

การกำกับ ติดตาม และประเมิน นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (ระยะที่ 1)

สาระสำคัญ

- นโยบาย "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่" (OneID) เป็นการยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
- นโยบายนี้ไม่ทำให้เกิดความแออัดมากขึ้นในโรงพยาบาล แต่ประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการในหน่วยบริการนวัตกรรมที่ตนเองสะดวกได้ในพื้นที่ใกล้บ้านและนอกเวลาราชการ
- นโยบายนี้เหมาะสมสำหรับบริการในภาวะเฉียบพลัน และต้องการการพัฒนาเพื่อรองรับการดูแลแบบกึ่งเรื้อรังและเรื้อรังที่ต้องการการประสานการดูแลระยะยาว
- ระบบข้อมูลยังเป็นประเด็นที่ต้องการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้รองรับการตัดสินใจทางคลินิกและการวางแผนด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

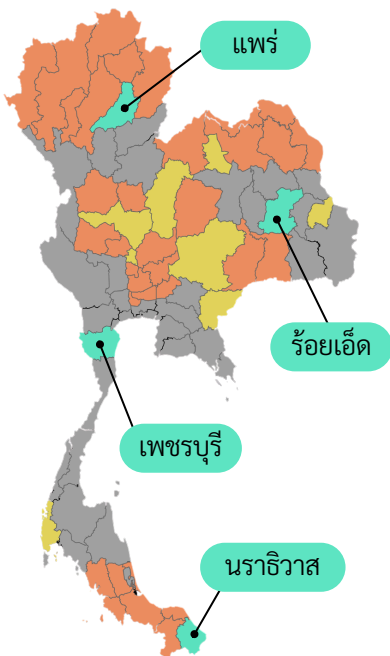


เป็นเวลาสองทศวรรษที่ประเทศไทยมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อดูแลประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มข้าราชการและลูกจ้างในระบบการจ้างงานซึ่งนำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชากรสัญชาติไทยทุกคนในปีพุทธศักราช 2545

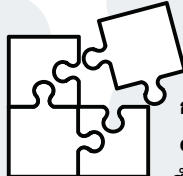
ทว่า ในการปฏิบัติตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในแง่การขยายความครอบคลุมด้านประชากร (population coverage) ขยายความครอบคลุมการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น (service coverage) และการคุ้มครองค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการบริการด้านสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ (financial risk protection) ในปี 2565 ยังพบว่ามีประเด็นความท้าทายอยู่บางประการ

นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ (One ID policy) จึงถูกเสนอเป็นนโยบาย Quick Win ของรัฐบาลชุดปัจจุบันที่ต้องการยกระดับ 30 บาทรักษาทุกโรค ผ่านนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่” ผ่านหลักการการดำเนินงานตามนโยบายที่ “เน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยพัฒนาระบบการบริหารการเบิกจ่าย การติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในทุกหน่วยบริการ” ซึ่งถือเป็นวาระพิเศษในการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศและมีการนำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัดอย่างรวดเร็ว ได้แก่ นราธิวาส เพชรบุรี แพร่ และร้อยเอ็ด ก่อนจะมีการขยายไปอีกหลายพื้นที่ โดยในปัจจุบันมีจังหวัดที่ดำเนินการนโยบายกว่า 45 จังหวัด

โครงการประเมินนี้จึงจัดทำเพื่อสำรวจการตอบสนอง ความท้าทาย และข้อเสนอของหน่วยบริการสุขภาพต่อนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ในระยะที่ 1 เพื่อเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพของประชาชนและพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการในฐานะนักวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพและผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นอย่างราบรื่นในอนาคต โดยมีระเบียบวิธีการประเมิน ดังนี้



การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data)
เพื่อศึกษาการตอบสนองของหน่วยบริการ และอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการนโยบาย โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) หรือ สันทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้เสีย



การเก็บข้อมูลการรับรู้และความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบาย
โดยเก็บข้อมูลผ่านทางสายด่วน 1330 ด้วยแบบสอบถามที่คณะผู้ประเมินออกแบบร่วมกับ สปสช. เพื่อนำข้อมูลให้คณะผู้ประเมิน ความรู้และความพึงพอใจของประชาชน

การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณ (secondary quantitative data) ของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลการให้บริการ 43 แห่ง) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (claim data) เพื่อนำมาวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้บริการของประชาชน

ข้อค้นพบสำคัญ

1

ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายนี้ **อาศัยกลไกการอภิบาลระบบซึ่งมาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนทั้ง** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมถึงสถานพยาบาลและหน่วยบริการนวัตกรรมต่าง ๆ

ดำเนินการวางแผนงบประมาณ

จัดระบบการเบิกจ่ายชดเชย
และระบบตรวจสอบ



พัฒนาระบบการเชื่อมโยงของ
ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐาน
บริการของหน่วยบริการนวัตกรรม

ออกข้อกำหนดและมาตรการในการควบคุมคุณภาพ
การให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรม



ชักชวนให้วิชาชีพด้านสุขภาพมาเข้าร่วมให้บริการ
ในรูปแบบของหน่วยบริการนวัตกรรม

2

นโยบายนี้ **ไม่ก่อให้เกิดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่** เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้านิสงส์หลักจากนโยบายนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยข้ามเขตที่รับบริการกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อยู่แล้ว และจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมีนัดหมายอยู่แล้ว โดยภายหลังการดำเนินการของนโยบายนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องกลับไปขอใบส่งตัวทุกครั้งในการมารับบริการ ทำให้เกิดความสะดวกในการรับบริการมากขึ้น

ร้อยละการใช้บริการในเขตและนอกเขตในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของ 4 จังหวัดนำร่อง 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง

■ ในเขต ■ นอกเขต

ภาพรวม

นราธิวาส

เพชรบุรี

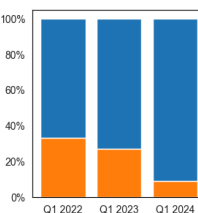
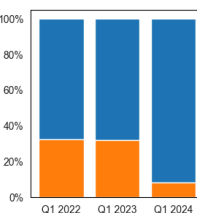
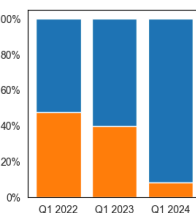
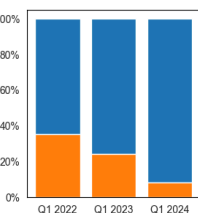
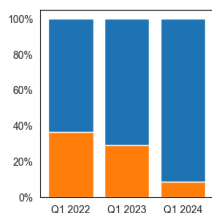
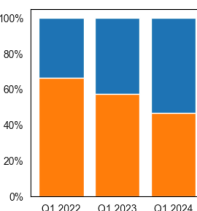
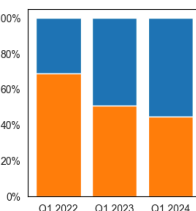
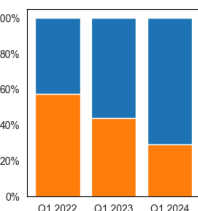
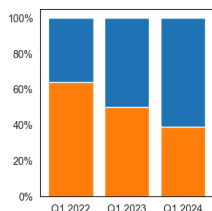
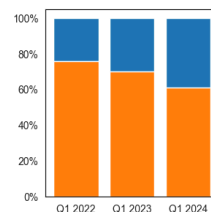
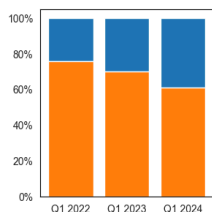
แพร่

ร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชน



3

ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่านโยบายนี้ทำให้ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิลดลง ในทางกลับกันการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการนวัตกรรมอาจเป็นกลไกปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เนื่องจากหน่วยบริการโดยเฉพาะคลินิกพยาบาลและร้านยาคุณภาพซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทตั้งอยู่ในชุมชนที่สะดวกในการเดินทาง รวมถึงมีการให้บริการนอกเวลาราชการและวันหยุดทำให้ประชาชนสะดวกในการไปรับบริการ ทำให้หน่วยบริการเหล่านี้อาจเป็นที่พึ่งของคนจนในชนบทและในเมืองสามารถเข้าถึงได้

4

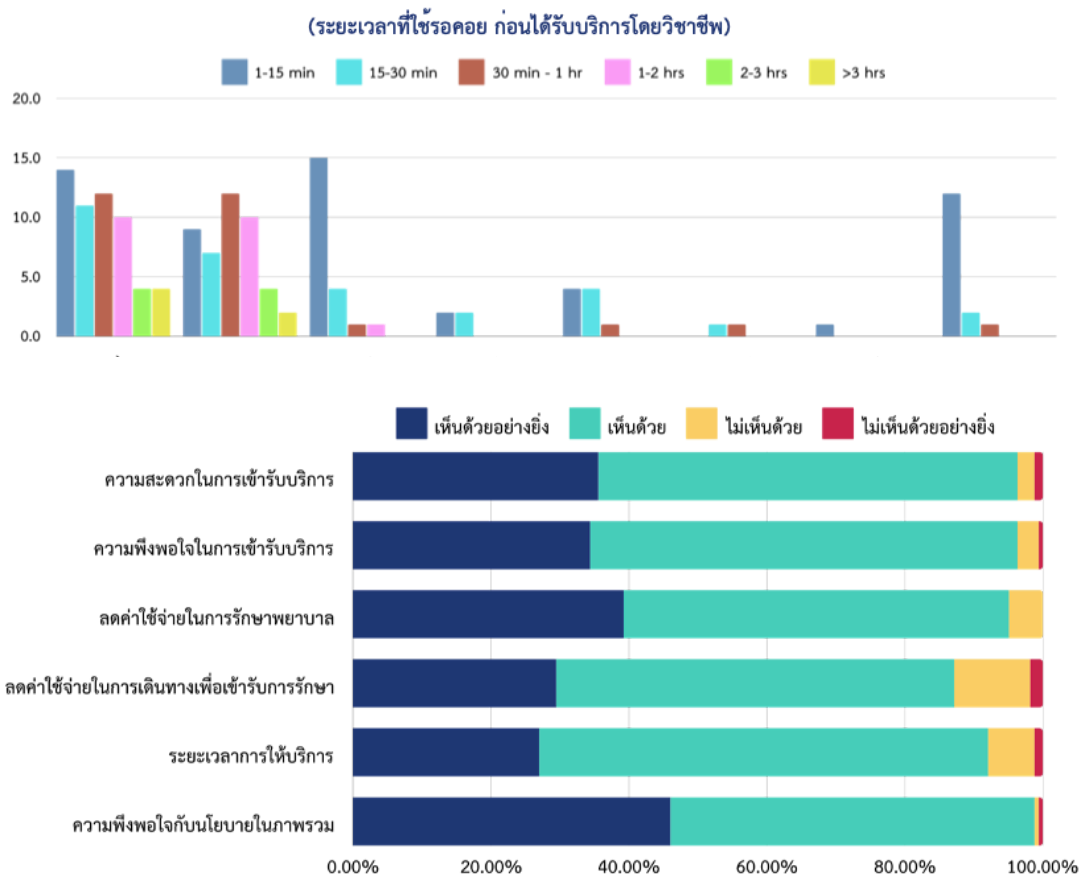
ความต่อเนื่องของการดูแลรักษาโรคเรื้อรังยังถือเป็นช่องว่างของนโยบายนี้ เนื่องด้วยกลไกการให้บริการสุขภาพและการเบิกจ่ายยังไม่สนับสนุนรูปแบบการให้บริการดังกล่าว

5

การบูรณาการของระบบข้อมูลสุขภาพทั้งด้านข้อมูลเพื่อสนับสนุนนโยบายและข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายยังเป็นประเด็นที่กำลังพัฒนาและน่าติดตามต่อไป ด้วยความหวังที่จะทำให้เกิดระบบข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก การติดตามประเมินและวางแผนด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6

ประชาชนมีความพึงพอใจในนโยบายดังกล่าว โดยกล่าวถึงความสะดวก การเข้ารับบริการ ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการรับบริการ และลดค่าเดินทางในการไปใช้บริการ ตลอดจนระยะเวลาในการรอคอยในการใช้บริการของคลินิกนวัตกรรมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่เกิน 30 นาที



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการพัฒนาระบบร่วมกับ vendor ระบบ hospital OS หลาย ๆ ระบบ ในการพัฒนาระบบการเบิกจ่ายกลาง (Financial Data Hub) ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เบิกจ่ายค่าบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการขยายพื้นที่ดำเนินนโยบายในระยะต่อไป เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินนโยบาย และระบบข้อมูลการให้บริการและการเบิกจ่ายที่บูรณาการกันนำมาสู่ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลในการนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจทางคลินิก และการวางแผนติดตามกำกับระบบสุขภาพต่อไป
- กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลในสังกัดเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบสารสนเทศเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล
- กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (PHR) ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาการจกระบบบริการที่บูรณาการและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และเป็นเครื่องมือสำหรับสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพควรปรับรูปแบบการจ่ายเพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) และหน่วยบริการนวัตกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและบูรณาการกัน

ประเด็นการศึกษาในระยะถัดไป

- กลไกการอภิบาลระบบในลักษณะเครือข่ายร่วมกันในระดับจังหวัดและระดับเขตที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายที่เป็นอยู่ในพื้นที่ ช่องว่างข้อจำกัดต่าง ๆ รวมถึงระบบที่พึงจะเป็น
- ศึกษาการก่อเกิดรูปแบบเครือข่ายการให้บริการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการภาครัฐและหน่วยบริการนวัตกรรมประเภทต่าง ๆ ในพื้นที่นำร่อง และจะมีแนวทางในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างไร
- ประเมินการดำเนินนโยบายในพื้นที่ที่มีการขยายการดำเนินนโยบายต่อเนื่องซึ่งมีบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันและมีหน่วยบริการภาครัฐที่ต่างสังกัดมากขึ้น มีความเป็นเมืองและพลวัตสูง ในประเด็นด้าน ระบบข้อมูลสารสนเทศ การจัดเครือข่ายบริการ อัตรการจ่ายและการเบิกจ่ายค่าบริการ
- ศึกษาผลของนโยบายต่อพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในบริบทที่แตกต่างกันและผลกระทบในระยะยาวด้านงบประมาณของนโยบายดังกล่าว

ดาวน์โหลดเอกสาร Fact Sheet



ดาวน์โหลดรายงาน ฉบับสมบูรณ์



คณะผู้ดำเนินโครงการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีอรรถสวัสดิ์, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, อาจารย์ นพ.ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย, นพ.ณัฐวัฒน์ เอียงธนรัตน์, นพ.ภรณ์ญ โอสถอนาคาร, นพ.พีรสิทธิ์ สิทธิรัตน์, นายเสกสรร ยอดสนธิ, นายพิวัฒน์ สุขวิทยา, นางสาวกัญจารีย์ สุขวิทยา และนายภูภูมิ ภูมิจันทร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

