพื่อการแพทย์จีโนมิกส์

1) ต่อยอดฐานข้อมูลพันธุกรรมประชากรไทย (50,000 ราย) สู่การสร้างเครื่องมือประเมินความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และโรคมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย

2) พัฒนาแพลตฟอร์มจัดเก็บข้อมูลฟีโนไทป์ (Phenotypes) สิ่งแวดล้อม โภชนาการ หรือข้อมูลสุขภาพอื่นๆ เพื่อบูรณาการกับข้อมูลจีโนม

3) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี multi-omics เพื่อเพิ่มมิติความลึกของข้อมูลสุขภาพสำหรับเชื่อมโยงกับข้อมูลจีโนม

4) พัฒนาโมเดลเชิงพื้นที่เพื่อควบคุมวัณโรค หรือกลุ่มโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ ด้วยระบาดวิทยาโมเลกุล

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่คาดหวัง (Expected Impact)</u>

ชุดนวัตกรรมสุขภาพ (Health Solutions) ทั้งในรูปแบบผลิตภัณฑ์และบริการทางการแพทย์จีโนมิกส์ที่พัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลพันธุกรรมของผู้ป่วยไทย ที่สามารถต่อยอดและบูรณาการเข้าสู่ระบบสาธารณสุข เพื่อลดอุบัติการณ์และภาระทางเศรษฐกิจจากโรคสำคัญ

3.4.3 ระบบข้อมูลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อส่งเสริมการแพทย์จีโนมิกส์

1) พัฒนามาตรฐานข้อมูลและแนวเวชปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) สำหรับการใช้ข้อมูลพันธุกรรมเพื่อประโยชน์ทางคลินิก

2) พัฒนาระบบสารสนเทศจีโนมิกส์แห่งชาติ สำหรับการเชื่อมโยงฐานข้อมูลพันธุกรรมเข้ากับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS/EMR/LIMS) เพื่อการรายงานผลและคืนข้อมูลแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์ด้วย AI-assisted medical decision

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่คาดหวัง (Expected Impact)</u>

โครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลจีโนมิกส์ ข้อมูลทางคลินิก หรือข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลแวดล้อมอื่นๆ ที่สำคัญ ถูกเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ ช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลเพื่อพัฒนาการวินิจฉัย ป้องกัน รักษามีความรวดเร็ว แม่นยำ และปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

3.4.4 การวิจัยเชิงระบบ กฎหมาย จริยธรรม และการมีส่วนร่วมของประชาชน

1) ประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics) เพื่อผลักดันเทคโนโลยีจีโนมิกส์เข้าสู่สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

2) วิจัยผลกระทบด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม (ELSI) จากการใช้ข้อมูลพันธุกรรม

3) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กฎหมาย และกฎระเบียบเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติและการโฆษณาเกินจริง

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่คาดหวัง (Expected Impact)</u>

กลไกเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมาย ที่สร้างความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีจีโนมิกส์ โดยมุ่งเน้นความเท่าเทียม และการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการ

3.4.5การสร้างศักยภาพบุคลากรสุขภาพและความรับรู้ด้านการแพทย์จีโนมิกส์ของสังคม

1) การจัดอบรมหลักสูตรที่จำเป็นต่อบุคลากรสุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ผลจีโนมขั้นสูง การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ และหลักสูตรการแพทย์จีโนมิกส์สำหรับวิชาชีพต่างๆ

2) ยกระดับความรอบรู้ด้านจีโนมิกส์ (Genomic literacy) แก่ภาคประชาชน

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์...</u>

<u>ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่คาดหวัง (Expected Impact)</u>

ระบบนิเวศจีโนมิกส์ที่เข้มแข็ง โดยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอในทุกระดับ และภาคประชาชนมีศักยภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง

4. คุณสมบัติของผู้เสนอขอรับทุนและเงื่อนไข

4.1 ผู้มีสิทธิเสนอขอรับทุน คือ สถาบัน/หน่วยงาน/นักวิจัย/นักวิชาการอิสระ จากภาครัฐ/เอกชน ที่สนใจ

4.2 ข้อเสนอโครงการวิจัยต้องไม่ใช่วิทยานิพนธ์ปริญญาโท หรือปริญญาเอก

4.3 กรอบงบประมาณขึ้นอยู่กับเป้าหมายและตัวชี้วัดของข้อเสนอโครงการวิจัย

4.4 ยื่นในนามหัวหน้าโครงการเท่านั้น เพื่อเป็นการรับรองว่าข้อมูลที่เสนอมามีความถูกต้อง ครบถ้วน

4.5 หัวหน้าโครงการ สามารถส่งข้อเสนอโครงการได้ไม่เกิน 2 โครงการ

4.6 เป็นโครงการ/ชุดโครงการ ที่ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยไม่เกิน 2 ปี (1 ชุดโครงการ หมายถึงโครงการวิจัยไม่น้อยกว่า 2 โครงการ) โดยข้อเสนอโครงการที่เป็นชุดโครงการวิจัยต้องแสดงถึงเป้าหมายและตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงของโครงการวิจัยที่อยู่ภายใต้ชุดโครงการเพื่อตอบเป้าหมายใหญ่ของชุดโครงการอย่างชัดเจน

4.7 กรณีโครงการที่เป็นการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ สามารถส่งข้อเสนอโครงการได้โดยยังไม่ต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เว้นแต่เมื่อได้รับการพิจารณาสนับสนุนให้ทุนวิจัยแล้ว จำเป็นต้องแสดงหลักฐานการยื่นขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนการทำข้อตกลง

4.8 ผู้ขอรับทุนจะต้องไม่เป็นผู้ติดค้างการส่งรายงานต่างๆ ของโครงการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

4.9 ผู้ขอรับทุนจะต้องสามารถดำเนินการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่ได้รับทุน รวมทั้งสามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดอย่างมีคุณภาพ

5. การพิจารณาข้อเสนอโครงการ

<u>เกณฑ์การคัดเลือกข้อเสนอโครงการเบื้องต้น</u>

1) ข้อเสนอโครงการเป็นไปตามเงื่อนไขของประกาศทุนที่ระบุไว้ และเป็นภาษาไทยเท่านั้น

2) มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนสอดคล้องตามแนวทางประกาศทุน

3) สถาบัน/หน่วยงาน และผู้รับผิดชอบโครงการมีความรู้ และประสบการณ์การบริหารจัดการงานวิจัย การดำเนินงานวิจัยและคาดได้ว่าจะสามารถปฏิบัติงานและควบคุมการวิจัยได้ตลอดเวลาการรับทุนภายในระยะเวลาที่กำหนด

4) เป็นโครงการที่มีการสะท้อนความร่วมมือและ/หรือมีการสนับสนุนจากภาคีความร่วมมือ และระบุผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างชัดเจน

5) ระยะเวลาดำเนินงานวิจัย 1-2 ปี หากเป็นโครงการต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี นักวิจัยต้องแสดงให้เห็นเป้าหมายสุดท้าย (End Goal) และมีเส้นทางไปถึงเป้าหมายรายปี (Milestone) แสดงไว้อย่างชัดเจน

6) สวรส. มีกระบวนการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการกำกับแผนงานวิจัย ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย ทั้งนี้ อาจจะเชิญหน่วยงาน/นักวิจัยที่ได้ผ่านการพิจารณาเข้ามาหารือเพื่อพัฒนากรอบการวิจัยใหญ่ที่ตอบเป้าหมายและ OKR ของแต่ละแผนงานวิจัยต่อไป

<u>หลักเกณฑ์การพิจารณา</u>

1) มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของประเทศด้านสุขภาพและระบุปัญหาหรือความจำเป็นที่ต้องทำวิจัยเรื่องนั้นได้อย่างชัดเจน และ/หรือสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ (ววน.) ได้

2) มีวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่ ไม่ใช่งานประจำ หรือการทำกิจกรรมที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

3) มีคำถามวิจัย หรือโจทย์วิจัยที่ชัดเจน

4) มีความสมบูรณ์ของโครงการวิจัยเพียงพอที่ทำให้เข้าใจกรอบความคิดการวิจัยได้

5) มีการออกแบบโครงการวิจัยที่ระเบียบวิธีวิจัยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และโจทย์วิจัย

6) เป็นโครงการวิจัยที่เน้นการวิจัยเชิงระบบสุขภาพ หรืออาจเป็นงานวิจัยสุขภาพที่มุ่งเป้าชัดเจน และสามารถแสดงผลลัพธ์ หรือผลกระทบได้อย่างชัดเจน

7) นักวิจัย และทีมวิจัยมีศักยภาพ ความเชี่ยวชาญ คุณสมบัติ ที่สอดคล้องกับโครงการวิจัย

8) เป็นโครงการวิจัยที่มีแนวทางและความต้องการการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือสามารถนำไปสร้างผลกระทบที่ชัดเจน

ทั้งนี้การพิจารณาของ สวรส. ถือเป็นที่สิ้นสุด

6. กำหนดระยะเวลา

6.1 ประกาศประชาสัมพันธ์ และยื่นข้อเสนอโครงการ (Proposal)	วันที่ 16 มี.ค. - 30 เม.ย. 2569
6.2 พิจารณาข้อเสนอโครงการ	วันที่ 1 พ.ค. - 30 มิ.ย. 2569
6.3 ประกาศรายชื่อข้อเสนอโครงการที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น	วันที่ 1 ก.ค. 2569

หมายเหตุ 1. ระยะเวลาอาจจะมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

2. โครงการที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นจะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย ซึ่งอาจไม่ผ่านการพิจารณาในกระบวนการนี้ได้ สำหรับโครงการที่ผ่านกระบวนการพัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัยแล้วจะเข้าสู่กระบวนการสนับสนุนงบประมาณโครงการวิจัยต่อไป

7. การยื่นข้อเสนอโครงการ

ประกาศรับข้อเสนอโครงการ (Full Proposal) ผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (National Research and Innovation Information System: NRIIS) โดยผู้สนใจสามารถกรอกข้อมูลและยื่นผ่านทางเว็บไซต์ www.nriis.go.th พร้อมแนบไฟล์ Word ของข้อเสนอโครงการดังกล่าว ได้ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม – 30 เมษายน 2569 และสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ 02 027 9701 ผู้ประสาน ได้แก่ นางสาวปิยะฉัตร สมทรง ต่อ 9056, นางสาววรรณพร บุญเรือง ต่อ 9044 และ นางสาวจุฑาทิพย์ มาตรอ ต่อ 9079

กรณีสอบถามรายละเอียดกรอบการวิจัยแผนงานวิจัยจีโนมิกส์ประเทศไทย สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ 02 027 9701 ผู้ประสาน ได้แก่ นายกันตภณ ตั้งอุทัยเรือง ต่อ 9080 และ นายปรินทร เขียวราชา ต่อ 9060

<u>กรณีถ้ามีข้อขัดข้อง...</u>

กรณีถ้ามีข้อขัดข้องทางเทคนิค/การคีย์ข้อมูลผ่านระบบ NRIIS สามารถติดต่อผ่านช่องทางสายด่วน Hotline 097 107 9090 ทีมพัฒนาระบบ NRIIS หรือ Email: nriis@nrct.go.th

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายศุภกิจ ศิริลักษณ์)
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข