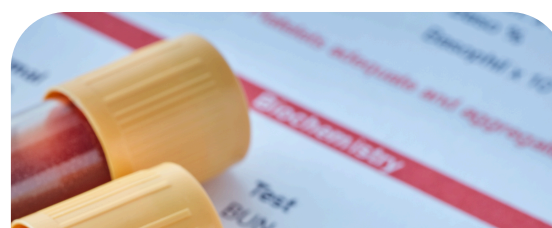
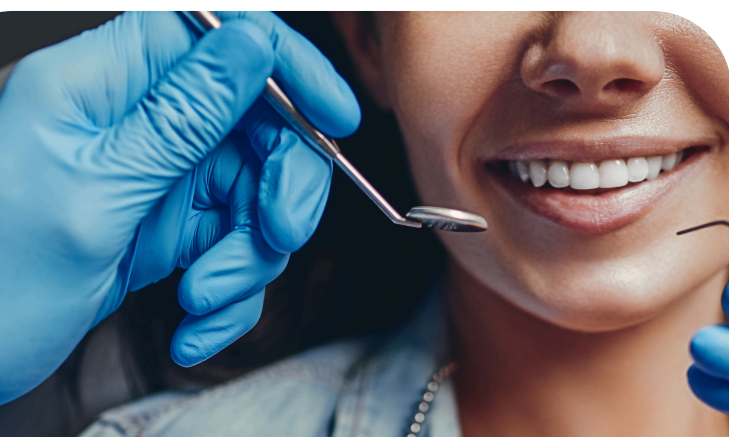


รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการกำกับ ติดตาม และประเมิน นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการกำกับติดตามและประเมิน

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการกำกับติดตามและประเมิน

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย

ผศ.ดร.นพ.สัมพันธ์ ศรีอารงสวัสดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

อ.นพ.ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย

นพ.ณัฐวุฒิ เอี่ยมรัตนรัตน์

นพ.ภรณ์ยู โอสธนากร

นพ.พีรสิทธิ์ สิริรัตนัน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการกำกับติดตามและประเมินนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ของ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. – กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567.

100 หน้า

1. บริการการแพทย์. 2. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. I. สัมพันธ์ ศรีอารงสวัสดิ์.
II. ชื่อเรื่อง.

368.42

ISBN 978-616-443-914-6

พิมพ์ครั้งที่ 1

จัดพิมพ์โดย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

คณะผู้จัดทำโครงการ

คณะวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	หัวหน้าทีมประเมิน
ศ.เกียรติคุณ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	ทีมประเมิน
อ.นพ.ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย	ทีมประเมิน
นพ.ณัฐวุฒิ เอี่ยมรัตนรัตน์	ทีมประเมิน
นพ.ภรณ์ยู โอสมณนากร	ทีมประเมิน
นพ.พีรสิทธิ์ สิริรัตน์	ทีมประเมิน
พญ.ณัฐนิชา มานะบริบูรณ์	ทีมประเมิน
ทพญ.วรรัตน์ ใจชื่น	ทีมประเมิน
นายเสกสรร ยอดสนิท	ทีมประเมิน
นายพิวัฒน์ ศุภวิทยา	ทีมประเมิน
นายภูภิญญ โคมป๋จันทรา	ทีมประเมิน
นายเทพพิทักษ์ เข้มลา	ทีมประเมิน
นางสาวจิณณ์ รัชโน	ทีมประเมิน
นางสาวกัญจรีย์ ศุภวิทยา	ทีมประเมิน
นางสาวสกุลฎา ไตรโกมล	ผู้ประสานงาน
นางสุพัตรา อรุณนภา	ผู้ประสานงาน

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร.....	1
บทนำ	5
กรอบแนวคิดการประเมิน	9
ผลการประเมินนโยบาย	15
ข้อค้นพบจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	16
ข้อค้นพบจากข้อมูลการรับรู้ นโยบายและมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นคุณภาพการบริการ ภายใต้นโยบายฯ ผ่านช่องทาง 1330.....	33
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี.....	39
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	49

บทสรุปผู้บริหาร

เป็นเวลาสองทศวรรษ ที่ประเทศไทยมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อดูแลประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มข้าราชการและลูกจ้างในระบบการจ้างงานซึ่งนำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรสัญชาติไทยทุกคนในปีพุทธศักราช 2545 ซึ่งพบว่ามีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ทั้งในแง่การขยายความครอบคลุมประชากร (population coverage) ขยายความครอบคลุมการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น (service coverage) และการคุ้มครองค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการด้านสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ (financial risk protection) อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีความท้าทายอยู่อีกหลายประการ

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (One ID policy) ถูกเสนอเป็นนโยบาย Quick Win ของรัฐบาลชุดปัจจุบันที่ต้องการยกระดับยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยมีเป้าหมายเพิ่มความสะดวกการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนผ่านการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาระบบการบริหารการเบิกจ่าย และการติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการพัฒนาระบบเชื่อมโยงและบูรณาการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ และมีการนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัดอย่างรวดเร็ว โครงการประเมินนี้จึงจัดทำเพื่อสำรวจการตอบสนอง ความท้าทาย และข้อเสนอของหน่วยบริการสุขภาพต่อนโยบายดังกล่าว ตลอดจนศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนและพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างทีมนักวิชาการ และผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นอย่างราบรื่นในอนาคต

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญดังต่อไปนี้

- ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายนี้อาศัยกลไกการอภิบาลเชิงระบบ ซึ่งมาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมถึงสถานพยาบาลและหน่วยบริการนวัตกรรมการต่าง ๆ
- นโยบายนี้ไม่ก่อให้เกิดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้านิสงส์หลักจากนโยบายนี้คือกลุ่มผู้ป่วยข้ามเขตที่รับบริการกับแพทย์เฉพาะทางใน

โรงพยาบาลใหญ่อยู่แล้วและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมีนัดหมายอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องกลับไปขอใบส่งตัวทุกครั้งในการมารับบริการ

- ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่านโยบายนี้ทำให้ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิลดลง กลับกันการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรมโดยเฉพาะคลินิกพยาบาลและร้านยาคุณภาพซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชุมชน ที่สะดวกในการเดินทาง รวมถึงมีการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดทำให้ประชาชนสะดวกในการไปรับบริการ ทำให้หน่วยบริการเหล่านี้อาจเป็นที่พึ่งของคนจนในชนบทและในเมืองที่สามารถเข้าถึงได้
- ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังยังถือเป็นช่องว่างของนโยบายนี้ เนื่องด้วยกลไกการให้บริการสุขภาพและการเบิกจ่ายยังไม่สนับสนุนรูปแบบการให้บริการดังกล่าว
- การบูรณาการของระบบข้อมูลสุขภาพทั้งด้านข้อมูลเพื่อสนับสนุนนโยบายและข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายยังเป็นประเด็นที่กำลังพัฒนาและน่าติดตามต่อไป ด้วยความหวังที่จะทำให้เกิดระบบข้อมูลที่ใช้การตัดสินใจทางคลินิก การติดตามประเมินและวางแผนด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ประชาชนมีความพึงพอใจในนโยบายดังกล่าว โดยกล่าวถึงความสะดวก การเข้ารับบริการ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการรับบริการ และลดค่าเดินทางในการไปใช้บริการ ตลอดจนระยะเวลาในการรอคอยในการใช้บริการของคลินิกนวัตกรรมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 นาที

จากข้อค้นพบในโครงการประเมินจึงได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้กำหนดนโยบายดังต่อไปนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการพัฒนาระบบร่วมกับ vendor ระบบ hospital OS หลาย ๆ ระบบ ในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Financial Data Hub) ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เบิกจ่ายค่าบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการขยายพื้นที่ดำเนินนโยบายในระยะต่อไป เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินนโยบาย และระบบข้อมูลการให้บริการและการเบิกจ่ายที่บูรณาการกันนำมาสู่ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลในการนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจทางคลินิก และการวางแผนติดตามกำกับระบบสุขภาพต่อไป
2. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในสังกัดเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล

3. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (PHR) ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการจัดระบบบริการที่บูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และเป็นเครื่องมือสำหรับสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพควรปรับรูปแบบการจ่ายเพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) และหน่วยบริการนวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและบูรณาการกัน

บทนำ

เป็นเวลาสองทศวรรษ ที่ประเทศไทยมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อดูแลประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มข้าราชการและลูกจ้างในระบบการจ้างงานซึ่งนำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรสัญชาติไทยทุกคนในปีพุทธศักราช 2545 ซึ่งการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2545 นี้ ทำให้ประชากรสัญชาติไทยอีก 30% ที่ยังไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในขณะนั้น ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จ ในการปฏิบัติตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในแง่การขยายความครอบคลุมด้านประชากร (population coverage) ขยายความครอบคลุมการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น (service coverage) และการคุ้มครองค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการด้านสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ (financial risk protection) ในปี 2565 ยังพบว่ามีความท้าทาย เกิดขึ้นอยู่ไม่น้อย ในบริบทประเทศไทย เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มคนต่างด้าวบางส่วนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพภาครัฐคุ้มครอง¹ หรือประชากรที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยแต่ไม่ได้ถือสัญชาติไทย อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่ทำให้ภาระโรคด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก² และจากฐานข้อมูล ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในคนไข้กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีความครอบคลุมที่มีประสิทธิผล (effective coverage) ค่อนข้างต่ำ (22.3% สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2566 และ 26% สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2566)³ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวยังมีจำกัด และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แออัดและกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้คุณภาพในการดูแลรักษาไม่ต่อเนื่องและรอบด้านเพียงพอ นอกจากนั้นปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิต (life style behavior) ยังมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิผลของการดูแลรักษาพยาบาล

เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพยิ่งขึ้นรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีการขับเคลื่อน

¹ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน, สถิติแรงงานประจำปี 2566

² การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547 – 2563

³ คณะทำงานวิชาการพัฒนาและวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของความครอบคลุม, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายรัฐบาลเพื่อยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค ผ่านนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่” โดยมีเป้าหมายเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็ว แก่ประชาชนในการรับบริการ ผ่านการขับเคลื่อนหลักโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงและบูรณาการของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาระบบการบริหารการเบิกจ่ายและการติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ โดยนโยบายดังกล่าว ได้ผ่านการเห็นชอบของมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานฯ วาระพิเศษในวันที่ 6 ธันวาคม 2566 และผ่านการเห็นชอบของมติคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์วาระพิเศษ 7 ธันวาคม 2566 อ้างอิงจากเอกสารประกอบการนำเสนอของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ ระบุว่า ภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่นี้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิได้นอกจากนั้นแล้วยังสามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการนวัตกรรม ได้แก่ คลินิกพยาบาล (ตรวจรักษาเบื้องต้น, การพยาบาลพื้นฐานและการบริหารยาตามแผนการรักษาของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการส่งต่อ, การทำแผล, การให้บริการพยาบาลที่บ้าน) ร้านยา (ให้บริการ ให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป) คลินิกเทคนิคการแพทย์ (ให้บริการเจาะเลือด และเจาะเลือดที่บ้านเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์) คลินิกกายภาพบำบัด (บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดหรือแก้ไขการพูดผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค) คลินิกทันตกรรม (ตรวจสุขภาพช่องปากทั้งปาก วางแผนการรักษา ประเมินความเสี่ยงฟันผุ เอกซเรย์ และให้บริการ 1 รายการของการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย ฟลูออไรด์ และ sealant)

เมื่อเริ่มดำเนินนโยบายดังกล่าว ในประเด็นกลไกการเบิกจ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะคงไว้ซึ่งรูปแบบการจ่ายแบบเดิมสำหรับรายการ OP anywhere และหน่วยนวัตกรรม แต่มีการปรับระบบการเบิกจ่ายในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัดโดยใช้ระบบ แสดงตนยืนยันสิทธิ์เมื่อสิ้นสุดการรับบริการ (ใช้เครื่องรูดบัตรเคลื่อนที่, เครื่องให้บริการอัตโนมัติ KIOSK, เครื่องอ่านบัตรประชาชน, LINE Application, แอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อกับ ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)⁵ ซึ่งเป็นระบบเช่นเดียวกับสวัสดิการข้าราชการ เพื่อให้การเบิกจ่ายรวดเร็วและได้รับความมั่นใจในการเข้ารับบริการของประชาชน

เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวบรรลุตามเป้าประสงค์ที่คาดหวัง องค์ประกอบสำคัญคือการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงข้อมูลคนไข้ไม่ใช่เพียงข้อมูลการเบิกจ่ายเท่านั้น แต่เป็นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการให้การรักษา แก่คนไข้ ณ สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ต้องเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ สอดคล้องกับวรรณกรรมต่างประเทศ ที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนา ระบบ personal health record และการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยงกัน และถูกต้องแม่นยำ)

⁴ เอกสารประกอบวาระ เรื่อง “การขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลยกระดับ 30 บาท รักษาทุกโรค บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 13/2566 วันที่ 25 ธันวาคม 2566

⁵ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ 2567

เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁶ นอกจากนั้นแล้วเพื่อการ ปรับปรุงกระบวนการ นโยบายอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้มี การติดตามประเมินผลในพื้นที่ ผ่านการมีส่วนร่วมใน 4 จังหวัดนำร่องได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดนราธิวาส โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการให้กับสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอเพื่อ ร่วมดำเนินการกำกับติดตามการขับเคลื่อนนโยบาย การใช้ บัตรประชาชนใบเดียวไปได้ทุกที่จำนวน 3.65 ล้านบาทสำหรับแต่ละจังหวัด

เพื่อประเมินสถานการณ์ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินการตามนโยบายบัตร ประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่อง คณะผู้ประเมินซึ่งประกอบไปด้วยนักวิจัยนโยบาย และระบบสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติทั้งส่วนกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตสุขภาพ ในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่องผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้เสียรวมถึงการ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณหัตถ์จากฐานข้อมูลการเรียกเก็บค่าชดเชยภายใต้นโยบายและ ฐานข้อมูล 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อค้นพบ ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคข้อคิดเห็น หรือ กรณีสึกษาที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่ต่างๆ มานำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุง กระบวนการนโยบายภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ Developmental Evaluation

การดำเนินการประเมินในครั้งนี้จะประสบผลสำเร็จไม่ได้ถ้าขาดการสนับสนุนจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และความช่วยเหลือในการประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน จังหวัดพื้นที่นำร่องทั้ง 4 แห่ง รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหน่วยบริการภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรมการ ภาครัฐเอกชน คณะผู้ประเมินหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากการประเมินในครั้งนี้จะมี ประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย ในการกำกับทิศทางและพัฒนากการดำเนินการตามนโยบายให้บรรลุตาม เป้าประสงค์ที่วางไว้จนจะเกิดประโยชน์เป็นระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีคุณภาพสำหรับประชาชนไทย ต่อไป

⁶ Wilson, D., Sheikh, A., Görgens, M., Ward, K., & Bank, W. (2021). Technology and Universal Health Coverage: Examining the role of digital health. *Journal of Global Health*, 11.

ระเบียบวิธีการประเมิน

ประเทศไทยประสบความสำเร็จตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) มานานกว่า 2 ทศวรรษจากการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชาชนสัญชาติไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐ ความสำเร็จดังกล่าวทำให้ประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงการจัดบริการสุขภาพที่เป็นธรรมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่เกิดการล้มละลายของครัวเรือนจากการเข้ารับบริการสุขภาพ⁷ และเป็นตัวอย่างของการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพภาครัฐสำหรับประชาชนทุกคนถึงแม้จะเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง⁸

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการนโยบายตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยยังมีโอกาสพัฒนาอยู่มาก อาทิ ประเด็นความครอบคลุมประสิทธิผล (effective coverage) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁹ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งยังมีความแตกต่างกันอยู่ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนเปราะบางที่เกิดจากเศรษฐกิจสถานะและความแตกต่างด้านภูมิศาสตร์ (สถานที่พักอาศัย และที่ตั้งของหน่วยบริการ)¹⁰ ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐจากการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทั้งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมการเจ็บป่วยเฉียบพลันและผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาและการตัดสินใจไม่เข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน^{11 12}

⁷ Thammatacharee N, Tisayaticorn K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtip R, Tangcharoensathien V. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. BMC Public Health. 2012;12:1-8.

⁸ Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet. 2018;391(10126):1205-1223.

⁹ Charoendee K, Siratanaban J, Aekplakorn W, Hanvoravongchai P. Assessment of population coverage of hypertension screening in Thailand based on the effective coverage framework. BMC Health Serv Res. 2018;18:1-9.

¹⁰ Chongthawonsatit S. Identification of unmet healthcare needs: A national survey in Thailand. J Prev Med Public Health. 2021;54(2):129.

¹¹ Abhichartitbutra K, Wichaikhum OA, Kunaviktikul W, Nantsupawat A, Nantsupawat R. Occupancy rate and adverse patient outcomes in general hospitals in Thailand: A predictive study. Nurs Health Sci. 2018;20(3):387-393.

¹² Kongcheep S, Arpanantikul M, Pinyopasakul W, Sherwood G. Thai nurses' experiences of providing care in overcrowded emergency rooms in tertiary hospitals. Pac Rim Int J Nurs Res. 2022;26(3).

ในเดือนธันวาคม 2566 รัฐบาลได้มีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (ชื่อที่ใช้สื่อสารโดยทั่วไป) หรือ นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่คาดหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว (ลดอุปสรรคในการเข้าถึง สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยและลดการแออัดในโรงพยาบาล) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกแบบให้มีการร่วมให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรมต่าง ๆ ทั้งคลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาล คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด ร้านยา คลินิกแพทย์แผนไทย และพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่าชดเชยที่ด้วยงบประมาณที่เหมาะสมและจ่ายค่าชดเชยอย่างฉับไว และเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่วางเป้าหมายไว้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงกัน และมีนโยบายคู่ขนานเรื่องการลงทะเบียนระบบ personal health record ในฝั่งประชาชน และ Health Link ของหน่วยบริการต่าง ๆ เพื่อบูรณาการข้อมูลสุขภาพ



ภาพที่ 1 แนวคิดนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2023)

ในการประเมินครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของการประเมินการพัฒนา (Developmental Evaluation)¹³ ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนการดำเนินนโยบายหรือนวัตกรรมในบริบทหรือสภาพแวดล้อม (context) ที่มีความซับซ้อนและไม่แน่นอน (complex and dynamic) โดยการประเมินนี้จะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยนักประเมินและทีมงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการต่าง ๆ โดยนักวิจัยจะนักประเมินจะต้องทำงาน

¹³ Dozois E, Langlois M, Blanchet-Cohen N. DE 201: A Practitioner’s Guide to Developmental Evaluation. Montreal: The J.W. McConnell Family Foundation and the International Institute for Child Rights and Development; 2010.

ใกล้ชิดกับทีมงานโครงการเพื่อระบุปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอแนวทางการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โครงการสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยการประเมินการพัฒนาแตกต่างจากการประเมินแบบดั้งเดิมที่มักมุ่งเน้นการวัดผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการหรือกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด การประเมินการพัฒนานั้นการเรียนรู้และการปรับตัวตลอดกระบวนการดำเนินงาน โดยใช้ข้อมูลและข้อค้นพบที่ได้รับจากการประเมินมาใช้ในการปรับกลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง วิธีการนี้เหมาะสมอย่างยิ่งกับโครงการที่ต้องการนวัตกรรม การทดลอง และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

แนวคิดการประเมินเพื่อพัฒนาโครงการบัตรประชาชนฯ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทีมวิจัยระบบสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Phase I: การประเมินระยะต้นในพื้นที่นำร่องต้นแบบ 4 จังหวัด 3 เดือน

เพื่อศึกษาการรับรู้ การตอบสนองต่อนโยบาย ของทั้งฝั่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเฉพาะระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองต่อนโยบายและพฤติกรรมในการใช้บริการของประชาชน ก่อน-หลังนโยบาย

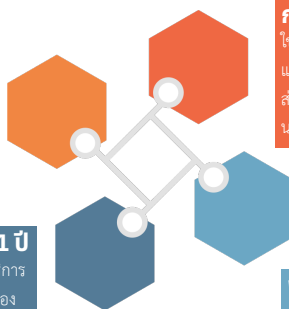
ได้ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงและพัฒนานโยบายก่อนการขยายผล

Phase II: การประเมินผลในระยะยาว 1 ปี

เพื่อศึกษาการรับรู้ การตอบสนองต่อนโยบาย ของทั้งฝั่งผู้ให้บริการหลังขยายผลนโยบาย รวมถึงพฤติกรรมในการใช้บริการของประชาชน ก่อน-หลังนโยบาย ในพื้นที่อื่น ๆ นอกเหนือจากพื้นที่ต้นแบบนำร่อง 4 แห่ง

พัฒนาเครื่องมือ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนเรียน จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยวิธี natural language processing

ได้ทราบถึงประสิทธิภาพของนโยบาย รวมถึงปัญหา อุปสรรค สู่การพัฒนาในอนาคต



กลไกการสื่อสารสาธารณะ

ใช้ผลการศึกษาเพื่อการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อให้เกิดการรับรู้ของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ

การดำเนินการคู่ขนานกับโครงการวิจัย

พัฒนาการทำงานร่วมกันในระยะยาว (1- / ปี)

ระหว่างนักวิชาการ นักวิจัยระบบสุขภาพ นักศึกษา ผู้กำหนดนโยบาย และ data engineer ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้เกี่ยวข้อง และเป็น platform สำหรับการติดตามและประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ได้ platform การทำงานร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพ และสังเคราะห์นโยบายอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การประเมิน

- 1) เพื่อสำรวจการตอบสนอง ความท้าทาย และข้อเสนอของหน่วยบริการสุขภาพต่อนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ณ หน่วยบริการ เปรียบเทียบก่อน-หลัง การมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) พัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการ (นักวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ) และผู้กำหนดนโยบาย ในการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีประสิทธิผล

ระเบียบวิธีประเมิน

คณะผู้ประเมินซึ่งประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและระบบสุขภาพได้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีประเมินแบบผสมผสานแบบคู่ขนาน (convergent parallel mixed-method design) ที่นำเสนอโดย Creswell and Clark (2011)¹⁴ เพื่อศึกษาการตอบสนองของหน่วยบริการ และประชาชนต่อนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในระยะ 3 เดือนในพื้นที่นำร่องต้นแบบ 4 จังหวัด โดยประกอบด้วย

- **การประชุมวางแผนการกำกับติดตาม ประเมินผล** ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองวางแผนการกำกับติดตามประเมินผล
- **การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data)** เพื่อศึกษาการตอบสนองของหน่วยบริการ และอุปสรรคการในการดำเนินการตามมาตรการนโยบาย โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) หรือ สันทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้เสีย (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านบริการผู้ป่วยและด้านบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ) ในหน่วยบริการภาครัฐในระดับต่าง ๆ ได้แก่
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - องค์การบริหารส่วนจังหวัด
 - โรงพยาบาลจังหวัด
 - โรงพยาบาลชุมชน
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ
 - หน่วยงานนวัตกรรมในพื้นที่

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มจะถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic content analysis) เพื่อสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- ความรู้และการปรับตัวของหน่วยบริการในการตอบสนองการดำเนินการนโยบาย
- การเข้าถึงและคุณภาพของบริการรูปแบบต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปโดยกลไกของนโยบาย
- ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะต่อการขยายผลของนโยบายไปยังพื้นที่อื่น
- **การเก็บข้อมูลการรับรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบาย** คณะผู้ประเมินทำการสำรวจการรับรู้ของประชาชนต่อนโยบาย โดยทำการพัฒนาข้อคำถามร่วมกับสำนักงาน

¹⁴ Creswell, John W., et al. "Best practices for mixed methods research in the health sciences." *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health* 2013 (2011): 541-545.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านทางสายด่วน 1330 เพื่อนำข้อมูลให้คณะผู้ประเมินความรับรู้และความพึงพอใจของประชาชน

- การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณ (secondary quantitative data) ของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลการให้บริการ 43 แห่ง) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (claim data) เพื่อนำมาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่นำร่องต้นแบบ 4 จังหวัด เพื่อตอบคำถามที่ว่า
 - นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ทำให้พฤติกรรมของประชาชนในการเข้ารับบริการในหน่วยบริการเปลี่ยนไป โดยอาจจะมีการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงและเข้าถึงได้สะดวก และอาจมีการเข้ารับบริการน้อยลงในบางหน่วยบริการ
 - นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ทำให้ประชาชนที่ไม่เคยเข้าถึงบริการสุขภาพที่จัดให้โดยรัฐ สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยอาจจะเป็นการเข้าถึงในหน่วยบริการนวัตกรรม เช่น ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ผลการประเมินนโยบาย

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ได้มีการนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส เพชรบุรี แพร่ และร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนและสร้างระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องนั้นได้รับเลือกด้วยเหตุผลการเป็นจังหวัดขนาดเล็กและมีระบบสารสนเทศข้อมูลในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยมีลักษณะพื้นที่ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องและจำนวนทรัพยากรสาธารณสุข

ลักษณะพื้นที่	จังหวัดนำร่อง			
	นราธิวาส	เพชรบุรี	แพร่	ร้อยเอ็ด
จำนวนประชากร (คน) ¹	845,051	486,568	439,960	1,317,917
จำนวนประชากรสิทธิ UC (คน) ¹	687,551	342,398	291,259	891,382
โรงพยาบาล (แห่ง) ²	14	11	10	22
โรงพยาบาลศูนย์	0	0	0	1
โรงพยาบาลทั่วไป	2	1	1	0
โรงพยาบาลชุมชน	11	7	7	19
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แห่ง) ²	111	118	121	229
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอน (%) ²	57 (51%)	6 (5%)	121 (100%)	229 (100%)
หน่วยบริการนวัตกรรม (แห่ง) ³				
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	69	36	53	89
คลินิกเวชกรรม	12	2	1	24
คลินิกพยาบาล	6	19	3	197
คลินิกทันตกรรม	1	9	11	35
คลินิกกายภาพบำบัด	4	3	2	28
คลินิกแพทย์แผนไทย	6	1	1	3
เทคนิคการแพทย์	4	7	4	3
จำนวนผู้ป่วยนอก ²				

ลักษณะพื้นที่	จังหวัดน่าน			
	นราธิวาส	เพชรบุรี	แพร่	ร้อยเอ็ด
คน	310,431	422,321	331,512	845,148
ครั้ง	1,387,663	1,688,207	1,730,322	3,467,711
เฉลี่ยคนต่อวัน	4,852	5,903	6,050	12,125
ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวประชากร (GPP per capita) (บาท/คน) ⁴	60,876	156,261	86,170	80,249

¹ ข้อมูลรายงานเกี่ยวกับระบบลงทะเบียนประชากร เดือนมกราคม 2567, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

² ข้อมูลการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด, Dashboard สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<https://hsiu.hsri.or.th/#> เข้าถึง ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2567

³ ข้อมูลจาก “รายชื่อหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Available from: <https://www.nhso.go.th/page/Innovative-services-all-provinces> เข้าถึง ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2567

⁴ รายงานผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวประชากร ประจำปี 2565, สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

คณะผู้ประเมินได้ดำเนินการประเมินผ่านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด และผู้ปฏิบัติงานหน้างานในหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ประกอบกับเก็บข้อมูลความพึงพอใจของประชาชนและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลสถิติภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีข้อค้นพบจากการเก็บข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ข้อค้นพบจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

คณะผู้ประเมินร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งส่วนกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำเขตสุขภาพ ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส แพร่ ร้อยเอ็ด และเพชรบุรี ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2567 โดยในกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้ประเมินได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลผ่านกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต ณ จุดบริการแบบไม่มีส่วนร่วม ในการประเมินการดำเนินนโยบายระยะที่หนึ่งนี้ คณะผู้ประเมินได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมกับนโยบายทั้งสิ้น 115 คน (แบ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัดนราธิวาส 26 คน จังหวัดแพร่ 32 คน จังหวัดร้อยเอ็ด 32 คน และจังหวัดเพชรบุรี 30 คน) ประกอบไปด้วย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 แห่ง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 3 แห่ง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน (วิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ฝายสารสนเทศของโรงพยาบาล งานประกันคุณภาพ และฝ่ายจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล) ในโรงพยาบาลจังหวัดจำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่ง (ซึ่ง 3 ใน 4 แห่งได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด) และยังเก็บข้อมูลจากคลินิกเอกชนซึ่งเป็นคลินิกนวัตกรรมร่วมให้บริการในโครงการ ประกอบไปด้วย คลินิกเวชกรรม 1 แห่ง คลินิกการพยาบาลและการ

ผดุงครรภ์ 6 แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด 1 แห่ง ร้านขายยา 4 แห่ง คลินิกทันตกรรม 3 แห่ง และคลินิกเทคนิคการแพทย์ 1 แห่ง

ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมดได้มีการให้ข้อมูลและขอคำยินยอมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มทั้งหมดถูกบันทึกเสียงและนำมาถอดเทป (transcribe) แบบคำต่อคำ โดยใช้สองวิธีการ ในการถอดเทปและนำมาเปรียบเทียบความถูกต้องได้แก่ 1) การถอดเสียงเป็นตัวอักษรโดยผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพ 2) การถอดเสียงเป็นตัวอักษรโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์และอัลกอริทึมที่คณะผู้ประเมินได้พัฒนาขึ้น จากนั้น เอกสาร ที่ได้จากการถอดเทปถูกนำมาวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ด้วยซอฟต์แวร์ Atlas.ti เวอร์ชัน 24 มีภาพการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และตัวอย่างการวิเคราะห์ดังแสดงในภาคผนวกหมายเลข 1 และมีประเด็นข้อค้นพบที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1. ในพื้นที่นาร่อง 4 แห่ง การดำเนินนโยบายให้ผลสำเร็จดังเป้าประสงค์เพื่อการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการนวัตกรรมการเข้าถึงบริการของประชาชน

“บางทีแล้วก็ต้องไปรอคิวถ้าต้องลงงาน 1 วันเพื่อที่จะไปลงคิวรับยาที่โรงพยาบาล แต่ว่าพอพามาที่นี่มาที่คลินิกก็เข้าใจใหม่ว่าเวลางานก็ไม่ต้องมาเพราะว่าเขาทำงานแค่ 5 โมงเย็นอาบน้ำแต่งตัวเสร็จเข้ามา ก็ถือว่ามาดูแลรักษามารับยาที่นี้มาแบบสั้นๆ นะซื้อขนมเซเว่น อันนั้นอยู่ที่ความสบายใจของคนไข้ว่าจะไปตรงไหน”

- พยาบาลวิชาชีพ เจ้าของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์

การดำเนินการตามนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่องเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผ่านกลไกการให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรม ทั้งนี้ เนื่องจาก 1) หน่วยบริการนวัตกรรมหลายแห่งตั้งอยู่ในจุดที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก เช่น เขตชุมชน ตลาดนัด หรือทางแยกระหว่างตำบลหรืออำเภอภายในจังหวัดซึ่งมีการเดินทางหนาแน่น และ 2) คลินิกบริการนวัตกรรมเปิดทำการช่วง นอกเวลาราชการ ซึ่งทำให้คนไข้ที่ทำงานในช่วงเวลากลางวัน หรือนักเรียนที่ไปโรงเรียนในช่วงเวลากลางวัน มีตัวเลือกในการเข้ารับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันหน่วยบริการนวัตกรรมส่วนใหญ่ก็ตั้งอยู่ในชุมชน ใกล้บ้าน ทำให้สะดวกในการไปรับบริการและไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการมาก

กลุ่มคนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการนวัตกรรมและได้อานิสงส์จากนโยบายนี้มีทั้งคนไข้เก่าและใหม่

“มีครั้ง ๆ เลยครับ คนไข้เก่า (ที่เคยรักษาโดยชำระเงินเอง) เข้ามาทำก็แจ้งว่ามีสิทธิ์อะไรก็ทำเลย หรือ walk in เข้ามาปุ๊บถามสิทธิ์ก่อนเลย สิทธิ์อะไร ทำตามสิทธิ์เลย สิทธิ์ประกันสังคมก็เข้าสิทธิ์ประกันสังคม บัตรทองก็เข้าบัตรทองไปเลย”

- ทันตแพทย์ เจ้าของคลินิกทันตกรรม

อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากหน่วยบริการนวัตกรรม พบว่ากลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่มีอุปสรรคนั้น ไม่ใช่เพียงทำให้ผู้ป่วยรายใหม่เข้าถึงบริการสุขภาพเพียงเท่านั้น แต่ทำให้ผู้ป่วยเดิมที่เคยใช้บริการในหน่วยบริการเอกชนต่าง ๆ อยู่เดิมก่อนหน้านี้มีนโยบายโดยชำระเงินเองไม่ต้องชำระเงินเองอีกต่อไป หากเข้ารับการรักษาตรงกับเงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้พบจากทางคลินิกพยาบาลและร้านยาใน 4 พื้นที่นำร่อง คลินิกทันตกรรมในจังหวัดร้อยเอ็ด คลินิกเวชกรรม และคลินิกกายภาพบำบัดในจังหวัดแพร่

ประชากรแฝงและนักท่องเที่ยวได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐ

ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐ พบกรณีศึกษาที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกมากขึ้นเช่นกัน เช่น โรงพยาบาลชะอำ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว มีนักท่องเที่ยวที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือประสบอุบัติเหตุ จากการเก็บข้อมูลกับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารพบว่า นโยบายดังกล่าวลดความกังวลของทั้งคนไข้และผู้ปฏิบัติงานเรื่องประเด็นค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการของนักท่องเที่ยวที่ไม่ได้มีสิทธิ์การรักษาอยู่ภายในเขตอำเภอ

“เนื่องจากประชากรแฝงจะเยอะมาก จากที่ว่าเมื่อก่อนเขาไม่กล้ามาด้วยว่าไม่ใช่สิทธิ์ของเขา พอมีบัตรใบเดียวเขาก็กล้าเข้ามาโดยเฉพาะพื้นที่ที่ยังจะมีศูนย์มาละกะ เป็นศูนย์รวมของศาสนา ซึ่งเป็นประชากรนอกพื้นที่หมดเลยคะ ตั้งแต่มีบัตรใบเดียวเขาก็กล้าเข้ามาจะใช้บริการเต็มที่ ไม่มีข้อแม้ เมื่อก่อนเขาก็จะมีปัญหาเรื่องการแยกออกจากระบบ ความครอบคลุมของการใช้จ่ายทางโรงพยาบาลเขาจะเข้คอะคะ พอเรามีใช้สิทธิ์บัตรใบเดียวเราก็มีข้อมูลว่าเราต้องให้บริการจะเป็นข้ออ้างในการใช้จ่ายได้เต็มที่”

- ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากกรณีตัวอย่างนักท่องเที่ยวแล้ว ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ คือ ประชาชนที่มีการเคลื่อนย้าย จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งในลักษณะกึ่งถาวร เช่น กลุ่มที่รับจ้างทำการเกษตรโดยย้ายถิ่นฐานในช่วงฤดูกาลต่าง ๆ หรือกลุ่มประชาชนที่เข้าเรียนศาสนาในบริบทจังหวัดนราธิวาส ซึ่งจะอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลานานแต่ไม่ได้มีการย้ายเข้าทะเบียนบ้านหรือย้ายสิทธิการรักษาแต่อย่างใด เนื่องจากที่อยู่อาศัยเป็นลักษณะกึ่งถาวรไม่ใช่ที่อยู่อาศัยถาวรที่มีบ้านเลขที่ จากการเก็บข้อมูลพบว่า เมื่อผนวกรวมกับนโยบายที่เร่งรัดให้มีการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตนเพื่อใช้บริการ personal health record (PHR) ส่งผลให้กลุ่มประชากรที่เข้าเรียนศาสนาดังกล่าว รับทราบว่าตนเองมีสิทธิในการเข้ารับการป้องกันโรค คัดกรองโรค และรักษาโรคโดยไม่มีค่าใช้จ่ายถึงแม้ไม่ได้ดำเนินการย้ายสิทธิการรักษา ทำให้มีการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ใกล้เคียงเป็นจำนวนมาก หลังจากมีนโยบาย

นโยบายนี้มีได้มีผลให้คนไข้ข้ามเขตมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

“สำหรับทางในพื้นที่เนี่ย ตอนนีเท่าที่เราสังเกตแล้วก็ดูข้อมูลตัวเลขนะครับเทียบกับปีก่อนเราเพิ่มมาไม่มากนักครับ โดยเพิ่มมาประมาณจังหวัดร้อยเอ็ดไปเพิ่มประมาณ 11 เปอร์เซ็นต์ ข้อมูลของรัฐมนตรีนะ แต่ข้อมูลของจังหวัดเราเองก็ประมาณแล้วแต่เดือน บางเดือนก็ประมาณ 5-10 10% นี่แหละ ถ้ามว่าทุกปีมันจะเพิ่มอยู่แล้วแหละประมาณ 5% ถ้า 6% ก็ในส่วนต่างเนี่ยก็จะประมาณ 5% ที่มันมันโหดเพิ่มนะครับ ซึ่งตรงนี้เองเนี่ย ผมเองผมก็พยายามเฝ้าระวังดูอยู่ว่ามันมีความผิดปกติ หรือมันจะเป็นโหดที่ทำให้เจ้าหน้าที่เราไม่สามารถที่จะให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ”

- ผู้บริหาร โรงพยาบาลจังหวัด

“เท่าเดิมแหละ แต่เราเรียกเก็บได้มากขึ้น ก่อนหน้านี้เขาอาจจะมาใช้แล้วก็ชำระเงินเองก็ได้ถูกไหมคะ เพราะว่าถ้าไม่ฉุกเฉินเราจะเก็บเงิน ก็ยังเป็นนอกอำเภอถ้าสามารถไปที่ตัวเองได้แล้วก็ไม่ฉุกเฉินเราจะเก็บเงินแต่ตอนนี้มันใช้ walk-in เราก็เลยจะเรียกเก็บกองกลาง ภาพรวมเนี่ยเราเห็นคนไข้คนเดิมของเราเนี่ยที่ยอมจ่ายเงินทำแผลก็โอเคตอนนี้ไม่ต้องจ่าย ในมุมมองนั้นนะครับมองว่ายอดไม่ได้เพิ่มขึ้นเพียงแต่เราเรียกเก็บได้มากขึ้นจากกองกลาง”

- ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชน

สำหรับโรงพยาบาลรัฐใน 4 จังหวัดน่าน คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน นั้น ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยข้ามเขตมาใช้บริการอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-10 ซึ่งมีได้แตกต่างจากเดิมมากนัก แต่

ผู้ให้บริการได้รับความสะดวกมากขึ้นจากการที่ไม่ต้องขอรับใบส่งตัวจากหน่วยบริการต้นสังกัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีนัดหมายเดิมอยู่แล้ว สำหรับประเด็นการเข้ามาใช้บริการการแพทย์เฉพาะทางนั้น ทั้ง 4 จังหวัด ให้ข้อมูลว่า “ไม่พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ” เนื่องจากโรงพยาบาลกำหนดให้ผู้ป่วยที่ walk in เข้ามาต้องผ่านการตรวจโดยแพทย์ทั่วไปก่อน หรือมีเซ็นนั้นอาจทำนัดไว้ก่อนล่วงหน้าผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หมอพร้อม เป็นต้น ซึ่งปกติทางโรงพยาบาลก็มีการจำกัดจำนวนผู้ป่วยนัดหมายแต่ละวันอยู่แล้ว ข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูล 43 แฟ้มที่แสดงให้เห็นว่าการใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปใน 4 จังหวัดนาร่องไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการมีนโยบาย

2. ประเด็นการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพเพื่อรองรับนโยบาย

2.1. พบความพยายามอย่างก้าวกระโดดในการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงกัน

เพื่อให้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบสารสนเทศสุขภาพที่เชื่อมโยงกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งรัดให้ประชาชนใน 4 จังหวัดพื้นที่นาร่องผ่านกระบวนการยืนยันตัวตนเพื่อให้ทุกคนมี personal health record (PHR) ที่ทำให้หน่วยบริการทุกแห่งสามารถเรียกดูและบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ให้บริการได้

มีการเร่งรัดการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตนในการจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล

“Health ID เนี่ยมันจะมีปัญหามากในการลงเนื่องจากว่า 1 ขั้นตอนเยอะ ตอนนี้เป็นคนทำ health ID ถึงจะตอบได้เลยว่า 1 ขั้นตอนเยอะ 2 คนแก๊งไม่ได้นะครับ คนแก๊งไม่ได้ เพราะว่าเขาไม่มีสมาร์ทโฟน ที่จะที่จะมาลงตรงนี้ แต่ว่าถามว่าดีไหมดี เพราะว่ามันจะมีประวัติการรักษาของทุกที่ ของทุกที่ แต่อันนี้ก็ยังไม่เคยเปิดแต่เคยเข้าไปเล่นเฉยๆ ว่า OK เปิดดู ดู Health ID เปิด PHR ดูว่ามันยังงี้”

- ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชน

จากการเก็บข้อมูลในสี่จังหวัดพื้นที่นาร่องพบว่ามีความพยายามในการเพิ่มความครอบคลุมการลงทะเบียนยืนยันตัวตนดังกล่าว โดยหน่วยบริการภาครัฐภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีการกำกับติดตามโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการถ่ายโอน

แล้วจะมีการกำกับติดตามตัวชี้วัดการลงทะเบียนยืนยันตัวตนโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่ยังพบอุปสรรคการยืนยันตัวตนดังกล่าวในฝั่งของประชาชน เช่น การไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนหรือไม่สามารถเข้าถึงสัญญาณโทรศัพท์หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ เช่น ในบริบทพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดแพร่ หรือการที่ประชาชนสัญชาติไทยบางคนมีบัตรประชาชนที่มีสภาพไม่สมบูรณ์ หรือการที่ประชาชนมีความกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลเนื่องจากช่วงปีที่ผ่านมานี้มีข่าวการก่ออาชญากรรมผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นจำนวนมาก

ยังมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล

นอกจากประเด็นเรื่องการลงทะเบียนยืนยันตัวตนแล้ว คณะผู้ประเมินยังพบว่าทั้ง 4 จังหวัดนำร่องพบว่ามีการใช้ข้อมูล personal health record ในการให้การรักษายาบาลอย่างจำกัด ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากการที่ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยถูกอัปโหลดขึ้นคลาวด์โดยหน่วยบริการต่าง ๆ ยังไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม อีกทั้งข้อมูลที่อยู่บนคลาวด์ยังไม่ถูกจัดระเบียบและไม่มีกระบวนการที่คัดกรองว่าข้อมูลใดมีความสำคัญ ทั้งนี้ มีเสียงสะท้อนจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ว่าถึงแม้ว่าข้อมูลครบถ้วนแต่แพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็รู้สึกว่าคุณภาพข้อมูลนั้นมีปริมาณมากเกินไป เมื่อเปรียบเทียบกับภาระการส่งข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยผ่านรูปแบบเก่าของใบส่งตัว ที่จะมีแพทย์ต้นทางสรุปประเด็นสำคัญของการวินิจฉัยและการรักษาไว้

ระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันมีอานิสงส์ต่อการจัดเครือข่ายบริการและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วย

“ข้อมูลจาก รพ. จะไหลไปที่ P-IMC แล้วเคสจะกระจายยังไง ก็ถ้าใครอยู่ใกล้โซนไหนก็จะไปเยี่ยมตรงนั้นก็หลักๆก็คือตัวเริ่มจาก IMC นี่นะคะก็ต้องเข้าที่โรงพยาบาลก่อนที่เป็นที่ที่เจ็บป่วยใหม่เช่น stroke, spinal cord, hip fracture ให้เข้า รพ.ก่อน ให้ให้โรงพยาบาลยืนยันว่าเขาเป็นโรคนี้จริงในภายใน 6 เดือนนี้จะเสร็จแล้วก็มีโปรแกรมใน สปสช. ที่ส่ง imc ไปยังหน่วยบริการส่งต่อหน่วยคือหน่วยบริการเขาก็เลือก PT clinic ภายภาพบำบัด ส่งมาให้เรา เราก็จะจัดเยี่ยมแล้วก็ดูข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ใน P-IMC ของโปรแกรมของนักกายภาพบำบัด แล้วเราก็เป็นคนที่สามารถ access ข้อมูลในระบบนี้ได้ แล้วก็ติดตามผู้ป่วยเวลาลงพื้นที่ เวลาเราให้การรักษ เรา record ข้อมูลในระบบมา รพ. ก็จะติดตามว่าเราทำอะไร”

- นักกายภาพบำบัด เจ้าของคลินิกกายภาพบำบัด

กรณีตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่าหากมีระบบสารสนเทศสุขภาพที่เชื่อมโยงกันดี จะทำให้การให้บริการภายใต้นโยบายประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ มีประสิทธิภาพมากขึ้นคือกรณีศึกษา ของจังหวัดแพร่ที่มีระบบสารสนเทศสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ที่ชื่อว่า P-IMC ที่เชื่อมโยงข้อมูลการวินิจฉัย ประวัติผู้ป่วย ความต้องการการดูแลระยะกลาง และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย โดยระบบนี้เป็นที่ตกลงกันในระดับจังหวัดว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง จะส่งและรับข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาระยะกลาง เมื่อมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ และมีคลินิกกายภาพบำบัดรวมถึงเครือข่ายนักกายภาพบำบัดที่ร่วมให้บริการ มาเข้าร่วมให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลางก็สามารถใช้ระบบดังกล่าวนี้ในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คนไข้ที่ได้รับการวินิจฉัย 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง การบาดเจ็บกระดูกกระเทือนที่สมอง และกระดูกรอบข้อสะโพกหัก ได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูมากขึ้นโดยคลินิกกายภาพบำบัดที่ร่วมให้บริการ และโรงพยาบาลในฐานะผู้จัดการเคสก็สามารถติดตามได้ว่าผู้ป่วยได้ที่ได้รับการดูแลแล้วและมีผลการดูแลรักษาเป็นเช่นไร

จากข้อค้นพบข้างต้นนี้อาจสรุปได้ว่า หากต้องการขยายผลนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวไปในพื้นที่อื่น หรือต้องการทำให้การดำเนินการตามนโยบายในพื้นที่เดิมประสบผลสำเร็จมากขึ้น ควรให้ความสำคัญกับความพยายามในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่เชื่อมโยงกันในระยะยาว โดยอาจจะต้องมีนโยบายสาธารณะสำหรับกลุ่มประชาชนที่มีความเปราะบางเข้าไม่ถึงอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่าง ๆ มีมาตรการหรือแรงจูงใจให้หน่วยบริการส่งข้อมูลสุขภาพหรือข้อมูลการรักษาเข้าสู่ระบบคลาวด์ และอาจจำเป็นต้องมีเทคโนโลยีในรูปแบบใหม่ ๆ ในการจัดการข้อมูลสุขภาพที่มีปริมาณมากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ว่าข้อมูลใดสำคัญและจำเป็นต่อผู้ให้บริการ ซึ่งหากทำได้ดีอาจขยายผลไปถึง การประมวลผลข้อมูลสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกเพื่อสะท้อนกลับมาเป็นข้อมูลสำหรับประชาชนเพื่อดูแลส่งเสริมป้องกันสุขภาพของตนเอง (personalized health promotion, prevention program)

2.2. การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้ระบบสารสนเทศของหน่วยงานมีความปลอดภัย และสามารถเชื่อมโยงได้ ยังเป็นภาระหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบ

“ตอนนี้เรื่องของโรงพยาบาลก็ไปทาง IT นะครับ support ทุกระบบนะครับ แต่กรอบเดิมก็ยังคงคล้ายๆ เดิม โชคดีกำลังเปลี่ยนมีกลุ่มภารกิจ digital ให้ใหม่ครับแต่ว่าสงสัยงานก็ยังไม่โตไม่ทันครับ คล้ายๆ อย่างนี้นะครับ อันนี้เฝ้าก่อนที่จะมีกลุ่มภารกิจ digital น้อยมากเลยแต่ว่าโรงพยาบาล drive ด้วยทีม IT นะครับ”

- ผู้บริหาร โรงพยาบาลจังหวัด

“ในส่วนของ infrastructure นะครับถ้าเป็นจังหวัดที่จะขยายต่อหน้าครับ ก็อยากจะฝากถึงเรื่อง
ของบุคลากรทางด้านไอทีนะครับ แล้วทั้งงบประมาณ ซึ่งตรงนี้จะเป็นตัวที่จะขับเคลื่อนระบบตรง
นี้ได้เลยนะครับแล้วก็ถ้าเป็นโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินมั่นคง จะ
ไม่ค่อยมีปัญหา ก็จะพอขยายขยายแก้ไขได้ อย่างที่เราเจอประสบการณ์จริง รพช.บางที่เนี่ย
งบประมาณจำกัดมากไม่มีงบนะครับ อันนี้คือเรื่องใหญ่เลยครับ แล้วก็บุคลากรเขาไม่มี
นักวิชาการคอมพิวเตอร์อยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ รพ.จังหวัด ระบบอะไรที่ยุ่งยาก
ซับซ้อนอะไรพวกนี้ ความรู้เขาไม่ถึงหรือว่าการ Setting อุปกรณ์ต่างๆ ให้เกิดความปลอดภัย
ไม่ได้เพียงพอก็จะเป็นจุดอ่อนเป็นช่องโหว่ที่จะทำให้ถูกโจมตีได้”

- ผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลจังหวัด

การมีโครงสร้างพื้นฐานระบบสารสนเทศที่มีความปลอดภัยเป็นรากฐานที่สำคัญ ที่จะทำให้การ
เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพรวมถึงข้อมูลการเคลมต่างๆ สามารถทำได้โดยไร้รอยต่อ อย่างไรก็ตาม จากการเก็บ
ข้อมูลเชิงคุณภาพจากโรงพยาบาลภาครัฐพบว่า ทุกโรงพยาบาลถึงแม้มีความพยายามจะดำเนินการพัฒนา
ระบบโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศของตนให้มีความปลอดภัยแต่ความพยายามดังกล่าวต้องใช้ทรัพยากร
ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ และทรัพยากรงบประมาณที่ต้องลงทุนเพิ่มของหน่วยงานตนเอง และใน
จังหวัดแพร่ที่มีความก้าวหน้าอย่างมากในการพัฒนาความปลอดภัยของระบบสารสนเทศจนได้รับการรับรอง
นั้นพบว่าการลงทุนไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงที่มีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ แต่เป็นการลงทุน
อย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ถึง 5 ปีที่ผ่านมาและใช้เม็ดเงินไปหลายล้านบาท และในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ก็
พบความท้าทายที่แตกต่างออกไปกล่าวคือการขาดซึ่งบุคลากรที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีและ
สารสนเทศสุขภาพ ตั้งแต่สาเหตุการไม่มีตำแหน่งดังกล่าว หรือมีตำแหน่งแต่ไม่สามารถหาบุคลากรที่มี
ศักยภาพเพียงพอจะมาพัฒนาระบบสารสนเทศได้ และจากการประเมินจากทุกพื้นที่ก็พบว่าขาดการ
สนับสนุนทั้งองค์ความรู้และงบประมาณจากส่วนกลางเพื่อให้ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศ ได้ตามที่
คาดหวัง มีเพียงการแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานพบเป็นรายครั้ง ทำให้หน่วยบริการของภาครัฐเองบางแห่ง
เลือกที่จะ “ซื้อบริการ” เพิ่มเติมจากบุคคล หรือหน่วยงาน ที่พัฒนาระบบเพื่อมาอุดช่องโหว่ หรือการ
รวบไหลต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคลมค่าชดเชยที่สำคัญกับรายได้ของ
โรงพยาบาล

“คือโปรแกรมพวกนี้ (โปรแกรมที่ซื้อเพิ่มมาเพื่อแก้ไขปัญหา) มันมีเยอะกว่านี้ คือ รพ.อื่น อาจจะ
ใช้ RCM, triple A พวกนี้ครับ ถ้าอาจารย์ เขาจะใช้ไว้พวกใช้เรียกเก็บลูกหนี้อะไรอย่างเงี้ยอะ คือ
เป็นอีกอันที่แยกออกมา ไม่ได้เป็นอันเดียวเป็นเรื่องของ hosxp เป็นการจ้างวิทยากรมาอบรมอะ
โปรแกรมฟรี คือเขาไม่คิดค่าโปรแกรมไม่คิด MA แต่ว่าก็คือจ้างเขามาสอน การใช้งาน มาสอน
การใช้งานมาอบรมเจ้าหน้าที่ ตอนนั้นทำโครงการ ก็คือคิดเรทชั่วโมงละ 600 อะคะ จำไม่ได้ 5

วัน 70,000 กว่าบาท ประมาณ 70,000 กว่าบาท เขาจะมาสอนใช้โปรแกรมให้ มาลงให้ แล้วก็มา
ก็อปลงโปรแกรมที่ทิ้งไว้ แต่ว่าถ้าเกิดเขามีอะไรเงี้ย เขาก็จะติดต่อไปค่ะ แต่ถ้ามีปัญหาเนี่ยเราก็
คุยกับเขาได้”

- ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน

จากข้อค้นพบดังกล่าวสรุปได้ว่า หากระบบสารสนเทศที่บูรณาการกันเป็นจุดศูนย์กลาง
ติดตามวัดที่สำคัญที่จะทำให้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ประสบผลสำเร็จดังที่ผู้
กำหนดนโยบายคาดหวัง กลไกการลงทุนเพื่อให้โครงสร้างระบบสารสนเทศมีความปลอดภัย
และสามารถเชื่อมโยงได้ ไม่ว่าจะเป็นระบบสารสนเทศสุขภาพ (ข้อมูล ของประชาชนผู้เข้ารับ
บริการปัญหาการเจ็บป่วยการวินิจฉัยการรักษาผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ) และระบบ
สารสนเทศที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย อาจจะจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ
จากส่วนกลาง แม้ว่าจะเป็นการสนับสนุนงบประมาณ หรือการสนับสนุนองค์ความรู้ที่จำเป็นแก่
ผู้ปฏิบัติงาน หรือการจัดให้มีตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศในหน่วยบริการภาครัฐ เป็น
ต้น

3. มีการสื่อสารนโยบายจากส่วนกลางผ่านหลายช่องทาง แต่ยังขาดกระบวนการการรับ ฟังเสียงสะท้อนและ ข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างทันท่วงทีและมี ประสิทธิภาพ

หน่วยบริการทุกระดับใน 4 จังหวัดพื้นที่นำร่องให้ข้อมูลตรงกันว่าการประชาสัมพันธ์นโยบาย
บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ผ่านทางหลายช่องทาง ทั้งนี้ อาจเพราะเป็นนโยบายที่ ฝ่ายการเมือง
และผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางให้ความสำคัญ จึงปรากฏทั้งการประชาสัมพันธ์นโยบายโดยตรงผ่านการ
ลงพื้นที่ ผ่านสื่อโทรทัศน์และสื่อสาธารณะอื่น ๆ รวมถึงการ ประชุมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจการดำเนินงาน
ตามนโยบาย

“สสจ. ก็เลยประสานไปทาง อบจ. เอาตรง ๆ ก็คือ อบจ. ท่านนายก ก็เลยสั่งการมา ที่นี้ก็ทุกคน
เลยเริ่มรับนโยบายกันมา แต่จน ณ บัดนี้ เรายังไม่ค่อยกระจ่างในเรื่องตรงนี้เท่าไร เพราะว่าเรา
ให้ เราให้ความรู้กับประชาชนในเรื่อง บัตรประชาชนใบเดียว ตอนที่มายืนยันตน ทั้งข้าราชการ
ทั้งประกันสังคม ทั้งบัตรทอง บัตร 30 บาท ประชาชนตอนเนี่ยเข้าใจว่าไม่ได้เสียตังค์ 30 บาทก็
จะไม่ได้เสียตังค์ จนทุกวันนี้เรายังอธิบายในเรื่อง บัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ที่นี้

เจ้าหน้าที่จะอธิบายให้เขาฟังว่าทุกที่หมายความว่าทั่วประเทศ พอเรายืนยันสิทธิ บางคนไปรับนโยบายมาว่า คือฟังรับนโยบายมาไม่เหมือนกันนะ ฟังไม่เหมือนกัน เขาบอกว่าได้ใน 4 จังหวัดรับมาแบบนี้แหละ”

- ผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ถ่ายโอน)

“ทางกระทรวงเนี่ยเริ่มต้นการส่งนโยบายบัตรประชาชนมาปั๊บ มีการชี้แจง คือการชี้แจงมา 4 จังหวัดแล้วปรากฏว่าการส่งการมาเนี่ย มันรวดเร็วมาก เพราะว่าป็นจังหวัดนำร่อง ความพร้อมของบุคลากรที่จะมาทำเรื่องของบัตรประชาชนใบเดียวเนี่ย ซึ่งเนื้อหาหลัก ๆ มันจะเป็นเกี่ยวกับความรู้ทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นหลัก เพราะเกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล Cyber Security ซึ่งมันต้องใช้องค์ความรู้ทางด้านไอทีเป็นอย่างมาก ทำให้จังหวัดลับสน”

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลพบว่า การสื่อสารนโยบายฯ จากส่วนกลางมายังผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่มีความแตกต่างกันยังมีโอกาสพัฒนาอีกมาก เช่น ประเด็นการสื่อสารนโยบายที่มีเนื้อหาสาระสมบูรณ์มากขึ้นไม่ใช่เพียงตัวชี้วัดที่ถูกถ่ายทอดลงมา เช่น ความชัดเจนของเป้าประสงค์ของนโยบายฯ โดยในภาพรวมแล้วเป้าประสงค์ของนโยบายนี้ทำขึ้นเพื่ออะไร กิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดให้ทำ ส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายใหญ่อย่างไร หากมีข้อติดขัดหรือข้อสงสัยมีกลไกใดบ้างที่สามารถช่วยเหลือได้

ในบริบทของหน่วยบริการนวัตกรรมร่วมให้บริการ พบว่าการฟังเสียงสะท้อน จากผู้ร่วมให้บริการนั้นเกิดขึ้นโดยสภาวะวิชาชีพเพียงเท่านั้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของร้านยาและคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์) ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง และระดับพื้นที่ยังขาดกลไกที่รับฟังเสียงสะท้อนและตอบสนองต่อเสียงสะท้อนอย่างทันทั่วทั้งที่มีเพียงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองเศรษฐกิจสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ที่มีช่องทางการสื่อสาร “ไลน์กลุ่ม” ให้ผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานติดต่อได้เมื่อมีปัญหาในประเด็นการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย (claim)

นอกจากการขาดช่องทางการสื่อสารการรับฟังเสียงสะท้อนและการตอบสนองอย่างทันทั่วทั้งที่คณะผู้ประเมินยังพบว่าในบริบทของหน่วยบริการนวัตกรรมร่วมให้บริการยังขาดกลไกที่จะตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการ นอกเหนือจากมาตรฐาน ข้อกำหนด และการตรวจสอบของสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การตรวจสอบของสภาวิชาชีพอาจมีข้อจำกัดในแง่ของภาระงานและความห่างไกลจากหน่วยบริการ ทั้งนี้คณะผู้ประเมินมีข้อเสนอว่าหากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานสำคัญที่กำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการต่าง ๆ อยู่แล้ว เช่น ในขั้นตอนการขึ้นทะเบียน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจหารือภาระหน้าที่ดังกล่าวกับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละแห่ง ให้เป็นผู้ดูแล เรื่องคุณภาพการให้บริการของคลินิกนวัตกรรมร่วม ให้บริการหนุนเสริมการตรวจสอบของสภาวิชาชีพต่าง ๆ

4. ค่าใช้จ่ายที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้คลินิกนวัตกรรมร่วมให้บริการมากพอที่จะสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมให้บริการตามนโยบายในพื้นที่จังหวัดน่าน

จากการสัมภาษณ์หน่วยบริการนวัตกรรมร่วมให้บริการทั้งคลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ร้านขายยา คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกเทคนิคการแพทย์ พบว่าอัตราการจ่ายชดเชยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงพอในการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการนวัตกรรมร่วมให้บริการภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ และไม่ก่อให้เกิดการขาดทุนของหน่วยบริการ

“ก็คือคนไข้ 30 บาทเนี่ยจะเป็นช่วงเช้าจนถึง 4 โมงครึ่ง แล้วก็ช่วงเย็นก็จะเป็นคนไข้สิทธิอื่น ประกันสังคมจ่ายเงินสดเองอะไรอย่างเงี้ยค่ะ”

- ทันตแพทย์ เจ้าของคลินิกทันตกรรม

อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการนวัตกรรม ก็มีปรับตัวเพื่อป้องกันภาวะการขาดทุนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในกรณีคลินิกทันตกรรมมีการกำหนดจำนวนหัตถการที่สามารถทำได้ต่อครั้งที่เข้ารับบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้กำหนด จำนวนข้าราชการหรือจำนวนฟันที่ทำได้ในหนึ่งครั้ง แต่มีการกำหนดยอดวงเงินไม่เกิน 700 บาท การกำหนดให้ทำได้ทีละอย่างหรือทีละซี่ฟันนั้นเป็นการกำหนดของคลินิกเอง) หรือมีการกำหนดช่วงเวลาให้บริการประชาชนภายใต้ นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในช่วงเวลาที่จำเพาะที่คลินิกไม่มีผู้เข้ารับบริการ เพื่อกันเวลาส่วนหนึ่งไว้สำหรับผู้ป่วยที่ชำระเงินเองหรือมาด้วยสิทธิการรักษาอื่น ๆ นอกจากนั้นแล้ว ในบริบทของคลินิกทันตกรรมจากการเก็บข้อมูลพบว่า ถ้าเป็นคลินิกของตัวทันตแพทย์เอง อัตราการจ่าย ที่กำหนดไว้เพียงพอให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมให้บริการ แต่ถ้าเป็นคลินิกที่ใช้วิธีการที่เรียกว่า “มือปืนรับจ้าง” กล่าวคือรับทันตแพทย์ที่ทำงานไม่เต็มเวลามาให้บริการผู้ป่วยกลุ่มบัตรทอง ตัวเจ้าของคลินิกเองคิดว่าอัตราที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใจอยู่อาจจะไม่เพียงพอ และทำให้เจ้าของคลินิกต้องแบกรับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดทุน

ในกรณีของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์รวมถึงร้านขายยา มีข้อมูลว่าผู้ให้บริการใช้วิธีการถัวเฉลี่ย กล่าวคือสำหรับผู้ป่วยบางคนอาจมีต้นทุนการให้บริการที่สูง แต่ในผู้ป่วยบางคนก็มีต้นทุนการให้บริการที่ไม่สูงมากนัก เมื่อถัวเฉลี่ยแล้วยังทำให้ผู้ให้บริการยังพอมีกำไรจากการดำเนินการอยู่

“ทางคลินิกให้คนที่ไปเยี่ยมเขาใช้กำลังเยอะเนาะ ให้ครั้งละ 500 บาท เราหักเป็นค่าข้อมูล ค่าลงทะเบียน คนละ 150 บาท ก็มีเพิ่มเจ้าหน้าที่ธุรการเพิ่มมา 1 คน”

- นักกายภาพบำบัด เจ้าของคลินิกกายภาพบำบัด

สำหรับกรณีคลินิกกายภาพบำบัด จากกรณีศึกษาที่โดดเด่นในพื้นที่จังหวัดแพร่พบว่า อัตราการจ่ายค่าชดเชยที่ให้การดำเนินการ กายภาพบำบัดได้ค่าตอบแทน 400 บาทและมีค่าเดินทางอีก 250 บาท รวมเป็น 650 บาทนั้น เพียงพอให้เกิดการให้บริการที่บ้านของผู้ป่วยในรูปแบบเครือข่ายการให้บริการอย่างก็ตาม มีข้อควรระวังในการแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าว ว่าการจ่ายชดเชยที่เพียงพอใน 4 พื้นที่จังหวัดน่านครั้งนี้ จะเพียงพอเมื่อขยายผลไปในบริบทอื่น ๆ หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่และกรุงเทพมหานคร ผู้กำหนดนโยบายไม่ควรใช้ข้อค้นพบนี้ในการกำหนดอัตราชดเชยในพื้นที่ที่มีบริบทต่างออกไป เนื่องจากอาจไม่สามารถจูงใจให้หน่วยบริการนวัตกรรมให้เข้าร่วมได้

5. ระบบการเรียกเก็บเงินชดเชยที่มีประสิทธิผลและลดภาระของผู้ปฏิบัติงาน ยังเป็นโอกาสในการพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบ financial data hub (FDH) เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับกองทุนต่าง ๆ ได้ผ่านช่องทางที่พัฒนาขึ้น จากการเก็บข้อมูลพบว่าในระยะแรกของการดำเนินการตามนโยบาย หน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบอุปสรรคอย่างมาก ในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ผ่านระบบ financial data hub ทั้งประเด็นการตกลงของข้อมูล หรือข้อมูลไม่ผ่านการตรวจสอบแต่ไม่สามารถทราบได้ว่ามีข้อผิดพลาดที่จุดใด เป็นต้น ทำให้ในระยะแรกของการดำเนินการภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ หน่วยบริการหลายแห่งเลือกที่จะใช้ระบบดั้งเดิมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (e-claim) ในการเรียกเก็บค่าชดเชย หรือบางแห่งเลือกที่จะส่งข้อมูลโดยใช้ทั้งสองระบบ

“สำหรับคนที่ไม่ได้เก่งเรื่องไอทีมันก็สามารถมันเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่แบบออนไลน์เนาะ เราก็จะแก้ง่ายแต่พอเป็น FDH เนี่ย การส่งข้อมูลนะมันยุ่งยาก ต้องให้น้องไอทีอธิบาย เพราะว่าตอนนี้เราต้องอาศัยไอทีโดยที่ทีมงานจริง ๆ ก็ส่งเองได้เมื่อก่อนเนาะพอมาถึง FDH เนี่ยปัญหาเยอะมาก ก็คือพอ FDH อะค่ะเราไม่สามารถแก้ข้อมูลในนั้นได้เลยเวลาเราส่งไปปั๊บเนี่ยมันจะเข้า e-claim แทนที่เราจะไม่สามารถแก้ได้ แต่ว่าคือเราจะต้องแก้ตั้งแต่ต้นทางก็คือแก้ในไฟล์ Pdf เอาก่อนที่

เราจะเอาป้อนข้อมูลยัดเข้าไปใน FDH ค่ะคือมันต้องแบบไปแก้ code แก้อะไรอย่างเงี้ยค่ะ มันไม่ได้แก้ปัญหาค่ะ e-claim ที่แบบไม่มีค่าใช้จ่ายนี้ ก็คือค่าใช้จ่ายเพิ่มเข้าไปใน e-claim ได้อะไร”

- ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อวันที่ 1 เมษายนที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศที่บังคับให้หน่วยบริการทุกแห่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่งข้อมูลการเรียกเก็บเงินชดเชยผ่านระบบ financial data hub เพียงอย่างเดียว ซึ่งมาตรการดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความกังวลใจในผู้ปฏิบัติงานว่าจะสามารถเรียกเก็บ เงินค่าชดเชยได้ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูล คณะผู้ประเมินคิดว่าหากระบบ financial data hub ถูกพัฒนาจนสามารถเชื่อมต่อกับระบบ hospital information systems (HIS) ของหน่วยบริการแต่ละแห่งได้อย่างไร้รอยต่อ และมีการบูรณาการกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไม่มีปัญหา จะทำให้ภาระงานของผู้ปฏิบัติงานหน้างานลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เนื่องจากระบบเดิมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (e-claim) จะเป็นระบบที่สามารถเข้าใจง่าย แก่ไขข้อผิดพลาดหลังได้รับการตอบกลับได้อย่างสะดวก แต่ก็เป็นระบบการกรอกข้อมูลอีกระบบหนึ่งแยกออกจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล อีกทั้ง การแก้ไขข้อมูลในระบบ e-claim ให้สมบูรณ์ถูกต้องก็ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขข้อมูลที่ปรากฏอยู่บน hospital information systems แต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การพัฒนาในระบบ financial data hub ไปถึงจุดที่ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงานหน้างานและเกิดการจ่ายค่าชดเชยอย่างถูกต้องได้ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าของระบบอาจจำเป็นต้องทำงานร่วมกับทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบริษัท vendor รายใหญ่ต่างๆ ที่ขายซอฟต์แวร์ให้กับหน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

6. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ ทั้งสภาวิชาชีพ และเครือข่ายวิชาชีพในระดับจังหวัดเป็นจุดคานดีคานงัดที่สำคัญในการดำเนินการตามนโยบายของหน่วยบริการนวัตกรรม

“เราจะแจ่งกันส่วนใน Cluster ของเราถ้าหากว่ามีเคสที่จะต้องเยี่ยม น้องก็จะบอกว่าพี่เคสนี้ อย่างนั้นอย่างนี้อาจจะต้องเยี่ยมบ้านเขาก็จะบอกให้เรา เราก็จะดำเนินการลงเยี่ยมบ้าน ใช้โทรทังไลน์แล้วก็อยู่ด้วยกันค่ะ ทำงานที่ รพ.สต. ด้วยกัน ด้วยกันเขาก็จะแชร์กันได้ แชร์กันค่ะ”

- พยาบาล เจ้าของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่าจังหวัดที่มีคลินิกนวัตกรรมร่วมให้บริการเป็นจำนวนมากเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วย เกิดจากการที่จังหวัดนั้น ๆ มีเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพที่แข็งแรง และการประชาสัมพันธ์

นโยบายก็เกิดผ่านการประชุมในเครือข่าย วิชาชีพต่าง ๆ แทนที่จะเป็นการเชื่อเชิญในระดับปัจเจกรายคน และการมีซึ่งเครือข่ายวิชาชีพนี้เองทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนชักชวนและการแก้ไขปัญหาร่วมกันเมื่อร่วมให้บริการตามนโยบาย กรณีศึกษาที่ชัดเจนที่สุด คือ การร่วมให้บริการของคลินิกกายภาพบำบัดในจังหวัดแพร่ และในคลินิกแห่งหนึ่ง พบว่ามีเครือข่ายนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ร่วมให้บริการภายใต้คลินิกดังกล่าวถึง 6 คน ทำให้คลินิกนี้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านได้เป็นจำนวนมากถึงแม้ผู้ป่วยนั้นจะอาศัยอยู่ไกลจากคลินิก (แต่ไม่เกินระยะ 50 กิโลเมตร ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

“อาจารย์ก็จะมีการแนะนำให้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามวิชาชีพที่เราเรียนมาต้องให้อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพค่ะ อย่างเช่น การเยี่ยมบ้านการทำการเขียนเคสการที่จะลงไป assess ปัญหาคนไข้ต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ถูกต้องเหมาะสมทางสภาพก็ให้คำแนะนำอยู่เรื่อย ๆ ค่ะ แต่ว่าในการที่มา audit คราวที่แล้วท่านอาจารย์ทัศนาก็เดินทางมาด้วยในเขตพื้นที่ตำบลเชียงใหม่ค่ะก็ได้เรียนถามอาจารย์ถ้ามีปัญหาอะไรที่ทางสภาการพยาบาลประชุม Zoom ร่วมกันกับ สปสช.”

- พยาบาลวิชาชีพ เจ้าของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์

นอกจากเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่แล้วยังพบว่าสภาวิชาชีพต่าง ๆ มีส่วนสำคัญในการชักชวนให้วิชาชีพด้านสุขภาพมาเข้าร่วมให้บริการในรูปแบบของคลินิกนวัตกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของสภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา นอกจากนั้นแล้ว สภาวิชาชีพต่าง ๆ ยังมีส่วนสำคัญในการออกข้อกำหนดและมาตรการในการควบคุมคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรมอีกด้วย

ดังนั้น ในการขยายนโยบายไปสู่พื้นที่อื่น ควรให้ความสำคัญกับบทบาทของสภาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาวิชาชีพที่ยังไม่ได้มีส่วนร่วมมากนักในการกำกับดูแลคุณภาพ และในการประชาสัมพันธ์ชักชวนให้คลินิกนวัตกรรมมาร่วมให้บริการ ก็ควรทำผ่านกลไกของเครือข่ายวิชาชีพที่มีอยู่ในแต่ละจังหวัดแทนที่จะเป็นการเชื่อเชิญจากส่วนกลางหรือเชื่อเชิญรายปัจเจกบุคคล จะทำให้เกิดรูปแบบบริการที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกันและอาจได้คลินิกร่วมบริการจำนวนมาก

7. พบอุปสรรคในการ ให้บริการภาวะเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรังซึ่งเกิดจากการขาดผู้ประสานงานในระบบ

ตามนโยบายนั้น การร่วมให้บริการของคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์และร้านขายยานั้น ในมิติของการให้การรักษาคือ จะอยู่ในขอบเขตของการเจ็บป่วยทั่วไป (common illness) ซึ่งเป็นลักษณะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness) การเจ็บป่วยดังกล่าวนี้ คลินิกและร้านขายยาสามารถให้บริการได้ โดยไม่เกิดปัญหาและอุปสรรคใด ๆ

“ล้างแผล (แผลกดทับ) บางที่เราหมดไปตั้งเยอะแล้วได้ 80 บาท คำนวณมันเรายังไม่ได้เลย ค่าอุปกรณ์ก็ 30 จริง ๆ 40 ไม่ถึง 40 ด้วยซ้ำ ถ้าเป็นแผลขนาดเล็กแต่ถ้าเป็นแผลขนาดใหญ่ก็ได้เงินเพิ่มได้มันก็มีอุปกรณ์ครบ ผลกระทบอะไรมันก็ไม่ได้เยอะ อาจารย์คะ อย่างเคสอย่างคนไข้ที่มาใช้บริการที่เรามันเยอะ มันเยอะจริงเขามาใช้บริการจริงเรามีความกังวลนะค่ะ”

- พยาบาล เจ้าของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์

อย่างไรก็ตามคณะ ผู้ประเมินพบว่า หากผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรัง (chronic conditions) และจำเป็นต้องได้รับบริการอื่น ๆ เช่น การทำแผลโดยพยาบาลในระยะยาว หรือการให้บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางที่ต้องทำหลายครั้ง การให้บริการภายใต้นโยบายนี้ยังมีข้อจำกัดในประเด็นการขาด “ผู้ประสานงาน” หรือ “ผู้จัดการเคส” (care coordinator/ case manager) ซึ่งเมื่อประกอบกับสถานการณ์ การโอนย้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว อาจจะต้องอภิปรายกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายให้ชัดว่าใครควรจะทำหน้าที่เป็น care coordinator/ case manager ของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวควรได้รับค่าตอบแทนหรือการชดเชยในรูปแบบใด ที่จะจูงใจมากพอที่จะทำหน้าที่ประสานและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่จำเป็น

หากมองไปในอนาคต นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่อาจจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้อีกมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ และทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากผู้ป่วยหลายคนมีภาวะติดบ้านติดเตียง ไม่สามารถเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐได้สะดวก การให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้สามารถเลือกรับบริการที่หน่วยนวัตกรรมได้ อาจจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง แต่การให้บริการดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น จะมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพได้ก็ต่อเมื่อมี coordinator/ case manager ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และ care coordinator/ case manager นี้จะเป็นบทบาทหน้าที่ในการกำกับติดตามคุณภาพและป้องกันการโกงของหน่วยบริการต่าง ๆ ได้อีกด้วย

8. มีความพยายามในการวางระบบตรวจสอบเพื่อป้องกันการโกง แต่ยังคงมีความกังวลทั้งในฝั่งผู้ให้บริการ ที่เป็นโรงพยาบาลภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความพยายามในการวางระบบเพื่อป้องกันและตรวจสอบการโกงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตรวจสอบการเรียกเก็บค่าชดเชยจากหน่วยบริการนวัตกรรม อย่างไรก็ตามความพยายามดังกล่าวยังคงมีความกังวลอยู่มากทั้งในฝั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่เองและผู้ร่วมให้บริการด้วยยอดเรียกเก็บค่าชดเชยที่มีปริมาณสูงขึ้นเรื่อย ๆ และหลักเกณฑ์ จ่ายค่าชดเชยที่อาจยังไม่ชัดเจนมากนักในมุมมองของคลินิกนวัตกรรมร่วมให้บริการ ว่ากิจกรรมใดสามารถจ่ายได้หรือไม่ มีเงื่อนไขกำหนดอย่างไร ทำให้มีคำพูดระหว่างการประเมินในพื้นที่ว่า “ช่วงแรกที่มีการจ่ายค่าชดเชยผ่านเกือบร้อยละร้อยอาจเป็นเพราะอยากชักชวนให้คลินิกเข้ามาร่วมให้บริการ แต่ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจจะมาตามเรียกเก็บเงินคืนภายหลัง”

“โดยที่ผู้ป่วยมารับบริการกับเราจริงแต่ว่ายอดที่เราเคลมมันอาจจะสูงกว่าที่อื่นอย่างนี้ล่ะคะแล้วก็เราก็จะถูกเพ่งเล็ง ถูกเพ่งเล็งว่ามีการปฏิบัติงานจริงหรือเปล่า มีการทุจริตหรือเปล่านั้นจะคะ ไม่น่าเชื่อว่าจะถูกเพ่งเล็งในส่วนในส่วนคือเขาจะมีลำดับการส่งเคลมมาคะอาจารย์ ที่นี้คนที่เห็นตัวเลขก็จะมองว่าเรามีรายได้ที่สูงขึ้นแต่จริง ๆ แล้วเนี่ยถ้าไม่นำเข้าระบบแต่ก่อนแล้วก็เข้าอยู่ก็ประมาณเดิมไม่ได้มากขึ้นไม่ได้รัวรายพอยอยู่พอกิน”

- พยาบาลวิชาชีพ เจ้าของคลินิกพยาบาลและการผดุงครรภ์

“เคยพูดว่าเราทำ ๆ ไปแล้วเราเบิกได้ เราเข้าใจว่าเราทำถูกแต่ปรากฏว่ามาไล่เราที่หลังแบบนี้ เราก็กลัวพูดมาแล้วก็กลัวเหมือนกัน เพราะว่าอ้าวก็เบิกได้แปลว่ามันถูกไหม คือมันมีประเด็นของกรุงเทพฯคลินิกอบอุ่นนะคะ ก็เขาก็ทำเรื่องเข้ามาแล้วก็เบิก เขาก็เบิกได้เขาก็เกิดการเรียนรู้ขึ้นมาว่ามันคือเบิกได้ พอเสร็จแล้วต่อๆไปเขาก็ทำเหมือนเดิมแล้ววันดีคืนดีเขาก็ถูก audit แล้วกลายเป็นเขาผิดอย่างนี้คะ ซึ่งตรงนี้ต้องบอกว่า อันเนี่ยต้องกับก๊อแงๆ ว่าถ้าอันไหนที่ไม่ถูกนะต้องระวัง เพราะว่าถ้าเกิดทำแล้วเกิดระเบิดได้ แล้วต่อไปเกิดประเด็นอย่างนี้ขึ้นมากลายเป็นเราผิดคนเดียวไม่มีใครมาผิดร่วมกับเรา”

- ทันตแพทย์ เจ้าของคลินิกทันตกรรม

ผู้กำหนดนโยบายซึ่งในที่นี้คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจจะต้องทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพต่าง ๆ ในการกำหนด เงื่อนไขการเรียกค่าชดเชยที่มีรายละเอียดมากพอที่จะทำให้เกิดความสบายใจทั้งสองฝ่าย แต่ไม่ละเอียดมากไปจนผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ประชาชนได้ อีก

ทั้งอาจจำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่จะสามารถตรวจสอบความผิดปกติในการเรียกเก็บค่าชดเชยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันที่

9. คณะผู้ประเมินมีสมมติฐาน เกี่ยวกับความเป็นไปได้ ในการลดค่าใช้จ่ายในกองทุนสวัสดิการสุขภาพภาครัฐกองทุนอื่น ๆ หากมีนโยบายคล้ายคลึงกันกับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“แล้วบางคนมันก็ประกันสังคมบ้าง เป็นสิทธิข้าราชการบ้าง แล้วก็หลายๆ ท่านก็จะสับสนเรื่องไปลงทะเบียนกับหมอพร้อมมาแล้ว แต่จริงๆ ตนเองก็ไม่ใช้บัตรทอง เขาก็คิดว่าเขามีสิทธิ”

- เกสัชกร เจ้าของร้านยา

หน่วยบริการนวัตกรรมหลายแห่งให้ข้อมูลว่า ประชาชนหลายคนเข้าใจผิดเรื่องนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ว่าอนุญาตให้บุคคลที่มีสัญชาติไทยทุกคนสามารถเข้ารับบริการที่ไหนก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคลินิกและร้านยาใกล้บ้านที่มีป้ายติดว่าเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งความเป็นจริงแล้ว นโยบายดังกล่าวนี้รองรับเฉพาะประชาชนภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น เมื่อเป็นเช่นนี้ประชาชนภายใต้สิทธิอื่น ๆ เช่นประกันสังคมและข้าราชการเรียกร้องกับผู้ให้บริการให้สามารถเข้ารับบริการได้บ้าง

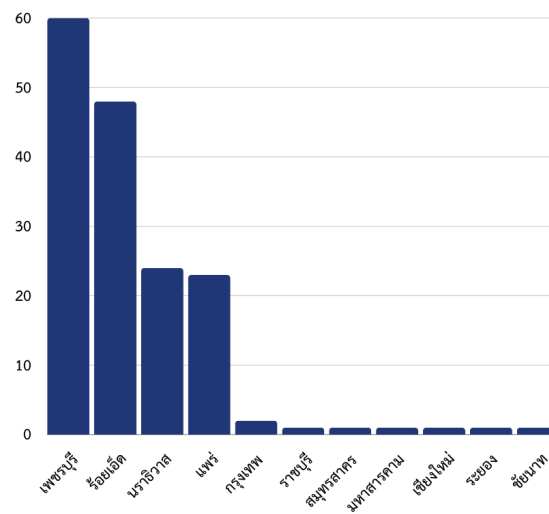
หากคณะผู้ประเมินมองการรวมให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรมเป็น primary care รูปแบบหนึ่ง ที่ประชาชนเชื่อถือและสามารถเข้าถึงได้สะดวก การมีซึ่งนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ก็ถือว่าไม่ได้ทำลายหลักการของ primary care แต่ช่วยส่งเสริมแนวคิดของ primary care ให้เข้มแข็งขึ้น และเป็นไปได้หรือไม่ที่กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมจะใช้โอกาสนี้ในการทดลองให้ประชาชนภายใต้สิทธิของแต่ละกองทุนสามารถเข้าใช้บริการในหน่วยบริการนวัตกรรมสำหรับการรักษาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ ทั้งนี้ ผลจากการทดลองอาจเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นถึงผลกระทบว่าหากเรารักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ primary care อาจมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการที่มีศักยภาพเกินความจำเป็น เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์ และผู้เข้ารับบริการก็น่าจะมีความพึงพอใจจากความสะดวกสบายที่ได้รับ

ข้อค้นพบจากข้อมูลการรับรู้นโยบายและมุมมองของผู้ป่วยในประเด็นคุณภาพการรับบริการภายใต้นโยบายฯ ผ่านช่องทาง 1330

คณะผู้ประเมินร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง) ในการออกแบบแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ และคุณภาพของการเข้ารับบริการภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านอง ดังแสดงในภาคผนวก 2 และได้ดำเนินการประชุมซักซ้อมความเข้าใจกับงานสายด่วน 1330 ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการติดต่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเข้าใจในคำถามแต่ละประเด็นของการสัมภาษณ์ตรงกัน จากนั้นคณะผู้ประเมินจากฝั่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างประชาชนจากฐานข้อมูลการเรียกเก็บค่าชดเชยภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ โดยกระจายทั้งผู้เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรมการให้บริการของภาคเอกชนจำนวนทั้งสิ้น 1,950 ตัวอย่าง

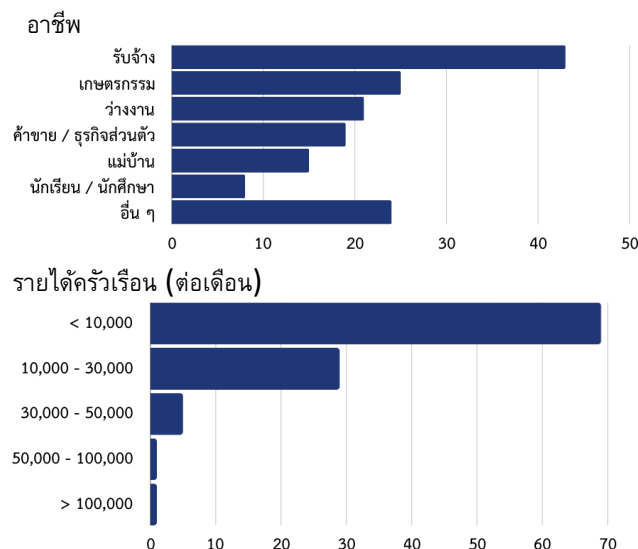
สายด่วน 1330 ได้ดำเนินการติดต่อกับกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกสุ่มระหว่างวันที่ 19-27 เมษายน 2567 และมีผู้ป่วยที่ตอบรับร่วมให้สัมภาษณ์จนเสร็จสิ้นจำนวน 167 คน คิดเป็นอัตราการตอบสนอง (response rate) 8.57% โดยปัญหาอุปสรรคหลักน่าจะเกิดจากสถานการณ์การแก๊งค์คอลเซ็นเตอร์ที่มักก่ออาชญากรรมต่อประชาชนทั่วไปผ่านการติดต่อทางโทรศัพท์และหลอกลวงว่าเป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบรับการให้สัมภาษณ์ พบว่าเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านองมากที่สุด ประกอบไปด้วยเพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส และแพร่ตามลำดับ มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในจังหวัดอื่น ๆ นอก 4 จังหวัดพื้นที่น่านองแต่มาใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านอง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์ จำแนกตามจังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน

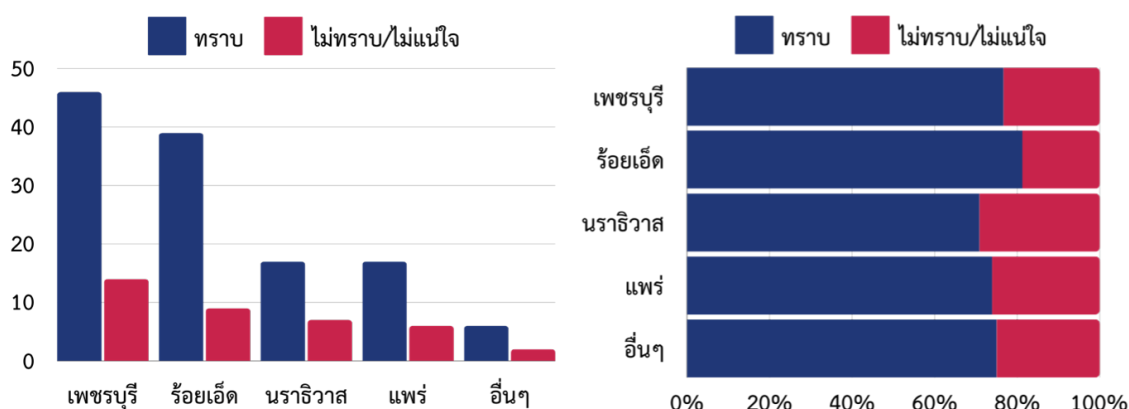
ในส่วนของอาชีพและรายได้พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมมากที่สุด ตามด้วยว่างงานและค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว และมีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ดังแสดงในภาพที่ 3



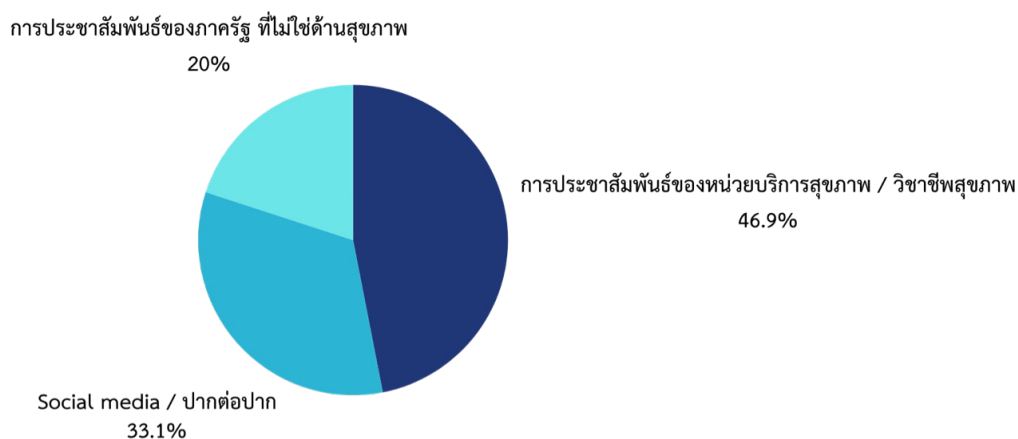
ภาพที่ 3 แสดงอาชีพและรายได้ครัวเรือนของผู้ถูกสัมภาษณ์

ในกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ (ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการสุขภาพภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่) ส่วนใหญ่รับรู้เรื่องนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในทุกจังหวัดนาร่อง

(ประมาณ 80%) ในทุกจังหวัด ดังแสดงในภาพที่ 4 และในกลุ่มที่รับรู้เกี่ยวกับนโยบายฯ นั้น ส่วนใหญ่ทราบจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพและวิชาชีพด้านสุขภาพ (46.9%) ตามด้วยการบอกเล่าปากต่อปากและสังคมออนไลน์ (social media) และการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานด้านสุขภาพตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้ทราบ/ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายจำแนกตามจังหวัด (ซ้าย) และร้อยละของผู้ทราบ/ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายจำแนกตามจังหวัด (ขวา)

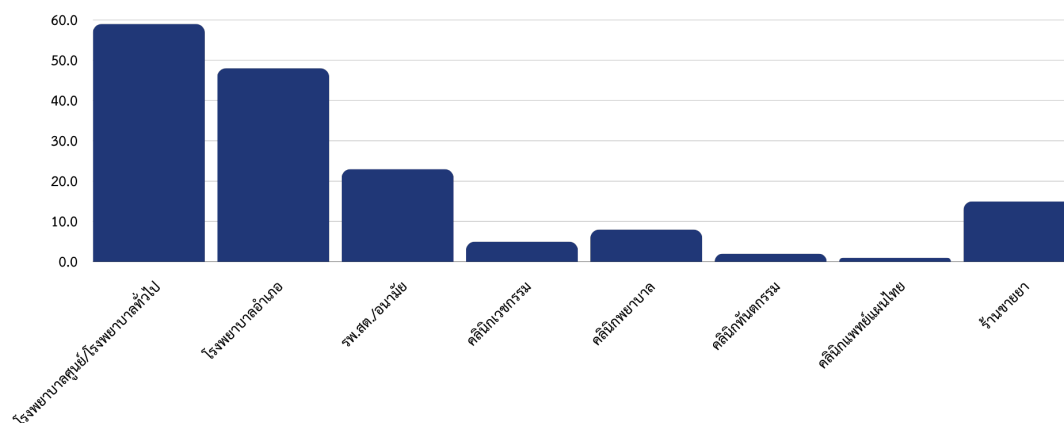


ภาพที่ 5 แสดงแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย

ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลพบว่าการไปใช้บริการครั้งล่าสุดภายใต้นโยบายฯ ที่โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป มากที่สุด ตามด้วยโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลอำเภอ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกเวชกรรมเอกชนต่าง ๆ ดังแสดงในภาพที่ 6 และเป็นที่สังเกตว่าการใช้บริการที่

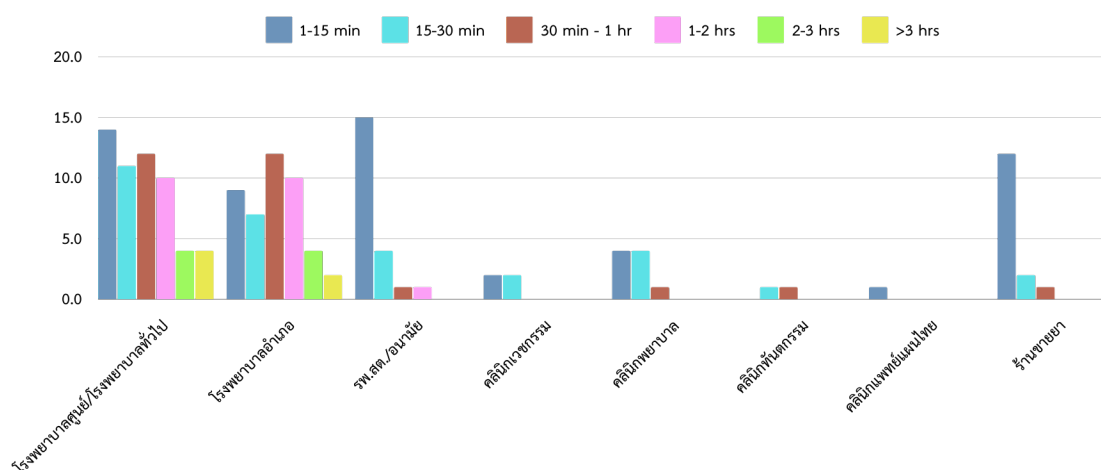
หน่วยบริการขนาดเล็กเช่น หน่วยบริการนวัตกรรมเอกชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีระยะเวลาการรอคอยที่สั้นกว่า (ไม่เกิน 30 นาที) ดังแสดงในภาพที่ 7 และ 8

การรับบริการ "ครั้งล่าสุด" หลังมีนโยบายฯ จำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ

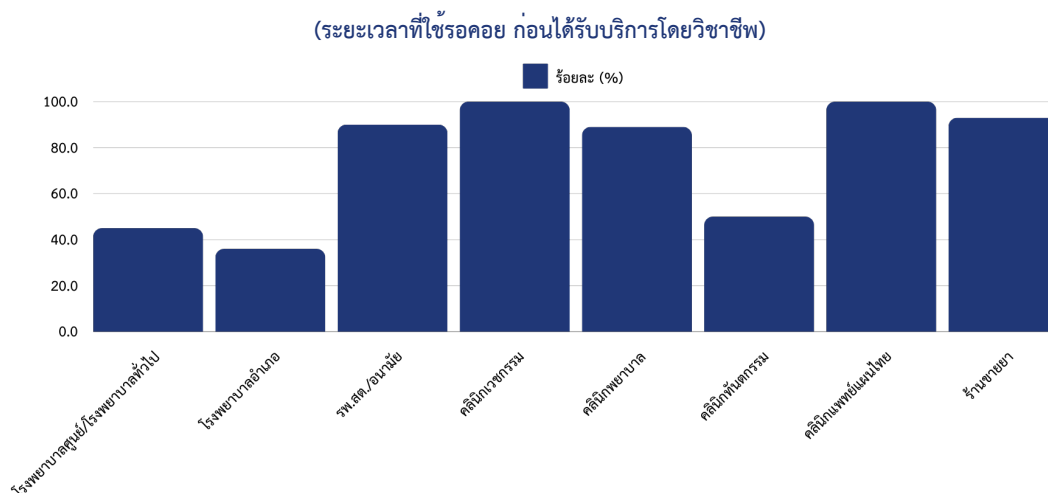


ภาพที่ 6 แสดงการเข้ารับบริการครั้งล่าสุดของผู้ตอบสัมภาษณ์ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ

(ระยะเวลาที่ไ้รอคอย ก่อนได้รับการบริการโดยวิชาชีพ)

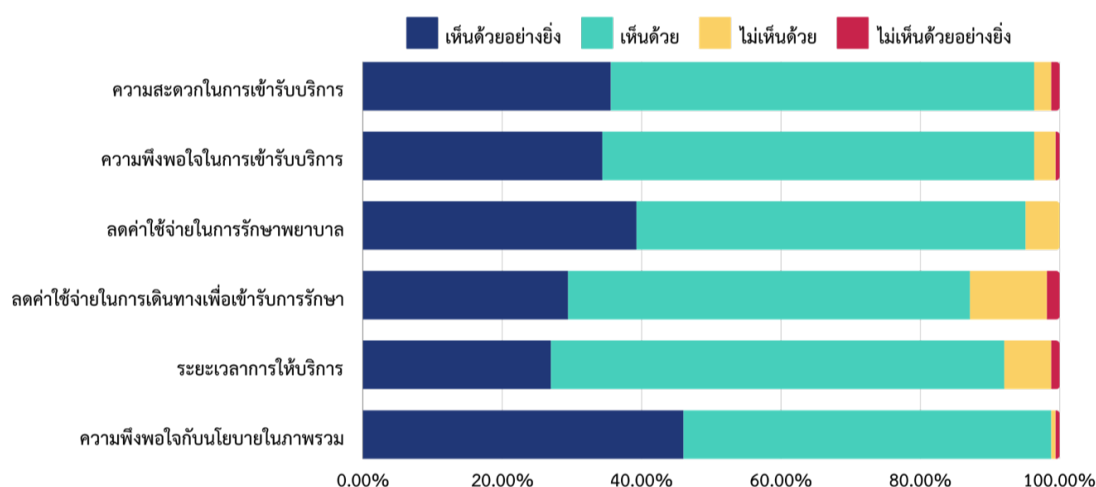


ภาพที่ 7 แสดงระยะเวลารอคอยก่อนได้รับการบริการโดยวิชาชีพ จำแนกตามประเภทหน่วยบริการ



ภาพที่ 8 แสดงร้อยละของผู้ใช้บริการที่ใช้เวลารอคอยไม่เกิน 30 นาที
จำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ

ในแง่ของคุณภาพในมุมมองของผู้รับบริการ คณะผู้ประเมินได้ออกแบบการสัมภาษณ์โดยตั้งคำถามประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นเป้าประสงค์ของนโยบาย และให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบในประเด็นต่าง ๆ โดยใช้ตัวเลือกแบบสเกล ประกอบไปด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีข้อค้นพบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ความพึงพอใจในนโยบายโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 98.77 มีความพึงพอใจด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการคิดเป็นร้อยละ 96.32 ด้านความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 96.32 เห็นว่านโยบายฯ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 95.09 พึงพอใจ ด้านระยะเวลาการให้บริการคิดเป็นร้อยละ 92.02 และคิดว่านโยบายช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 87.12 ดังแสดงภาพรวมในภาพที่ 9



ภาพที่ 9 แสดงความพึงพอใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพภายใต้ นโยบายฯ
ในประเด็นต่าง ๆ

สำหรับคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ หรือข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่นั้นพบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดว่าเป็นนโยบายที่ดี ต้องการให้ขยายผลนโยบายไปทั่วประเทศ (จำนวน 9 คน) ต้องการให้การประชาสัมพันธ์นโยบายครอบคลุมมากขึ้น (จำนวน 6 คน) เช่น เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านก้านั้น ผู้ใหญ่บ้าน (จำนวน 1 คน) หรือโซเซียลมีเดีย (จำนวน 1 คน) ต้องการให้คลินิกเอกชน, หน่วยบริการอื่น ๆ เช่นโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการมากขึ้น (จำนวน 3 คน) ดิอยู่แล้วและต้องการให้ดำเนินการต่อ (จำนวน 1 คน) ในประเด็นเพื่อพัฒนาหรืออุปสรรคพบว่ามีความเห็นว่าควรพัฒนาข้อมูลการดูแลรักษาให้เชื่อมโยงกัน (จำนวน 2 คน) และมีผู้ถูกสัมภาษณ์เคยถูกปฏิเสธการรักษาเพราะผู้ให้บริการแจ้งว่าไม่รู้ประวัติการเจ็บป่วย (จำนวน 1 คน) และต้องการให้ลดระยะเวลาการรอคอย (จำนวน 3 คน, ซึ่งเป็นข้อมูลจากผู้เข้าใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่)

ข้อสรุปและการอภิปรายผล

จากการเก็บข้อมูลจากฝั่งผู้รับบริการโดยสุ่มเฉพาะผู้ที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ไม่สูงนักและประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง สอดคล้องกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคไม่ว่ามีเศรษฐฐานะเป็นอย่างไร นโยบายดังกล่าวเป็นที่รับรู้รับทราบโดยทั่วไปผ่านทางช่องทางการประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพและวิชาชีพด้านสุขภาพแต่ยังมีโอกาสพัฒนาอีกในช่องทางอื่น เช่นผ่านก้านั้น ผู้ใหญ่บ้าน หรือช่องทางโซเซียลมีเดีย เป็นต้น การมีซึ่งคลินิกนวัตกรรมของภาคเอกชนที่ร่วมให้บริการ และการมีหน่วยบริการของรัฐขนาดเล็กที่เข้าร่วมโครงการทำให้ประชาชนมีตัวเลือกที่ “ไม่ต้องรอนาน” ในการเข้ารับบริการสุขภาพที่ไม่รุนแรง และทำให้เกิดความพอใจต่อการเข้ารับบริการ และความพึงพอใจต่อนโยบายในภาพรวม

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลครั้งนี้คือจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์มีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ response rate จากผู้ที่ถูกสุ่มจากฐานข้อมูลทั้งหมดจึงอาจจะทำให้มีอคติของข้อมูล อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายนอกที่เป็นภาวะคุกคามที่ควบคุมไม่ได้ คือ มีฉาชีพแก๊งค์คอลเซ็นเตอร์ที่มีข่าวอยู่เป็นจำนวนมากในปัจจุบัน ดังนั้น หากผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าเสียงของประชาชน (เสียงของผู้รับบริการ) ภายใต้นโยบายนี้มีส่วนสำคัญที่จะนำมาพัฒนาการดำเนินการตามนโยบายให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบที่จะเก็บรวบรวมข้อคิดเห็นต่าง ๆ จากผู้รับบริการที่ไม่ใช่เฉพาะช่องทางการรับข้อร้องเรียนที่มีอยู่เดิม แต่เป็นการดำเนินการเชิงรุกในการถามความเห็นเพื่อนำมาพัฒนาอย่างทันท่วงทีต่อไป

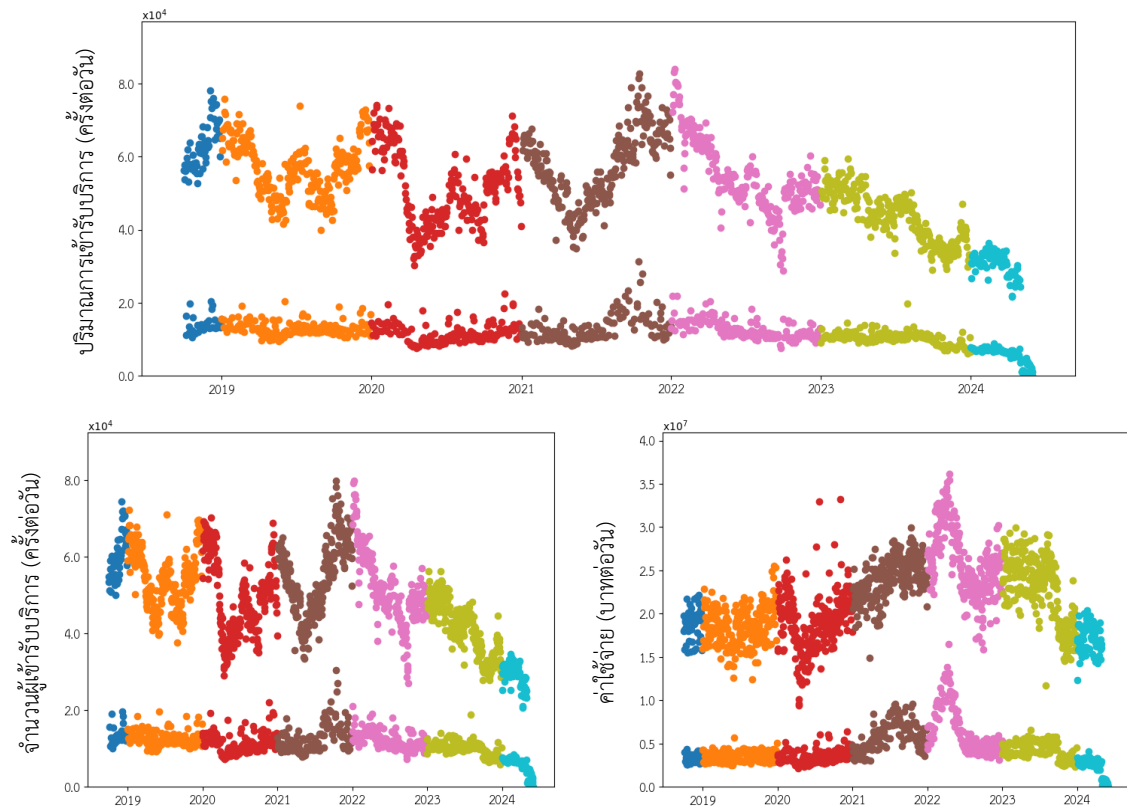
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ

คณะผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ 3 ฐาน ได้แก่

- 1) ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก 43 แฟ้ม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 (ดึงข้อมูลล่าสุดวันที่ 13 มิถุนายน 2567)
- 2) ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย E-claim ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 (ดึงข้อมูลล่าสุดวันที่ 12 พฤษภาคม 2567)
- 3) ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย OneID (ดึงข้อมูลล่าสุดวันที่ 12 พฤษภาคม 2567)
โดยได้มีการจัดการฐานข้อมูลและวิเคราะห์ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

การเข้ารับบริการในภาพรวม

จากการวิเคราะห์ฐานผู้ป่วยนอก 43 แฟ้มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 นั้น พบว่า ปริมาณการเข้ารับบริการของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละปีงบประมาณ โดยปริมาณการเข้ารับบริการนั้นจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การเข้ารับบริการในวันทำการและการเข้ารับบริการในวันหยุดราชการ ซึ่งแนวโน้มที่มีการเปลี่ยนแปลงนั้นจะเป็นแนวโน้มของการเข้ารับบริการในวันทำการดังแสดงในภาพที่ 10 ซึ่งหากพิจารณาในชุดข้อมูลภายหลังเดือนเมษายน 2567 แล้วนั้น พบว่ามีปริมาณข้อมูลเพียงเล็กน้อย (ภาพที่ 11) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากกระบวนการส่งข้อมูลที่ดำเนินการในปัจจุบันที่อาจมีความล่าช้าประมาณ 2-3 เดือน

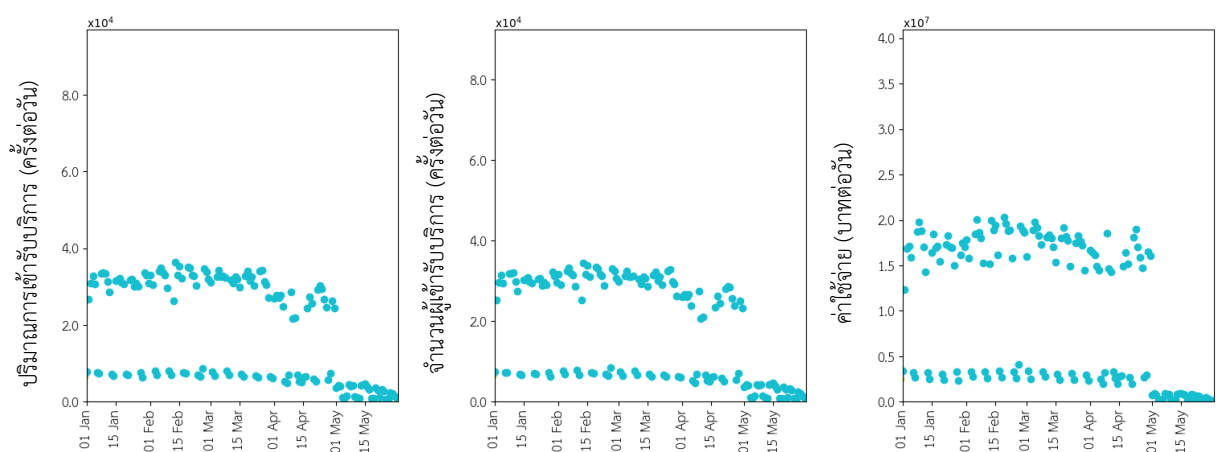


ภาพที่ 10 การให้บริการในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่องย้อนหลัง 6 ปีงบประมาณ

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก 43 แพ้

(ในแต่ละภาพย่อยเส้นแนวนอนสำหรับวันทำการปรากฏส่วนบน

แนวนอนสำหรับวันหยุดปรากฏส่วนล่างของภาพ และเฉดสีใช้แยกแยะข้อมูลรายปี)



ภาพที่ 11 การให้บริการในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567

(ในแต่ละภาพย่อยแนวนอนสำหรับวันทำการปรากฏส่วนบน

แนวนอนสำหรับวันหยุดปรากฏส่วนล่างของภาพ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการในไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) ของแต่ละปี นั้นพบว่า ปริมาณการใช้บริการทางสุขภาพของประชาชนนั้นมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2565 ทั้งในปริมาณการใช้บริการรวม และจำนวนผู้เข้ารับบริการ (ตารางที่ 2) โดยจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่มีปริมาณการใช้บริการมากที่สุดในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง

ตารางที่ 2 แสดงการเข้ารับบริการในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 6 ปี

จังหวัด	ปริมาณการใช้บริการในไตรมาสที่ 1 (ล้านครั้ง)					
	2562	2563	2564	2565	2566	2567
นราธิวาส	0.93	1.01	0.94	0.93	0.85	0.61
เพชรบุรี	0.72	0.68	0.61	0.84	0.64	0.29
แพร่	0.80	0.74	0.59	0.80	0.55	0.36
ร้อยเอ็ด	1.91	1.90	1.71	2.09	1.48	0.97
รวม	4.35	4.33	3.85	4.65	3.52	2.22
จังหวัด	จำนวนผู้เข้ารับบริการในไตรมาสที่ 1 (ล้านคน)					
	2562	2563	2564	2565	2566	2567
นราธิวาส	0.37	0.40	0.38	0.39	0.35	0.27
เพชรบุรี	0.25	0.26	0.25	0.33	0.25	0.12
แพร่	0.29	0.25	0.21	0.28	0.20	0.13
ร้อยเอ็ด	0.67	0.66	0.62	0.74	0.56	0.39
รวม	1.57	1.57	1.47	1.73	1.36	0.91

การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐแต่ละระดับ

สำหรับการเข้ารับบริการในหน่วยบริการรัฐระดับต่าง ๆ ในไตรมาสแรกของปี 2567 เทียบกับปี 2566 พบว่า การเข้ารับบริการมีแนวโน้มลดลงในทุกระดับสถานพยาบาลและในทุกจังหวัด (ตารางที่ 3) โดยการใช้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนทั้งในปริมาณการเข้ารับบริการและจำนวนผู้เข้ารับบริการ รองลงมาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 2 ปี

ประเภทโรงพยาบาล	ปริมาณการใช้บริการในไตรมาสที่ 1 (แสนครั้ง)							
	นราธิวาส		เพชรบุรี		แพร่		ร้อยเอ็ด	
	2566	2567	2566	2567	2566	2567	2566	2567
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)							2.08	1.40
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	1.70	1.13	1.12	0.74	1.37	0.89		
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	3.02	2.32	2.20	1.25	2.18	1.72	6.01	4.68
รพ.สต. (ไม่ได้ถ่ายโอน)	1.74	1.19	2.76	0.89				
รพ.สต. (ถ่ายโอน)	1.91	1.43	0.29	0.02	1.89	0.96	6.24	3.42
ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนผู้เข้ารับบริการในไตรมาสที่ 1 (แสนคน)							
	นราธิวาส		เพชรบุรี		แพร่		ร้อยเอ็ด	
	2566	2567	2566	2567	2566	2567	2566	2567
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)							0.95	0.66
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	0.69	0.47	0.51	0.35	0.61	0.40		
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	1.37	1.11	0.94	0.58	0.99	0.78	2.87	2.36
รพ.สต. (ไม่ได้ถ่ายโอน)	0.97	0.70	1.49	0.48				
รพ.สต. (ถ่ายโอน)	1.15	0.90	0.14	0.01	1.03	0.52	3.21	1.82

การใช้บริการข้ามเขต

จากการวิเคราะห์การใช้บริการข้ามเขตในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) พบว่า ในไตรมาสที่ 1 ของปี 2567 นั้น โรงพยาบาลศูนย์มีการใช้บริการนอกเขตทั้งหมด 85,630 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.30 ของการรับบริการทั้งหมด โรงพยาบาลทั่วไปมีการใช้บริการนอกเขตทั้งหมด 107,815 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.12 ของการรับบริการทั้งหมด และโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้บริการนอกเขตทั้งหมด 86,788 ครั้ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 8.70 ของการรับบริการทั้งหมด (ตารางที่ 4) ซึ่งหากพิจารณาเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า 2 ปีนั้น พบว่า ปริมาณของการใช้บริการนอกเขตนั้นลดลงจากปีที่ผ่านมา โดยอัตราการให้บริการนอกเขตทั้ง 3 ปีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในโรงพยาบาลทุกระดับและมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย E-claim ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายการเบิกจ่ายเพิ่มเติมกำหนดหน่วยบริการในลักษณะ fee schedule ในหลากหลายกรณีทั้งคนไข้ในเขตและนอกเขต นอกเหนือจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่ทางโรงพยาบาลได้รับล่วงหน้า พบว่า ปริมาณครั้งการเบิกจ่ายด้วยบริการนอกเขตนั้นในแต่ละจังหวัดมีรูปแบบของข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น นราธิวาส เพชรบุรี และร้อยเอ็ดมีการเบิกจ่ายในบริการนอกเขตในปี 2567 ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับปี 2566 ในขณะที่แพร่มีปริมาณการเบิกจ่ายที่น้อยลง (ตารางที่ 5) ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนก็มีลักษณะคล้ายกับของโรงพยาบาลใหญ่เพียงแต่ขนาดที่เพิ่มไม่มากเท่า ทั้งนี้ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดแพร่ที่มีจำนวนการเบิกในระบบ E-claim ของคนไข้ข้ามเขตที่น้อยน่าจะมาจากปัญหาข้อขัดข้องในระบบการเบิกจ่ายผ่านระบบ Financial Data Hub (FDH) ของกระทรวงสาธารณสุข

มีข้อสังเกตว่า ปริมาณจำนวนครั้งการเบิกจ่ายในระบบ E-Claim ในไตรมาสแรกของปี 2565 นั้น สูงกว่าของปี 2566 และ 2567 ทั้งกรณีการให้บริการในและนอกเขต การเบิกจ่ายอันเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดโควิด-19 นั้นมีบทบาทสำคัญ

ตารางที่ 4 แสดงการเข้ารับบริการในเขตและนอกเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่านร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

ระดับ โรงพยาบาล	การเข้ารับบริการในไตรมาสที่ 1 (ล้านครั้ง)								
	2565			2566			2567		
	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต
โรงพยาบาล ศูนย์ (รพศ.)	0.30	0.07 (24.04%)	0.23 (75.96%)	0.21	0.06 (30.01%)	0.15 (69.99%)	0.14	0.05 (38.70%)	0.09 (61.30%)
ร้อยเอ็ด	0.30	0.07 (24.04%)	0.23 (75.96%)	0.21	0.06 (30.01%)	0.15 (69.99%)	0.14	0.05 (38.70%)	0.09 (61.30%)
โรงพยาบาล ทั่วไป (รพท.)	0.56	0.20 (35.89%)	0.36 (64.11%)	0.42	0.21 (49.94%)	0.21 (50.06%)	0.28	0.17 (60.88%)	0.11 (39.12%)
นราธิวาส	0.18	0.08 (42.66%)	0.11 (57.34%)	0.17	0.10 (56.23%)	0.07 (43.77%)	0.11	0.08 (70.76%)	0.03 (29.24%)
เพชรบุรี	0.17	0.05 (31.23%)	0.12 (68.77%)	0.11	0.06 (49.23%)	0.06 (50.77%)	0.07	0.04 (55.15%)	0.03 (44.85%)
แพร่	0.20	0.07 (33.69%)	0.13 (66.31%)	0.14	0.06 (42.71%)	0.08 (57.29%)	0.09	0.05 (53.08%)	0.04 (46.92%)
โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.)	1.89	1.20 (63.61%)	0.69 (36.39%)	1.34	0.95 (70.65%)	0.39 (29.35%)	1.00	0.91 (91.30%)	0.09 (8.70%)
นราธิวาส	0.32	0.20 (64.63%)	0.11 (35.37%)	0.30	0.23 (75.52%)	0.07 (24.48%)	0.23	0.21 (91.55%)	0.02 (8.45%)
เพชรบุรี	0.37	0.20 (52.36%)	0.18 (47.64%)	0.22	0.13 (60.25%)	0.09 (39.75%)	0.12	0.11 (91.58%)	0.01 (8.42%)
แพร่	0.32	0.22 (67.62%)	0.10 (32.38%)	0.22	0.15 (67.88%)	0.07 (32.12%)	0.17	0.16 (91.84%)	0.01 (8.16%)
ร้อยเอ็ด	0.88	0.59 (66.57%)	0.29 (33.43%)	0.60	0.44 (73.01%)	0.16 (26.99%)	0.47	0.43 (90.90%)	0.04 (9.10%)

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบบริการของโรงพยาบาล (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม)

ตารางที่ 5 ปริมาณการเบิกจ่ายในการใช้บริการข้ามเขตเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

ระดับ โรงพยาบาล	การเข้ารับบริการในไตรมาสที่ 1 (ครั้ง)								
	2565			2566			2567		
	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต	ทั้งหมด	ในเขต	นอกเขต
โรงพยาบาล ศูนย์ (รพศ.)	46,207	14,913 (32.27%)	31,294 (67.73%)	28,339	9,325 (32.91%)	19,014 (67.09%)	47,931	5,848 (12.20%)	42,083 (87.80%)
ร้อยเอ็ด	46,207	14,913 (32.27%)	31,294 (67.73%)	28,339	9,325 (32.91%)	19,014 (67.09%)	47,931	5,848 (12.20%)	42,083 (87.80%)
โรงพยาบาล ทั่วไป (รพท.)	65,401	37,987 (58.08%)	27,414 (41.92%)	25,576	15,863 (62.02%)	9,713 (37.98%)	25,390	9,717 (38.27%)	15,673 (61.73%)
นราธิวาส	32,349	22,724 (70.25%)	9,625 (29.75%)	14,573	11,428 (78.42%)	3,145 (21.58%)	19,424	8,756 (45.08%)	10,668 (54.92%)
เพชรบุรี	15,443	6,286 (40.70%)	9,157 (59.30%)	4,364	2,354 (53.94%)	2,010 (46.06%)	5,723	839 (14.66%)	4,884 (85.34%)
แพร่	17,609	8,977 (50.98%)	8,632 (49.02%)	6,639	2,081 (31.35%)	4,558 (68.65%)	243	122 (50.21%)	121 (49.79%)
โรงพยาบาล ชุมชน (รพช.)	266,779	188,269 (70.57%)	78,510 (29.43%)	111,839	86,217 (77.09%)	25,622 (22.91%)	79,212	51,026 (64.42%)	28,186 (35.58%)
นราธิวาส	56,790	40,415 (71.17%)	16,375 (28.83%)	25,590	20,099 (78.54%)	5,491 (21.46%)	34,042	27,675 (81.30%)	6,367 (18.70%)
เพชรบุรี	66,128	44,617 (67.47%)	21,511 (32.53%)	17,620	15,628 (88.69%)	1,992 (11.31%)	9,796	4,330 (44.20%)	5,466 (55.80%)
แพร่	24,795	19,182 (77.36%)	5,613 (22.64%)	18,774	12,048 (64.17%)	6,726 (35.83%)	6,804	5,749 (84.49%)	1,055 (15.51%)
ร้อยเอ็ด	119,066	84,055 (70.60%)	35,011 (29.40%)	49,855	38,442 (77.11%)	11,413 (22.89%)	28,570	13,272 (46.45%)	15,298 (53.55%)

ที่มา: ฐานข้อมูล E-Claim สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

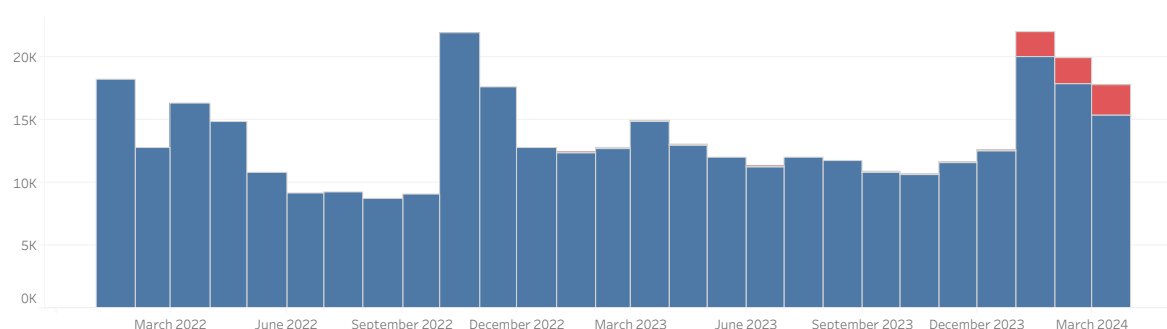
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเข้ารับบริการหลังจากการดำเนินการนโยบาย

จากการวิเคราะห์ Interrupted time series เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการก่อนและหลังดำเนินนโยบาย (ตารางภาคผนวกที่ 5) พบว่า ในภาพรวมของนราธิวาส เพชรบุรี และ ร้อยเอ็ด ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนแรกเมื่อเริ่มนโยบาย (kick off) และ เดือนต่อมา (delay) มีเพียงจังหวัดแพร่ที่พบการเพิ่มขึ้นของปริมาณการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (coefficient = 1643.98, p-value < 0.001) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังมีการดำเนินนโยบาย (coefficient = 22.26, p-value = 0.049) ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการดำเนินการนโยบาย

และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการดำเนินการนโยบายของทั้ง 4 จังหวัดนำร่อง

ผู้ป่วยรายใหม่ (Newcomers)

การวิเคราะห์ปริมาณผู้ป่วยรายใหม่นั้น คณะผู้ประเมินได้นำรหัสแทนบุคคลจาก 3 ฐานข้อมูลมาบูรณาการกัน และทำการวิเคราะห์ว่าบุคคลนั้นได้มีการใช้บริการในหน่วยบริการที่อยู่ในฐานข้อมูลภายในระยะเวลา 3 ปี (ภาพที่ 12) พบว่า ในปี 2567 มีแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในไตรมาสแรกเมื่อเทียบกับแนวโน้มในปีที่ผ่านมา โดยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ใน 3 เดือนแรกหลังมีการดำเนินนโยบายอยู่ที่ 59,689 คน (ตารางที่ 6) ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่นั้นไปใช้บริการที่หน่วยนวัตกรรมอยู่ที่ร้อยละ 10 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดทั้ง 3 เดือน



ภาพที่ 12 แสดงปริมาณ Newcomers ในแต่ละเดือนย้อนหลัง 3 ปี

(สีน้ำเงินแสดงการใช้บริการในหน่วยบริการภาครัฐ สีแดงแสดงการใช้บริการในหน่วยบริการนวัตกรรม)

ตารางที่ 6 แสดงปริมาณผู้ป่วยรายใหม่ไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

จังหวัด	ปริมาณผู้ป่วยรายใหม่ในไตรมาสที่ 1		
	2565	2566	2567
นราธิวาส	8,932	14,888	6,235
เพชรบุรี	13,696	6,878	10,050
แพร่	5,506	3,971	7,007
ร้อยเอ็ด	19,107	14,328	26,397
รวม	47,241	40,065	59,689

เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของปริมาณผู้ป่วยรายใหม่ของไตรมาสแรกในรอบสามปีนั้น พบว่าจังหวัดนราธิวาสเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่ในรอบสามปีลดลงแตกต่างจากในอีกสี่จังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะระหว่างปี 2566 – 2567

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (One ID policy) เป็นนโยบายของรัฐบาลชุดปัจจุบัน ที่ต้องการยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือที่รู้จักกันในนามบัตรทอง ซึ่งเดิมนั้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดส่งเสริมและสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้ชิดประชาชนในการจัดบริการในพื้นที่ (area-based) โดยกำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนและใช้บริการที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ซึ่งส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชนในภูมิอำนา หากจะไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นต้องมีใบส่งตัวจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ทำให้คนไข้บางกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับบริการต่อเนื่องจากแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลตติยภูมิไม่สะดวกในการไปรับบริการเนื่องจากต้องมีใบส่งตัวทุกครั้งในการไปรับบริการ และมีข้อร้องเรียนถึงความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการตติยภูมินโยบายนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ดีขึ้น

ทั้งนี้ก่อนมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่นั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีนโยบายยกระดับบัตรทองมาเป็นระยะ ๆ ดังนี้

- ในปี 2563 เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภายใต้สถานการณ์โควิด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายขยายหน่วยบริการนวัตกรรมในการเป็นหน่วยร่วมบริการให้ผู้ถือบัตรทองสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น ร้านยาคุณภาพ, คลินิกพยาบาลและผดุงครรภ์, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกเทคนิคการแพทย์ รวมถึงมีนโยบายสนับสนุนการลดความแออัดของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินผ่านเกณฑ์คุณภาพ (โรงพยาบาลใหญ่) โดยมีการจ่ายค่าบริการเพิ่มสำหรับโรงพยาบาลที่จัดห้องตรวจแยกสำหรับผู้ป่วยสีเขียว
- มกราคม 2564 มีนโยบายให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถไปรับบริการที่โรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพในการให้บริการที่ไหนก็ได้ (Cancer Anywhere)

- มกราคม 2565 มีนโยบายให้ผู้ป่วยบัตรทองสามารถไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ (OP anywhere)
- ปี 2566 ขยายนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patient: UCEP) ไปยังโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านเกณฑ์ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

การมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่นั้นก็สร้างความกังวลในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องว่านโยบายนี้จะทำให้ผู้ป่วยบัตรทองเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่และทำให้มีความแออัดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากที่แออัดอยู่เดิมแล้วหรือไม่ ขณะเดียวกันก็มีความกังวลว่านโยบายนี้จะทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิลดแออัดหรือไม่ รวมถึงภาระงบประมาณของนโยบายดังกล่าวในระยะยาวจะเป็นอย่างไร

การอภิบาลและขับเคลื่อนนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

นโยบายนี้ขับเคลื่อนร่วมกันของสองหน่วยงานหลัก คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนผู้ถือบัตรทองให้ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วขึ้น โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) มีบทบาทหลักในการจัดกลไกให้ข้อมูล ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกกับทั้งประชาชนและหน่วยบริการ กล่าวคือ ของงบประมาณกลางจากรัฐบาลในการสนับสนุนนโยบาย และจัดระบบการเบิกจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการให้มีความสะดวกรวดเร็วขึ้นโดยพยายามพัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายเชิงระบบ (system audit) เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนถูกต้องและความผิดปกติก่อนการเบิกจ่าย นอกจากนี้ สปสช. ภายใต้การสนับสนุนของสภาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และทันตแพทยสภา ดำเนินการเชิญชวนหน่วยบริการนวัตกรรมให้สมัครเข้าเป็นหน่วยร่วมบริการ รวมถึงการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการจัดบริการต่าง ๆ และนิเทศติดตาม ทำให้สามารถขยายหน่วยบริการนวัตกรรมภาคเอกชนให้เข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมบริการได้อย่างก้าวกระโดด ให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกด้านสถานที่(ใกล้บ้าน)และเวลาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งกรณีร้านยาคุณภาพ, คลินิกพยาบาล, คลินิกเวชกรรม, คลินิกทันตกรรม, คลินิกกายภาพบำบัด, เทคนิคการแพทย์, คลินิกแพทย์แผนไทย โดยก่อนมีนโยบายมีหน่วยบริการนวัตกรรมขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการในจังหวัดน่านร่องเพียง 157 หน่วยเพิ่มเป็น 682 หน่วย เพิ่มขึ้นกว่าสี่เท่าตัว จากหน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่ทั้งหมด 1,474 หน่วย หรือคิดเป็นร้อยละ 46 ของหน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่ (ข้อมูล ณ 24 พฤษภาคม 2567)

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้เกิดขึ้นได้จริงโดยเน้นการพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ทั้ง Electronic Health Record, ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล, ใบสั่งยา/แล็บ, การแพทย์ทางไกล, ระบบนัดหมายออนไลน์, บริการส่งยาทางไปรษณีย์,

ระบบการเบิกจ่ายเงินกับกองทุนประกันสุขภาพ, การส่งต่อผู้ป่วย, การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น รวมถึงพัฒนาระบบการเชื่อมต่อกับประชาชนผ่านทางไลน์และ application ต่าง ๆ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2564-2568)¹⁵ อยู่แล้ว ดังนั้นนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่จึงเป็นหน้าต่างแห่งโอกาส (Window of opportunity) ที่เปิดให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลได้อย่างก้าวกระโดด

ในระดับพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ขับเคลื่อนการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตนของประชาชนผู้ถือบัตรทองในพื้นที่เป็นภารกิจเร่งด่วนและมีการเร่งรัดกำกับติดตามในระดับจังหวัดโดยผู้ว่าราชการจังหวัด โดย สสจ. และ อบจ. ได้กำหนดเป้าหมายในการเร่งรัดให้หน่วยบริการในสังกัดของตนดำเนินการขึ้นทะเบียนยืนยันตัวตนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยใช้ application หมอพร้อม เพื่อเป็นข้อมูลสุขภาพของบุคคล ขณะเดียวกันก็มีการขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการเพื่อยืนยันตัวตนในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ในส่วนของสถานพยาบาลต่าง ๆ ก็ต้องมีระบบการยืนยันตัวตนผู้ป่วยโดยใช้บัตรประชาชนเมื่อมารับบริการและปิดสิทธิเพื่อการเบิกจ่าย รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หน่วยบริการในสังกัดทุกแห่งต้องส่งข้อมูลการเคลมผ่านระบบ Financial Data Hub ของกระทรวงฯ แทนการส่งข้อมูลในระบบ E-claim ของ สปสช. เพื่อส่งต่อไปเบิกกับทาง สปสช. ต่อไป (รายละเอียดประเด็นนี้จะได้กล่าวต่อไป)

การควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรม ในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทหน้าที่ในการขึ้นและต่อทะเบียนหน่วยบริการจึงมีหน้าที่ในการกำกับมาตรฐานของหน่วยบริการเป็นหลัก ส่วนด้านคุณภาพบริการนั้นจะดำเนินการสอบสวนหากมีเหตุไม่พึงประสงค์และมีการร้องเรียนเป็นหลัก มีการนิเทศติดตามจากสภาวิชาชีพต่าง ๆ โดยเฉพาะสภาวิชาชีพพยาบาล เป็นครั้งคราว ส่วนการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการเบิกจ่ายนั้นมิได้มีการดำเนินการในระดับพื้นที่ สปสช. ส่วนกลางดำเนินการเอง

ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายนี้จึงมาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพต่าง ๆ องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมถึงสถานพยาบาลและหน่วยบริการนวัตกรรมต่าง ๆ

ผลกระทบของนโยบายนี้ต่อความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่

ข้อกังวลที่ว่านโยบายนี้จะส่งผลต่อการเพิ่มความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่มากขึ้นหรือไม่นั้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (ข้อมูล 43 แฟ้ม) ในสี่

¹⁵ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <https://ict.moph.go.th/th/extension/954>

จังหวัดน่านระยะแรก (แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี และนราธิวาส) พบว่า จำนวนครั้งและสัดส่วนการใช้บริการใช้บริการข้ามเขตไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด (ระบุข้ามเขตโดยหน่วยบริการคู่สัญญาหลักของผู้ป่วยไม่ใช่หน่วยบริการที่ให้บริการ: Hmain $\neq$ Hcode) กลับกันพบว่าจำนวนครั้งของการใช้บริการในไตรมาสแรกพบว่าลดลงในสถานพยาบาลทุกประเภท สันนิษฐานว่าน่าจะมาจากการคลี่คลายของสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นั่นคือจำนวนผู้ป่วยลดลงในปีปัจจุบัน ทั้งนี้การใช้บริการข้ามเขตของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปนั้นเป็นการใช้บริการข้ามเขตทั้งหมดทั้งที่เข้ามาใช้บริการเองจากภายในหรือภายนอกจังหวัด การส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นภายในและภายนอกจังหวัด หรือเป็นคนไข้เก่าที่นัดหมายมารับบริการที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว พบว่าการใช้บริการข้ามเขตของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปของแต่ละจังหวัดมีส่วนแตกต่างกันไป โรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) มีศักยภาพในการให้บริการสูงจึงสัดส่วนการใช้บริการข้ามเขตสูงสุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และมีสัดส่วนต่ำสุดในจังหวัดนราธิวาสซึ่งมีโรงพยาบาลทั่วไปสองแห่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่คือ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (ระดับ S) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก คือโรงพยาบาลสุโขทัย (ระดับ M1)

ทั้งนี้การใช้บริการข้ามเขต มิได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอาจสืบเนื่องจากหลายปัจจัย 1) ภาระค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมของประชาชนที่แพงในการข้ามไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ 2) โรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องกังวลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อมากนักหลังจากการกำหนดวงเงินต่อปีสำหรับจัดสรรให้โรงพยาบาลใหญ่กรณีส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 3) ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเองโดยมิได้ผ่านการส่งต่อต้องผ่านการตรวจของแพทย์ทั่วไป (GP) ก่อนไม่สามารถไปตรวจกับแพทย์เฉพาะทางโดยตรง 4) แม้มีระบบนัดหมายออนไลน์ในการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางก็จะมีกำหนดโควตาของจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการในแต่ละวัน

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้โอนสิทธิ์หลักจากนโยบายนี้คือกลุ่มผู้ป่วยข้ามเขตที่รับบริการกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลใหญ่อยู่แล้วและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมีนัดหมายอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องกลับไปขอใบส่งตัวทุกครั้งในการมารับบริการ

โดยสรุปไม่พบว่ามีความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่เพิ่มขึ้นภายหลังการมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่แต่อย่างใด

โรงพยาบาลใหญ่เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยบัตรทองได้เพิ่มขึ้น

แม้ข้อมูลการใช้บริการข้ามเขตมิได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่จำนวนครั้งและหรือมูลค่าการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลภายใต้นโยบายนี้เพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับการชดเชยค่าบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจาก 1) สปสช.เปลี่ยนหลักเกณฑ์การตามจ่ายกรณีเข้าเขต จากเดิมที่กำหนดให้การใช้บริการข้ามเขตภายในจังหวัดให้หน่วยบริการภายในจังหวัดตามจ่ายกันเอง เป็น สปสช.ทำหน้าที่จ่ายให้แทนเมื่อมีนโยบายบัตร

ประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ 2) เดิมกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพดานการตามจ่ายไม่เกิน 700 บาท กรณีส่งต่อภายในจังหวัดระหว่างหน่วยบริการในสังกัด ในขณะที่การจ่ายค่าบริการกรณีข้ามเขตของนโยบายนี้จ่ายตามรายบริการ (fee-schedule) โดยมีได้มีการกำหนดเพดานการจ่ายแต่อย่างใด

ผลกระทบของนโยบายนี้ต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ความกังวลอีกประการที่มีต่อนโยบายนี้คือ การให้ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่ไหนก็ได้ นั้นจะส่งผลทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทยที่พัฒนามายาวนานอ่อนแอลงหรือไม่? ทั้งนี้แนวคิดเดิมที่ยึดพื้นที่เป็นหลักและใช้หน่วยบริการคู่สัญญาหลักในการให้บริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งส่วนใหญ่คือระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเครือข่ายการให้บริการ ความคาดหวังคือให้มีหน่วยบริการประจำในพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตนได้อย่างองค์รวมและรอบด้านทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดย ประชาชนผู้ถือบัตรทองไปรับบริการได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ สปสช. จ่ายค่าบริการในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวแก่ CUP ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าระบบนี้ส่งผลบวกต่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ทั้งในด้านความเป็นธรรมในการใช้บริการ มี unmet healthcare needs ที่ต่ำ รวมทั้งระบบนี้ยังเอื้อต่อคนจนทั้งในแง่ของบริการและการอุดหนุนด้านการเงิน (pro-poor public services and financial subsidies) ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน รวมถึงปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลาย¹⁶ อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการให้บริการบางประการ ด้วยข้อจำกัดของระบบทั้งในด้านรูปแบบบริการและกำลังคน โดยเฉพาะด้านความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นภาระโรคหลักของประเทศในขณะนี้^{17 18}

เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งการใช้บริการในไตรมาสแรกของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็พบว่าก็มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน โดยร้อยละการลดลงของจำนวนครั้งการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าการลดลงของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป แต่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับการลดลงที่สูงกว่าของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ปัจจัยที่น่าจะอธิบายการใช้บริการที่ลดลงดังกล่าวได้ดีที่สุดน่าจะเป็นสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่คลี่คลายไป ข้อมูลการใช้บริการดังกล่าวจึงไม่สามารถสรุปผลกระทบของนโยบายต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาพรวมที่ชัดเจน

¹⁶ Tangcharoensathien, V., Patcharanarumon, W., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., and Mills, A. (2018) Thailand: The development of primary health care. Country case studies on primary health care. World Health Organization. WHO/HIS/SDS/2018.34

¹⁷ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยวงค์ไพศาล, ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย (2565) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจ่ายเพื่อสนับสนุนระบบการจัดบริการสุขภาพวิถีใหม่ของโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปีที่ 1) กรุงเทพฯ, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

¹⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2565) รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565 กรุงเทพมหานคร, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ดีพบว่านโยบายนี้อำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสำหรับประชากรแฝงหรือผู้ที่โยกย้ายมาศึกษาหรือมาทำงานในพื้นที่แต่ไม่ได้มีการย้ายสิทธิการรักษาไปยังหน่วยบริการในพื้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น

หน่วยบริการนวัตกรรมอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการแก่ประชาชนผู้ถือบัตรทอง

การมีจำนวนหน่วยบริการนวัตกรรมมาร่วมให้บริการมากขึ้น อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนต่อการลดลงของการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีที่มีการโยกการใช้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยจากภาครัฐไปยังหน่วยบริการนวัตกรรมโดยเฉพาะกรณีร้านยาคุณภาพและคลินิกพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการสองประเภทที่มีการใช้บริการมากที่สุด ทั้งนี้คลินิกพยาบาลมีสัดส่วนในการให้บริการสูงถึงสองในสามของจำนวนครั้งการให้บริการทั้งหมดของหน่วยบริการนวัตกรรม โดยคลินิกพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทตั้งอยู่ในชุมชน ที่สะดวกในการเดินทาง รวมถึงมีการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดทำให้ประชาชนสะดวกในการไปรับบริการ ทั้งนี้คลินิกพยาบาลและร้านยาคุณภาพมักเป็นที่พึงของคนจนในชนบทและในเมืองที่สามารถเข้าถึงได้ เมื่อมีนโยบายนี้ก็ยิ่งเอื้อให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้ดีขึ้น กรณีนี้หากเป็นการใช้บริการที่จำเป็นก็ทำให้ประสิทธิภาพการให้บริการดีขึ้นเนื่องจากต้นทุนการให้บริการของคลินิกนวัตกรรมต่ำกว่าต้นทุนของโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของหน่วยบริการภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรมย้อนหลังสามปี พบว่า จำนวนผู้ใช้บริการรายใหม่ (new comer) เพิ่มขึ้นหลังมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ แต่จำนวนที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มถดถอยลง เมื่อจำแนกประเภทหน่วยบริการพบว่าจำนวนผู้ใช้บริการรายใหม่กรณีเจ็บป่วยเฉียบพลันเพิ่มขึ้นในหน่วยบริการนวัตกรรมโดยเฉพาะคลินิกพยาบาล และร้านยาคุณภาพ

ระบบยังไม่เอื้อต่อการจัดการบริการแบบบูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แม้หน่วยบริการนวัตกรรมจะเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนดีขึ้น แต่ระบบที่ออกแบบในปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการแบบต่อเนื่องและบูรณาการกันสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับบริการแบบบูรณาการต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันระหว่างภาคีเครือข่ายการให้บริการต่าง ๆ เนื่องจากรูปแบบจ่ายค่าบริการในลักษณะเหมาจ่ายต่อครั้งของการให้บริการ (per visit) แก่หน่วยบริการแต่ละแห่งตามการให้บริการที่แยกเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวทำงานได้ดีในกรณีผู้ป่วยเฉียบพลัน แต่กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะกลางที่จำเป็นต้องได้รับบริการหลายด้านที่บูรณาการกัน รูปแบบจ่ายค่าบริการเช่นนี้ยังขาดกลไก care manager, care coordinator สำหรับดูแลรวมและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่องและบูรณาการกันระหว่างหน่วยร่วมบริการ รวมถึงติดตามกำกับ

การให้บริการ ขาดการเชื่อมประสานการให้บริการระหว่าง CUP ซึ่งเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตนกับหน่วยบริการนวัตกรรม

แม้ปรากฏข้อจำกัดดังกล่าวในกรณีทั่วไป แต่ยังมีข้อยกเว้น นั่นคือรายงานนี้ พบนวัตกรรมในการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (by chance) ในการให้บริการระยะกลางในจังหวัดแพร่ โดยคลินิกกายภาพบำบัดที่จัดเครือข่ายกับนักกายภาพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางนอกเวลา ทั้งนี้ปัจจัยเอื้อสำคัญคือการมีระบบฐานข้อมูลกลางของจังหวัดสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง (P-IMC) ที่เป็นข้อตกลงกันในจังหวัดให้ทุกโรงพยาบาลต้องบันทึกข้อมูลเข้าในระบบ โดยนักกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลชุมชนทำให้เข้าถึงฐานข้อมูลนี้ โดยทางคลินิกกายภาพทำหน้าที่เป็น broker ในการกระจายเคสให้กับทีมในการออกไปให้บริการและทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่าบริการจากทาง สปสช. อย่างไรก็ตาม คลินิกกายภาพยังไม่ถึงกับทำหน้าที่เป็น case manager ในการควบคุมกำกับคุณภาพการให้บริการกายภาพบำบัด

แรงจูงใจในการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรม

หน่วยบริการนวัตกรรมที่เข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายนี้ส่วนใหญ่ยังคงมีศักยภาพการให้บริการเหลืออยู่จึงสามารถเข้าร่วมให้บริการได้ เช่น คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม ร้านยาคุณภาพ กล่าวคือ ยังคงมีจำนวนผู้รับบริการต่อวันไม่สูงมากนัก การเข้าร่วมให้บริการจึงเป็นเสมือนการใช้ศักยภาพการให้บริการที่เหลืออยู่ให้เกิดประสิทธิภาพเต็มที่ ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างภาพลักษณ์ความน่าเชื่อถือในการได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการตามนโยบายของรัฐบาลในการช่วยเหลือประชาชนและเป็นการประชาสัมพันธ์หน่วยบริการของตนเอง

ศักยภาพในการบริหารจัดการการของหน่วยบริการนวัตกรรมเป็นอีกปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าร่วมให้บริการ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม คือ กรณีคลินิกทันตแพทย์อาศัยช่วงเวลากลางวันที่มีคนไข้น้อยในการนัดหมายผู้ป่วยบัตรทองให้มารับบริการช่วงนั้น ในขณะที่ช่วงเวลากลางวันราชการและวันหยุดสะดวกสำหรับผู้ป่วยจ่ายเองคลินิกพยาบาลและร้านยาคุณภาพที่มีผู้รับบริการมากมีการจ้างบุคลากรสนับสนุนเพิ่มมาช่วยในการจัดบริการ เป็นต้น

อัตราการจ่ายค่าบริการแก่หน่วยบริการนวัตกรรมในรูปแบบการเหมาจ่ายต่อครั้งการให้บริการ (per visit) ที่เป็นอยู่สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการนวัตกรรมในการเข้าร่วมให้บริการในบริบทของพื้นที่นำร่องจังหวัดแรก โดยการทราบอัตราการจ่ายรายครั้งที่แน่นอนนั้นทำให้ผู้ให้บริการในคลินิกสามารถบริหารจัดการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสมได้ ประกอบกับข้อมูลค่าบริการของคลินิกพยาบาล คลินิกกายภาพบำบัด และร้านยาคุณภาพที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ที่จัดเก็บจากคนไข้ทั่วไปก็ไม่ได้มากกว่าอัตราค่าบริการรายครั้งที่ทาง สปสช.จ่ายในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามข้อพึงระมัดระวังว่า จังหวัดนำร่องทั้งสี่เป็นจังหวัดรองที่ต้นทุนการจัดบริการอาจน้อยกว่าของหน่วยบริการในเมืองหลักทำให้อัตราการจ่ายดังกล่าว

สร้างแรงจูงใจแก่หน่วยบริการนวัตกรรมการเข้าร่วมให้บริการ ในขณะที่บริบทของจังหวัดที่มีค่าครองชีพสูงอัตราค่าบริการดังกล่าวอาจไม่สร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมให้บริการมากนัก

ระบบข้อมูลสารสนเทศที่บูรณาการและเชื่อมโยงกันได้

ระบบข้อมูลสารสนเทศที่บูรณาการและเชื่อมโยงกันเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำเนินนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ คือการเชื่อมโยงและบูรณาการของข้อมูลการให้ระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ รวมถึงการมีระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย (Personal Health Record: PHR) ที่สนับสนุนการบริหารจัดการ

ระบบข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record: PHR) เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงเป็นเครื่องมือในการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแล (Shared Decision Making) ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการบริหารการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-management support)^{19 20 21 22} ดังนั้นข้อมูลใน PHR จึงควรมีทั้งในส่วนข้อมูลด้านคลินิกที่ผู้ป่วยได้รับบริการ รวมถึงข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยบันทึกเอง ขณะเดียวกัน PHR นี้ก็ควรเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้ดีขึ้น เช่น เมื่อมีข้อมูลทางคลินิกดังกล่าวแล้วนั้นควรมีข้อมูลในการแนะนำการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพื่อดูแลตนเองได้ ขณะเดียวกันก็ใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย

อย่างไรก็ดีในระยะแรกของการดำเนินงานนั้น กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดการขึ้นทะเบียนประชาชนโดยใช้ application หมอพร้อมเป็นหลักโดยที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่ทราบถึงเป้าประสงค์ของการจัดทำระบบดังกล่าว ทราบเพียงต้องดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายที่ส่วนกลางและจังหวัดกำหนด ขณะเดียวกันก็ยังมีข้อจำกัดของศักยภาพของเทคโนโลยีที่มีใช้ ประชาชนบางส่วนไม่มีสมาร์ทโฟน หรือมีข้อจำกัดของการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต เป็นต้น รวมถึงยังขาดการเชื่อมต่อข้อมูลด้านการแพทย์ (medical electronic record) กับระบบ PHR ในหลายๆหน่วยบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการนวัตกรรมการใช้ระบบ PHR เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจึงยังคงมีจำกัด

¹⁹ Archer N, Fevrier-Thomas U, Lokker C, McKibbin KA, Straus SE. Personal health records: a scoping review. J Am Med Inform Assoc. 2011 Jul-Aug;18(4):515-22. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000105. PMID: 21672914; PMCID: PMC3128401.

²⁰ Hosseini A, Emami H, Sadat Y, Paydar S. Integrated personal health record (PHR) security: requirements and mechanisms. BMC Med Inform Decis Mak. 2023 Jul 10;23(1):116. doi: 10.1186/s12911-023-02225-0. PMID: 37430242; PMCID: PMC10334660.

²¹ Davis S, Roudsari A, Courtney KL. Designing Personal Health Record Technology for Shared Decision Making. Stud Health Technol Inform. 2017;234:75-80. PMID: 28186019.

²² Davis S, Roudsari A, Raworth R, Courtney KL, MacKay L. Shared decision-making using personal health record technology: a scoping review at the crossroads. J Am Med Inform Assoc. 2017 Jul 1;24(4):857-866. doi: 10.1093/jamia/ocw172. PMID: 28158573; PMCID: PMC7651971.

ระบบ Financial Data Hub เป็นอีกระบบหลักที่ทางกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อให้สถานพยาบาลในสังกัดใช้เป็นช่องทางการส่งข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล (hospital OS) เพื่อเรียกเก็บค่าบริการจาก สปสช. แทนการบันทึกข้อมูลใหม่ในระบบ E-claim ของ สปสช. อันจะเป็นการลดภาระการบันทึกข้อมูล ขณะเดียวกันก็ทำให้ข้อมูลที่เรียกเก็บค่าบริการมีความสอดคล้องกับข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ทั้งนี้ในระยะแรกเนื่องจากยังมีความไม่สมบูรณ์ของโปรแกรมในการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อไปส่งเบิกทำให้โรงพยาบาลประสบกับปัญหาว่าข้อมูลที่นำส่งเรียกเก็บไม่ได้เนื่องจากขาดความสมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวมาจากการขาดการวางแผนและหารือร่วมกันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. และ vender ผู้ให้บริการระบบ hospital OS ต่าง ๆ ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาการเบิกจ่าย โรงพยาบาลต้องลงทุนในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินนโยบาย โดยโรงพยาบาลที่มีเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีศักยภาพก็สามารถแก้ไขปัญหาได้เอง อย่างไรก็ตามภายหลังการทำงานร่วมกับระหว่างกระทรวงฯ และ สปสช. มากขึ้นปัญหาดังกล่าวก็คลี่คลายขึ้นระดับหนึ่งแต่ก็ยังคงปรากฏให้เห็นกรณีดังกล่าวจังหวัดแพร่ที่เบิกจ่ายได้น้อย

ทั้งนี้การบูรณาการระบบข้อมูลการเบิกจ่าย ด้วย Financial Data Hub (FDH) นั้นน่าจะมีอานิสงส์ต่อการลดภาระการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการในระยะยาว ขณะเดียวกันก็อาจจะเป็นการบูรณาการระบบข้อมูลการให้บริการและข้อมูลการเบิกจ่ายเพื่อใช้ในการติดตามประเมินและวางแผนด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการบูรณาการข้อมูลการเบิกจ่ายจากทุกกองทุนประกันสุขภาพไม่จำกัดเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชาชนพึงพอใจต่อนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนที่ไปใช้บริการภายใต้นโยบายดังกล่าวซึ่งดำเนินการโดย 1330 พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับสูงกว่าร้อยละ 98 โดยพึงพอใจในด้านต่างๆจากมากไปน้อย คือ ความสะดวก การเข้ารับบริการ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการรับบริการ และลดค่าเดินทางในการไปใช้บริการ ทั้งนี้ระยะเวลาในการรอคอยในการใช้บริการของคลินิกนวัตกรรมและ รพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 นาที ยกเว้นคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ข้อจำกัดหลักของข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นประชาชนคือ ขนาดตัวอย่างของการสำรวจมีจำกัด เนื่องจาก response rate ต่ำมากเนื่องจาก สถานการณ์มีอาชีพ call center ทำให้ประชาชนกังวลในการให้ข้อมูลในการสำรวจทางโทรศัพท์ ขณะเดียวกันเป็นการสุ่มผู้ให้บริการย้อนหลังตั้งแต่เริ่มนโยบายในช่วงสามเดือนของการดำเนินนโยบายซึ่งช่วงของการสอบถามจากการใช้บริการค่อนข้างนานสำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอกอาจทำให้ผู้ป่วยจำข้อมูลไม่ค่อยได้ (recall bias)

โดยสรุป นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลใหญ่ ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวมิได้มีผลให้มีการใช้บริการข้ามเขตไปโรงพยาบาลใหญ่เพิ่มขึ้น กลับกันโรงพยาบาลใหญ่ได้รับการชดเชยค่าบริการข้ามเขตเพิ่มขึ้นจากอัตราจ่ายและการย้าย แหล่งเงินการเบิกจากรพ.ต้นทางกรณีส่งต่อมาเป็นสปสช. นโยบายนี้อำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการด้วยอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบบ่อย (common illnesses) โดยเฉพาะจากคลินิกพยาบาลและร้านยาคุณภาพ อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการอย่างต่อเนื่องและบูรณาการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงและบูรณาการเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายนี้และการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนาให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจต่อนโยบายนี้ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการพัฒนาระบบร่วมกับ vendor ระบบ hospital OS หลาย ๆ ระบบ ในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Financial Data Hub) ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เบิกจ่ายค่าบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการขยายพื้นที่ดำเนินนโยบายในระยะต่อไป เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินนโยบาย และระบบข้อมูลการให้บริการและการเบิกจ่ายที่บูรณาการกันนำมาสู่ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลในการนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจทางคลินิก และการวางแผนติดตามกำกับระบบสุขภาพต่อไป
2. กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในสังกัดเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล
3. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (PHR) ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการจัดระบบบริการที่บูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และเป็นเครื่องมือสำหรับสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพควรปรับปรุงแบบการจ่ายเพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) และหน่วยบริการนวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและบูรณาการกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในระยะต่อไป

เนื่องจากนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ยังอยู่ในระยะการนำร่องและขยายพื้นที่ดำเนินการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวิจัยในเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องในประเด็นต่อไปนี้

1. กลไกการอภิบาลระบบในลักษณะเครือข่ายร่วมกันในระดับจังหวัดและระดับเขตที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายที่เป็นอยู่ในพื้นที่ ช่องว่างข้อจำกัดต่าง ๆ รวมถึงระบบที่พึงจะเป็น
2. ศึกษาการก่อเกิดรูปแบบเครือข่ายการให้บริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรมประเภทต่าง ๆ ในพื้นที่นำร่อง และจะมีแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างไร
3. ประเมินการดำเนินนโยบายในพื้นที่ที่มีการขยายการดำเนินนโยบายต่อเนื่องซึ่งมีบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันและมีหน่วยบริการภาครัฐที่ต่างสังกัดมากขึ้น ความเป็นเมืองและพลวัตสูง ในประเด็นด้าน ระบบข้อมูลสารสนเทศ การจัดเครือข่ายบริการ อัตราการจ่ายและการเบิกจ่ายค่าบริการ
4. ศึกษาผลของนโยบายต่อพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในบริบทที่ต่างกันและผลกระทบในระยะยาวด้านงบประมาณของนโยบายดังกล่าว

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ภาพการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใน 4 จังหวัดนำร่อง



ภาพภาคผนวกที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ภาคผนวก 2

แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนผ่านช่องทาง 1330
ที่พัฒนาโดยคณะผู้ประเมินร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แบบสำรวจโครงการการประเมินนโยบายบัตรประชาชนใบ
เดียวรักษาได้ทุกที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
(เวอร์ชันปรับปรุง 22 เมษายน 2567)

* ระบุว่าเป็นคำถามที่จำเป็น

ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบสัมภาษณ์ และความรับรู้ต่อนโยบาย

1 ID *

2 1) จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน *

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

☐ นราธิวาส

☐ แพร่

☐ ร้อยเอ็ด

☐ เพชรบุรี

☐ อื่นๆ: _____

3 2) ทราบหรือไม่ว่าท่านขึ้นทะเบียนรักษาอยู่ที่สถานพยาบาลใด (ตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง)

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

☐ ทราบ

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

4 3) จากข้อที่ 2 ถ้าทราบ โปรดระบุ

5 4) ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่หรือไม่ *

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

☐ ทราบ

☐ ไม่ทราบ / ไม่แน่ใจ

6 5) จากข้อ 4 ถ้าทราบ ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบายจากแหล่งใด

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

☐ การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานภาครัฐ (เช่น อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด)

☐ การประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพ (เช่น วิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

☐ ช่องทางข่าวสารสาธารณะ เช่น รายการข่าว หนังสือพิมพ์ เสียงตามสาย

☐ สื่อสังคมออนไลน์

☐ เพื่อนบ้านด้วยกัน (ปากต่อปาก)

☐ อื่นๆ: _____

7 6) นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ สามารถไปใช้บริการที่ได้ได้บ้าง

(เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

- ☐ สถานพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดน่าน
- ☐ สถานพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศ
- ☐ สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการ
- ☐ สถานพยาบาลรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ
- ☐ สถานพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดน่าน
- ☐ หน่วยบริการนวัตกรรม (เช่น ร้านยา คลินิกแพทย์ คลินิกพยาบาล คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม) สมัครเข้าร่วมโครงการ)
- ☐ ไม่ทราบ

การเข้ารับบริการหลังมีนโยบาย

8 7) ท่านไปรับบริการ "ครั้งล่าสุด" หลังมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งข้อ

- ☐ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป
- ☐ โรงพยาบาลอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน)
- ☐ รพ.สต./อนามัย
- ☐ คลินิกเวชกรรม (คลินิกแพทย์)
- ☐ คลินิกพยาบาล
- ☐ คลินิกทันตกรรม
- ☐ คลินิกกายภาพบำบัด
- ☐ ร้านขายยา
- ☐ คลินิกเทคนิคการแพทย์
- ☐ คลินิกแพทย์แผนไทย
- ☐ อื่นๆ: _____

- 9 8) จากการใช้บริการ "ครั้งล่าสุด" หลังมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ท่านมีระยะเวลาในการรอคอยก่อนการเข้ารับบริการนานเท่าใด

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

- ☐ ไม่เคยใช้บริการ
- ☐ 1-15 นาที
- ☐ 15-30 นาที
- ☐ 30 นาที - 1 ชั่วโมง
- ☐ 1-2 ชั่วโมง
- ☐ 2-3 ชั่วโมง
- ☐ มากกว่า 3 ชั่วโมง
- ☐ อื่นๆ: _____

- 10 9) จากการใช้บริการ "ครั้งล่าสุด" หลังมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ บุคลากร (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพฯ นักเทคนิคการแพทย์ฯ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์) ใช้เวลาในการดูแลรักษาท่านนานเท่าใด

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

- ☐ ไม่เคยใช้บริการ
- ☐ น้อยกว่า 10 นาที
- ☐ 10-15 นาที
- ☐ 15-30 นาที
- ☐ 30 นาที - 1 ชั่วโมง
- ☐ มากกว่า 1 ชั่วโมง
- ☐ อื่นๆ: _____

- 11 10) จากการเข้ารับบริการ "ครั้งล่าสุด" หลังมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ท่านมีความเห็นอย่างไรกับประเด็นดังต่อไปนี้

ทำเครื่องหมายแฉวงหนึ่งช่องเท่านั้น

	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ท่านมีความสะดวกในการเข้ารับบริการหลังมีนโยบายฯ	☐	☐	☐	☐
ท่านพึงพอใจกับการเข้ารับบริการ	☐	☐	☐	☐
นโยบายฯ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	☐	☐	☐	☐
นโยบายฯ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา	☐	☐	☐	☐
ระยะเวลาการให้บริการนั้นสอดคล้องกับความต้องการ	☐	☐	☐	☐
ท่านพึงพอใจกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่	☐	☐	☐	☐

- 12 11) ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นต่อนโยบายหรือไม่

คำถามเพิ่มเติมหากผู้ถูกสัมภาษณ์สะดวกให้ข้อมูล เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการให้สอบถามก่อนว่าสะดวกหรือไม่ในการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการวิเคราะห์ (อาชีพ อายุ รายได้)

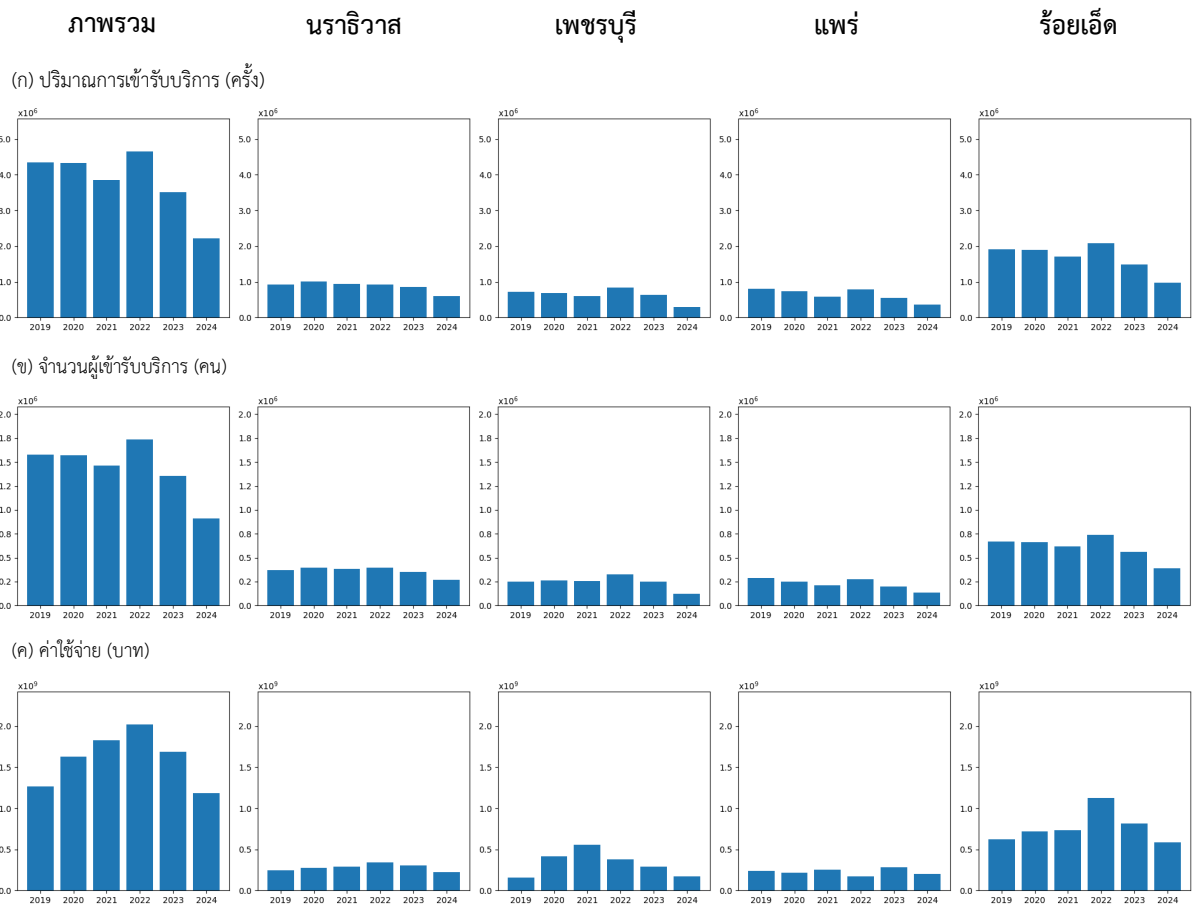
13 12) อาชีพของผู้ถูกสัมภาษณ์

ทำเครื่องหมายเพียงหนึ่งช่อง

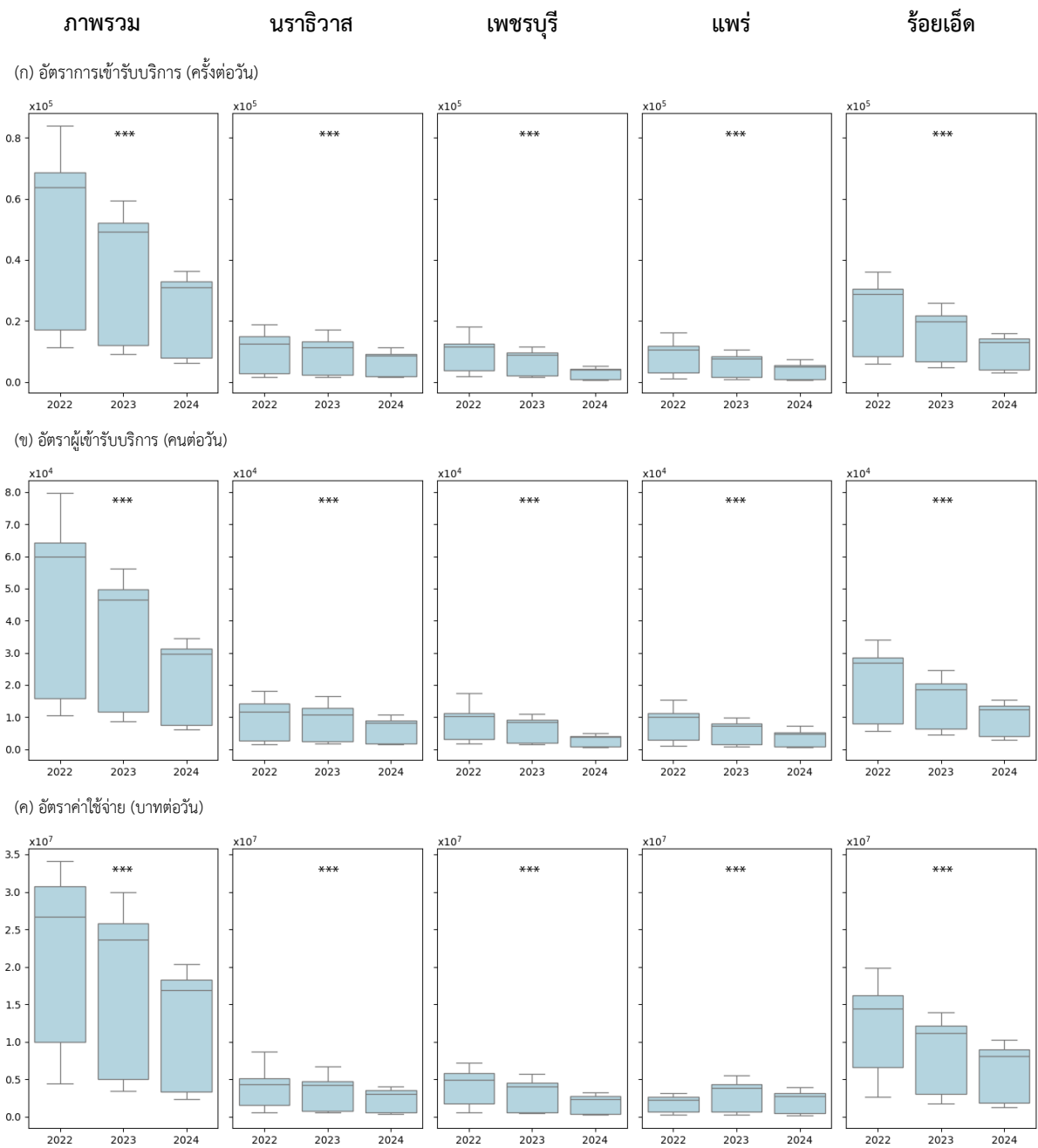
- ☐ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ รับจ้าง
- ☐ เกษตรกรรม
- ☐ นักเรียน / นักศึกษา
- ☐ แม่บ้าน
- ☐ ว่างาน
- ☐ อื่นๆ: _____

14 13) รายได้"ครัวเรือน" ต่อเดือน (โดยประมาณ)

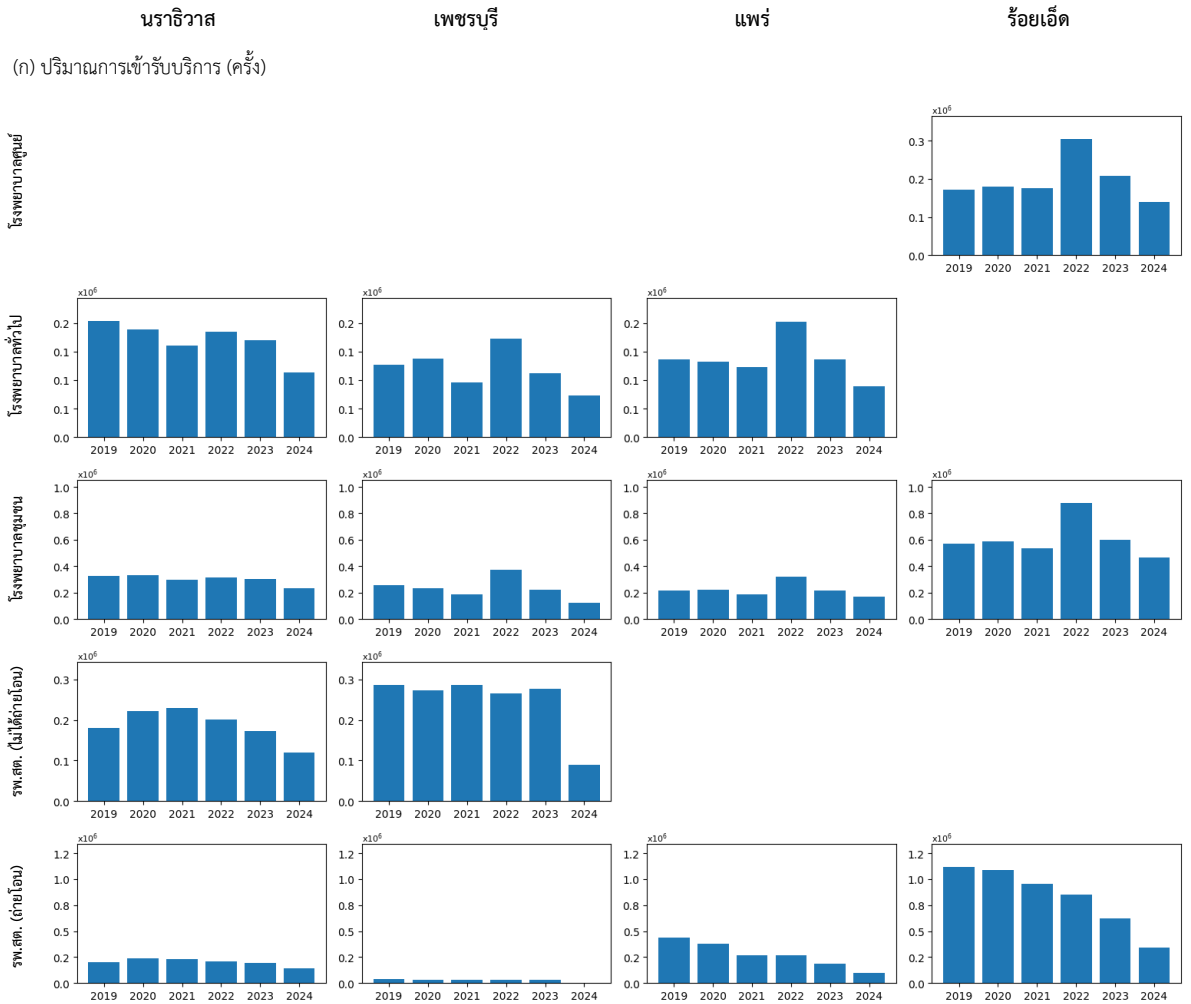
ภาคผนวก 3
ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพิ่มเติม



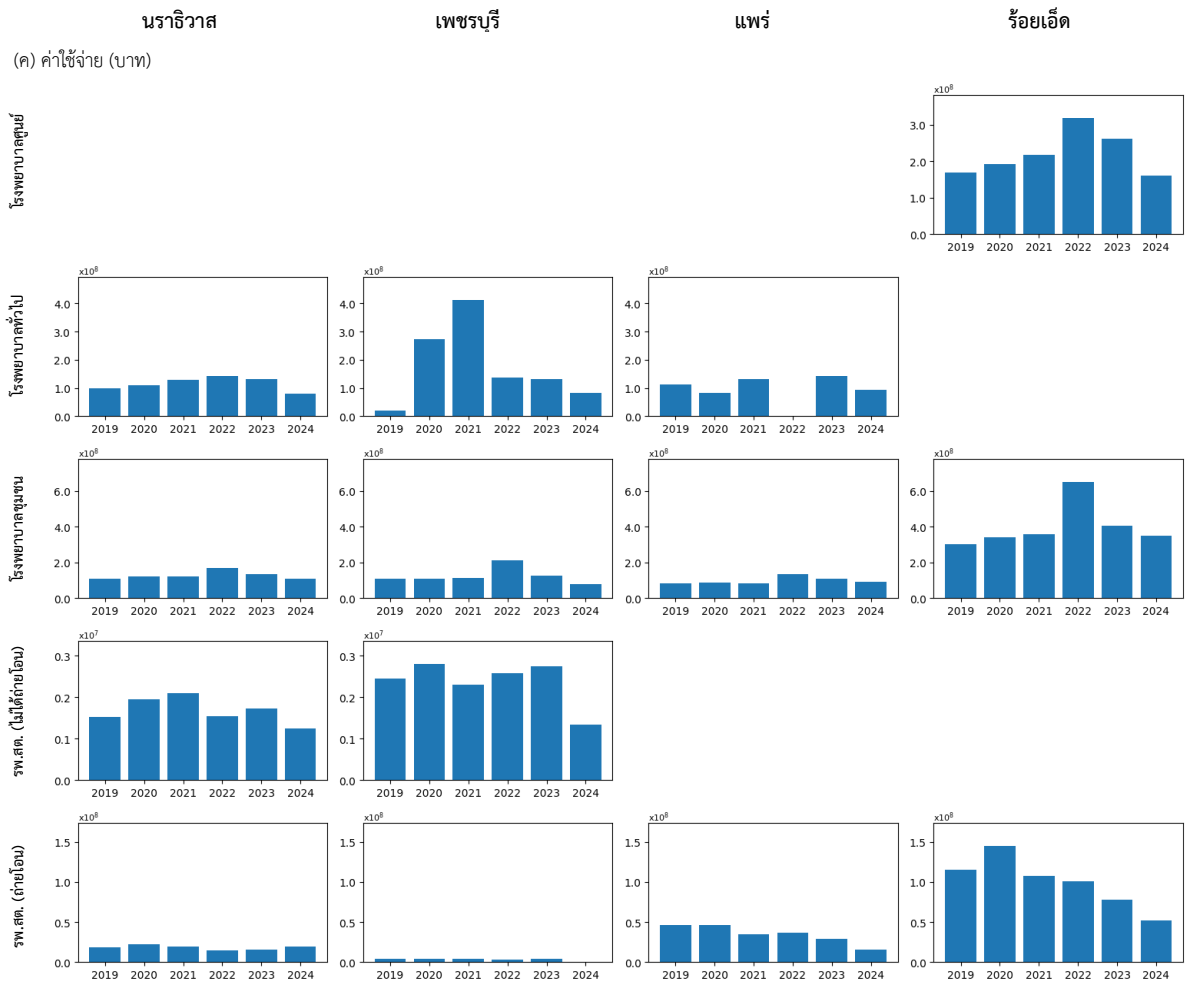
ภาพภาคผนวกที่ 3 การเข้ารับบริการในพื้นที่ 4 จังหวัดน่านในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 6 ปี



ภาพภาคผนวกที่ 4 ปริมาณการเข้ารับบริการและอัตราค่าใช้จ่ายในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี



ภาพภาคผนวกที่ 5 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 6 ปี



ภาพภาคผนวกที่ 6 การเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 6 ปี

ตารางภาคผนวกที่ 1 แสดงอัตราการเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัด นำร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี(เช่นเดียวกัน ควรย้ายตารางนี้และสองตารางถัดไป ไว้ในภาคผนวก)

จังหวัด	อัตราการใช้บริการในไตรมาสที่ 1 (หมื่นครั้งต่อวัน)			P-value ¹
	2565	2566	2567	
โรงพยาบาลศูนย์	0.39 (0.17-0.44)	0.28 (0.07-0.32)	0.20 (0.04-0.22)	< 0.001
ร้อยเอ็ด	0.39 (0.17-0.44)	0.28 (0.07-0.32)	0.20 (0.04-0.22)	< 0.001
โรงพยาบาลทั่วไป	0.74 (0.21-0.82)	0.58 (0.13-0.63)	0.38 (0.09-0.41)	< 0.001
นราธิวาส	0.23 (0.09-0.27)	0.23 (0.07-0.25)	0.14 (0.05-0.17)	< 0.001
เพชรบุรี	0.19 (0.05-0.25)	0.16 (0.03-0.17)	0.10 (0.02-0.11)	< 0.001
แพร่	0.25 (0.07-0.31)	0.19 (0.04-0.21)	0.12 (0.02-0.14)	< 0.001
โรงพยาบาลชุมชน	2.60 (0.78-2.80)	1.82 (0.56-1.94)	1.32 (0.43-1.45)	< 0.001
นราธิวาส	0.42 (0.16-0.46)	0.39 (0.17-0.43)	0.29 (0.13-0.32)	< 0.001
เพชรบุรี	0.48 (0.19-0.56)	0.29 (0.09-0.32)	0.16 (0.06-0.18)	< 0.001
แพร่	0.38 (0.13-0.48)	0.29 (0.09-0.32)	0.23 (0.07-0.25)	< 0.001
ร้อยเอ็ด	1.18 (0.34-1.32)	0.82 (0.23-0.89)	0.61 (0.17-0.71)	< 0.001
รพ.สต. (ไม่ได้ถ่าย ไอออน)	0.64 (0.10-0.76)	0.62 (0.09-0.71)	0.30 (0.02-0.33)	< 0.001
นราธิวาส	0.26 (0.01-0.34)	0.24 (0.01-0.29)	0.17 (0.00-0.20)	< 0.001
เพชรบุรี	0.33 (0.09-0.41)	0.37 (0.08-0.42)	0.11 (0.02-0.14)	< 0.001
รพ.สต. (ถ่ายไอออน)	1.81 (0.53-2.06)	1.40 (0.37-1.58)	0.80 (0.20-0.86)	< 0.001
นราธิวาส	0.22 (0.01-0.35)	0.23 (0.01-0.32)	0.20 (0.00-0.23)	< 0.001
เพชรบุรี	0.03 (0.02-0.05)	0.03 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.00)	< 0.001
แพร่	0.36 (0.15-0.43)	0.26 (0.02-0.31)	0.12 (0.00-0.15)	< 0.001
ร้อยเอ็ด	1.12 (0.32-1.27)	0.77 (0.33-0.90)	0.43 (0.19-0.48)	< 0.001

¹ การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Kruskal-Willis H test

ตารางภาคผนวกที่ 2 แสดงอัตราผู้เข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัด
น่าน ร้อยเอ็ด ไทรโยค และ พะเยา ปี 2565-2567

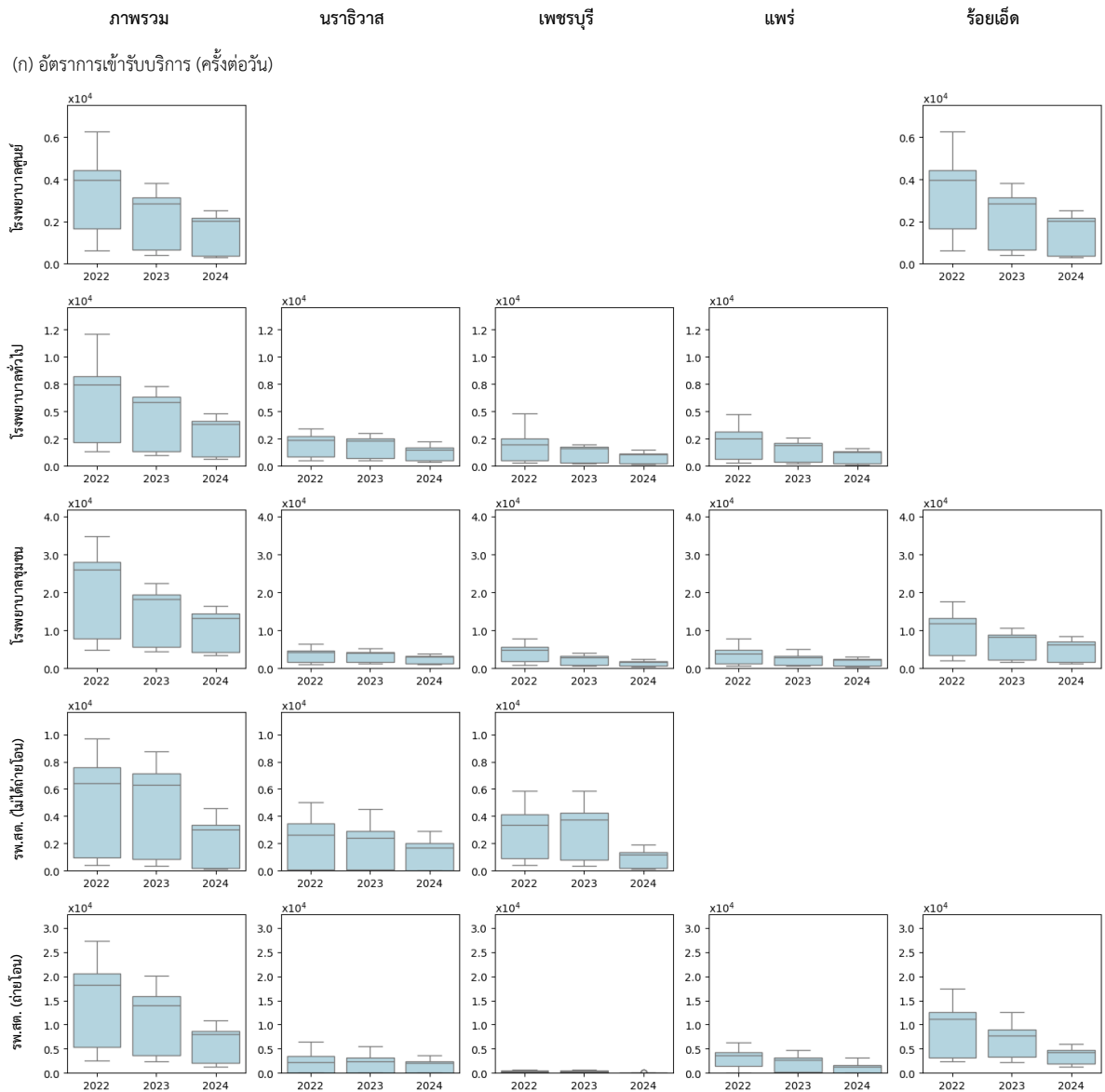
จังหวัด	อัตราผู้เข้ารับบริการในไตรมาสที่ 1 (หมื่นคนต่อวัน)			P-value ¹
	2565	2566	2567	
โรงพยาบาลศูนย์	0.35 (0.16-0.41)	0.25 (0.07-0.28)	0.17 (0.03-0.19)	0.00
ร้อยเอ็ด	0.35 (0.16-0.41)	0.25 (0.07-0.28)	0.17 (0.03-0.19)	0.00
โรงพยาบาลทั่วไป	0.68 (0.20-0.77)	0.56 (0.13-0.60)	0.36 (0.08-0.39)	0.00
นราธิวาส	0.21 (0.08-0.25)	0.21 (0.07-0.24)	0.13 (0.05-0.16)	0.00
เพชรบุรี	0.18 (0.05-0.24)	0.15 (0.03-0.17)	0.10 (0.02-0.11)	0.00
แพร่	0.23 (0.06-0.30)	0.17 (0.03-0.20)	0.11 (0.02-0.13)	0.00
โรงพยาบาลชุมชน	2.46 (0.71-2.63)	1.78 (0.55-1.90)	1.29 (0.42-1.42)	0.00
นราธิวาส	0.41 (0.16-0.45)	0.39 (0.16-0.42)	0.29 (0.13-0.31)	0.00
เพชรบุรี	0.44 (0.15-0.48)	0.28 (0.09-0.31)	0.16 (0.06-0.17)	0.00
แพร่	0.37 (0.13-0.47)	0.28 (0.09-0.31)	0.22 (0.06-0.24)	0.00
ร้อยเอ็ด	1.12 (0.32-1.25)	0.80 (0.23-0.87)	0.60 (0.17-0.69)	0.00
รพ.สต. (ไม่ได้ถ่าย ไอออน)	0.63 (0.10-0.75)	0.62 (0.09-0.69)	0.29 (0.02-0.33)	0.00
นราธิวาส	0.26 (0.01-0.34)	0.23 (0.00-0.29)	0.16 (0.00-0.20)	0.00
เพชรบุรี	0.32 (0.09-0.41)	0.36 (0.08-0.42)	0.11 (0.02-0.14)	0.00
รพ.สต. (ถ่ายไอออน)	1.80 (0.50-2.04)	1.38 (0.36-1.56)	0.79 (0.20-0.86)	0.00
นราธิวาส	0.21 (0.01-0.35)	0.23 (0.01-0.32)	0.20 (0.00-0.23)	0.00
เพชรบุรี	0.03 (0.02-0.05)	0.03 (0.01-0.04)	0.00 (0.00-0.00)	0.00
แพร่	0.35 (0.13-0.43)	0.26 (0.02-0.31)	0.12 (0.00-0.15)	0.00
ร้อยเอ็ด	1.11 (0.32-1.26)	0.75 (0.33-0.87)	0.42 (0.19-0.47)	0.00

¹ การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Kruskal-Willis H test

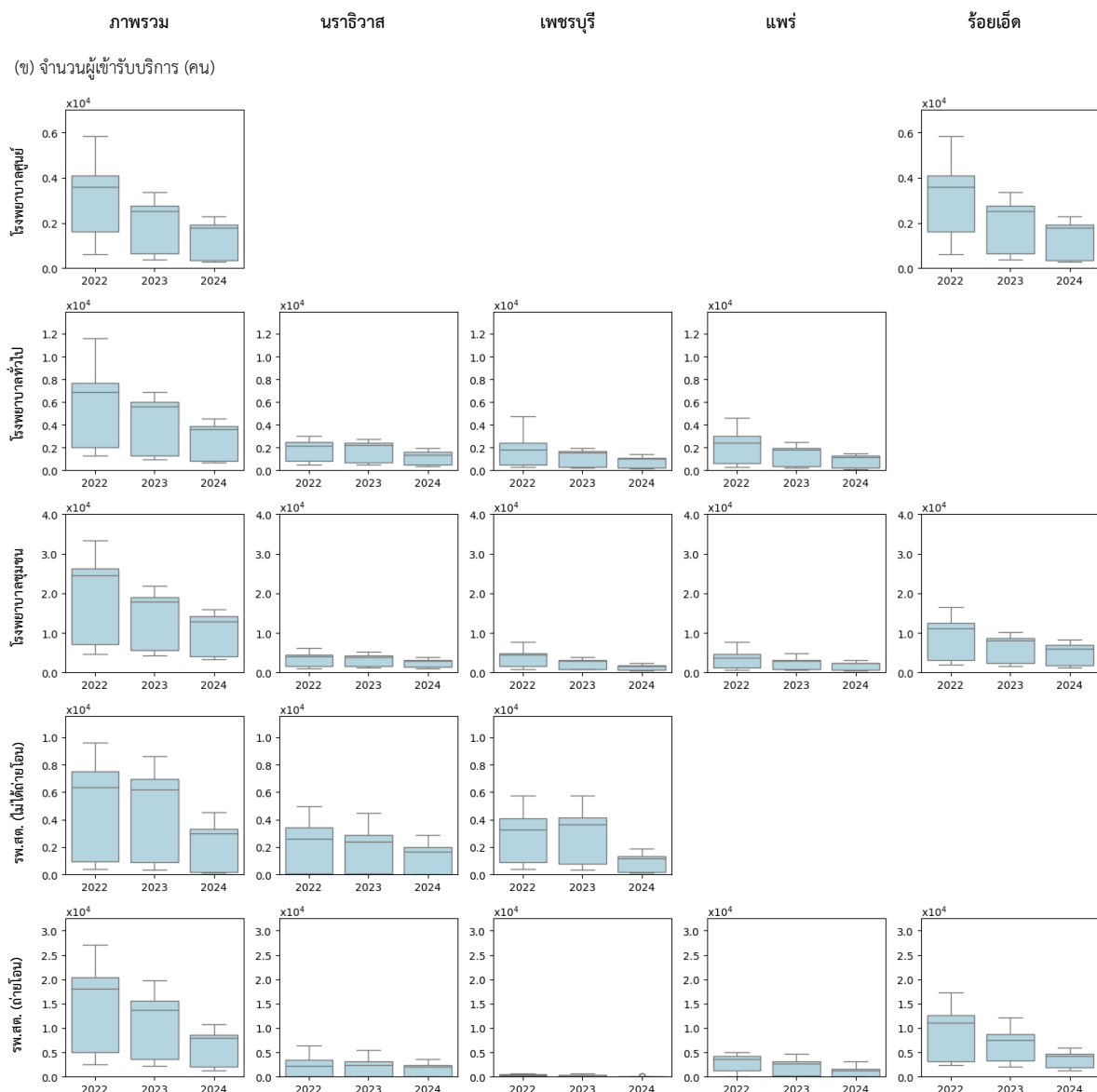
ตารางภาคผนวกที่ 3 แสดงอัตราค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่อง ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

จังหวัด	อัตราค่าใช้จ่าย (สิบล้านบาทต่อวัน)			P-value ¹
	2565	2566	2567	
โรงพยาบาลศูนย์	0.40 (0.18-0.47)	0.36 (0.09-0.40)	0.22 (0.04-0.25)	0.00
ร้อยเอ็ด	0.40 (0.18-0.47)	0.36 (0.09-0.40)	0.22 (0.04-0.25)	0.00
โรงพยาบาลทั่วไป	0.36 (0.10-0.45)	0.56 (0.08-0.65)	0.37 (0.06-0.41)	0.00
นราธิวาส	0.17 (0.06-0.21)	0.17 (0.03-0.20)	0.10 (0.02-0.13)	0.00
เพชรบุรี	0.18 (0.03-0.22)	0.17 (0.02-0.21)	0.11 (0.02-0.13)	0.00
แพร่	0.00 (0.00-0.00)	0.19 (0.03-0.23)	0.12 (0.02-0.15)	0.00
โรงพยาบาลชุมชน	1.36 (0.69-1.78)	1.08 (0.25-1.18)	0.86 (0.19-0.97)	0.00
นราธิวาส	0.20 (0.09-0.25)	0.18 (0.05-0.21)	0.14 (0.04-0.17)	0.00
เพชรบุรี	0.26 (0.13-0.32)	0.17 (0.04-0.20)	0.10 (0.02-0.12)	0.00
แพร่	0.17 (0.07-0.21)	0.15 (0.04-0.16)	0.12 (0.03-0.14)	0.00
ร้อยเอ็ด	0.75 (0.47-0.95)	0.56 (0.13-0.62)	0.47 (0.10-0.55)	0.00
รพ.สต. (ไม่ได้ถ่าย โอน)	0.05 (0.02-0.07)	0.06 (0.00-0.07)	0.03 (0.00-0.04)	0.00
นราธิวาส	0.02 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.03)	0.01 (0.00-0.02)	0.00
เพชรบุรี	0.03 (0.01-0.04)	0.03 (0.00-0.04)	0.01 (0.00-0.02)	0.00
รพ.สต. (ถ่ายโอน)	0.20 (0.04-0.25)	0.16 (0.04-0.19)	0.12 (0.03-0.13)	0.00
นราธิวาส	0.01 (0.00-0.02)	0.02 (0.00-0.03)	0.02 (0.00-0.03)	0.01
เพชรบุรี	0.00 (0.00-0.01)	0.00 (0.00-0.01)	0.00 (0.00-0.00)	0.00
แพร่	0.05 (0.01-0.06)	0.03 (0.00-0.05)	0.01 (0.00-0.03)	0.00
ร้อยเอ็ด	0.13 (0.03-0.15)	0.09 (0.03-0.11)	0.06 (0.03-0.07)	0.00

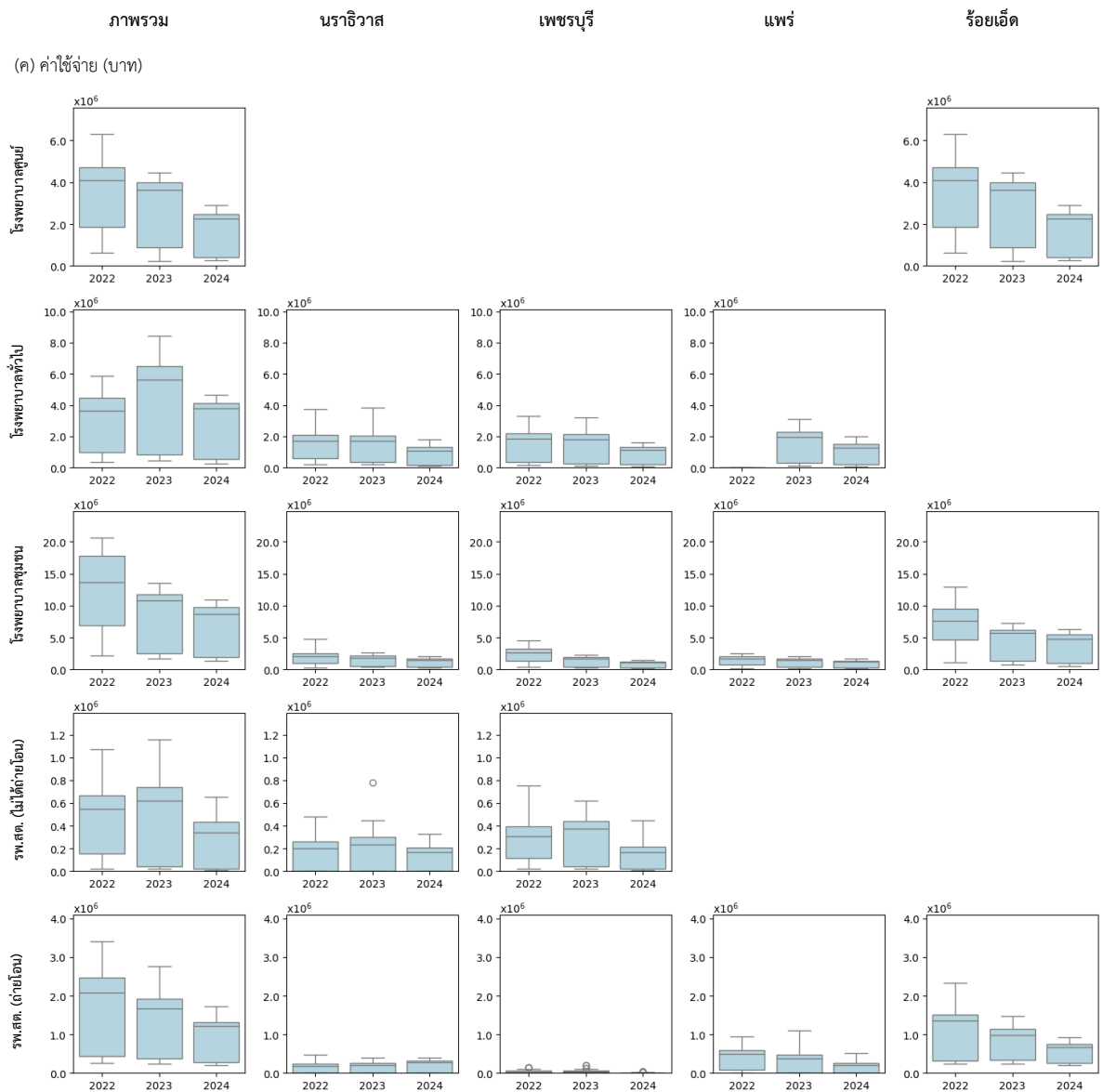
¹ การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Kruskal-Willis H test



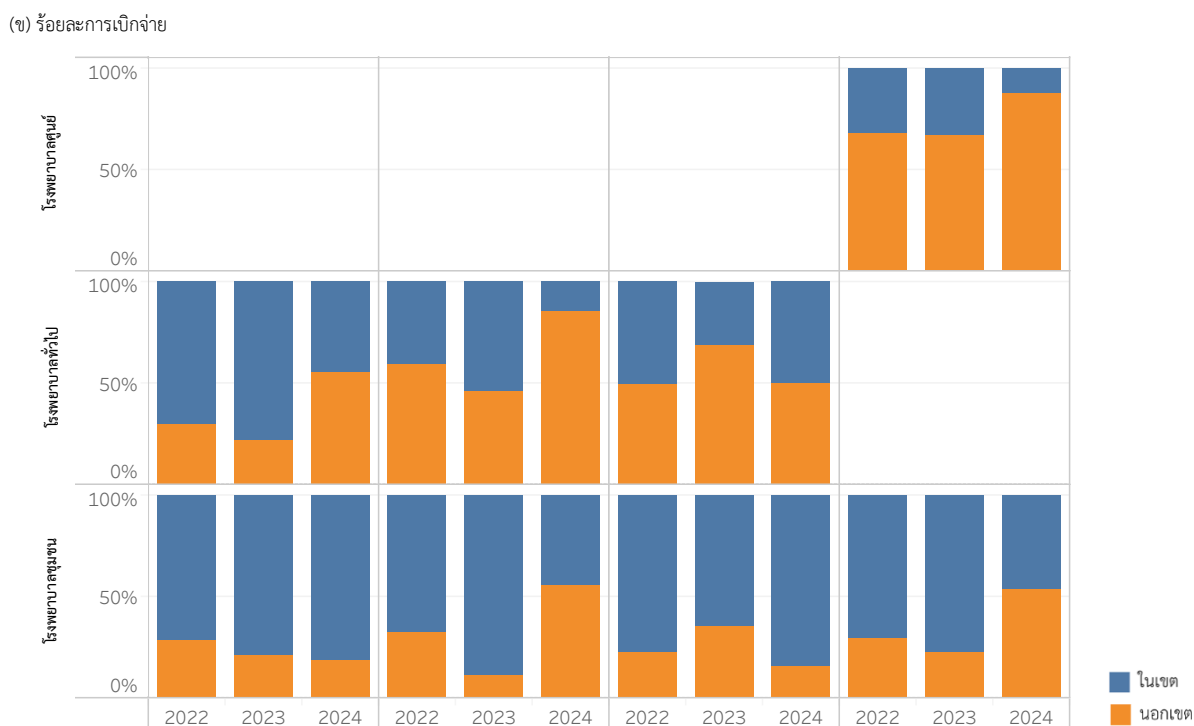
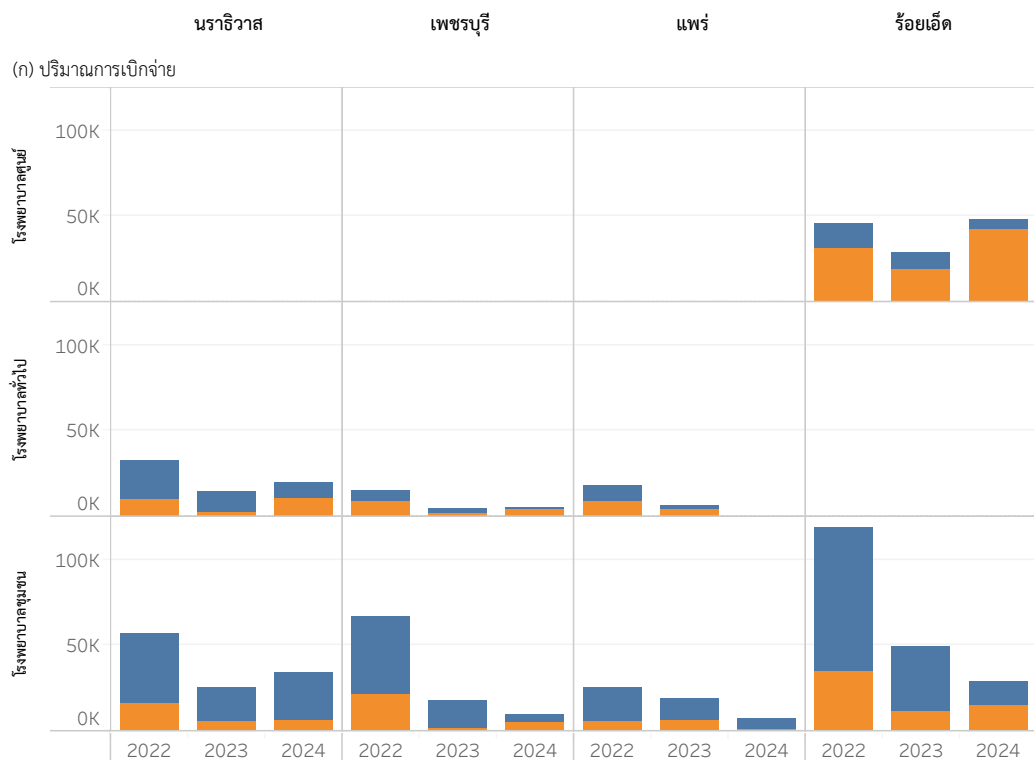
ภาพภาคผนวกที่ 7 อัตราการเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี



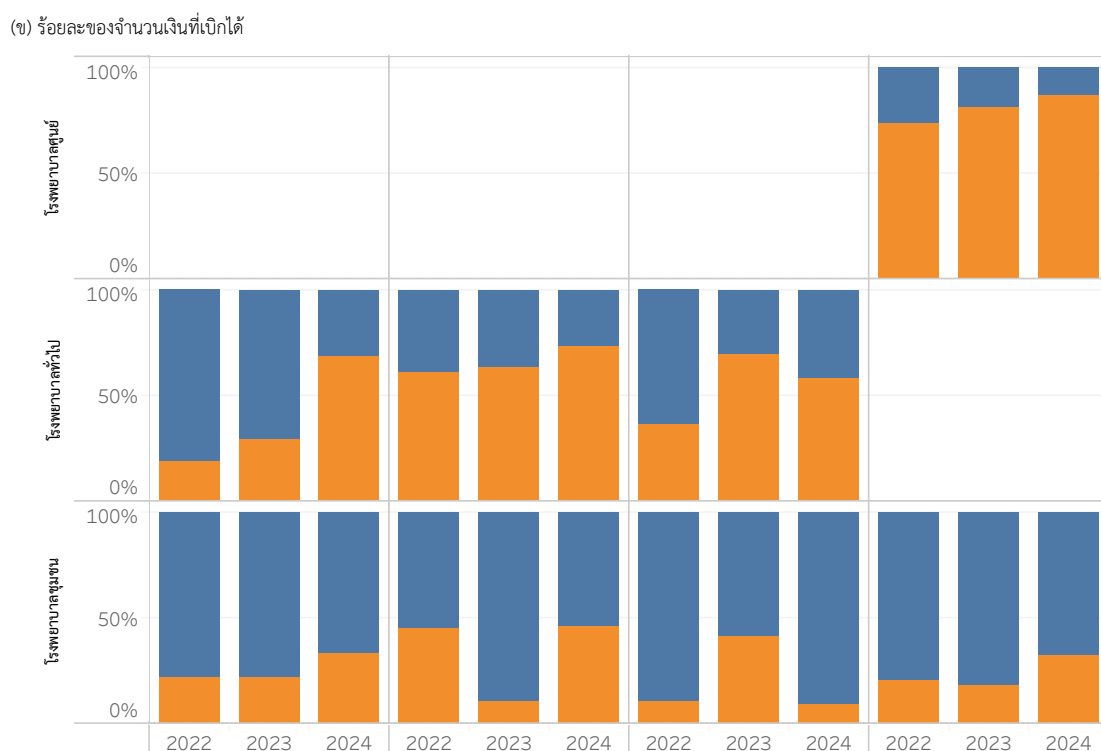
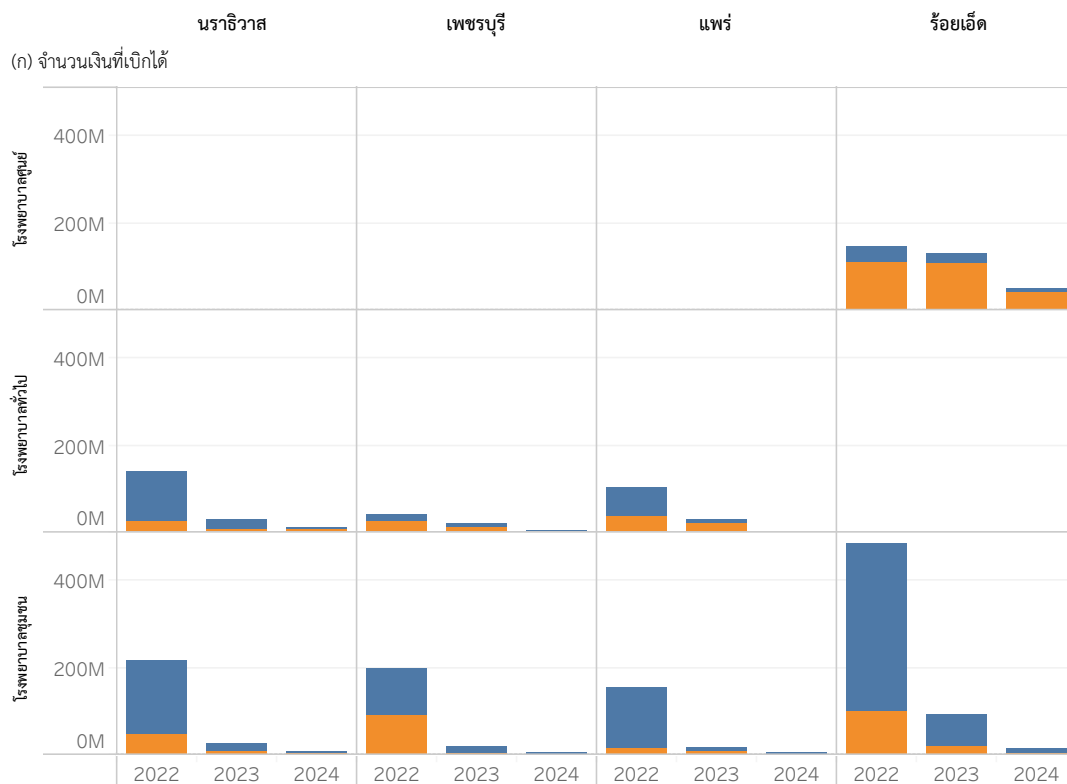
ภาพภาคผนวกที่ 8 อัตราผู้เข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี



ภาพภาคผนวกที่ 9 อัตราค่าใช้จ่ายในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน
ในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี



ภาพภาคผนวกที่ 10 การเบิกจ่ายในบริการในเขตและนอกเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ
ของพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

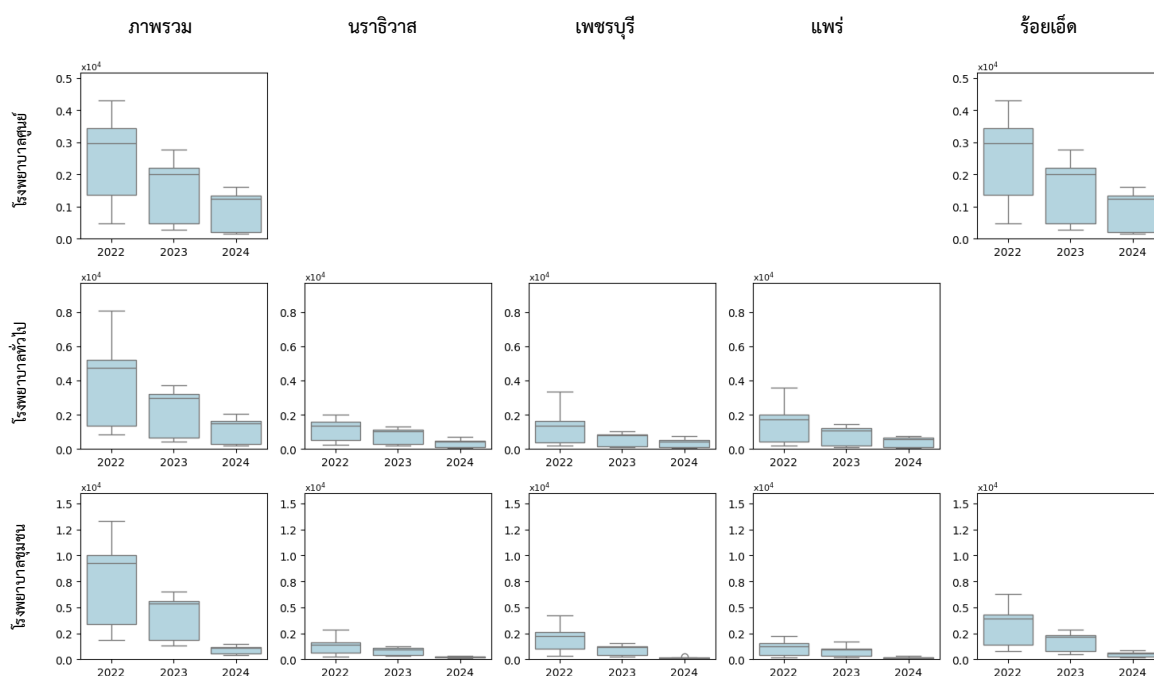


ภาพภาคผนวกที่ 11 จำนวนเงินที่เบิกได้ในบริการในเขตและนอกเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดนำร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

ตารางภาคผนวกที่ 4 แสดงจำนวนคนไข้ใช้บริการในเขตและนอกเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

ระดับโรงพยาบาล	จำนวนคนไข้ใช้บริการข้ามเขต (พันคนต่อวัน)			P-value ¹
	2565	2566	2567	
โรงพยาบาลศูนย์	2.97 (1.38-3.44)	2.00 (0.48-2.19)	1.24 (0.21-1.35)	< 0.001
ร้อยเอ็ด	2.97 (1.38-3.44)	2.00 (0.48-2.19)	1.24 (0.21-1.35)	< 0.001
โรงพยาบาลทั่วไป	4.74 (1.34-5.20)	2.96 (0.64-3.21)	1.50 (0.29-1.64)	< 0.001
นราธิวาส	1.38 (0.51-1.60)	1.02 (0.28-1.12)	0.44 (0.11-0.49)	< 0.001
เพชรบุรี	1.36 (0.40-1.65)	0.80 (0.16-0.87)	0.45 (0.09-0.52)	< 0.001
แพร่	1.73 (0.44-1.99)	1.09 (0.21-1.20)	0.58 (0.10-0.65)	< 0.001
โรงพยาบาลชุมชน	9.29 (3.39-10.02)	5.37 (1.87-5.63)	1.08 (0.53-1.19)	< 0.001
นราธิวาส	1.37 (0.63-1.63)	0.96 (0.40-1.06)	0.23 (0.15-0.26)	< 0.001
เพชรบุรี	2.26 (1.00-2.58)	1.17 (0.44-1.26)	0.12 (0.08-0.14)	< 0.001
แพร่	1.27 (0.43-1.54)	0.93 (0.30-1.02)	0.17 (0.09-0.19)	< 0.001
ร้อยเอ็ด	3.89 (1.36-4.29)	2.16 (0.77-2.32)	0.55 (0.24-0.60)	< 0.001

¹ การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ Kruskal-Willis H test



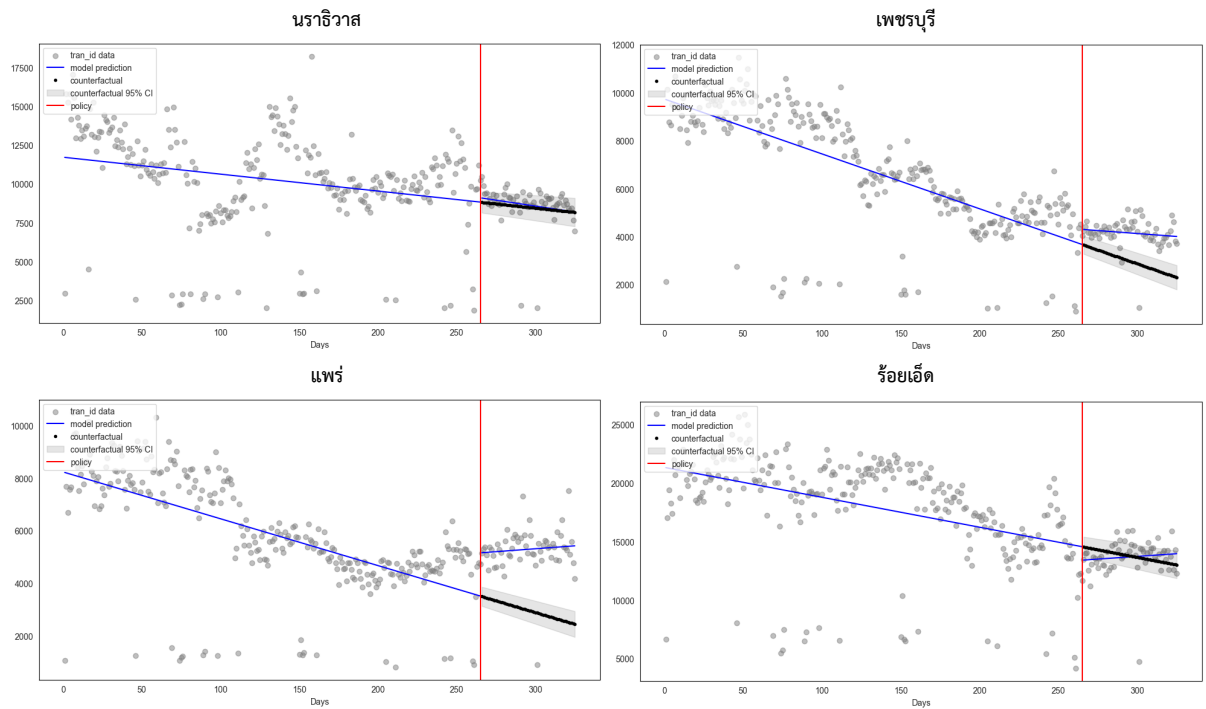
ภาพภาคผนวกที่ 12 แสดงอัตราการเข้ารับบริการในเขตและนอกเขตในหน่วยบริการภาครัฐระดับต่าง ๆ ของพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน ร่องในไตรมาสที่ 1 ย้อนหลัง 3 ปี

ตารางภาคผนวกที่ 5 แสดงสัมประสิทธิ์การเปลี่ยนแปลงการเข้ารับบริการหลังการเริ่มนโยบายในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน

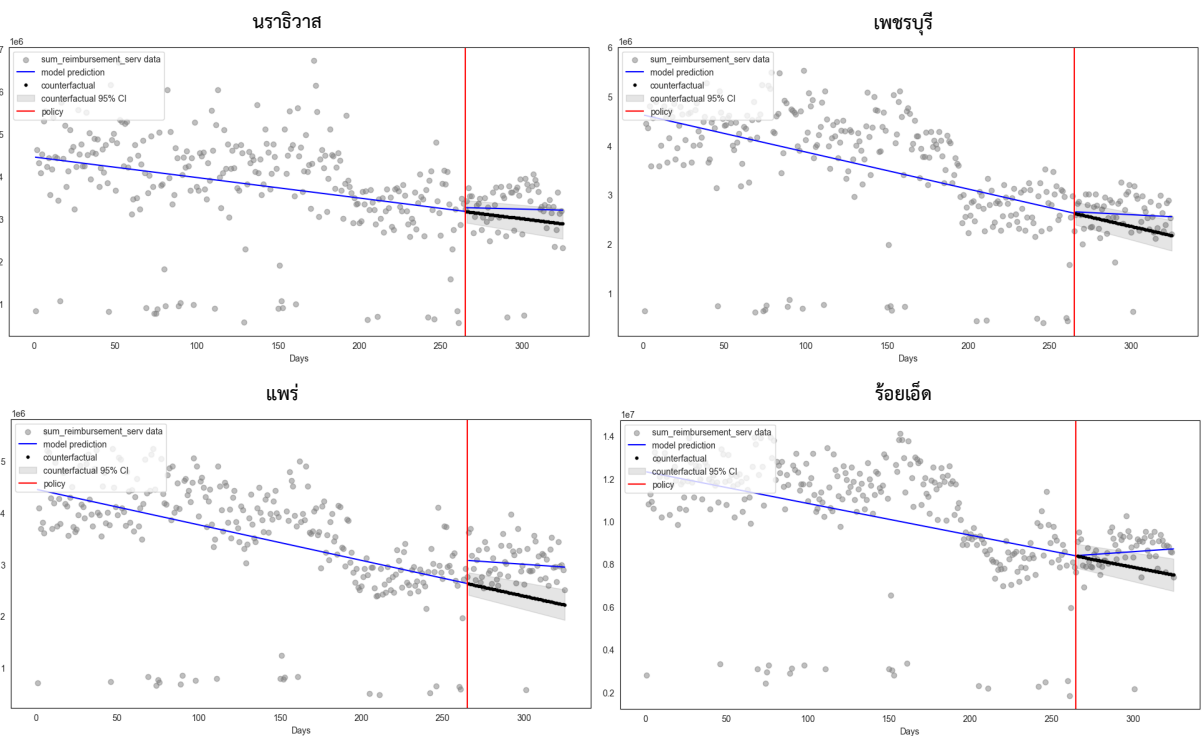
จังหวัด	การเริ่มนโยบาย (Kick off)		หลังดำเนินการนโยบาย (Delay)	
	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value
นราธิวาส	274.83	0.734	-4.31	0.837
เพชรบุรี	628.59	0.160	17.94	0.123
แพร่	1643.98	< 0.001	22.26	0.049
ร้อยเอ็ด	-1151.70	0.265	34.78	0.195

ตารางภาคผนวกที่ 6 แสดงสัมประสิทธิ์การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายหลังการเริ่มนโยบายในพื้นที่ 4 จังหวัดน่าน

จังหวัด	การเริ่มนโยบาย (Kick off)		หลังดำเนินการนโยบาย (Delay)	
	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value
นราธิวาส	8.834e+04	0.780	3848.2239	0.640
เพชรบุรี	2.877e+04	0.105	5870.8617	0.412
แพร่	4.482e+05	0.087	4724.3925	0.486
ร้อยเอ็ด	9625.9535	0.989	2.014e+04	0.248



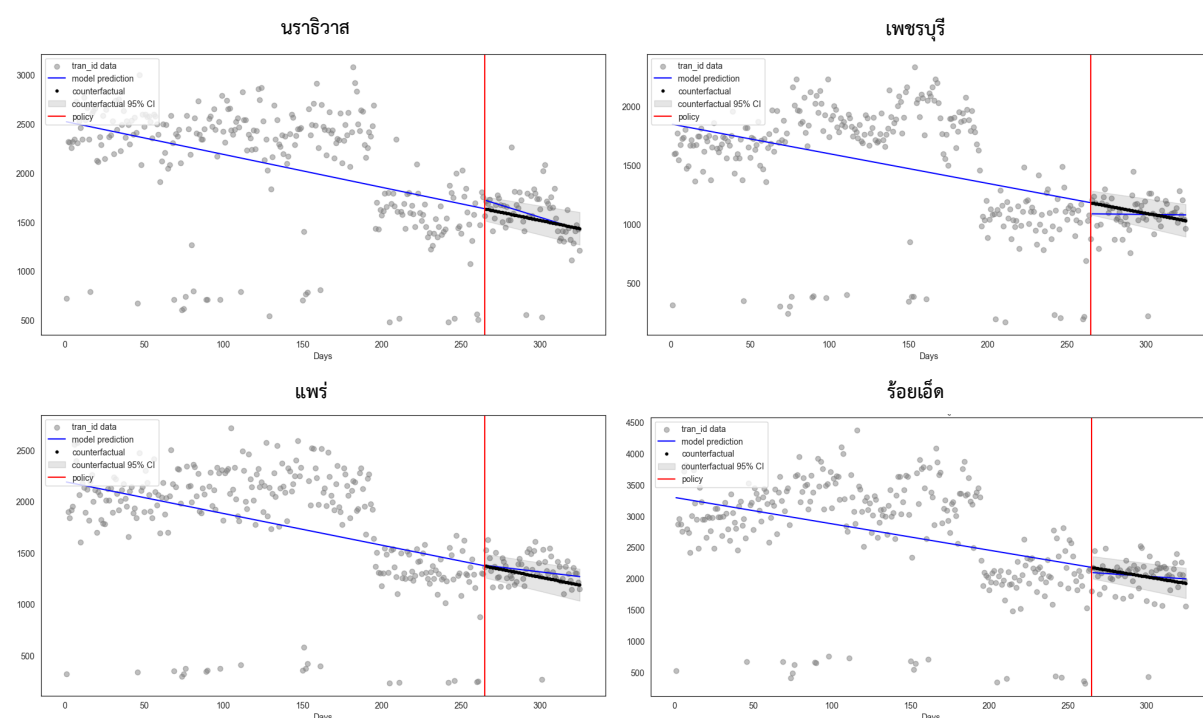
ภาพภาคผนวกที่ 13 การเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง
(เส้นสีแดง = วันที่เริ่มดำเนินการนโยบาย)



ภาพภาคผนวกที่ 14 การเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง
(เส้นสีแดง = วันที่เริ่มดำเนินการนโยบาย)

ตารางภาคผนวกที่ 7 แสดงสัมประสิทธิ์การใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปหลังการเริ่มนโยบายในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง

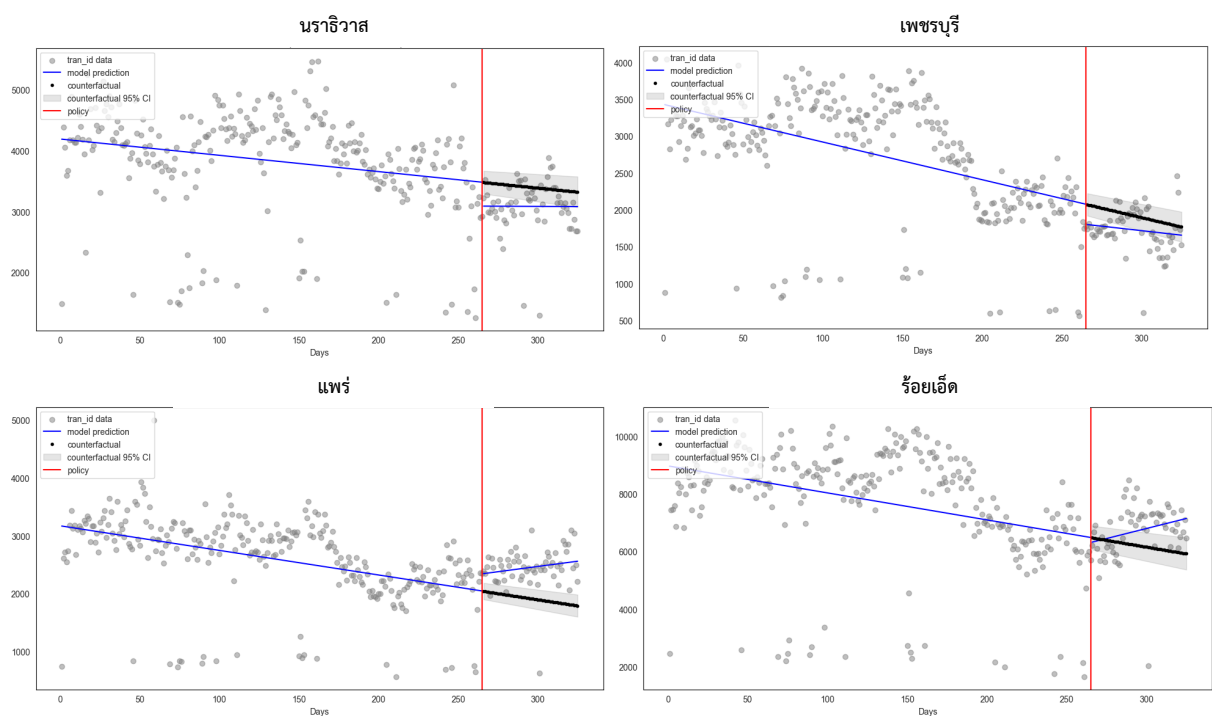
จังหวัด	การเริ่มนโยบาย (Kick off)		หลังดำเนินการนโยบาย (Delay)	
	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value
นราธิวาส	87.6298	0.551	-1.6496	0.665
เพชรบุรี	-90.2504	0.444	2.0592	0.501
แพร่	3.6514	0.977	1.0809	0.744
ร้อยเอ็ด	-83.3021	0.696	2.5334	0.648



ภาพภาคผนวกที่ 15 การเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง (เส้นสีแดง = วันที่เริ่มดำเนินการนโยบาย)

ตารางภาคผนวกที่ 8 แสดงสัมประสิทธิ์การใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนหลังการเริ่มนโยบายในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง

จังหวัด	การเริ่มนโยบาย (Kick off)		หลังดำเนินการนโยบาย (Delay)	
	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์	p-value
นราธิวาส	-392.1689	0.080	2.5455	0.661
เพชรบุรี	-273.1119	0.130	2.6694	0.568
แพร่	296.4627	0.081	7.8882	0.074
ร้อยเอ็ด	-174.8415	0.722	23.2513	0.069



ภาพภาคผนวกที่ 16 การเปลี่ยนแปลงของการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ 4 จังหวัดนาร่อง (เส้นสีแดง = วันที่เริ่มดำเนินการนโยบาย)



**คณะวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**

**270 ถนนพระรามที่ 6
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400**

โทร. 02-201-1518