

การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และ แพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ (Digital health platform)



สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

10 กรกฎาคม 2566

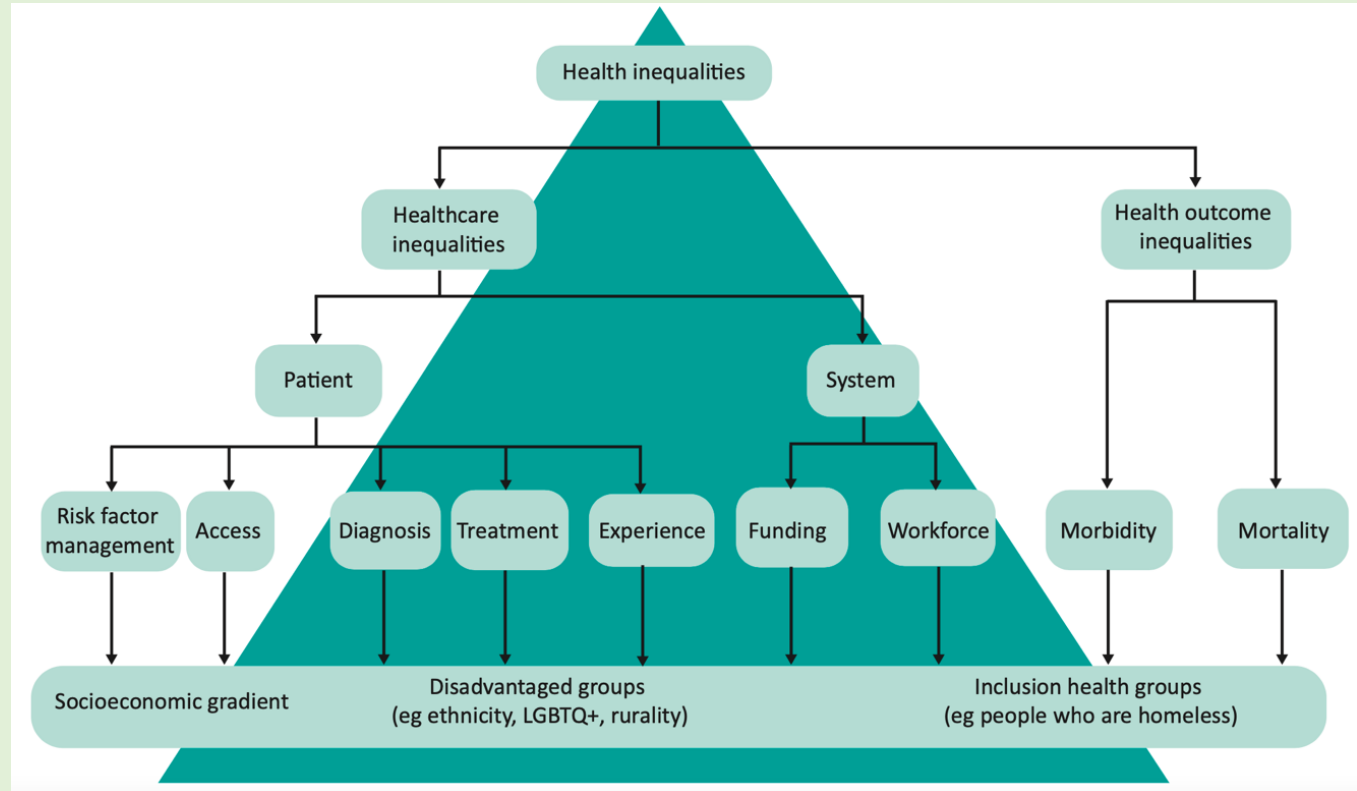
- **ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ**คือ ความแตกต่างด้านสุขภาพของบุคคล/กลุ่มบุคคล ซึ่งสาเหตุเกิดจากบุคคลและระบบ
- **ประเทศไทยมีปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอยู่มาก** โดยเฉพาะ คนยากจน ผู้พิการ และผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เนื่องจาก
 - ต้นทุนในการใช้บริการทางสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สูง เช่น ค่าใช้จ่ายและเวลาเดินทาง เวลารอ และการต้องพึ่งพาคนพาไปส่ง
 - ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์
- **แม้ว่ากลไกหลักช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังมีช่องว่าง**ที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ เช่น การขาดค่าเดินทาง และการอยู่ในพื้นที่ห่างไกล
- **กลไกเสริมที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในประเทศไทย มักมีปัญหาการขยายผล**
- **ภาครัฐควรสนับสนุนกลไกเสริม** โดยการให้ทุนอย่างต่อเนื่องซึ่งมีเงื่อนไขผูกกับผลการดำเนินงาน การสนับสนุนการพัฒนาและผลิตเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัลในประเทศ รวมทั้ง กระทรวงสาธารณสุข ควรช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเห็นภาพรวมผู้ป่วยและเชื่อมโยงการทำงานของเครือข่าย จัดทำฐานข้อมูลกลางในการใช้เครื่องมือแพทย์ และประชาสัมพันธ์เชิงรุก
- **ข้อเสนอแนะต่อกลไกเสริม**คือ เพิ่มแหล่งรายได้ เชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่าย และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสื่อสังคมออนไลน์

- ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (health inequalities) หมายถึง ความแตกต่างด้านสุขภาพของบุคคล/กลุ่มบุคคล
- สาเหตุของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
 - ปัจจัยเชิงบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึง การวินิจฉัย การรักษา และประสบการณ์ในการรับบริการ
 - ปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ เงินทุน และกำลังคน

โครงสร้างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

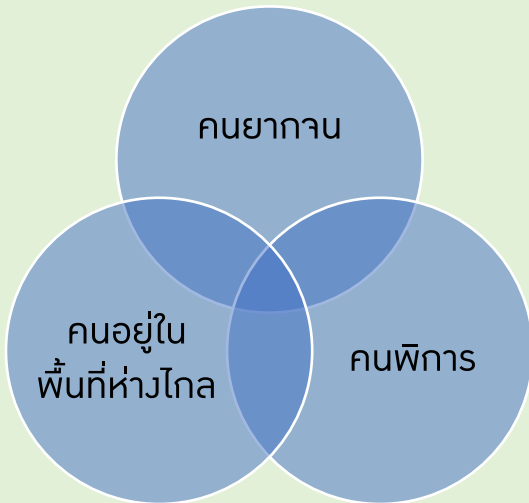


คนยากจน
ผู้พิการ
ผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

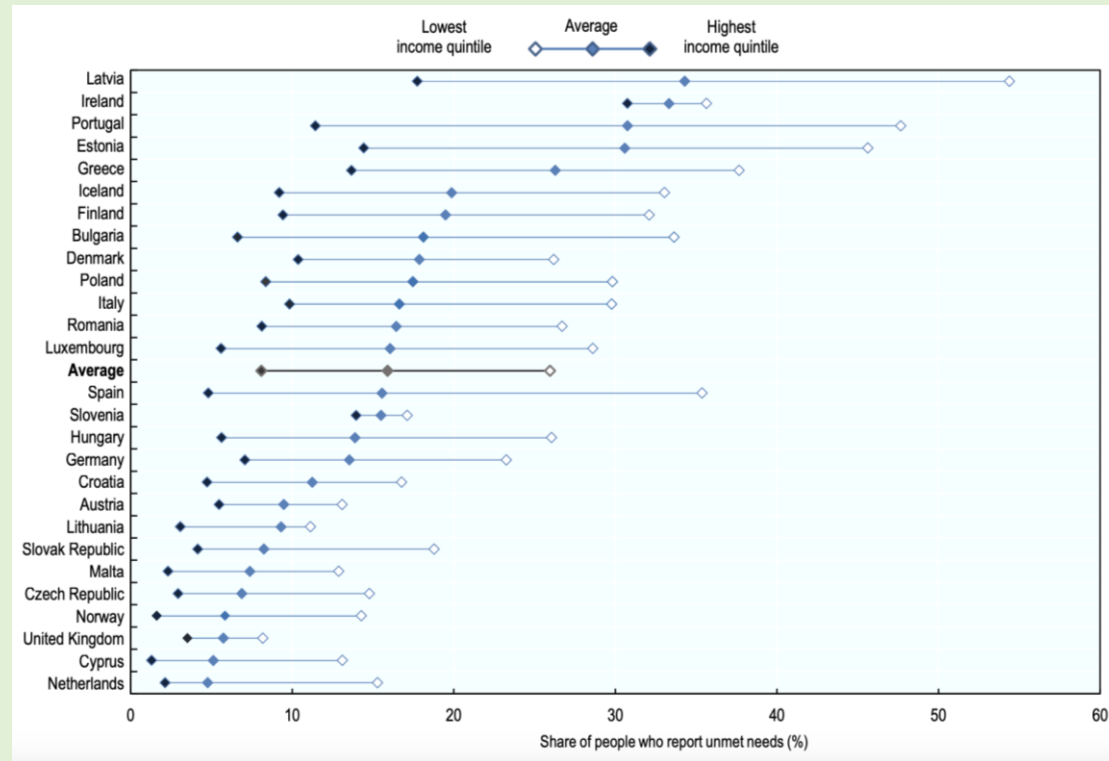


ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพมักเกิดขึ้นกับกลุ่มคนยากจน

- ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพเกิดขึ้นกับกลุ่มคนยากจน เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย
- คนยากจน คนพิการ และคนอยู่ในพื้นที่ห่างไกล อาจเป็นกลุ่มเดียวกัน



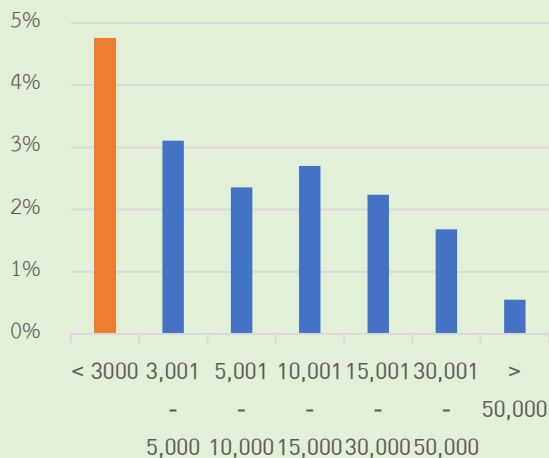
สัดส่วนของประชากรที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็น เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย



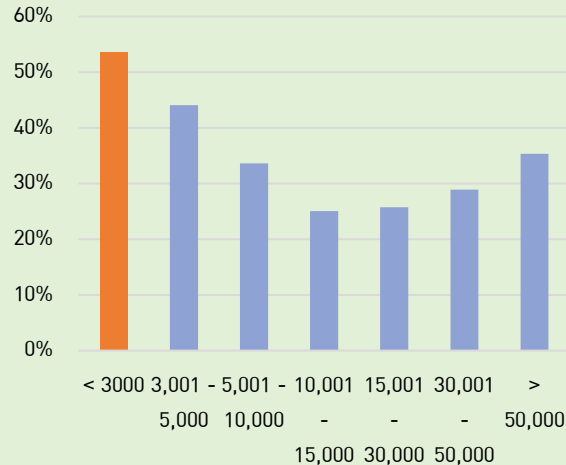
ที่มา: OECD (2019)

- ในปี 2564 ประเทศไทยมีคนยากจน 4.4 ล้านคน คิดเป็น 6.3% ของจำนวนประชากรทั่วประเทศ
- สาเหตุหลักที่กลุ่มคนยากจนไม่ไปรับการตรวจรักษา เช่น คิวรักษายาว ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา เดินทางไม่สะดวก/ อยู่ไกล ไม่มีเวลา ไม่มีเงิน
- **กลุ่มคนรายได้น้อยที่สุดมีแนวโน้มเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่า และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมากกว่ากลุ่มรายได้อื่น**
- อัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยแต่ละโรค มีความแปรผันตามความก้นดางของพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพของคนในพื้นที่ ตลอดจนศักยภาพของการดูแลรักษาของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน (Aungkulanon et al., 2017)

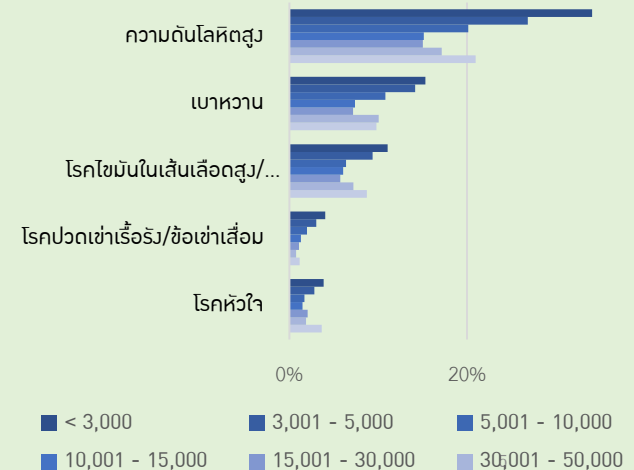
สัดส่วนการไม่ได้รับการตรวจรักษา เมื่อมีความจำเป็น



สัดส่วนการมีโรคเรื้อรัง ของประชากรแต่ละกลุ่มรายได้ ในปี 2564



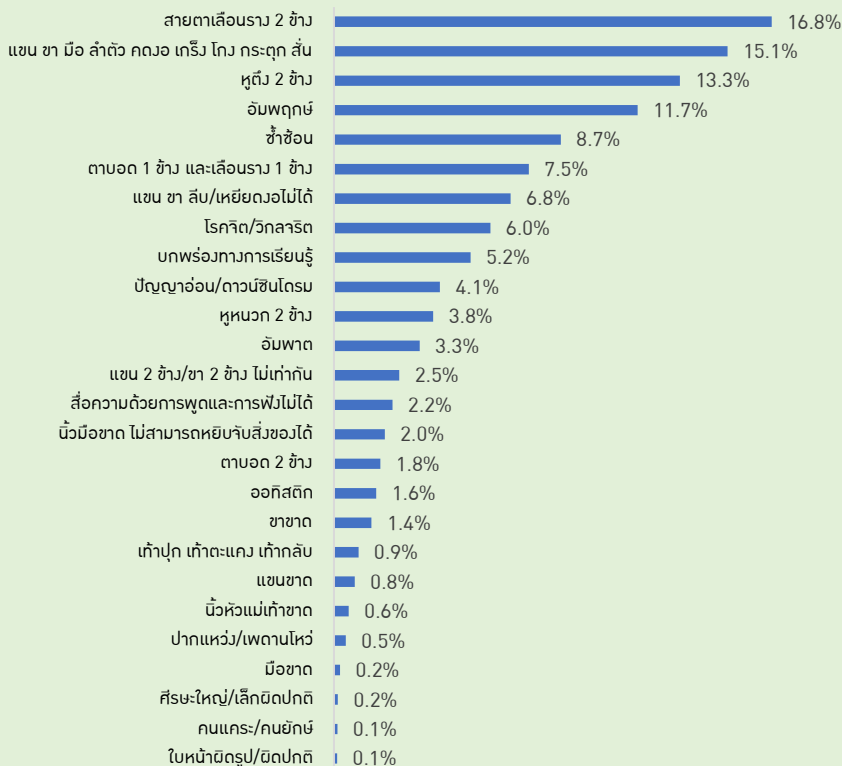
สัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวของประชากร แต่ละกลุ่มรายได้ ในปี 2564



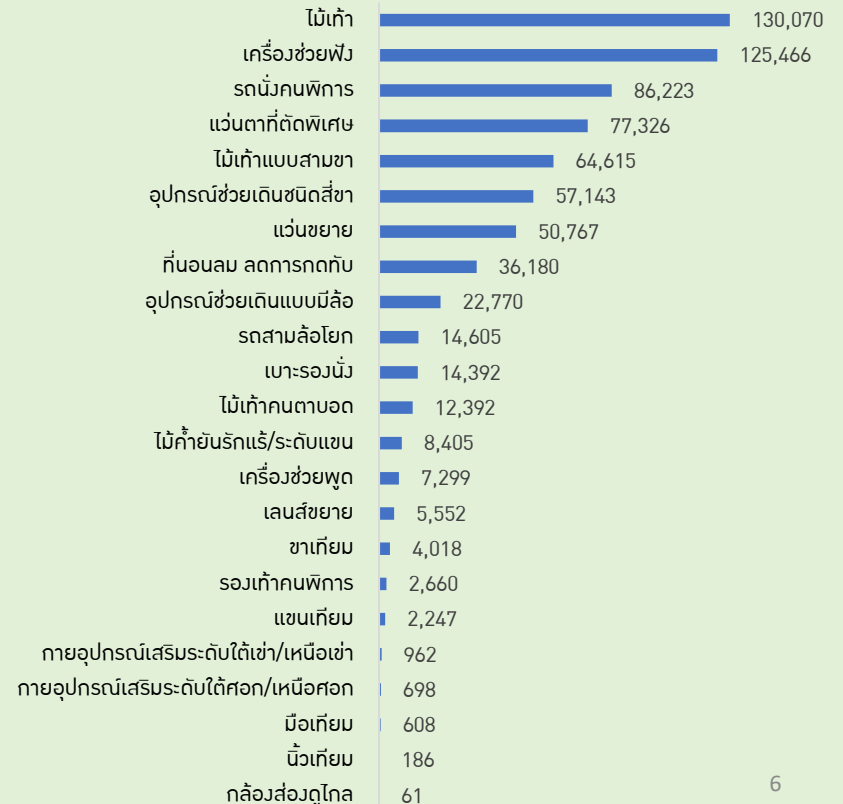
ผู้พิการในประเทศไทยเกือบ 7 แสนคน ที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาเมื่อจำเป็น และเครื่องช่วยที่จำเป็น

- ผู้พิการในประเทศไทยมีจำนวน 3.7 ล้านคน ส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางสายตา การเคลื่อนไหว และการได้ยิน และที่เป็นคนจนมีสัดส่วน 22% ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด
- ผู้พิการที่ไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาเมื่อจำเป็น คิดเป็น 4% ของจำนวนผู้พิการทั้งหมด เนื่องจาก ไม่มีผู้พาไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา/ค่าเดินทาง คิวยาว และไม่มีเวลา
- ผู้พิการที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วย แต่ยังไม่ได้รับ คิดเป็น 15 % ของผู้พิการทั้งหมด

ลักษณะความบกพร่องของผู้พิการ



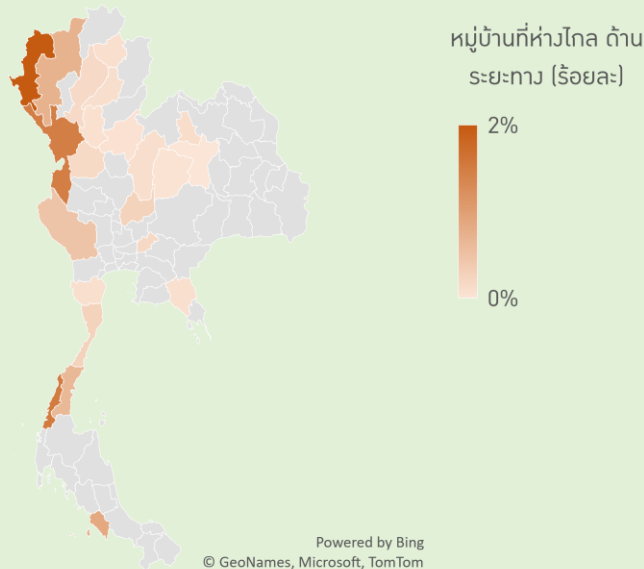
ความต้องการเครื่องช่วยผู้พิการ แต่ละประเภท



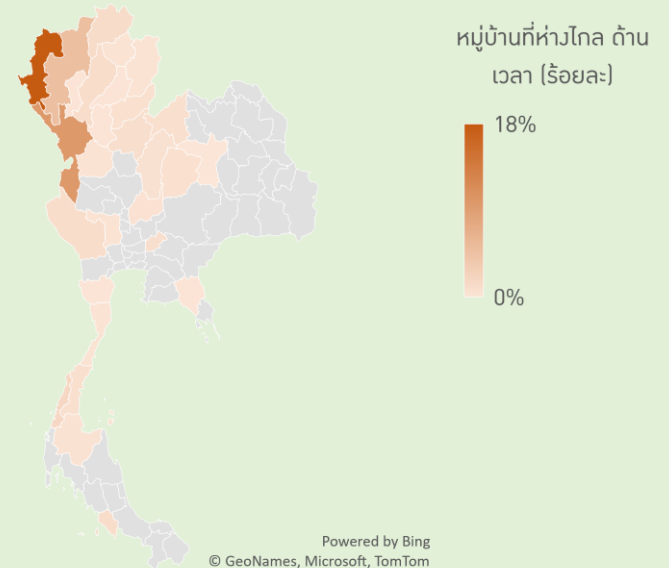
ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่บริเวณชายแดนทางภาคเหนือและภาคตะวันตก

- หมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลส่วนใหญ่อยู่ชายแดนทางภาคเหนือ เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขา โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนหมู่บ้านที่มีปัญหาด้านความห่างไกลมากที่สุด คือ จ.แม่ฮ่องสอน
 - เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ใกล้ที่สุดไม่ควรอยู่ห่างไกลจากหมู่บ้านเกิน 22.5 กิโลเมตร หรือใช้เวลาเดินทางมากกว่า 30 นาที

หมู่บ้านที่ห่างไกล หากพิจารณาจากระยะทางไปยัง
สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ใกล้ที่สุด



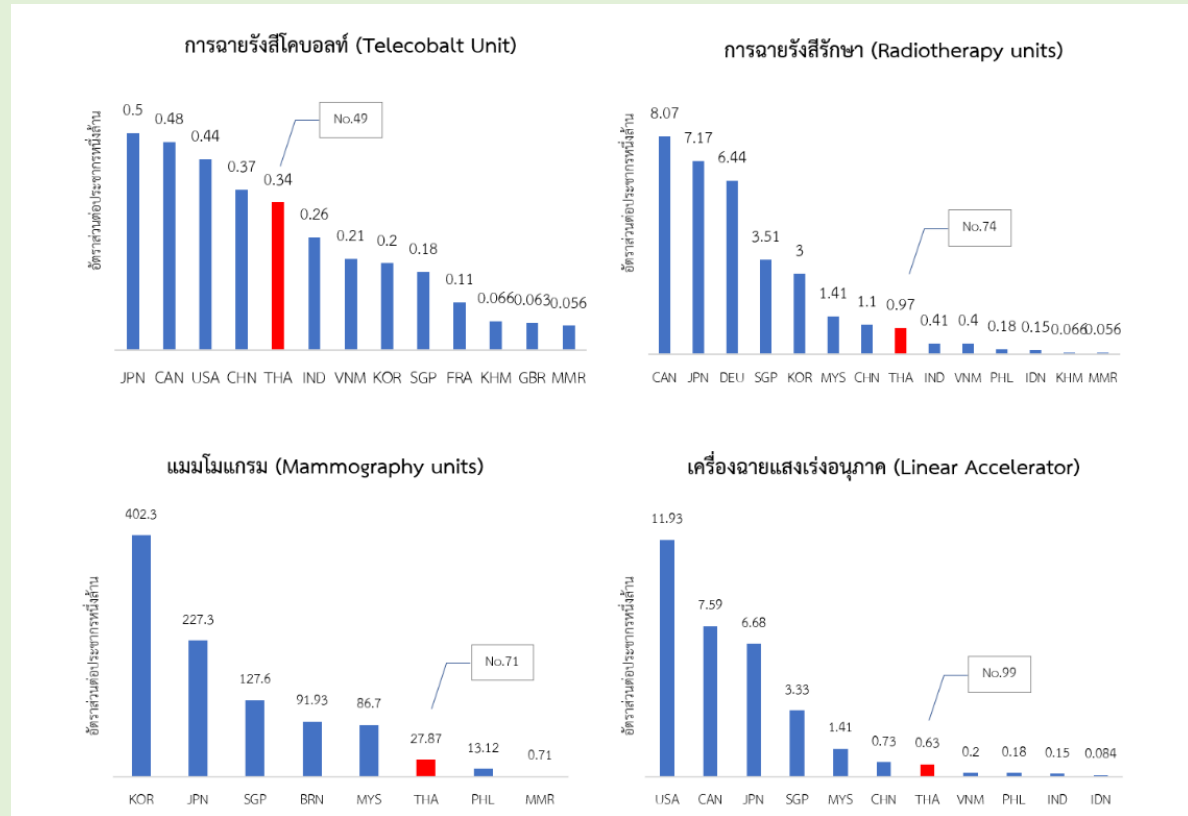
หมู่บ้านที่ห่างไกล หากพิจารณาจากระยะเวลาเดินทาง
ไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ใกล้ที่สุด



ความเหลื่อมล้ำส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการขาดแคลนเครื่องมือแพทย์

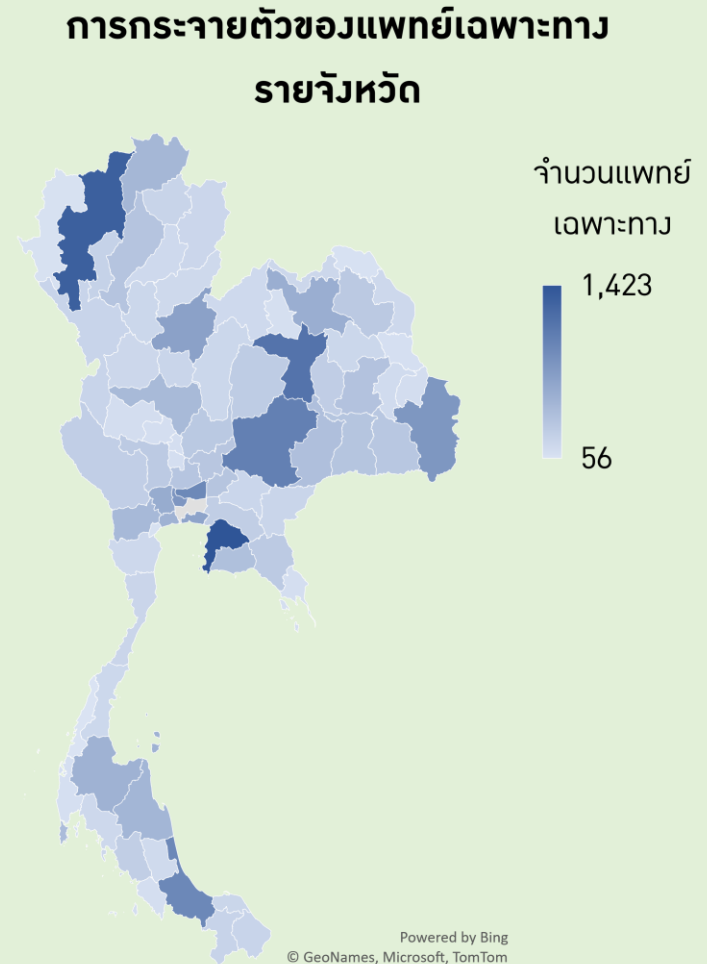
- อัตราส่วนของเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญในการรักษาโรคต่อประชากรยังอยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำเมื่อเทียบกับต่างประเทศ
- กรุงเทพฯ มีสัดส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรสูงที่สุด ขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วน CT Scan, MRI, เครื่องสลายนิว และรพพยาบาลต่อประชากรต่ำที่สุด และภาคใต้มีสัดส่วนเครื่องอัลตราซาวด์และเครื่องล้างไตต่ำที่สุด

อัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรหนึ่งล้านคน (Total density per million population) ของประเทศไทยเทียบกับต่างประเทศ



หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2556 ยกเว้นแมมโมแกรม (Mammography units) เป็นข้อมูลปี 2557; No. หมายถึงอันดับจากมากที่สุด เทียบกับประเทศทั้งหมดในฐานข้อมูลที่มา: Global Health Observatory, World Health Organization [<https://www.who.int/data/gho>]

- พื้นที่ห่างไกลมีปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง
- สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในจังหวัดต่าง ๆ มีความแตกต่างกันสูง โดยแพทย์เฉพาะทาง มักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา และกรุงเทพฯ
- ตัวอย่างเช่น วิสัญญีแพทย์
 - อานาจเจริญมีสัดส่วนประชากร 376,350 คน ต่อ วิสัญญีแพทย์ 1 คน
 - กรุงเทพฯ มีสัดส่วนประชากร 8,678 คน ต่อ วิสัญญีแพทย์ 1 คน (ต่างกัน 43 เท่า)
- สาขาที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางมากเป็นพิเศษ ได้แก่ พยาธิวิทยา ซึ่งจังหวัดที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านพยาธิวิทยามีจำนวน 29 จังหวัด



หมายเหตุ: กรุงเทพมหานครมีจำนวนแพทย์เฉพาะทางมากที่สุด จำนวน 10,708 คน

ที่มา: คณะผู้วิจัย ประมวลผลจากข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2564 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ ภาคและจังหวัด พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กลไกการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของประเทศไทย

8 กรณีศึกษา

- การเข้าถึง**เครื่องช่วย**สำหรับผู้พิการ**ทางการเคลื่อนไหว**



มูลนิธิขาเทียมฯ



องค์กรไทยฤกษ์ บริษัท ซีเมด เมดิคอล จำกัด



- การเข้าถึง**การบำบัดทดแทนไต**ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย



สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

- กลไกการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมด้วย**รากฟันเทียม**



มูลนิธิทันตชนวัตรกรรม
ในพระบรมราชูปถัมภ์



ศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรมรากฟันเทียม คณะ
ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- การเข้าถึง**เครื่องช่วย**สำหรับผู้พิการ**ทางการได้ยิน**



มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกฯ



ศูนย์บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS)

กลไกการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของประเทศไทย

- การเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาโรค **พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี**



สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี

- การเข้าถึงการคัดกรอง **มะเร็งปากมดลูก**



สปสช. เขต 7 ขอนแก่น



โครงการ Mission Leapfrog

- การเข้าถึงการรักษาสำหรับ **ผู้ป่วย ปากแห้งเพดานโหว่**



ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ
สพ.จุฬาลงกรณ์



มูลนิธิระวีวันฉายฯ



ศูนย์แก้ไขความพิการบน
ใบหน้าและกะโหลกศีรษะฯ

- การใช้ **การแพทย์ทางไกล** เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาของผู้อยู่ห่างไกล



ระบบ Video Call
sw.สต.กับ sw.แม่ข่าย



ระบบ DMS
Telemedicine



แอปพลิเคชันบริการด้าน
สุขภาพออนไลน์

หน่วยงานระดับนโยบาย



หน่วยงานด้านวิจัยและนวัตกรรม

ศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรมรากเทียม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



มูลนิธิหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข

ในฐานะที่เป็นกลไกเสริมในการให้บริการทางการแพทย์หรือเป็นตัวเชื่อมระหว่าง
ผู้เล่นหลักต่าง ๆ



ศูนย์ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้พิการและคน ยากจนให้เข้าถึงบริการสาธารณสุข



ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ
แก่ใจความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ
มูลนิธิเทคโนโลยีสารสนเทศตามพระราชดำริฯ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการเครื่องมือแพทย์หรือ แพลตฟอร์มดิจิทัล



โรงพยาบาล และหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

sw. ที่ตั้งของ รว. ผลิต
ขาเทียมพระราชทาน

สสจ. เชียงใหม่

เครือข่าย sw. ในภาคเหนือ
ตอนบนผ่านแพลตฟอร์ม
Thai Cleft Link

sw. ซึ่งเป็นเครือข่าย
ชมมูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก

sw. แม่ข่าย และ sw. ลูกข่าย
ของการแพทย์ทางไกล

ผู้สนับสนุนศูนย์หรือมูลนิธิหรือสมาคมที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข

ผู้บริจาคเงิน

ผู้บริจาควัสดุ

มหาวิทยาลัย

สภากาชาดไทย

ผู้ใช้บริการทางการแพทย์

ผู้พิการ

คนที่ยากจน

ผู้ที่อยู่ห่างไกล

ข้อจำกัด/ความท้าทายในการดำเนินงานของกลไกเสริม



แหล่งที่มาของงบประมาณในการดำเนินงาน มาจากเงินบริจาคและการสนับสนุนของมหาวิทยาลัย ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานในระยะยาว และการขยายขอบเขตการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น



ขอบเขตการดำเนินงานยังจำกัด ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากพอ เช่น ข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และเครือข่ายหน่วยบริการ



สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมการใช้เครื่องมือ หรือกระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น ชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับทางปัสสาวะแบบสำเร็จรูป ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับที่มีประสิทธิภาพ และลดข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากกว่าการคัดกรองด้วยวิธีดั้งเดิมที่เป็นสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ



ความล่าช้าในการพัฒนาเครื่องมือแพทย์เข้าสู่ตลาด และโมเดลธุรกิจที่ไม่ตอบโจทย์ตลาดหรือสามารถแข่งขันได้ เนื่องจากผู้พัฒนาบางส่วนไม่คำนึงถึง ต้นทุน ราคาขายเครื่องมือแพทย์ในท้องตลาด และมาตรฐานสินค้า



การขาดการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น ระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการติดตามการรักษาผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับเครือข่ายที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ



การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาลดลงห่วงโซ่ ตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทางของปัญหา ทำให้แก้ไขปัญหได้อย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ เช่น การวิจัย พัฒนา ผลิต อบรม และมอบอุปกรณ์ฯ เทียมของมูลนิธิฯ เทียม



การทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี ม.ขอนแก่น

การลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการรักษา หรือไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง



- การประสานงานและติดตามให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยการใช้ระบบข้อมูลที่ทันสมัย
- การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา เช่น ค่าเดินทาง และค่ารักษาส่วนเกินที่ไม่สามารถเบิกได้
- การให้ความรู้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการเข้ารับการรักษา

การพัฒนาเครื่องมือที่ตอบโจทยความต้องการผู้ใช้ เช่น



- **ฐานข้อมูล Isan Cohort และชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ** ในการแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- **แพลตฟอร์ม Thai Cleft Link** ที่เก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งช่วยในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษา
- **การพัฒนาเครื่องยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย** ที่ได้มาตรฐานสากลและตอบโจทยความต้องการและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

ผลกระทบของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก โดยโครงการ Mission Leapfrog

กิจกรรมที่ประเมิน

- การลงพื้นที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก เพื่อเพิ่มอัตราการใช้สิทธิตรวจคัดกรองที่มีอยู่แล้ว

กรณีเปรียบเทียบ

- การใช้สิทธิตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA ในสถานพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

- ผู้สนใจร่วมกิจกรรม: 257 คน
- ผู้ร่วมกิจกรรม: 242 คน
- ผู้ร่วมกิจกรรมที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง: 6 คน

ผลกระทบเชิงบวก

337,148

–

ค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรม

198,870

=

ผลกระทบสุทธิ (บาท)

138,278

- ต้นทุนตลอดชีพที่ประหยัดได้จากการกระตุ้นให้กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง ซึ่งมีต้นทุนสูง กลายเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ซึ่งมีต้นทุนต่ำ
- การประหยัดค่าเดินทางจากการที่มีหน่วยคัดกรองเชิงรุกทำให้ไม่ต้องไปที่หน่วยบริการ

- ค่าเจ้าหน้าที่ ค่าสื่อประชาสัมพันธ์ ฯลฯ
- ต้นทุนในการลงพื้นที่ตลอดชีพ (6 ครั้ง; ทุก 5 ปี ระหว่างอายุ 30-60 ปี)



ผลกระทบการดำเนินงานของ กลไกการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่

ศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะฯ

- การประเมินผลกระทบจากการได้รับเงินสนับสนุนจากมูลนิธิ Operation Smile ในช่วงระหว่างกรกฎาคม 2564 – มิถุนายน 2565 ด้วยวิธีการคำนวณผลตอบแทนทางสังคม (SROI)
- ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 60 คน จาก 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) หน่วยงานสนับสนุน 3) หน่วยงานปฏิบัติการภาคสนาม และ 4) ผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ป่วย
- ผลการประมาณการค่า SROI พบว่า **โครงการฯ มีค่า SROI ในอัตรา 2.97 : 1**
 - กล่าวคือ ทุก 1 บาทของเงินทุนที่ได้รับ ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นมูลค่า 2.97 บาท
 - หรือเงินทุนสนับสนุนที่ได้รับ 4.3 ล้านบาท ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมต่อผู้มีส่วนได้เสียรวม 12.7 ล้านบาท

มูลนิธิตะวันฉายฯ

คุณตะวัน สุภสวัสดิ์ ไครตฤม

ข้าราชการครู วิชาเอกภาษาไทย ss.ไทยรัฐวิทยา 84 (บ้านสำราญเพี้ยพาน)

- ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความพิการ และการดูแลจากทีมแพทย์มูลนิธิตะวันฉายฯ
- การรักษาทำให้ตะวันมองข้ามจุดบกพร่องที่เคยมี และเปลี่ยนเป็นความมั่นใจในตนเอง ตั้งใจเรียน และพยายามแก้ไขข้อจำกัดเรื่องการพูด

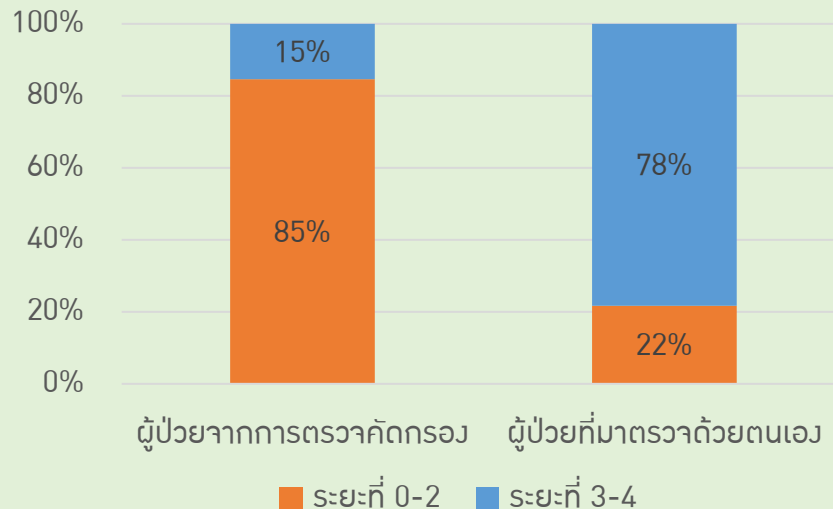
“จากที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้ผมไม่รู้สึกรำคาญตัวเอง มีความบกพร่องอะไร สามารถทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่นได้ เรียนได้เหมือนเด็กทั่วไป”



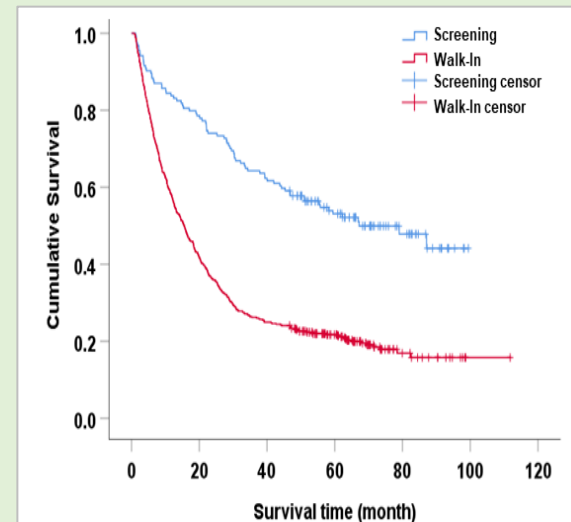
ที่มา: มูลนิธิตะวันฉายฯ

- การตรวจคัดกรองเชิงรุกทำให้พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นมากขึ้น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีโอกาสในการรอดชีวิตมากขึ้น โดย
 - 85% ของกลุ่มผู้ป่วยจากการคัดกรอง ขณะที่ 22% ของผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยตนเอง เป็นมะเร็งในระยะที่ 0-2
 - อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ของผู้ป่วยที่มาจาก การคัดกรอง (54%) สูงกว่าผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยตนเอง (22%)
- การพัฒนาชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปด้วยปัสสาวะ ซึ่งมีความแม่นยำสูงกว่า และมีต้นทุนการตรวจเฉลี่ยต่อรายที่ผลตรวจเป็นบวก 914 บาท ซึ่งต่ำกว่าต้นทุนของการตรวจคัดกรองด้วยอุจจาระ ซึ่งอยู่ที่ 5,790 บาท (FECT) และ 3,351 บาท (MKKT)
- ระบบสารสนเทศ ISAN Cohort มีความคุ้มค่าคุ้มค่าเฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ 24.5 ล้านบาท ในระยะ 10 ปี

ระยะของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบในผู้ป่วยรายใหม่



อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย



การประเมินการดำเนินการของศูนย์ TTRS ในปี 2564

ผลกระทบเชิงบวก

8,709,920

-

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน


85,325,980

=


ผลกระทบสุทธิ (บาท)

-76,616,060

ที่มา: ประมวลผลโดยคณะผู้วิจัย โดยใช้ข้อมูลจาก TTRS

 การให้บริการสนทนา คิดเป็นมูลค่า 5,532,273 บาท

- ทางวิดีโอ จำนวน 258,151 ครั้ง / 10,201 ชั่วโมง
- ทางข้อความ จำนวน 91,588 ครั้ง

 การจ้างงานพนักงาน คิดเป็นมูลค่า 3,177,647 บาท

- ราว 61-63 คน รายได้เฉลี่ยที่ 23,330 บาท

ทั้งนี้ บริการของ TTRS ช่วยให้ผู้พิการได้รับความสะดวกในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น และมีประสิทธิภาพการทำงานที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบเชิงบวกจากประสิทธิภาพการทำงานที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบทางสุขภาพร่างกายและจิตใจซึ่งมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้

ตัวอย่างการใช้บริการ TTRS ในการรักษาพยาบาล

ในช่วงเด็ก คนหูหนวกมีอาการเจ็บหัวใจ แต่โรงพยาบาลไม่มีล่ามภาษามือ

บริการ TTRS ทำให้คนหูหนวกสามารถสื่อสารกับแพทย์ เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้



- การเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลที่ดีของกลุ่มคนยากจน คนที่อยู่ห่างไกล และคนพิการ เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าไม่ถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัล
- ปัญหาการเข้าไม่ถึงเครื่องมือแพทย์ส่วนหนึ่งเกิดจากเครื่องมือแพทย์มีราคาสูง ขณะที่ผู้ป่วยหรือกองทุนของรัฐมีทรัพยากรที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถกระจายเครื่องมือแพทย์ได้อย่างทั่วถึง
- การลดต้นทุนในการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ ช่วยบรรเทาปัญหาการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ได้
 - เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาถูกลง ทำให้โรงพยาบาลจำนวนมากขึ้นสามารถจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ได้
 - การประหยัดงบประมาณ ทำให้มีเงินเพิ่มเติมไปจัดสรรซื้อเครื่องมือเพิ่มขึ้นได้

แนวทางการลดต้นทุนในการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์



นำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่ราคาถูกลงกว่าจากต่างประเทศ โดยช่วยลดอุปสรรคในการค้าขายเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศ



ผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศที่เหมาะสมกับบริบทในประเทศและมีราคาถูกกว่า

การผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศมากขึ้นเพื่อลดต้นทุนในการเข้าถึง เครื่องมือแพทย์

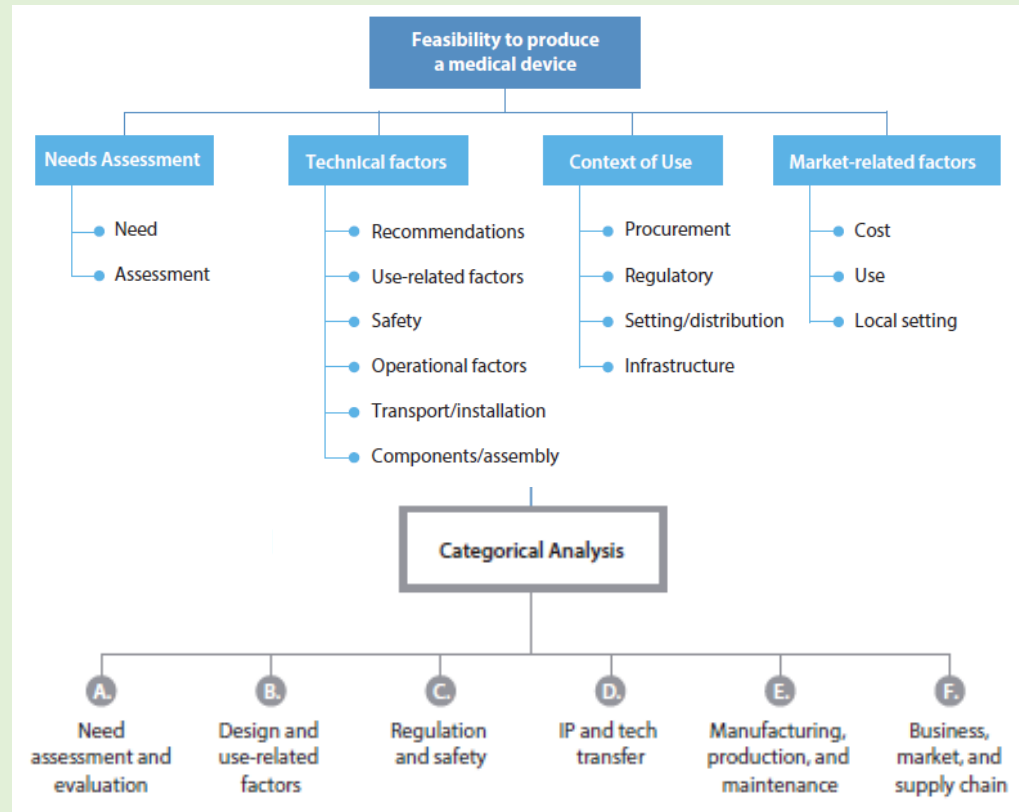
- การสนับสนุนการผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเป้าหมายการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์
- **การคัดเลือกเครื่องมือแพทย์ที่จะลงทุนพัฒนา จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้** เช่น ความต้องการของตลาด ปัจจัยทางเทคนิค สภาพแวดล้อมในการใช้งาน และการดูแลรักษา



กลไกสนับสนุนจากภาครัฐ



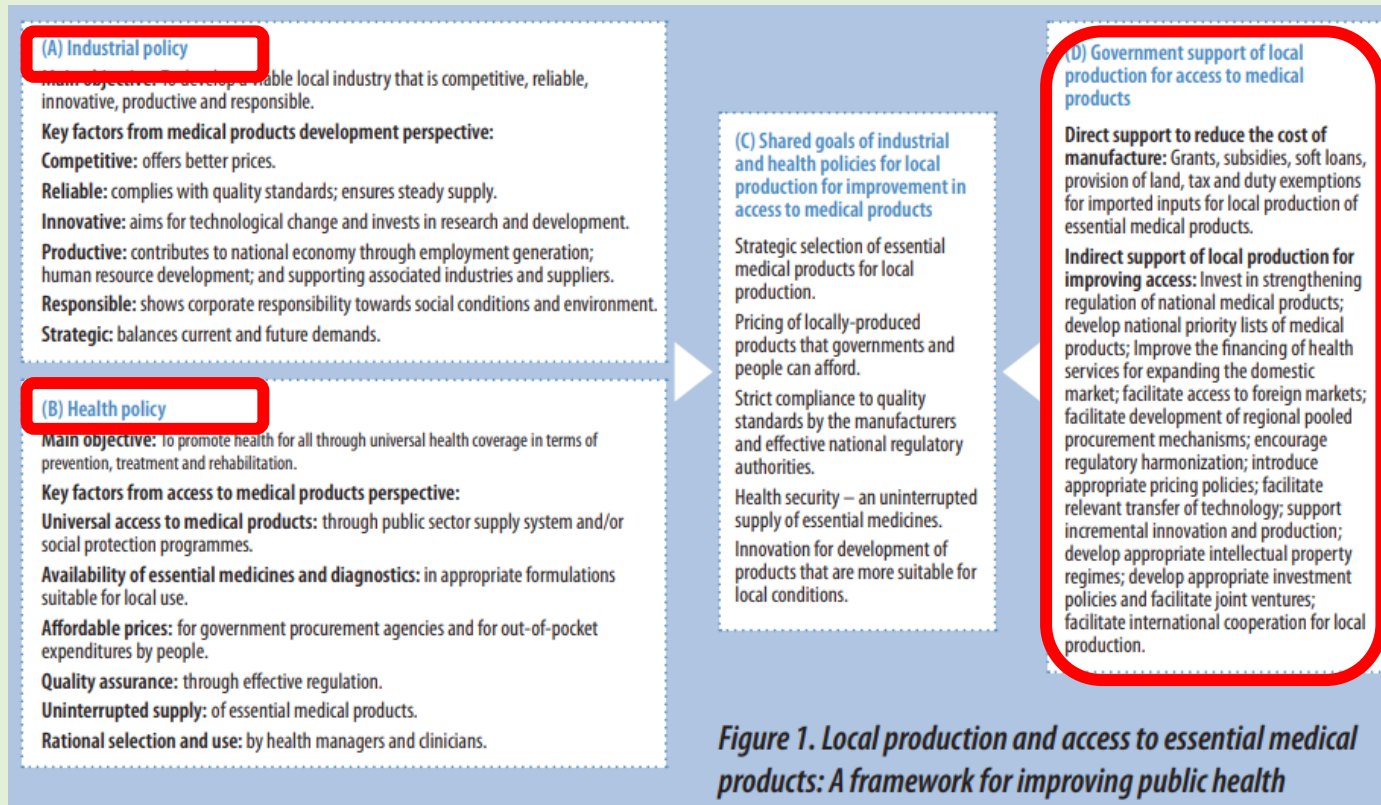
กลไกภาคเอกชน



ที่มา: Towards improving access to medical devices through local production, WHO (2016)

กลไกการสนับสนุนจากภาครัฐเพื่อส่งเสริมการพัฒนาและผลิต เครื่องมือแพทย์ในประเทศมากขึ้น

- **กลไกสนับสนุนทางตรง** เช่น การให้ทุนสนับสนุน การยกเว้นภาษีสำหรับส่วนประกอบที่ต้องใช้ในการผลิต
- **กลไกสนับสนุนทางอ้อม** เช่น การพัฒนานโยบายการลงทุนให้เอื้อต่อการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ การปรับเปลี่ยนมาตรฐานให้เข้ากับมาตรฐานสากล



ตัวอย่างกลไกภาคเอกชนในการพัฒนาและผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

เข้าใจผู้ป่วย

- ออกแบบระบบให้ผู้ป่วยรับบริการได้อย่างครบวงจรได้ภายในครั้งเดียว
- จัดหารถ ที่พัก และอาหารให้ผู้ป่วยเพื่อให้ได้มาทำการรักษา ตอบโจทย์คนไข้ที่อยู่ห่างไกล
- เพิ่มประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ออร์วินท์ประหยัดต้นทุน และสามารถมีกำไรร้อยละ 30 ในภาพรวม

ให้ความสำคัญกับความยั่งยืนทางการเงิน

- เก็บค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีกำลังจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ และนำกำไรที่ได้มาใช้รักษาผู้ป่วยยากไร้ที่ไม่มีเงินพอจ่ายค่ารักษา
- แม้ว่าผู้ป่วยส่วนที่จ่ายค่ารักษาเองจะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 40 แต่รายได้จากผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็เพียงพอต่อการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของกลุ่มผู้ป่วยที่เหลือ



เก็บและใช้ประโยชน์จากข้อมูล

- ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ค้นหาพื้นที่ที่ยังไม่มีการตรวจเชิงรุกภายในระยะ 5-8 กิโลเมตร เพื่อช่วยชี้จุดยุทธศาสตร์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรอง
- ทำให้มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ภายหลังจากการนำข้อมูลแผนที่มาใช้

ยกระดับการตรวจรักษาทั้งระบบ

- ซื้อเทคโนโลยีเลนส์แก้วตาเทียมจากบริษัทรายย่อยในสหรัฐอเมริกา และจัดตั้งโรงงานผลิตเอง ชื่อ Aurolab โดยการที่มีกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดฟรีที่รอใช้งานอยู่ 50,000 ราย ทำให้สามารถรับประกันลูกค้าได้และลดความเสี่ยงในการลงทุน

ตัวอย่างกลไกภาคเอกชนในการพัฒนาและผลิตเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มในประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ



ระบบบริหารจัดการข้อมูลโลจิสติกส์แบบเปิด (Open Logistics Information Management System)

- แพลตฟอร์มจัดการระบบโลจิสติกส์เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงวัคซีนของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลในแอฟริกา
- ช่วยเพิ่ม data visibility ทำให้สื่อสารได้ดีขึ้น และลดอัตราสินค้าขาด รวมถึงลดภาระด้านเอกสาร
- ขยายผลอย่างรวดเร็วด้วยรูปแบบการพัฒนาแบบ open source

ศูนย์สุขภาพทางโทรศัพท์ Chipatala Cha Pa Foni (CCPF)

- VillageReach ซึ่งเป็น NGO มีบทบาทช่วยพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหา ก่อนจะถ่ายทอดองค์ความรู้และความเป็นเจ้าภาพให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้โครงการได้ขยายผล และรับการสานต่ออย่างยั่งยืน
- มีการวัดประเมินผลอย่างเป็นระบบ

เครือข่าย e-NABLE เพื่อเพิ่มการเข้าถึงแขนเทียม

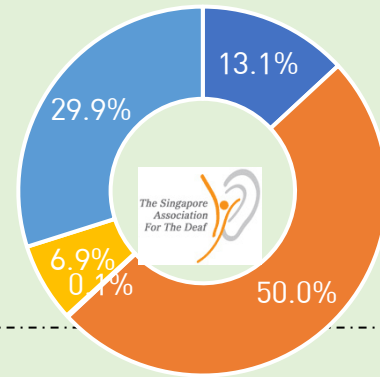
- เปิดแบบพิมพ์สามมิติแขนเทียมให้ เป็น open source และมีสื่อสารสนเทศช่วยสอนการประกอบชิ้นส่วน
- ให้อาสาสมัครกว่า 40,000 คน ในกว่า 100 ประเทศทั่วโลก ใช้เครื่องพิมพ์สามมิติพิมพ์แขนเทียมเพื่อแจกจ่ายให้กับผู้พิการที่ต้องการ

1) การสนับสนุนโดยการให้ทุนจากรัฐบาล

- Singapore Association for the Deaf สนับสนุนการศึกษาสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน การสอนภาษามือ บริการล่ามเพื่อช่วยสื่อสาร
- มูลนิธิฯ มีรายได้กว่าครึ่งจากงบสนับสนุนของรัฐบาล โดยในปี 2019-2022 ได้รับงบเฉลี่ย 2.632 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ (SGD) ต่อปี
- นอกจากงบสนับสนุนรายการกิจแล้ว รัฐบาลสิงคโปร์ยังมี Charities Capability Fund ซึ่งสนับสนุนมูลนิธิในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการบัญชี

งบสนับสนุน The Singapore Association for the Deaf ปีงบประมาณ 21/22

- Cash Donations
- Government Grants
- Investment Income
- Programme Fees
- Others



ผู้สนับสนุนรายใหญ่

กองทุน

กระทรวง



กองทุนซึ่งมีรายได้จากการเก็บค่าเช่าคาสิโน คล้ายกองสลาก



กองทุนของรัฐซึ่งรับเงินบริจาคจากประชาชนและภาคเอกชน



หน่วยงานสนับสนุนคนพิการ ที่ได้รับทุนจากบริษัทสื่อ และรัฐมนตรี



2) การสนับสนุนเชิงนโยบาย

สนับสนุนผู้ซื้อ



- กองทุน Assistive Technology Fund ช่วยให้ผู้พิการเข้าถึงเครื่องมือช่วยเหลือ
- งบประมาณได้สูงสุด 90% ของมูลค่าเครื่องมือ โดยไม่เกิน 40,000 SGD ต่อคนตลอดชีพ โดยผู้พิการต้องมีรายได้น้อยกว่า 2,000 SGD ต่อเดือน
- ครอบคลุมการซื้ออุปกรณ์ใหม่ ซ่อมหรืออัปเดตอุปกรณ์เดิม

สนับสนุนผู้ขาย

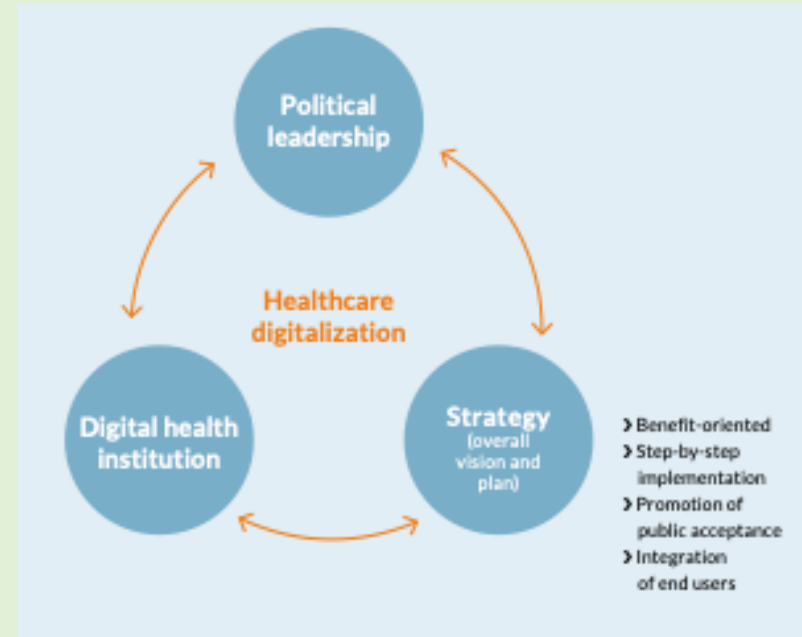


- Health Sciences Authority เป็นหน่วยงานควบคุมมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ ซึ่งมีบริการให้คำปรึกษาการพัฒนาเครื่องมือแพทย์
- การให้คำปรึกษาแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การพัฒนาเครื่องมือ และการยื่นขอจาดทะเบียนเครื่องมือแพทย์

ประเภทการให้คำปรึกษา	การพัฒนาเครื่องมือแพทย์	ก่อนการยื่นจาดทะเบียน
ขอบเขต	ให้คำปรึกษาด้านกฎระเบียบระหว่างการพัฒนา <ul style="list-style-type: none"> • การกล่าวอ้างสรรพคุณ • การศึกษาด้านความปลอดภัย/ผลการใช้งาน เช่น ความเข้ากันได้ทางชีวภาพ • การจัดการความเสี่ยง • การทดสอบทางคลินิก 	ให้ข้อคิดเห็นว่าเอกสารในการยื่นมีความสมบูรณ์และเหมาะสมเพียงใด
ผู้มีส่วนได้เสียเป้าหมาย	ผู้พัฒนาเครื่องมือแพทย์และนักวิจัย	ผู้ยื่นจาดทะเบียนในประเทศ
ขั้นตอน	ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือแพทย์	ก่อนยื่นจาดทะเบียน
จำนวนผลิตภัณฑ์ต่อบริการปรึกษา	อุปกรณ์หนึ่งชิ้นหรือกลุ่มอุปกรณ์ซึ่งใช้ด้วยกันเป็นระบบ	หนึ่งผลิตภัณฑ์ที่ยื่นจาดทะเบียน
ระยะเวลาที่ให้คำปรึกษา	สูงสุด 2 ชั่วโมง	สูงสุด 1 ชั่วโมง

บทเรียนจากต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ ในการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ

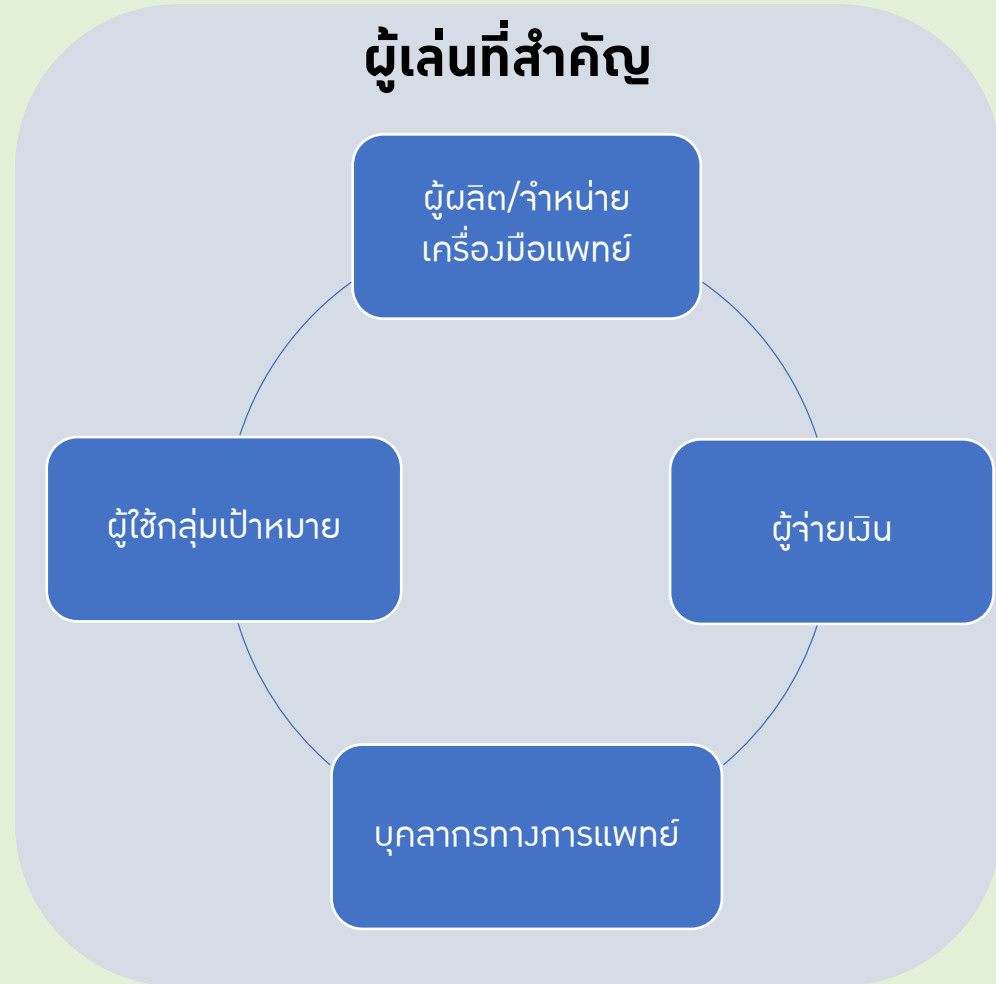
- ประเทศชั้นนำที่ประสบความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยีในระบบสาธารณสุขของโลก เช่น เอสโตเนีย เดนมาร์ก และแคนาดา
- **ปัจจัยความสำเร็จ** ได้แก่
 - **ยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ**
 - มีเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ เพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย หรืออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาในพื้นที่ห่างไกล
 - ดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน
 - ส่งเสริมการยอมรับจากสาธารณะ
 - คำนึงถึงการบูรณาการของผู้ใช้ โดยร่วมกันออกแบบและพัฒนาระบบ
 - **ความเป็นผู้นำทางการเมือง**
 - ผู้กำหนดนโยบาย ต้องให้กรอบแนวคิดที่ชัดเจน นอกจากการสั่งจากบนลงล่าง (top-down approach)
 - **ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบสุขภาพดิจิทัล**



ที่มา: #SmartHealthSystems International comparison of digital strategies

ต้องอาศัยกลไกของภาครัฐที่สำคัญ

- กลไกด้านการเงินที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิต ผู้จ่ายเงิน และผู้ให้บริการ
- การปรับปรุงกฎระเบียบ เทคโนโลยี ระบบการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดการ
- การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม
- การศึกษาที่มีคุณภาพด้านวิศวกรรมทางการแพทย์ (biomedical engineering)
- การฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์



แนวทางเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ



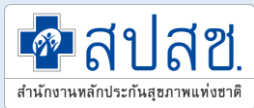
ข้อเสนอแนะในการสนับสนุนการดำเนินงานของกลไกเสริมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัลในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ



ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐ



ข้อเสนอแนะต่อกลไกเสริม





(1) สนับสนุนการให้ทุนอย่างต่อเนื่องแก่หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานเป็นที่ประจักษ์ โดยมีเงื่อนไขการให้ทุนขึ้นกับผลการดำเนินงาน

- ภาครัฐควรสนับสนุนการให้ทุนอย่างต่อเนื่องแก่องค์กร/มูลนิธิ ที่มีผลการดำเนินงานเป็นที่ประจักษ์ โดยมีเงื่อนไขการให้ทุนบนพื้นฐานของผลการดำเนินงาน (performance-based)
 - ศูนย์บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS) ได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงาน กสทช. ภายใต้แผนการให้มีบริการโทรคมนาคมพื้นฐานโดยทั่วถึงและบริการเพื่อสังคม (USO) โดยต้องดำเนินงานภายใต้ข้อตกลงการให้บริการ (SLA)
- หน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทสนับสนุนทุนให้แก่มูลนิธิหรือองค์กรเพื่อสังคมที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุข



- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ • สนับสนุนการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ • ในปี 2566-2670 มีงบ 1,300 ล้านบาท ต่อปี สำหรับ 1,500 โครงการต่อปี | <ul style="list-style-type: none"> • สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล • ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมช่วยเหลือสังคม รวมทั้ง ด้านสาธารณสุข เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการดำเนินงานของสถานพยาบาล • ในปี 2564-2565 สนับสนุนประมาณ 50 ล้านบาทต่อปี | <ul style="list-style-type: none"> • สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) • สนับสนุนทุนแก่ภาคีที่ดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ |
|---|---|---|



(2) กระทรวงสาธารณสุขควรลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย



หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มช่องทางการให้บริการ โดย

- รับถ่ายทอดโครงการต้นแบบระบบการคัดกรองและรักษาโรคที่ประสบความสำเร็จ เพื่อขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น CASCAP
- เพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล ควบคู่กับการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อให้การใช้เครื่องมือแพทย์มีประสิทธิภาพสูงสุด
- ขยายพื้นที่ให้บริการแพทยทางไกล (Telemedicine) ให้ครอบคลุมมากขึ้น



สิทธิระบบประกันสุขภาพ ควรเพิ่มสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

- หน่วยงานกำกับดูแลสิทธิในระบบประกันสุขภาพ เช่น สปสช. ควรเพิ่มสิทธิประโยชน์การเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาที่จำเป็น หากผลการวิจัยประโยชน์-ต้นทุนคุ้มค่า เช่น การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปเคราะห์



หน่วยงานกำกับดูแลสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น สปสช. ควรสนับสนุนค่าเดินทางและค่าที่พัก แก่ผู้ป่วยที่ยากจน ผู้ที่อยู่ห่างไกล และผู้พิการ ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- หรือหน่วยงานด้านสวัสดิการ เช่น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
- ตัวอย่างเช่น รัฐวิศตอเรียในออสเตรเลีย ให้เงินค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยในเขตชนบท ที่ต้องเดินทางมากกว่า 100 กิโลเมตรต่อเที่ยว หรือมากกว่า 500 กิโลเมตรต่อสัปดาห์



(3) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลในการให้บริการมากขึ้น



- โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบการติดตามการรักษาและฐานข้อมูลกลางสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคในระดับประเทศ เพื่อให้เห็นภาพรวมของผู้ป่วยทั่วประเทศ และเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการตกหล่นของกลุ่มเป้าหมาย
- ตัวอย่างเช่น การนำระบบคลาวด์ (Cloud) เข้ามาพัฒนาระบบการติดตามการรักษาและฐานข้อมูลกลางสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคในระดับประเทศ เพื่อให้เห็นภาพรวมของผู้ป่วยทั่วประเทศ และเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แนวปฏิบัติที่ดีในประเทศ



โครงการแก้ไขปัญหาระยะเริ่มต้นของมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP)



ศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ-มูลนิธิเทคโนโลยีสารสนเทศตามพระราชดำริ ๙ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



(4) กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำฐานข้อมูลกลาง ในการใช้เครื่องมือแพทย์



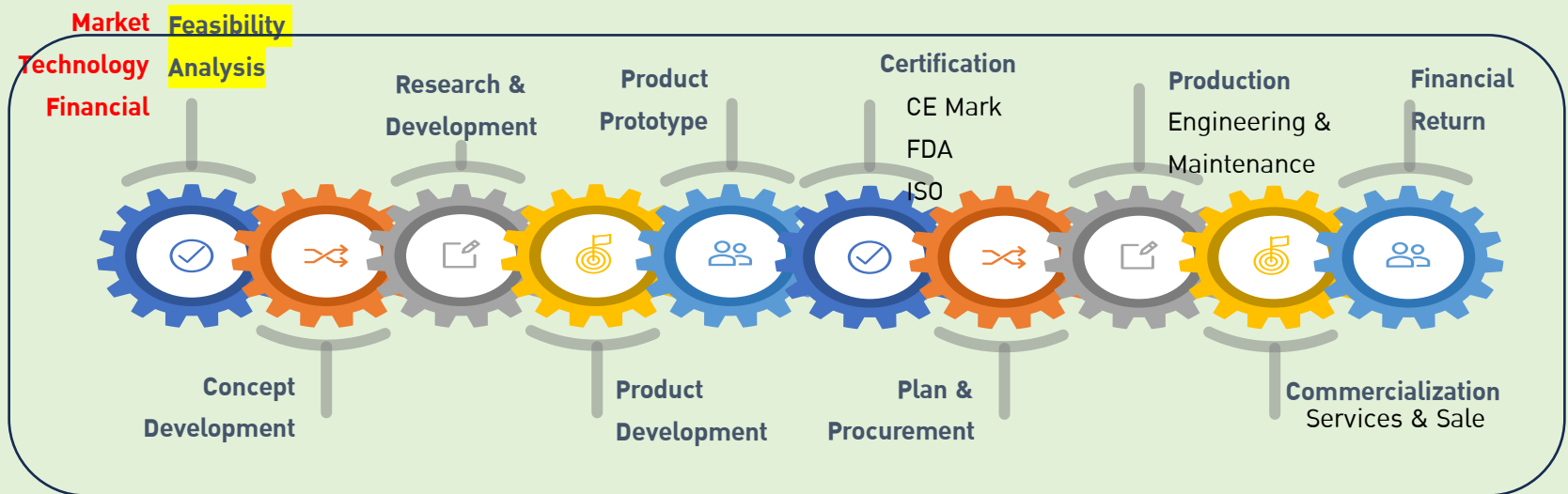
กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำฐานข้อมูลกลางในการใช้เครื่องมือแพทย์ เพื่อช่วยในการวางแผนการใช้เครื่องมือแพทย์ให้คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลสำคัญ เช่น จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเครื่องมือแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดสรรเครื่องมือแพทย์และทรัพยากรสนับสนุนให้เหมาะสมกับการใช้เครื่อง



(5) หน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนผู้พัฒนาและผลิต เครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัล ตลอดห่วงโซ่คุณค่า

- เพื่อพัฒนาและผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ตอบโจทย์มากขึ้น หรือเครื่องมือแพทย์ที่ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตหรือมีต้นทุนต่ำ และได้มาตรฐานสากล เช่น รากฟันเทียม ขาเทียม แขนเทียม และเครื่อง CT Scan





(5) หน่วยงานภาครัฐควรสนับสนุนผู้พัฒนาและผลิต เครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัล ตลอดห่วงโซ่คุณค่า



กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ควรให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาและทำให้สินค้าได้มาตรฐานสากล โดยให้ความสำคัญกับเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับภาระโรค (Burden of disease) สูง ควบคู่กับการศึกษาความเป็นไปได้



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกฎระเบียบในการพัฒนาและจดทะเบียนเครื่องมือแพทย์



สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ควรให้สิทธิประโยชน์ในการลงทุน และดึงดูดการลงทุนจากต่างชาติที่ช่วยหนุนเสริมการพัฒนาและผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศ



กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ควรสนับสนุนการใช้ตลาดภาครัฐเป็นผู้ใช้เริ่มต้น (Lead user) ของเครื่องมือแพทย์ที่วิจัยและพัฒนาขึ้น ผ่านโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยอาจผ่านกลไกบัญชีนวัตกรรมไทย



กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานกำกับดูแลสิทธิหลักประกันสุขภาพ ในฐานะผู้ซื้อหลักในตลาดภาครัฐ ควรจัดทำฐานข้อมูลสินค้าที่ต้องการ ซึ่งมีความถูกต้องและทันสมัย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ประกอบการและนักวิจัยพัฒนาเครื่องมือแพทย์ที่ตอบโจทย์ความต้องการของประเทศ เช่น สินค้าเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ซื้อหลักในภาครัฐ (เช่น สปสช. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทำการจัดซื้อหรือมีแผนจัดซื้อรายไตรมาสหรือรายปี





(6) กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพและให้ความสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ



อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพส่วนหนึ่งเกิดจาก ผู้ป่วยไม่ทราบสิทธิประโยชน์การรักษาที่มี และ วิตชีวิตหรือความเชื่อจึงปฏิเสธการเข้ารับบริการ



การประชาสัมพันธ์เชิงรุกมากขึ้น

- ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำในชุมชน ในการเผยแพร่สิทธิการรักษาและให้ความสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ



การจัดทำฐานข้อมูลที่ให้บริการตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพด้วยตนเองที่ง่ายและสะดวก

- ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ และ แอปพลิเคชัน



ข้อเสนอแนะต่อกลไกเสริมในการขยายผล



เพิ่มแหล่งรายได้ของมูลนิธิ/องค์กร เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และความยั่งยืนในการดำเนินงาน เช่น

- หาโมเดลธุรกิจใหม่: มูลนิธิโรคไตอาจให้ผู้ป่วยโรคไตที่สามารถจ่ายได้ เข้าเครื่องล้างไตโดยเก็บค่าเช่าเข้ากองทุนเพื่อใช้ในการจัดซื้อเครื่องล้างไตเพิ่มเติมของมูลนิธิ ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น Hong Kong Kidney Foundation (HKKF)
- กระจายแหล่งเงินบริจาคให้มากขึ้น: เผยแพร่ผลดำเนินงานสู่สาธารณะเพื่อจูงใจให้มีผู้บริจาคมมากขึ้น ผ่านการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่ทันสมัย เช่น สื่อสังคมออนไลน์



ขยายเครือข่ายดำเนินการ โดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น อสม. และ SW.สต.

- เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง



ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์

- เพื่อปรับการทำงานให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้ง สร้างการเข้าถึงและการรับรู้ผลการดำเนินงานให้มากขึ้น ตัวอย่างในต่างประเทศเช่น องค์กร Victoria Hand Project ขอแคนาดา