

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1



รายงาน

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1

คณะผู้ดำเนินงาน

ทีมวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ดร.รุ่งนภา คำผาง

ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

น.ส.สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์

ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช

น.ส.รักมณี บุตรชน

น.ส.ณัฐธิดา มาลาทอง

น.ส.บุญทริกา รัชตเศรษฐนันท์

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ทีมที่ปรึกษา

นพ.ชูชัย ศรชำนิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นพ.จักรกริช ใจศิริ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Dr. Françoise Cluzeau

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Dr. Paramjit Gill

Primary Care Clinical Sciences, University of Birmingham

Dr. Rachel Foskett-Tharby

Primary Care Clinical Sciences, University of Birmingham

คำนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศตามมาด้วย เช่น โรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมเพิ่มขึ้น การจัดบริการเชิงรับที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลอาจไม่สามารถสนองต่อความต้องการบริการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีการปรับรูปแบบการจัดบริการโดยออกแบบให้หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตั้งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเป็นด่านหน้า (gate keepers) ในการให้บริการรักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนที่จะถูกส่งต่อไปรับบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเฉพาะในรายที่มีความจำเป็น

ในปัจจุบัน รัฐบาลของหลายประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยกำหนดแนวทาง และมาตรการต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว การวัดสมรรถนะ (performance measurement) ของการให้บริการสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ทราบคุณภาพของบริการ และเพิ่มความโปร่งใสให้แก่กระบวนการที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme, UC) เนื่องจากจะช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างคุ้มค่า และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินโครงการบ่งชี้ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcomes framework, QOF) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยประยุกต์หลักการ และแนวทางจาก QOF ของสหราชอาณาจักร

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดกลไกการประเมินโครงการ QOF และตัวชี้วัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ สปสช. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ดำเนินการศึกษาวิจัยสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการโครงการ QOF เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง และดำเนินโครงการในระยะต่อไป

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2558

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้การสนับสนุนทุนสำหรับการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนมิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล/คลินิกทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้ความร่วมมือในการให้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงผู้แทนจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อรายงานฉบับนี้

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2558

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการรบบายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) เริ่มดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2557 มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด การออกแบบนโยบายและการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพระยะแรกอาจไม่ได้ใช้หลักฐานทางวิชาการประกอบการพิจารณามากนัก แต่ดำเนินการโดยคัดเลือกจากตัวชี้วัดเดิมของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สปสช. จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์โครงการ QOF เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพัฒนาโครงการ QOF ที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2560 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการรบบายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงหน่วยงานไม่แสวงกำไร

ผลการศึกษาพบว่าโครงการ QOF เป็นโครงการที่มีประโยชน์ เป็นการลงทุนเพื่อสร้างผลตอบแทนในระยะยาว ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการงานบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาแนะนำว่าควรดำเนินโครงการนี้ต่อไป พร้อมทั้งจัดให้มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ หาทางลดปัญหาอุปสรรคที่พบ และปรับปรุงแก้ไขโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อสรุปดังนี้

1. ส่วนที่ยังทำได้ไม่ดีพอ

1. กลวิธีดำเนินโครงการ QOF รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการหลายประเด็นควรได้รับการปรับปรุง เช่น การกำหนดแหล่งที่มาและวงเงินงบประมาณ การพัฒนาตัวชี้วัด รวมถึงวิธีการสื่อสารเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
2. ปัจจัยเชิงบริบทที่มีผลอย่างชัดเจนต่อกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่สู้ดีระหว่าง สปสช. และ สธ. ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ขาดความร่วมมืออย่างใกล้ชิดในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ระบบข้อมูล/รายงาน) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการ แม้ความขัดแย้งดังกล่าวจะเกิดขึ้นที่ระดับประเทศเป็นส่วนใหญ่ แต่ส่งผลถึงกิจกรรมในโครงการ QOF ที่ต้องการนโยบายที่ชัดเจนและความร่วมมือจากหน่วยงานระดับต่างๆ

2. QOF ที่ดีควรเป็นอย่างไร

1. มีสิ่งตอบแทนที่จูงใจ โดยอาจเป็นตัวเงินหรือรูปแบบอื่น
2. ยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

3. การจ่ายค่าตอบแทนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณภาพการทำงาน โดยควรมีระบบข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ
4. การบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการประกาศตัวชี้วัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการสะท้อนข้อมูลกลับ อย่างสม่ำเสมอ มีการจ่ายเงินที่ตรงเวลาและเหมาะสม เป็นต้น
5. พัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้ข้อมูลวิชาการประกอบ
6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรตระหนักว่าโครงการ QOF เป็นการลงทุนระยะยาว
7. มีการสื่อสารที่ดีตั้งแต่ระดับนโยบายถึงผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการ ดำเนินงาน

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 การอภิบาลระบบ สธ. และ สปสช. ร่วมกันบริหารระดับนโยบาย (เป็นเจ้าของโครงการ) โดยมีเหตุผลดังนี้

1. เป็นความรับผิดชอบของ สธ. ที่จะพัฒนาหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด
2. สธ. มีนโยบาย/มาตรการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการอยู่แล้ว หากมีการดำเนินการที่สอดคล้องกับ โครงการ QOF จะเป็นประโยชน์อย่างมากกับทั้ง สธ. และ สปสช. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทั้งสอง องค์กรควรร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัด โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ
3. การที่ สธ. มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโครงการ อาจช่วยให้ของงบประมาณสำหรับ QOF โดยไม่ต้อง แบ่งจากงบเหมาจ่ายรายหัวอย่างที่เป็นอย่างนี้ เนื่องจากเป็นการของงบประมาณเพื่อพัฒนาคุณภาพ ไม่ใช่การจัดบริการ
4. การร่วมกันบริหารโครงการในระดับนโยบายจะช่วยลดช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างสอง องค์กร ทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
5. สธ. โดยผู้ตรวจราชการเขตต่างๆ จะมีส่วนในการติดตาม ร่วมประเมิน และสนับสนุนหน่วยงาน ในสังกัด สธ. เพื่อการพัฒนาคุณภาพและแก้ไขปัญหาที่พบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ

3.2 กลวิธีดำเนินโครงการ QOF

1. จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF แยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว ในวงเงินที่เหมาะสม เพื่อจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยไม่ต้องกังวลกับการมีงบประมาณสำหรับการ จัดบริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และไม่ทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ให้บริการให้ ความสำคัญกับการได้คะแนนและค่าตอบแทนตามตัวชี้วัด จนละเลยบริการอื่นๆ
2. สธ. และ สปสช. ร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โครงการให้เหมาะสมและชัดเจน เช่น การชี้แจงเกี่ยวกับนโยบาย หลักเกณฑ์ต่างๆ และตัวชี้วัด คุณภาพ ช่วงเวลาการจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ช่วงเวลาการจัดสรรงบประมาณตามคะแนน QOF

3. จัดให้มีตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับ รพ.สต. และจัดสรรงบประมาณตามคะแนน QOF ให้ รพ.สต. โดยตรง อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. รพช. และ สสอ.
4. พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพทั้งตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดพื้นที่โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ โดยใช้กระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
5. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลของโครงการทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่

3.3 ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF

1. พัฒนาระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ของ สธ. รวมทั้งบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ สธ. จะได้ใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพในการพัฒนานโยบายของ สธ. เอง
2. พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการที่มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ QOF (เช่น สปสช.เขต สสจ. สสอ.) เพื่อให้การสนับสนุนแก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาในพื้นที่
3. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ QOF ที่บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง และกำหนดตัวบุคคลที่ให้คำปรึกษาได้ รวมทั้งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้บริหารและบุคลากรให้มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ
4. จัดให้มีการศึกษาวิจัยที่จำเป็นในประเด็นที่ไม่ครอบคลุมอยู่ในระบบรายงานข้อมูลตามปกติ
5. จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องแนวปฏิบัติที่ดี นวัตกรรม/การประยุกต์แนวคิดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และกรณีศึกษาตัวอย่างในการดำเนินโครงการ QOF

Executive summary

In the fiscal year 2014, the National Health Security Office (NHSO) initiated the Quality and Outcomes Framework (QOF) for the Thai primary care. The purpose was to provide a financial incentive to health facilities for improving the quality of primary care by using quality indicators. The inclusion of indicators into the QOF program had not been properly supported by scientific evidence, as they were selected from the MoPH key performance indicators (KPI) and the NHSO's existing indicators. Therefore, the aim of this study is to review the current situation of the QOF program in order to provide recommendations for further development of this program and to provide information for the development of a new set of (evidence based) quality indicators that will be used for the fiscal year 2017. This qualitative study used different methods such as literature review, in-depth interviews, focus group discussion, as well as stakeholder consultation meetings. The stakeholders who were involved in this study were policy makers, NHSO managers, MOPH officers (at national, provincial and district level), academics, local health care professionals (e.g. community hospitals and health promoting hospitals) and non-governmental organizations (NGO).

It was found that the QOF program is an important program for improving the quality of primary care. This study therefore suggested that the QOF program should be continued. The conclusions and policy recommendations of the study are as follows:

1. Problems of the current QOF program

- The implementation and management of the QOF program were not appropriate in terms of the source of budget for the QOF program, the development of quality indicators and the policy communication
- Due to the conflict between the NHSO and the MoPH in the past, different problems occurred such as conflicting policies. Although the conflict occurred mainly at the national level but it affected the implementation of QOF program at a peripheral level.

2. The ideal QOF for Thailand

- The incentive, which can be financial or in other forms, should be appropriate to incentivize health care providers.
- The implementation of QOF program should rely on good governance, transparency and collaboration of all relevant stakeholders.

- The incentive should be given based on work performance, which requires a reliable data system.
- The QOF program requires good management such as a timely announcement of new indicators, continuous feedback of data to health facilities and on time payments.
- Indicators should be developed with scientific evidence.
- Awareness among stakeholders that the QOF is a long-term investment should be created.
- The QOF program requires good communication between all level stakeholders in order to implement the QOF policy properly.

3. Policy recommendations

3.1 The QOF program should be a shared-ownership of the MoPH and NHSO. They should collaborate at the policy level due to the following reasons:

- The MoPH is responsible for improving the quality of primary care according to the quality indicators set by the NHSO.
- The MoPH already has policies and measures for improving health care services. It would be beneficial for both the MoPH and the NHSO if these policies and measures were in line with the QOF program. In addition, both the NHSO and MoPH should collaborate and involve all relevant health professionals and government officers.
- If the MoPH is a co-owner of the QOF program, it will become more feasible to request for a separate QOF budget instead of earmarking it from the OP/PP budget, because this budget is for improving the quality of health care services and not for providing health services.
- Managing the QOF on a policy level in a collaborative manner will reduce the communication gap between the NHSO and MoPH in both policy development and implementation.
- The Inspector-general will be able to follow up, evaluate and support the MoPH units for improving the quality of health care services and solving problems related to the quality indicators.

3.2 Strategies for implementing the QOF program

- A separate and appropriate budget should be allocated for the QOF program, instead of earmarking its budget from the OP/PP budget. Furthermore, an appropriate budget

for the QOF program will prevent adverse effects such as neglecting health care services that are not incentivized.

- The MoPH and NHSO should plan all the activities related to the QOF program collaboratively and appropriately for each fiscal year. The activities include informing about the QOF policy, guidelines and indicators, time when the health facilities need to submit their data, how the scores are being determined and time when the financial rewards will be allocated to the health facilities.
- Both QOF indicators and budget should be separated for the health promoting hospitals and the community hospitals. Moreover, this allocation should not negatively affect the collaboration within the CUP.
- Evidence based indicators should be developed for both local and core indicators. Further, there should be a transparent process and involvement of all relevant stakeholders.
- Developing an evaluation system for both the national and local level.

3.3 Supportive system for the QOF program

- Improving the IT system of the MoPH so that reliable data can be obtained and used. This will increase the quality of the policy developed by the MoPH.
- The capabilities of primary care units and related organizations that manage the QOF program (e.g. regional NHSO, provincial health office and district health office) should be improved.
- An information system about the QOF should be developed so that health facilities can obtain QOF information independently. In addition, there should be a group of advisers to whom the health facilities can seek for advice when they have QOF-related questions. Having an information system will create a better understanding about the QOF among managers. Health care workers will also develop a better attitude towards the QOF and become more participatory.
- There should be research on issues that are not included in the monitoring and evaluation system of the QOF program.
- There should be a knowledge sharing and learning platform about best practices, innovation and application of this QOF concept that fits the context. Examples of CUP with successful implementation of the QOF program should be presented.

สารบัญ

คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
บทสรุปผู้บริหาร.....	iii
Executive summary.....	viii
1. บทนำ.....	1
1.1 การทบทวนวรรณกรรม.....	2
1.1.1 การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ.....	2
1.1.2 การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ.....	8
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	9
3. วิธีการศึกษา.....	9
3.1 วิธีการเก็บข้อมูล.....	9
3.2 วิธีวิเคราะห์ข้อมูล.....	10
3.3 วิธีประกันคุณภาพของงานวิจัย.....	10
3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย.....	11
4. ผลการศึกษา.....	12
4.1 การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนเริ่มโครงการ QOF.....	12
4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ QOF ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	16
4.3 ตัวชี้วัดและการพัฒนาตัวชี้วัด.....	18
4.4 ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	22
4.4.1 เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย.....	22
4.4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบโครงการ.....	23
4.4.3 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ.....	24
4.5 ผลสัมฤทธิ์/ประสิทธิผลของโครงการ.....	24
4.5.1 ประโยชน์ของโครงการ QOF.....	25
4.5.2 ประสิทธิภาพ/ประโยชน์ของโครงการ QOF ขึ้นอยู่กับความสามารถด้านการบริหารจัดการ.....	26
4.5.3 ในการประเมินผลลัพธ์ควรทำความเข้าใจกับบริบทและปัจจัยอื่นๆ.....	27
4.6 คะแนน QOF และงบประมาณที่จัดสรรจากโครงการ QOF สะท้อนคุณภาพและผลงานบริการหรือไม่? ..	28
4.6.1 หลักการ : คะแนน QOF ควรคำนวณจากข้อมูลที่ CUP และ PCU ส่งไปที่ สสจ. เพื่อรวบรวมส่งต่อไปที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.....	28
4.6.2 หลักการ : งบประมาณที่จัดสรรจากโครงการ QOF ควรแปรผันโดยตรงกับคะแนน QOF ของหน่วยบริการ.....	30
4.7 ปัญหาอุปสรรคของโครงการ QOF.....	35
4.7.1 ลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิ.....	35
4.7.2 ระบบข้อมูล ฐานข้อมูล.....	35
4.7.3 การสื่อสารนโยบาย.....	37
4.8 รอบเวลาการปฏิบัติงานของ สปสช. โครงการ QOF และ สช.....	39

4.9 ตัวชี้วัดกลาง ตัวชี้วัดพื้นที่ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย	40
5. อภิปรายผล	42
5.1 ประเทศไทยควรดำเนินโครงการ QOF ต่อไปหรือไม่?	42
5.2 ส่วนใดของโครงการ QOF ที่ยังทำได้ไม่ดีพอ?	43
5.3 หากจะดำเนินโครงการ QOF ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรปรับปรุงอะไรบ้าง?	45
6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงโครงการ QOF	47
6.1 การอภิบาลระบบ	47
6.2 กลวิธีดำเนินโครงการ QOF	47
6.3 ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF	48
เอกสารอ้างอิง	49
ภาคผนวก	53
คำถามสำหรับผู้จัดการโครงการ QOF ระดับประเทศ (สปสช.)	53
คำถามสำหรับผู้จัดการโครงการ QOF ระดับเขต (สปสช. เขต)	53
แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโครงการ QOF ใน สสจ. และ CUPs	54

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพปี 2550-2558 (บาท/ประชากร UC ยกเว้นงบ PP เป็นบาทต่อประชากรทุกสิทธิ).....	12
ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2558 (คะแนนรวม 1,000 คะแนน).....	19
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามตัวชี้วัดด้านที่ 1 ที่ใช้คำนวณคะแนน QOF ปีงบประมาณ 2557 กับข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ.....	30

สารบัญรูป

รูปที่ 1 การส่งข้อมูลการให้บริการรายบุคคลจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปที่กระทรวงสาธารณสุข	29
รูปที่ 2 การกระจายระหว่างคะแนน QOF ของ CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต	33
รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประชากรสิทธิ UC ใน CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต	33
รูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง Point (คะแนนxประชากรสิทธิ UC) ของ CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต	34
รูปที่ 5 คุณลักษณะของ QOF ที่ดี และวงจรมสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพบริการด้วยแรงจูงใจที่เหมาะสม	46

ตัวย่อ

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
ANC	Antenatal Care
BMA	British Medical Association
CD4	Cluster of differentiation antigen 4
CUP	Contracting Units for Primary care
DHS	District Health System
DOTS	Directly Observed Treatment Short course
e-claim	Electronic claim
GMS	General Medical Services
GPs	General Practitioners
FFS	Fee-For-Service
HA	Hospital Accreditation
HbA1c	Hemoglobin A1c
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program
IP	Inpatient
IT	Information Technology
KPI	Key performance indicator
NHS	National Health Services
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
OP	Outpatient
P4P	Pay for Performance
PCA	Primary Care Award
PCU	Primary Care Unit
PP	Health Promotion and Disease Prevention
QOF	Quality and Outcomes Framework
UC	Universal Coverage scheme
UK	United Kingdom
WHO	World Health Organization
กทม.	กรุงเทพมหานคร
คปสข.	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต

คปสอ.	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รพช.	โรงพยาบาลชุมชน
รพท.	โรงพยาบาลทั่วไป
รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
สธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สนย.	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สพช.	สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
สรพ.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
สวปก.	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สสอ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สอ.	สถานีอนามัย
อปสช.	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. บทนำ

ในปัจจุบัน รัฐบาลของหลายประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยกำหนดแนวทาง และมาตรการต่างๆ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว การวัดสมรรถนะ (performance measurement) ของการให้บริการสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ทราบคุณภาพของบริการ และเพิ่มความโปร่งใสให้แก่กระบวนการที่เกี่ยวข้อง (1) อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme, UC) เนื่องจากจะช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างคุ้มค่า และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (2) ในบางประเทศได้มีการนำผลการวัดสมรรถนะไปเชื่อมโยงกับการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเหล่านั้นให้บริการที่มีคุณภาพ ลดความผิดพลาด และได้มาตรฐานตามข้อกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการ ตัวอย่างเช่น Quality and Outcomes Framework (QOF) ในสหราชอาณาจักร (3) ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2547 โดยมีหลักการที่จะสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากร ด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปใช้ในการคำนวณผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน ทั้งนี้ QOF รวมทั้งตัวชี้วัดคุณภาพได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สำหรับในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินโครงการรับจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcomes framework, QOF) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยประยุกต์หลักการ และแนวทางจาก QOF ของสหราชอาณาจักร ซึ่งโครงการนี้ได้รับงบประมาณเป็นจำนวนมาก ในปีงบประมาณ 2558 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณมากกว่า 3.2 พันล้านบาท ให้แก่โครงการ QOF ตามคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ หรือคิดเป็นร้อยละ 3 ของงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ สปสช. มีนโยบายที่จะดำเนินโครงการนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้สถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้พัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และเห็นผลในระดับหนึ่ง (4)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดกลไกการประเมินโครงการ QOF และตัวชี้วัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ สปสช. จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ดำเนินการศึกษาวิจัยสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการ QOF ทั้งในแง่ของการบริหารจัดการ และการพัฒนาตัวชี้วัด เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการออกแบบ และดำเนินโครงการในระยะต่อไป

1.1 การทบทวนวรรณกรรม

1.1.1 การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ

การจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะ

การจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะหรือ pay for performance (P4P) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยผันแปรตามสมรรถนะการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณหรือคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ เนื่องจาก P4P เป็นกลไกการจ่ายค่าตอบแทนที่มีความเชื่อมโยงกับสมรรถนะจึงมีข้อดีเหนือกว่าการจ่ายเงินวิธีอื่น เช่น การเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายตามบริการ (fee-for-service, FFS) วิธีการจ่ายเงินดังกล่าวเป็นวิธีที่บริหารจัดการง่าย แต่ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายเงินด้วยวิธี FFS อาจทำให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่สมเหตุผล ส่วนใหญ่เป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่จำเป็น (5) แนวคิด P4P ได้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย นำ P4P ไปใช้ในโครงการ Practice Incentive Program ซึ่งเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิ (6) และสหราชอาณาจักร (United Kingdom, UK) ใช้ P4P สำหรับพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในเวชปฏิบัติครอบครัว (family practices) ที่เรียกว่า Quality and Outcome Framework (QOF) นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์ใช้ P4P ในหลายประเทศ เช่น แทนซาเนีย เกาหลีใต้ ไต้หวัน ฟิลิปปินส์ ฯลฯ ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นมีความหลากหลาย มีทั้งที่ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จ (7, 8) ทั้งนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น การจัดทำรายละเอียดของนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ บริบทของพื้นที่ วิธีการติดตามประเมินผล ฯลฯ

Quality and Outcome Framework (QOF) ในสหราชอาณาจักร

Quality and Outcome Framework (QOF) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามสมรรถนะอีกวิธีหนึ่งในสหราชอาณาจักร เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2547 บนพื้นฐานความสมัครใจของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioners, GPs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพ และความรับผิดชอบ (accountability) ของการให้บริการปฐมภูมิโดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators) ในการประเมินสมรรถนะการให้บริการ จากนั้นจึงจ่ายค่าตอบแทนตามผลประเมิน (9)

ตัวชี้วัดคุณภาพในโครงการ QOF

ตัวชี้วัดคุณภาพคือองค์ประกอบของสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สามารถวัดได้ ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันหรือได้รับความเห็นพ้องว่าสามารถใช้ในการวัดสมรรถนะได้ องค์ประกอบนั้นจะใช้เพื่อวัดคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพของผู้ให้บริการ (10) จากการศึกษาของ Marshall และคณะ (11) ได้แนะนำว่าตัวชี้วัดคุณภาพจะเป็นที่ยอมรับต่อเมื่อ

1. มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (scientific evidence) มายืนยัน ควบคู่ไปกับการเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
2. มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนที่ได้รับบริการ

3. ผู้ที่มีสิทธิพิจารณาตัวชี้วัดเห็นว่าการให้บริการตามตัวชี้วัดถือว่าผู้ให้บริการได้ให้บริการด้วยคุณภาพที่ดี
4. ปัจจัยที่กำหนดการให้บริการตามตัวชี้วัดอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ให้บริการ

ตัวชี้วัดคุณภาพสามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ ตัวชี้วัดที่ประเมินระบบการให้บริการสุขภาพโดยรวม เช่น สัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ประเมินกระบวนการของการให้บริการ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการทดสอบ HbA1c ในรอบ 12 เดือน และตัวชี้วัดที่ประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (12)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF

การดำเนินโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักรเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ได้แก่ (ก) คณะกรรมการที่ปรึกษา (advisory committee) มีหน้าที่ในการจัดลำดับความสำคัญตัวชี้วัด ทบทวนผลการทดสอบตัวชี้วัด และให้คำแนะนำเกี่ยวกับตัวชี้วัด (ข) ทีมพัฒนาตัวชี้วัด (NICE indicator team) มีบทบาทในการจัดทำหลักฐานทางวิชาการ และข้อคิดเห็นต่อตัวชี้วัด (ค) ทีมประเมินงบประมาณ (costing and commissioning team) รับผิดชอบเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบงบประมาณของตัวชี้วัด และ (ง) ทีมประเมินผล (impact and evaluation team) เป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการนำตัวชี้วัดไปใช้ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (12)

คุณภาพบริการและทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อโครงการ QOF

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Langdown และ Peckham ในปี 2556 (13) พบว่าผลของ QOF ต่อคุณภาพบริการในสหราชอาณาจักรมีความหลากหลาย คณะแนวน QOF ของปัญหาสุขภาพบางอย่างดีขึ้น และสามารถยกระดับคะแนนไว้ได้แม้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน เช่น เบาหวาน ส่วนการดูแลโรคหืดมีคะแนน QOF ดีขึ้นเมื่อมีการจ่ายค่าตอบแทน แต่ไม่สามารถคงคะแนนไว้ได้เมื่องดการจ่ายค่าตอบแทน ในขณะเดียวกัน Harrison และคณะ (14) ศึกษาอัตราการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (admission rate) สำหรับกลุ่มโรค ambulatory care sensitive condition (ACSC) พบว่าสถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการ QOF มีอัตราการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรค ACSC และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินน้อยกว่าสถานพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินโครงการ QOF แต่เมื่อพิจารณาครอบคลุมทุกปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง พบว่าโครงการ QOF ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกไม่มาก เนื่องจากตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ

การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อโครงการ QOF ในสหราชอาณาจักร (15, 16) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการนำตัวชี้วัดคุณภาพมาใช้ประเมินผลเพื่อจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีการใช้หลักฐานวิชาการประกอบการพัฒนาตัวชี้วัดแต่

ละตัว (evidence-based indicators) มีโครงสร้างการดูแลสุขภาพในระยะยาว มีการวางแผนเชิงรุกที่ใช้ข้อมูลจากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology system) กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงโครงการ QOF เช่น ผู้จ่ายเงินควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมสามารถสะท้อนปัญหาคุณภาพบริการได้จริงๆ ควรมีการทดสอบตัวชี้วัดที่สำคัญบางตัวในด้านความเป็นไปได้ การยอมรับ ก่อนที่จะประกาศใช้ ควรมีกำหนดเวลาสำหรับการใช้ตัวชี้วัดแต่ละตัวที่ชัดเจน ควรมีการสื่อสารมากขึ้นระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าความเป็นอิสระ (autonomy) ของหน่วยงานลดลงเนื่องจากตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดขึ้นไม่มีความยืดหยุ่น อาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ

ประสบการณ์การดำเนินงาน P4P ในประเทศอื่นๆ

ประสบการณ์และผลการดำเนินงาน P4P ในการให้บริการปฐมภูมิในประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากสหราชอาณาจักรที่มีการเผยแพร่ในเอกสารวิชาการสามารถสรุปได้ดังนี้

การบริหารจัดการ

การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการพัฒนานโยบายเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากช่วยสร้างความเป็นเจ้าของโครงการ (ownership) นอกจากนี้ แนวทางการบริหารจัดการควรมีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้ (17, 18) ความตระหนัก ความเข้าใจ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบาย P4P ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับเป็นอีกประเด็นที่สำคัญที่จะมีส่วนช่วยให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินนโยบาย ดังนั้น ควรมีการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สมาคมวิชาชีพ แผนยุทธศาสตร์ระดับต่างๆ ฯลฯ ประเด็นที่ควรเผยแพร่ ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินสมรรถนะ วิธีและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้จ่ายเงินควรคำนึงถึงความคิดเห็น และทัศนคติของผู้ให้บริการ ควรมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้บริการ (19)

ระบบสนับสนุนก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ กล่าวคือ นอกเหนือจากการกำหนดตัวชี้วัด และค่าตอบแทนสำหรับหน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่แล้ว การดำเนินนโยบาย P4P ควรมีสิ่งช่วยเหลือหรือสนับสนุนที่จำเป็นอย่างเพียงพอ (17) เช่น ทรัพยากรสำหรับการปฏิบัติงาน (เช่น วัสดุ อุปกรณ์) สิ่งปลูกสร้างใหม่ การอบรมให้ความรู้ ฝึกอบรมด้านวิชาการ การปรับปรุงแผนดำเนินงาน และการบริหารจัดการ ฯลฯ นอกจากนี้ การดำเนินนโยบาย P4P ทำให้ทีมงานบริการปฐมภูมิมิภาระงานเพิ่มขึ้น เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรังต่างๆ การตรวจร่างกาย การให้วัคซีน ฯลฯ จึงควรเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และครบถ้วนตามจำนวนตัวชี้วัด เช่น ในประเทศเอสโตเนีย มีคำแนะนำให้เพิ่มตำแหน่งพยาบาลเวชปฏิบัติ เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอาจมีจำนวนไม่เพียงพอ (20)

งบประมาณและวิธีการจ่ายค่าตอบแทน

การดำเนินนโยบาย P4P จำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น (21) จึงควรมีงบประมาณแหล่งใหม่เพื่อใช้ในการเพิ่มคุณภาพบริการและการบริหารจัดการ หากแบ่งจากงบประมาณค่าบริการมาใช้ ซึ่งเป็นเงินที่

หน่วยบริการจะต้องได้อยู่แล้ว จะทำให้เกิดผู้ชนะ-ผู้แพ้ (winners and losers) คือมีหน่วยบริการที่ได้เงินเพิ่มขึ้น และมีหน่วยบริการที่ได้เงินลดลงอาจทำให้หน่วยบริการรู้สึกถูกลดโทษ (18, 19)

แต่ละประเทศมีวิธีการจ่ายค่าตอบแทนที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายให้หน่วยบริการ (17) หลังจากนั้นหน่วยบริการนำเงินดังกล่าวไปจ่ายให้เจ้าหน้าที่อีกทอดหนึ่ง โดยอาจจ่ายเป็นโบนัส หรือจ่ายรวมไปในเงินเดือน บางแห่งจ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่โดยตรงโดยรวมกับเงินเดือน มีข้อมูลยืนยันจากหลายประเทศว่าการที่เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มช่วยให้ประสิทธิภาพการทำงานตามตัวชี้วัดดีขึ้น (22) ตัวอย่างวิธีการจ่ายค่าตอบแทนของแต่ละประเทศมีดังนี้

- งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศคองโก แบ่งเงิน P4P ที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เป็น 2 ส่วน ส่วนแรก (ร้อยละ 70) จ่ายทุกเดือนในอัตราคงที่ โดยมีอัตราการจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่แต่ละตำแหน่งแตกต่างกัน ส่วนที่สอง (ร้อยละ 30) จ่ายทุก 4 เดือนตามสมรรถนะของเจ้าหน้าที่แต่ละคน (23)
- งานอนามัยแม่และเด็กในเขต Pwani ประเทศแทนซาเนีย ร้อยละ 75-90 ของเงิน P4P จ่ายให้ผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ยแล้วเจ้าหน้าที่จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มจากเงินเดือนประมาณร้อยละ 10 ส่วนที่เหลือเป็นงบประมาณสำหรับหน่วยบริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการหรือจัดซื้อยา วัสดุ อุปกรณ์ (24, 25)
- งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศปากีสถาน แบ่งเงิน P4P เป็น 2 ส่วน ส่วนแรก (ร้อยละ 40) จ่ายตามคุณภาพของหน่วยบริการซึ่งประเมินทุกเดือน ประเด็นที่ประเมิน เช่น ความสะอาดของหน่วยบริการ การมีเครื่องมือที่จำเป็น และพร้อมใช้งาน ฯลฯ ส่วนที่สอง (ร้อยละ 60) จ่ายตามผลงานการให้บริการ เช่น ความครอบคลุมของการดูแลก่อนคลอด การทำคลอดโดยบุคลากรที่มีทักษะ การฉีดวัคซีน ฯลฯ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ P4P จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มประมาณร้อยละ 25-30 จากเงินเดือนปกติ โดยค่าตอบแทนถูกจ่ายรวมกับเงินเดือน (26)

การออกแบบตัวชี้วัด

การศึกษาในหลายประเทศพบว่าผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่า ตัวชี้วัดคุณภาพในโครงการ P4P ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่สะท้อนปัญหาด้านคุณภาพบริการ ไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางกลุ่ม ไม่เหมาะสมกับเศรษฐฐานะของคนในพื้นที่ (19) เช่น ในประเทศแทนซาเนีย ตัวชี้วัด “จำนวนการคลอดที่โรงพยาบาล” ไม่อาจยืนยันว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพได้ เพราะตัวชี้วัดดังกล่าวไม่บ่งชี้ถึงทักษะการดูแลก่อนคลอด ทักษะการทำคลอดของบุคลากร การใช้เครื่องมืออุปกรณ์หรือการใช้อย่างที่เหมาะสม (27) การศึกษาในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (21) พบว่าการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับบริการที่ทำได้ดีอยู่แล้วอาจไม่มีประโยชน์ เนื่องจากไม่ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ เช่น ร้อยละความครอบคลุมของการให้วัคซีน

ตัวชี้วัดที่กำหนดให้ผู้ป่วยต้องมาใช้บริการที่หน่วยบริการอาจทำให้กลุ่มคนด้อยโอกาส เช่น ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการยังคงเข้าไม่ถึงบริการ และมี

ความไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการสุขภาพเช่นเดิม ดังนั้น ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านสำหรับกลุ่มคนด้อยโอกาสน่าจะมีประโยชน์ในการช่วยให้คนกลุ่มนี้ได้รับการดูแล และเข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น (28)

การบันทึกข้อมูล

การศึกษาในประเทศสวีตเซอร์แลนด์เมื่อปี 2557 (29) พบว่าการบันทึกข้อมูลด้านการรักษาในฐานข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการของหน่วยบริการได้ ดังนั้นผู้จ่ายเงินควรสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง (19, 24, 29) เช่น

- การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการสนับสนุนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลที่ใช้งานง่าย และได้มาตรฐาน
- การอบรมบุคลากรเพื่อให้สามารถบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง
- ควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการเก็บ และบันทึกข้อมูล เนื่องจากมีรายงานว่าผู้ให้บริการใช้เวลาค่อนข้างมากสำหรับการบันทึก และรายงานข้อมูลตัวชี้วัด
- ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาในมุมมองผู้ป่วย เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ความคิดเห็นของผู้ป่วย ในบางประเทศ ไม่มีการบันทึกในฐานข้อมูล ดังนั้นหากผู้จ่ายเงินหรือผู้ให้บริการต้องการนำมาใช้เป็นตัวชี้วัด อาจต้องใช้แนวทางอื่นในการประเมินผล

คุณภาพบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของ P4P ต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางพบว่า แนวทางการดำเนินนโยบาย P4P ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงมีความหลากหลาย และเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การออกแบบนโยบาย (เช่น ตัวชี้วัดที่ใช้ จ่ายค่าตอบแทนให้ใคร) วงเงินงบประมาณ การสนับสนุนด้านวิชาการ ปัจจัยด้านบริบทของแต่ละพื้นที่ ฯลฯ (17, 21) ตัวอย่างผลของ P4P ต่อจำนวนการใช้บริการและคุณภาพบริการ มีดังนี้

- ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการทางการแพทย์ ในประเทศฟิลิปปินส์มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านการดูแลรักษาอาการป่วยทั่วไปของเด็ก (30) พบว่าคะแนนคุณภาพบริการซึ่งพิจารณาจาก 5 ปัจจัย ได้แก่ การบันทึกประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การทดสอบหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และแผนการรักษา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 76 ในระยะเวลา 3 ปี ในขณะที่จำนวนครั้งของการใช้บริการไม่เพิ่มขึ้น
- ช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ผู้ให้บริการในประเทศไต้หวันปฏิบัติตามแนวทางการรักษา (clinical practice guideline) มากขึ้น ซึ่งทำให้การเกิดอาการแทรกซ้อนจากเบาหวานลดลง และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน (22, 31, 32)
- ผลสำเร็จของตัวชี้วัดบางตัวอาจต้องอาศัยมาตรการอื่นร่วมด้วย เช่น การนำ P4P เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะในจังหวัด Ningxia ประเทศจีน (33) โดยมีตัวชี้วัดคือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการส่ง

จ่ายยาปฏิชีวนะ (ชนิดรับประทานและชนิดฉีด) ทำให้ลดการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดได้ประมาณ ร้อยละ 15 แต่ต้องนำมาตรการการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และกฎระเบียบเรื่องการจัดการ ผลประโยชน์ทับซ้อนมาใช้ประกอบ

ทัศนคติและพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการแพทย์

จากการสอบถามทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานจากหลายประเทศทั้งในแถบเอเชียและตะวันตก (15, 19, 27) พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบาย P4P โดยให้เหตุผลว่าช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมการประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น ส่วนในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่ นโยบาย P4P ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เปลี่ยนพฤติกรรมระยะสั้น แต่เมื่อติดตามระยะยาวพบว่า พฤติกรรมบริการกลับมาเป็นเหมือนเดิม (21)

ผลกระทบต่อผู้มารับบริการ

ผลกระทบของนโยบาย P4P ต่อผู้มารับบริการมีความหลากหลาย ดังตัวอย่าง

- ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของกลุ่มคนด้อยโอกาส ในประเทศแถบละตินอเมริกา นโยบาย P4P ช่วยให้เด็ก ผู้หญิง และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการด้านป้องกันโรคมมากขึ้น เช่น การฉีดวัคซีน การให้สุขศึกษาที่โรงเรียน การฝากครรภ์ (21)
- ลดรายจ่ายของครัวเรือน การศึกษารายจ่ายครัวเรือนในประเทศคองโกพบว่าครัวเรือนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีนโยบาย P4P มีรายจ่ายลดลงร้อยละ 64 เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีนโยบาย P4P ซึ่งมีรายจ่ายครัวเรือนลดลงร้อยละ 22 (17)
- ในด้านความพึงพอใจและการรับรู้ของผู้ป่วย ผลการศึกษาที่มีความหลากหลาย มีทั้งที่ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และไม่เปลี่ยนแปลง ดังตัวอย่าง
 - ประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีนโยบาย P4P มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่ไม่มีนโยบาย P4P ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าก่อนที่จะมีนโยบาย สุขภาพของกลุ่มเป้าหมายแย่มาก และนโยบาย P4P ทำให้คุณภาพบริการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (30)
 - ประเทศแทนซาเนีย พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีนโยบาย P4P มีระดับความพึงพอใจและการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างจากผู้ป่วยในพื้นที่ที่ไม่มีนโยบาย P4P (17)

ผลที่ไม่พึงประสงค์ของนโยบาย

การดำเนินนโยบาย P4P อาจเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ ดังนี้

- ผู้ปฏิบัติงานอาจใช้วิธีการหรือเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ไม่เหมาะสม หรือให้ข้อมูลเท็จแก่ประชาชนเพื่อให้สถานพยาบาลผ่านการประเมินตามตัวชี้วัด (27) เช่น ในจังหวัด Mvomero ประเทศแทนซาเนีย ซึ่งเป็นเขตชนบท หญิงตั้งครรภ์นิยมคลอดที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัด P4P เพื่อให้มีการคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น แต่กลับพบว่าบุคลากรของ

โรงพยาบาลใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การให้ข้อมูลเท็จเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล เช่น บอกกับหญิงตั้งครรภ์ว่าหากคลอดที่บ้านอาจต้องเสียค่าปรับ อาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะเครื่องมือไม่สะอาด อาจไม่ได้รับสูติบัตร หรือเด็กจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีน เป็นต้น

- บุคลากรทางการแพทย์อาจเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยเลือกให้บริการเฉพาะงานหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ค่าตอบแทน โดยอาจจะเลยบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น หรือไม่สนใจผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผลการรักษาอาจไม่ค่อยดี (19, 21, 22, 26, 32, 34)
- บันทอนอุดมการณ์ และความเป็นวิชาชีพ เนื่องจากเป้าหมายการทำงานเปลี่ยนไปเป็นการได้ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นมากกว่าคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย (15, 19, 21, 22, 34)
- การบันทึกข้อมูลเท็จในฐานข้อมูลเพื่อให้ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น (21)
- การจ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด P4P โดยเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับ P4P ไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม ทำให้เกิดการจ่ายเงิน 2 ระบบในหน่วยงานเดียวกัน เกิดความเหลื่อมล้ำเรื่องค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ รวมถึงมีผลเสียต่อการประสานงานระหว่างแผนกภายในหน่วยบริการเดียวกัน (22, 26)

1.1.2 การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ

บริการปฐมภูมิในประเทศไทย

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศตามมาด้วย เช่น โรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมเพิ่มขึ้น การจัดการบริการเชิงรับที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลอาจไม่สามารถสนองต่อความต้องการบริการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีการปรับรูปแบบการจัดการบริการที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับชุมชนและครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการเข้ากับระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การให้บริการปฐมภูมิในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น

- ความไม่พร้อมของระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร บุคลากรมีภาระงานมาก การขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และงบประมาณ (35-40)
- ความไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องของนโยบาย (38)
- การจัดสรรค่าตอบแทนที่ไม่ได้อิงตามภาระงานที่ได้รับมอบหมาย (41)
- ประชาชนไม่เชื่อมั่นต่อความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้าน เครื่องมือ บุคลากร และคุณภาพยา (42)

สมรรถนะของผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยมีปัญหาหลายประการดังที่กล่าวข้างต้น ในส่วนของสมรรถนะของผู้ให้บริการในหน่วยบริการในพื้นที่ต่างๆ ก็มีข้อจำกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น

- พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดเชียงใหม่มีสมรรถนะด้านการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นตามมาตรฐานในระดับปานกลาง (43)
- ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขตภาคกลาง การดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ตรงตามมาตรฐานมากถึงร้อยละ 82 (44)
- การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care, CUP) อำเภोजุน จังหวัดพะเยา มีปัญหาด้านการสื่อสารในบางพื้นที่ การบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ การส่งต่อข้อมูล และการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานกลับไปยัง รพ.สต. ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยทำได้เพียงร้อยละ 13 เท่านั้น (45)

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโครงการรณรงค์ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อใช้ในโครงการ โดยการศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการรณรงค์ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

3. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพในการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิธีการเก็บข้อมูล

- (1) การทบทวนเอกสาร เอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานการวิจัย คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการประชุม รายงานการประชุม และเว็บไซต์ ที่จัดทำโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สำนักงานเขตของ สปสช. สธ. และหน่วยงานในสังกัด สถาบันวิจัยต่างๆ เป็นต้น
- (2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 5 มิถุนายน 2558 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2558) นักวิจัย HITAP เป็นผู้สัมภาษณ์ โดยกำหนดแนวคำถามไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก) นักวิจัย HITAP ปรีक्षाเจ้าหน้าที่ สปสช. เพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้จัดการโครงการ QOF ในระดับประเทศ เขต และจังหวัด และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกและสัมภาษณ์มีดังนี้
 - ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ จำนวน 7 ท่าน
 - ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ (รวมทั้งเขต กทม.) จำนวน 4 ท่าน

- (3) การสนทนากลุ่ม นักวิจัยของ HITAP เป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดประเด็นการสนทนาไว้ล่วงหน้า (ภาคผนวก) นักวิจัยของ HITAP ปรึกษาเจ้าหน้าที่ สปสช. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็น การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์และขั้นตอนการคัดเลือก ดังนี้
- ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF จาก 12 เขต (ยกเว้น เขต 13 กทม. ซึ่งใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูล)
 - ในแต่ละเขตเลือกจังหวัดที่มีเครือข่ายคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ที่มีคะแนน QOF สูงที่สุดและต่ำที่สุดในเขตนั้นๆ ต่อจากนั้นเลือกหน่วยงานในแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 1 หน่วยงาน โดยให้ 12 หน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกมีหน้าที่และคุณลักษณะที่แตกต่างกัน ได้แก่ หน่วยบริการประจำสังกัด สธ. หน่วยบริการประจำภาคเอกชน หน่วยบริการประจำภาครัฐ นอกสังกัด สธ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สสอ.
 - เลือกผู้แทนของหน่วยงานๆ ละ 1 ท่าน รวม 12 ท่าน (ตามคำแนะนำของ สปสช. เขต) ในจำนวนนี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จาก สสจ. และ สสอ. รวมถึงพยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ

นักวิจัยจัดการสนทนากลุ่มรวม 2 ครั้ง ที่ห้องประชุม HITAP ภายในกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2558 ผู้เข้าร่วมการสนทนาประกอบด้วยผู้แทนจากเขต 1-6 และครั้งที่ 2 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2558 ผู้เข้าร่วมการสนทนาประกอบด้วยผู้แทนจากเขต 7-12 โดยมีที่ปรึกษาจาก สปสช. 1 ท่านเข้าร่วมการประชุมในฐานะผู้สังเกตการณ์

หมายเหตุ : ในการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม นักวิจัยบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการสนทนาโดยใช้เครื่องอัดเสียง และเก็บเป็นไฟล์เสียงในรูปแบบ MP3 โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

3.2 วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) หลังจากนั้นนำบทสัมภาษณ์ และบทสนทนาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เริ่มจากการค้นหาประเด็นหลัก (themes) จากการอ่านบทสัมภาษณ์ และบทสนทนาทั้งหมด แล้ววิเคราะห์รายละเอียดที่สอดคล้องกับแต่ละประเด็นหลัก รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารตามประเด็นหลักดังกล่าว

3.3 วิธีประกันคุณภาพของงานวิจัย

นักวิจัยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งที่เป็นเอกสารและบุคคล จนมั่นใจว่าเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF รวม 2 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2558 ที่โรงแรมริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากกรมวิชาการของ สธ. นักวิชาการ ผู้แทน สปสช. ส่วนกลางและระดับเขต รวม 27 ท่าน
- ครั้งที่ 2 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2558 ที่โรงแรมริชมอนด์ สไตลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้แทนจาก สสจ. ผู้แทนจาก สสอ. ผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้แทนจากรพช. สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค ผู้แทนเครือข่ายภาคประชาชน ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย ผู้แทนจากสถานพยาบาลภาคเอกชน รวม 31 ท่าน

ในการประชุมทั้งสองครั้งมีที่ปรึกษาจาก สปสช. และผู้เชี่ยวชาญจาก NICE และ University of Birmingham สหราชอาณาจักร เข้าร่วมสังเกตการณ์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เข้าร่วมท่านอื่นๆ

นักวิจัย HITAP นำความคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เข้าร่วมมาพิจารณา และใช้ประกอบการแก้ไขปรับปรุงรายงานการวิจัย เพื่อจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติเพื่อดำเนินโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม.970/2558 ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิทธิของอาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิในการไม่ตอบคำถามหากรู้สึกไม่สบายใจ และการรักษาความลับของข้อมูล หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล โดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผลการศึกษา

4.1 การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนเริ่มโครงการ QOF

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ให้ความสำคัญต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ดังจะเห็นได้จากการกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ควบคู่กับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในทางปฏิบัติกลไกด้านการเงินการคลังได้ถูกนำมาใช้โดย สปสช.

ตารางที่ 1 งบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพปี 2550-2558 (บาท/ประชากร UC ยกเว้นงบ PP เป็นบาทต่อประชากรทุกสิทธิ)

ปีงบประมาณ	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
งบ P4P	20	20	20	40	30	5	4.76	0	0
						IP เขต ไม่เกิน 15	IP เขต ไม่เกิน 15	IP เขต ไม่เกิน 20	IP เขต ไม่เกิน 20
● Primary care	20	8.7	10	20	5				
● Hospital care		11.3	10	20	20	5 + IP เขตไม่ เกิน 15	4.76 + IP เขต ไม่เกิน 15	ไม่เกิน 20	ไม่เกิน 20
งบ On top (ปฐมภูมิ)				12.7	22.9	27	30		
งบ QOF (ปฐมภูมิ)								32	37
งบ PP quality performance					5	7.42	25	20	20

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: IP (inpatient): งบผู้ป่วยใน, PP (health promotion and disease prevention): งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สปสช. ใช้กลไกด้านการเงินการคลังเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของบริการทั้งด้านรักษาและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ (46) หรือเรียกว่า งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (งบ P4P) ซึ่งเป็นงบประมาณที่จัดสรรตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการให้กับ

หน่วยบริการเพิ่มเติมตามผลการให้บริการที่มีคุณภาพตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ การสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการตระหนักถึงการพัฒนาการให้บริการให้บรรลุถึงคุณภาพตามทิศทางที่กำหนดไว้ และคาดหวังว่าจะเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เริ่มดำเนินการในปี 2550 ในปีแรกมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิ จำนวน 20 บาทต่อหัวประชากร UC ต่อมาในปี 2551 ได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิและคุณภาพผลงานโรงพยาบาล (hospital care) จัดสรรให้ผลงานบริการปฐมภูมิ 8.7 บาทต่อหัวประชากร UC และผลงานโรงพยาบาล 11.3 บาทต่อหัวประชากร UC และมีการจัดสรรงบประมาณต่อมาจนถึงปัจจุบัน แต่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินดังแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ตัวเลขดังกล่าวได้ถูกกำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ได้มีทำการศึกษาหรืออ้างอิงมาจากหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างตัวชี้วัดคุณภาพผลงานโรงพยาบาล ในปี 2554 ประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพบริการระดับกิจกรรมและระดับผลลัพธ์ เช่น มาตรฐานหน่วยบริการ (สถานะการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) คุณภาพระบอบยา ความสมบูรณ์การบันทึกเวชระเบียน การรายงานข้อมูลเฝ้าระวังคุณภาพบริการ) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือด และสุดท้ายตัวชี้วัดผลงานโรงพยาบาลโดยเขตพื้นที่กำหนดเอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผลการรับรองมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 19.6 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 28.3 ในปี 2554 (47) ซึ่งเป็นอัตราส่วนสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ การรับรอง HA เป็นกลไกที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ มีการบริหารงานที่เป็นระบบ และมีกำลังคนที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้สังคมเกิดความเชื่อมั่นต่อสถานพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ และไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย (48) ในด้านอัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีการประเมินในสามส่วน คือ ความครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน การทบทวนเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ประโยชน์จาก เวชระเบียน พบว่าค่าเฉลี่ยของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ที่ร้อยละ 61 ในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 80 ในปี 2553 แต่ลดลงมาที่ร้อยละ 68 ในปี 2554 ในประเด็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล พบว่าหลังจากที่ใช้ตัวชี้วัดนี้สำหรับจัดสรรงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (ปี 2554) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นจากเดิมเกือบ 2 เท่า ในลักษณะเดียวกันร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32 ในปี 2554 (47) จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานโรงพยาบาลช่วยเพิ่มมาตรฐานหน่วยบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการตามตัวชี้วัดข้างต้น

ในปี 2553 เริ่มมีงบประมาณสำหรับพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิ โดยการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (มักเรียกว่า "การจ่าย on-top หรือ on-top payment) จำนวน 12.7 บาท ต่อหัวประชากร UC และเพิ่มขึ้น

เป็น 22.9 บาท ต่อหัวประชากร UC ในปี 2555 ได้มีการรวมงบประมาณ P4P สำหรับบริการปฐมภูมิ เป็น งบประมาณ on-top ทั้งหมด เป็น 27 บาท ในปี 2555 และ 30 บาท ในปี 2556 โดยงบประมาณส่วนนี้เน้น ที่การพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิให้ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ซึ่งในขณะนั้นมีหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ การขึ้นทะเบียนอยู่มากกว่า 60% ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากข้อจำกัดด้านกำลังคน สปสช. จึงใช้กลไกด้านการเงิน กระตุ้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานครอบคลุมการพัฒนากำลังคนเพื่อให้มี บุคลากรประเภทต่างๆ เพียงพอในการจัดบริการปฐมภูมิใน รพช. และ รพ.สต. อีกทั้งมีการพัฒนาตัวแบบ (model) สำหรับการบริหารจัดการรวมทั้งการสร้างความร่วมมือระหว่าง รพช. และ รพ.สต. ใน CUP ในด้าน การพัฒนากำลังคน การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในโครงการดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราส่วนของ บุคลากรประจำสถานพยาบาลต่อประชากร โดยที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้จ่ายเงินที่ชัดเจน เช่น นำไปใช้เป็นทุนการศึกษา และสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน เป็นต้น

“... เราอยากให้ รพ.สต. มีศักยภาพเป็นที่พึ่งชาวบ้านได้ อย่างน้อยที่สถานีอนามัยขอให้มีพยาบาล วิชาชีพเบื้องต้น ต่อมาพยาบาลวิชาชีพไม่พอขณะตอนที่ on top ขอเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นเวชปฏิบัติไปเรียน 4 เดือน การไปเรียน 4 เดือนหมายความว่ามันจะมีเงินก้อนหนึ่งเอาไปส่งพยาบาลเรียน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

ปัจจัยเชิงบริบทที่สำคัญที่มีผลต่อระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ ได้แก่ การยกระดับสถานีอนามัย (สอ.) เป็น รพ.สต. ในช่วงปี 2552 ส่งผลให้เกิดความต้องการบุคลากรสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การจ่ายเงิน on-top ของ สปสช. จึงสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังประสบความสำเร็จในแง่การเพิ่มจำนวนและ ศักยภาพของบุคลากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และนัก กายภาพบำบัด เช่น การสำรวจโดยสภากายภาพบำบัดในปี 2556 พบว่าประมาณ 97% ของ CUPs มีนัก กายภาพบำบัดอย่างน้อย 1 คน และมากกว่า 50% ของ รพช. มีนักกายภาพบำบัด 2 คนขึ้นไป (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

“... เพิ่มได้ระดับนึงเพราะเงินมันจะพาลิ่งดีๆ ตามมา ตอนแรกมันเป็นเรื่องของ P4P มันเป็นเชิง input ... ต้องมีนักกายภาพ structure เป็นหลัก นักกายภาพเข้ามาสู่ระบบเยอะมาก ... มีตัวชี้วัดอยู่ที่นัก กายภาพ อันนี้ถือว่าเป็นโอกาสคือนักกายภาพเข้าสู่กระบวนการเข้าสู่ระบบ ซึ่งแต่ก่อนไม่มีใครคิดว่านัก กายภาพจะเข้ามาสู่ระบบของสาธารณสุขได้มากขนาดนี้ ถ้าเอานักจิตวิทยาเข้ามาผมว่าก็เหมือนกัน ก็เอาเงิน นำมันก็จะได้ระดับนึง” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3)

ในขณะที่การศึกษาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ในปี 2554 (49) พบว่า สอ. หรือ รพ.สต. ที่ได้รับงบ on-top มีสมรรถนะดีกว่าหน่วยบริการที่ไม่ได้รับงบในด้านการ จัดระบบสนับสนุนเชื่อมโยงบริการ และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง แต่หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการ จัดสรรงบประมาณถูกวิพากษ์ว่าเป็นการเอื้อต่อ สอ. หรือ รพ.สต. ที่สามารถพัฒนาตัวเองได้แล้ว มากกว่าจะ ช่วย สอ. หรือ รพ.สต. ที่ขาดแคลนกำลังคน และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มในงานวิจัยนี้ชี้ว่า โครงการจ่ายเงิน on-top มีปัญหาจากการประเมินตนเอง

ของหน่วยบริการบางแห่ง ซึ่งมีการรายงานแบบไม่ตรงไปตรงมา เช่น มีการย้ายบุคลากรไปอยู่ที่หน่วยบริการ เป็นการชั่วคราว แต่มีการส่งข้อมูลมาที่ สปสช. โดยทำให้เข้าใจว่าเป็นบุคลากรประจำ

“... เราให้ สปสช.เขต แล้วก็ให้หน่วยบริการไปประเมินกันเอง เรื่องโครงสร้างว่ามีพยาบาลเวทฯ ไปอยู่ตรงนี้ไหม ให้เขาประเมินตัวเองมา บางทีก็อาจจะซื่อสัตย์ก็ตรงไปตรงมานะ บางทีอาจจะแบบว่า ก็เหมือนตรงนี้ไม่มีก็ย้ายไปอยู่ชั่วคราวคือมันมี tactic นะ เหมือนหาเงินเข้าพื้นที่” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

ส่วนการดำเนินงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น ได้แก่ โครงการพัฒนาและให้รางวัลคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award, PCA_CUP & PCU) ที่เริ่มขึ้นในปี 2555 โดยสำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) (50) อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ชี้ว่า โครงการดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ มีจุดอ่อนอยู่ที่การประเมิน ส่วนหนึ่งอาศัยการประเมินด้วยตนเอง ตัวชี้วัดบางตัวเป็นนามธรรม และขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สธ. ในการพัฒนาหน่วยบริการเพื่อให้ผ่านการประเมินในระดับต่างๆ (แตกต่างจากการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่ สธ. จัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาล) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาบริการปฐมภูมิในช่วงก่อนดำเนินโครงการ QOF คือ ความเข้าใจ และความคิดเห็นที่แตกต่างในระดับนโยบายระหว่าง สปสช. กับ สธ. แต่ก็พบว่าการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันในระดับเขต และพื้นที่ระหว่าง สปสช. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้รับผิดชอบระบบอำเภอสุขภาพ (District Health System, DHS) ของ สธ. และหน่วยบริการ โดยได้รับการสนับสนุนจากนักวิชาการในสถาบันอุดมศึกษาจากส่วนกลาง และในพื้นที่

ในปี 2554 เริ่มมีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 5 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ์ และนำมาบริหารจัดการร่วมกับงบ P4P ในปี 2555 และ 2556 ได้เพิ่มจำนวนงบประมาณเป็น 7.42 บาท และ 25 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ์ตามลำดับ โดยบริหารจัดการแยก และในปี 2557 และ 2558 ได้จัดสรรงบประมาณ 20 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ์ และนำมาบริหารจัดการร่วมกับงบ QOF ภายใต้ชุดตัวชี้วัดของโครงการ QOF ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการต้องการให้มีการประเมินบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้เห็นผลงานที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ก็ประสบกับปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลเช่นเดียวกัน เช่น การ “คีย์” หรือป้อนข้อมูลจากผู้ให้บริการที่ล่าช้า มีข้อมูลบางส่วนไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน และระบบบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้มีเงินค้างจ่ายอยู่ที่ สปสช. เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้มีผู้ให้ความเห็นว่า การที่สถานพยาบาลต้องคีย์ข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมายัง สปสช. นับเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากรประจำสถานพยาบาลนั้นๆ

ในปี 2557 เริ่มมีการใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาตนเอง และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนดภายใต้โครงการ QOF โดยมีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 32 บาทต่อหัวประชากร UC และเพิ่มเป็น 37 บาทต่อหัวประชากร UC ในปี 2558 ใช้กลไกการบริหารงบประมาณร่วมกับงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดย สปสช.ส่วนกลางจะ

จัดสรรงบประมาณมาให้เขตเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (global budget) ตามจำนวนประชากร เขตมีหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณให้เครือข่ายบริการในพื้นที่ตามผลงานภาพรวมของ CUP โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมจากคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

“เวลาเราจ่ายเงินตามข้อมูล เขาจะคีย์กันกระหน่ำ บริการจริง ไม่จริง ใส่เข้ามา เพื่อดึงเงิน ... เอาข้อมูล 10 items ตรงนั้นมาจ่าย แต่อันอื่นไม่ได้เอามาใช้ ... คือ 10 items นี้ เรากันเงินไว้กองกลาง ข้อมูลเข้าเข้ามาแล้วเงินก็ค้างท่อ เงินเหลือติดอยู่ที่เรายัง จ่ายไม่ออก ข้อมูลเข้ามาทีไรจะถูกตีอีก ไม่ครบตามข้อกำหนดอะไรต่างๆ ... ข้อมูลก็เข้ามาเยอะแต่ก็ถูกตีเยอะ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ QOF ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายของ สปสช. ที่มุ่งเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิได้ถูกแปลงสู่การปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังจากนั้นมีการพิจารณาทบทวนยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งทำให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งคำถามถึงการจ่ายเงิน on-top เพื่อการพัฒนาโครงสร้างของบริการปฐมภูมิใน 2 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างควรเป็นบทบาทของ สปสช. หรือไม่? และการลงทุนเพิ่มกำลังคนในระบบทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อคุณภาพบริการ และสุขภาพของประชาชนอย่างไร? เช่นเดียวกับสำนักงานประกันสุขภาพก็มีคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดสรรเงินที่เน้นไปที่การเพิ่มปัจจัยนำเข้าหรือ inputs (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4) คำถามดังกล่าวได้ทำให้ สปสช. ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์มาเป็นการจ่ายเงินตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพและผลงาน

“จาก structure คล้ายๆ ว่าไม่ใช่ function ของ สปสช. แล้วการทำแบบนั้นการที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ตกลงมันสะท้อนเรื่องการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างไรหรือมีแต่คน ไม่ function มันก็มี question จากระดับบริหารว่า ลงทุนทำเรื่อง on top structure มา 3-4 ปี ... มีพยาบาลไปอยู่สถานีนามัยแล้ว ตกลงเกิดอะไรขึ้นที่ดีกับประชาชนบ้าง ก็เลยมีตัวชี้วัดทางด้าน care และ PP เข้าไป” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

สปสช. ได้ทบทวนรูปแบบการใช้กลไกด้านงบประมาณเพื่อให้เกิดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือการจ่ายเงินซื้อผลลัพธ์ (P4P หรือ Value-based Purchasing) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสหราชอาณาจักร (4) แล้วพบว่า Quality Outcomes Framework หรือ Quality and Outcomes Framework (QOF) ที่ใช้อยู่ใน NHS ของอังกฤษ และเวลส์ เป็นรูปแบบที่อาจจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับระบบบริการสุขภาพของไทยได้

ในปีงบประมาณ 2557 สปสช. เริ่มดำเนินโครงการ QOF โดยใช้ชื่อ “โครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ” ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้สถานพยาบาลพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด แม้จะนำต้นแบบมาจากประเทศอังกฤษ แต่ สปสช. พิจารณาถึงทรัพยากรและบริบทที่แตกต่างกัน และประสบการณ์การทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสังกัด สธ. ในการจ่ายเงิน on-

top ทำให้ สปสช. คาดการณ์ได้ถึงข้อจำกัด และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น เช่น ระบบรายงานผลงาน ฐานข้อมูล และการประสานความร่วมมือในระดับนโยบาย เป็นต้น รวมทั้งมีความเข้าใจว่าโครงการ QOF อาจจะไม่มีความประสิทธิผลเท่าที่ควร และการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยนอกเหนือจากโครงการ QOF เนื่องจากกลไกด้านการเงินการคลังเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของ Health Systems Building Blocks การที่จะขับเคลื่อนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพยังต้องการการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบอื่นๆ ไปพร้อมกัน (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

“มันเหมือนคุณพยายามเอาข้าวพันธุ์ดีๆ มาลงแปลงนาที่เจ้าของไม่ยักบำรุงเท่าไร แต่บอกว่าอยากได้ผลลัพธ์ ผลผลิตจำนวนเยอะด้วยและได้หอมมะลิแบบต้นพันธุ์ เป็นไปไม่ได้ เราต้องยอมรับ เราพยายามทำอะไรให้ได้มากที่สุด ทำ ทำหลายอย่าง ถึงบอกว่า QOF ในการ operate อันนี้มันไม่ได้ใช้ไม่ได้เลย ... เราไม่ได้บอกว่าคะแนน QOF คือตัวสะท้อนคุณภาพ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

ดังนั้น สปสช. จึงให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนามากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยต้องมีการสร้างการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้หน่วยงานเหล่านั้นมีความสามารถที่จะกำหนดข้อตกลงหลักเกณฑ์ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และแก้ไขปัญหาได้ในระดับเขต จังหวัด และพื้นที่ (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สปสช. ตระหนักว่าในการดำเนินโครงการ QOF จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบรายงานและฐานข้อมูลการให้บริการเพื่อให้มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ และได้จัดให้กลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ และสุ่มตรวจร่วมกับ สปสช. เขต และ สสจ. (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

“... ผู้มีส่วนได้เสียเห็นชอบร่วมกัน มันไม่ควรจะเป็น สปสช. จะเอาอย่างนี้ ไม่ใช่ ... การทำแบบนี้จะเป็น process ของการพัฒนา ผมไม่ได้คิดว่าเอา QOF มาเป็นค่า standard ทั่วประเทศและแข่งกันทุก CUP ข้อมูลมัน over under ทำไปคือมันเอาชยะมาดูกัน ... อยากจะให้ระดับเขตจังหวัดและหน่วยบริการเขาได้รับรู้ตกลงกัน ต่อรองกัน ตรวจสอบกันได้ ... เขารู้กันอยู่แบบนี้มันโกหกก็ไปตรวจสอบกัน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

ประเด็นที่สำคัญประการหนึ่งเกี่ยวกับการออกแบบโครงการ QOF ได้แก่การจ่ายเงินตามคะแนนคุณภาพและผลงานโดยรวมไปที่ CUP เพื่อให้กระจายต่อไปที่ รพ.สต. ในเครือข่าย โดยมีเหตุผลว่าต้องการให้ รพช. และ รพ.สต. ปรีกษาหารือและทำงานร่วมกัน การประเมินผลก็จะประเมินทั้งเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดด้านที่ 3 คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ หากสามารถทำได้ดีแล้ว ก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพและผลงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดด้านที่ 1 และ 2 ดีขึ้นตามไปด้วย แต่ทั้งนี้ สปสช. มีสมมติฐานว่า รพช. ที่เป็นผู้นำจะต้องดูแล รพ.สต. ในเครือข่ายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

หลังจากเริ่มดำเนินโครงการ QOF ประมาณ 6 เดือน สปสช. มีแผนที่จะติดตาม “สำรวจ” หรือ survey เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานภายใต้โครงการของหน่วยงาน และสถานพยาบาลระดับต่างๆ อยู่แล้ว โดยแต่งตั้งคณะกรรมการสำรวจ/ตรวจเยี่ยมของแต่ละเขต และใช้ประโยชน์จากข้อมูลคะแนนที่มีอยู่เป็นราย

CUP ในการพิจารณากำหนดแนวทางพัฒนาคุณภาพรวมทั้งแก้ไขปัญหา แพลนดังกล่าวได้รับการอนุมัติรวมทั้งมีงบประมาณรองรับในปี 2557 (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4) แม้จะไม่ได้มีการดำเนินการตามแผนอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม แต่ในบางพื้นที่ได้มีการสร้างทีมสำรวจไปติดตามเยี่ยมชม ให้คำแนะนำ รวมทั้งมีความร่วมมือระหว่าง สปสช. เขต กับสถาบันการศึกษา เช่น วิทยาลัยพยาบาล เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความรู้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3) ในขณะที่ในบางเขตก็เริ่มมีข้อสังเกตเกี่ยวกับความผิดปกติของข้อมูลบางประการ ทำให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีกลไกการตรวจสอบ และประเมินความถูกต้องของข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัด QOF ในอนาคต

“... ผลงานบางเรื่อง เกินค่าที่พึงเป็น ... เช่น การทำแบปัสเมียร์จะให้เฉียด 70-80 เปอร์เซ็นต์มันง่าย มั้ย มันไม่ง่าย แต่ผลงานมันขึ้นมาได้ มันก็ต้องสงสัยแล้วว่าทำไมมันทำได้เยอะขนาดนั้น ... ที่นี้คนของเราก็ต้องไป audit แล้วขอไปดูพื้นที่ ตอนนี้อย่างไม่ได้ไปดู เราตั้งเป้าไว้ปีหน้าถ้าเกิดข้อมูลอะไรที่เราสงสัยจะขอเข้าไป audit ... มันไม่ใช่ธรรมชาติแน่ที่จะไปตรวจแบปัสเมียร์” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3)

4.3 ตัวชี้วัดและการพัฒนาตัวชี้วัด

ในปี 2557 และ 2558 ตัวชี้วัด QOF ประกอบด้วยตัวชี้วัด 4 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ

ด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กรการเชื่อมโยงบริการระบบส่งต่อและการบริหารระบบ และ

ด้านที่ 4: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2558 (คะแนนรวม 1,000 คะแนน)

<p>ตัวชี้วัดด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่น้อยกว่า 200 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>1.1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ (50 คะแนน)</p> <p>1.2 ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (50 คะแนน)</p> <p>1.3 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (50 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>1.4.....</p> <p>1.5.....</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ (ไม่น้อยกว่า 200 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>2.1 สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /โรงพยาบาล (50 คะแนน)</p> <p>2.2 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากโรคหืด (50 คะแนน)</p> <p>2.3 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน (50 คะแนน)</p> <p>2.4 อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคความดันโลหิตสูง (50 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>2.5.....</p> <p>2.6.....</p>
<p>ตัวชี้วัดด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ (100 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดกลาง</p> <p>1.1 ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล (25 คะแนน)</p> <p>1.2 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน (25 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>1.3.....</p> <p>1.4.....</p>	<p>ตัวชี้วัดด้านที่ 4: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่ (ไม่น้อยกว่า 200 คะแนน)</p> <p>ตัวชี้วัดพื้นที่</p> <p>คณะกรรมการระดับเขตและจังหวัด ร่วมพิจารณาตัวชี้วัดระดับพื้นที่</p>

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4)

ในการพัฒนาตัวชี้วัด QOF ในระยะเริ่มแรกไม่ได้มีการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเพื่อประกอบการพิจารณา แต่ดำเนินการโดยพิจารณาจากตัวชี้วัดของ สธ. และตัวชี้วัดเดิมของ สปสช. เช่น ตัวชี้วัด

ด้านที่ 1 เป็นตัวชี้วัดของ สธ. ตัวชี้วัดด้านที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดเดิมที่ใช้จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการระดับ ปฐมภูมิ และนำตัวชี้วัดโครงสร้างบางตัวที่เคยใช้สำหรับการจ่าย on-top มาเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดด้านที่ 3 นอกจากนี้ยังมีหลักการอีกประการหนึ่งคือการเลือกตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับปัญหา และนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ของประเทศ กล่าวคือเป็นเรื่องที่ต้องการ “ชี้ทิศ” ให้มีการปฏิบัติ และติดตามประเมินผล ซึ่งเรียกว่า ตัวชี้วัด กลาง ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มีจำนวนไม่มาก มีข้อกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งนำไปใช้ แต่เขตต่างๆ อาจให้ น้ำหนักคะแนนไม่เท่ากัน เช่น ตัวชี้วัดเรื่องการฝากครรภ์ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการดูแลผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดที่เหลือ เรียกว่า ตัวชี้วัดพื้นที่ หน่วยบริการในแต่ละเขตสามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่ สปสช. จัดทำขึ้น (Shopping List) ไปใช้ตามความเหมาะสมกับบริบท อีกทั้งยังสามารถ พัฒนาตัวชี้วัดอื่นๆ เพิ่มเติมได้ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ (จัดเป็นตัวชี้วัดด้านที่ 4) โดยเป็นข้อตกลง ร่วมกันในระดับเขต ซึ่งถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจ และการพัฒนาระบบบริการให้กับพื้นที่

“การพัฒนาตัวชี้วัดที่ทำมา 2 ปี แตกต่างจากระบบของอังกฤษอย่างสิ้นเชิง อังกฤษเนี่ยเท่าที่ทราบ เริ่มจากดู health need ของประเทศ local health need ดูคุณสมบัติที่ดีของ KPI ก่อนนะ ... แต่ของเรา เนื่องจากเรามีหลายปัญหาเรื่องโน้นเรื่องนี้ ความขัดแย้งอะไรด้วย เราจึงต้องไปเริ่ม เมื่อก็บอกว่าไม่ต้องไป key ใหม่ นะ ประโยค 2 ก็คือเราจะลื้อเอา KPI ที่กระทรวงมีอยู่แล้วเลือกเอามาทำ แล้วถามกลับไปอีกว่าอันนี้ สะดวกใจไหมที่จะให้อยู่ในส่วนกลาง อันนี้สะดวกใจไหมที่จะอยู่ Shopping list” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

อนึ่ง ตัวชี้วัดบางตัวมีจุดมุ่งหมายให้สถานพยาบาลจัดบริการเชิงรุกโดยเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเชิญชวนประชาชนมารับบริการ รวมทั้งออกให้บริการในชุมชนโดยบุคลากรของสถานพยาบาล และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคำนึงถึงความสะดวกของกลุ่มเป้าหมายทั้งในแง่เวลา และสถานที่ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองโรคหรือปัจจัยเสี่ยง แทนที่จะ ตั้งรับอยู่ที่สถานพยาบาล รอให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการเอง

“... ขอว่าฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ได้ไหม เราอยากให้หน่วยบริการหาทางไปช่วยตาม ช่วยกระตุ้น ทาง อสม. ให้มาฝากได้ไหม ถ้าทำอย่างนี้ได้แสดงว่าเหมือนหน่วยบริการไปทำเชิงรุก ... หรือครบ 5 ครั้ง ซึ่งจริงๆ ก็ไม่ใช่เชิงคุณภาพทีเดียว แต่การฝากครรภ์ที่เขาต้องการให้ทำคือ การฝากครรภ์คุณภาพตามข้อเสนอแนะ WHO ... PP เวลาคิดในเชิงคุณภาพก็ยาก outcome ก็ไกลมากและถึงแม้ว่าเราอยากจะวัดเราก็ยังไม่มีระบบ นั้นคือปัญหา ... เหตุผลที่เลือก 2 ตัว เริ่มฝากครรภ์เพราะว่าเราต้องสอดคล้องกับนโยบาย ฝากครรภ์ทุกที่ฟรี ทุกสิทธิ์” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

ผู้ให้ข้อมูลบางท่านกล่าวถึงความเหมาะสมของตัวชี้วัด QOF ว่า นอกจากจะพิจารณาคุณสมบัติทาง วิชาการของตัวชี้วัดนั้นๆ แล้ว ควรคำนึงถึงปัจจัยบริบททั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ร่วมด้วย ในแง่ของ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตัวชี้วัดนั้นนับเป็นไปอย่างจำกัด แม้จะมีการหารือกับกรม ต่างๆ ใน สธ. ก็มีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ (อันเนื่องมาจากความขัดแย้งระหว่างสองหน่วยงาน) จึงทำได้แต่ เพียงการเลือกตัวชี้วัดที่คาดว่าจะไม่เป็นปัญหาในทางปฏิบัติ ในขณะที่หน่วยงานระดับจังหวัด และผู้ให้บริการ สังกัด สธ. ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาตัวชี้วัด

“อันนี้ก็ยอมรับว่าไม่ได้ถามถึงระดับพื้นที่ คำว่าพื้นที่ของผมจึงหยุดอยู่แค่เขต ... คือคุยใน workshop สัมมนา teleconference หลายๆ ครั้ง แต่กับคนปฏิบัติที่อยู่ในพื้นที่ใช้ใหม่ คำตอบคือไม่ใช่ ก็คือคนที่อยู่ที่เขตของ สปสช. เองว่าที่ทำผ่านมาเนี่ยมันทำได้ไหม กำหนด definition ของ KPI แบบนี้เป็นไง” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

อย่างไรก็ตามการที่ สปสช. ให้แต่ละเขตเลือกตัวชี้วัดพื้นที่ และกำหนดหลักเกณฑ์บางส่วนได้เองนั้น ก็เป็นการเปิดโอกาสให้หน่วยงานระดับเขตของ สธ. และ สปสช. รวมทั้งหน่วยบริการได้ออกแบบโครงการ QOF ร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ เช่น นโยบาย “ทีมหมอครอบครัว (Family care team)” ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับหนึ่งในตัวชี้วัดกลางด้านที่ 3 (ร้อยละของประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล) และอาจนำไปสู่การคัดเลือกตัวชี้วัดพื้นที่อีกจำนวนหนึ่งที่สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้เมื่อ CUP มีทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ เข้ามาปฏิบัติงาน นอกจากนี้การคัดเลือกตัวชี้วัดพื้นที่ยังสามารถเชื่อมโยงเข้ากับการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของ สธ. ซึ่งปัจจุบันมีตัวอย่างของการประสานงานที่ดีในบางเขต อีกทั้งในอนาคตผู้บริหารเขตบริการสุขภาพอาจจัดจ้างนักวิจัยในพื้นที่เพื่อช่วยสนับสนุนการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ พัฒนาตัวชี้วัด และติดตามประเมินผล (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

“ที่นี้มีนโยบายของ Family care team ... ตัวชี้วัดพื้นที่เราจะใช้เรื่องหมอครอบครัวโดยให้น้ำหนักค่อนข้างเยอะ แล้วก็ เป็น commitment ร่วมกันระหว่างเรากับเขตของ สธ. ว่าผู้ตรวจจะผลักดันเรื่องนี้ ... เราสนับสนุนงบบฯ ผ่านเกณฑ์ชี้วัดตัวนี้และให้เขาทำ agreement ตัวชี้วัดร่วมกัน ให้เขตทำข้อเสนอมาเลยว่าถ้าจะ achieve เรื่องนี้เขาจะวัดอะไร จะทำ template เกณฑ์ยังไง และให้เขาบริหารจัดการข้อมูลให้กับเรา เปิดโอกาสให้พื้นที่คิดตรงนี้ เป็นอีกตัวหนึ่ง ซึ่งเราให้น้ำหนักเกือบ 300 คะแนนเฉพาะตัวนี้ ... หนึ่ง เขาก็ได้มีส่วนร่วม สอง เขาไม่ได้มองแค่ตัวชี้วัดตัวนี้ เขาจะมองตัวชี้วัดตัวอื่นที่มันมีอีก 2-3 ด้าน ...” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF ทั้งในส่วนกลาง ระดับเขต และหน่วยบริการมีความคิดเห็นที่ต่างกันอย่างเห็นได้ชัดที่ข้ออยู่ในปัจจุบัน เช่น ความเห็นที่ว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่สะท้อนปัจจัยนำเข้า (หรือทรัพยากรที่มี) และกระบวนการให้บริการ มากกว่าจะใช้วัดคุณภาพ รวมทั้งเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ยาก เช่น ตัวชี้วัดกลางเกี่ยวกับการฝากครรภ์ทั้งสองตัวชี้วัดเป็นการประเมินเชิงปริมาณ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันมีข้อเสนอให้เลือกตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายสุขภาพด้านต่างๆ อย่างสมดุล ไม่เน้นไปที่นโยบายด้านใดด้านหนึ่ง มีการวางแผนที่จะยกเลิกตัวชี้วัดแต่ละตัวเมื่อถึงเวลาอันสมควร และที่สำคัญเกณฑ์ตามตัวชี้วัดควรจะทำให้เห็นความแตกต่างของสถานพยาบาลตามระดับคุณภาพบริการได้อย่างชัดเจน (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5) ผู้ให้ข้อมูลบางท่านมีความเห็นว่าการประเมินคุณภาพที่แท้จริงของบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ต้องการทั้งตัวชี้วัด และวิธีประเมินที่เหมาะสม เช่น ใช้ผู้ประเมินจากภายนอก ไม่ให้ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการประเมินกันเอง แต่ก็ต้องคำนึงถึงต้นทุนที่เกิดจากการประเมินนั้นๆ ด้วย (ผู้ให้สัมภาษณ์ D1)

4.4 ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ และประสิทธิภาพของโครงการ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มในการศึกษานี้ชี้ว่าสาเหตุหนึ่งของการมีทัศนคติเชิงลบต่อโครงการ QOF ในระยะเริ่มแรก ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นระหว่าง สธ. กับ สปสช. ประกอบกับความไม่เข้าใจหลักการของการนำกลไกทางการเงินมาใช้พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ “ระยะนั้นมันมีประเด็นเรื่องความไม่เข้าใจระหว่าง สธ. กับ เราด้วย เป็นยุคต้นๆ เลย ทางหัวโต๊ะก็พยายามจะบอกว่าทำไมต้องเอาอะไรมาวัดอีก เพราะเขาไม่เข้าใจ concept ในช่วงนั้นพอดีว่า มันเปลี่ยนไป ยังไงต้องมาทำความเข้าใจยากทำไมกับหน่วยบริการเขา” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R2) ในขณะเดียวกันก็มีหน่วยบริการส่วนหนึ่งที่สนับสนุนโครงการ QOF และต้องการให้ดำเนินการต่อไป เนื่องจากเห็นว่ามีประโยชน์ต่อประชาชนผ่านการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ เช่น สามารถนำกลไกการจ่ายเงินดังกล่าวไปใช้ในการผลักดันการพัฒนาการจัดบริการในหน่วยงานของตน เป็นต้น

“มี 2 กลุ่มชัดเจน ... ส่วนใหญ่จะไม่เห็นด้วย บอกได้เลย กับเรื่องของการจ่ายตามคุณภาพ เราจะเห็นกระแสก็คือเงินมา 100 ควรจะให้ผม 100 นี่คือเสียงส่วนใหญ่ก็จะมีกลุ่มน้อยๆ บางกลุ่มที่เป็นกลไกเป็นเครื่องมือที่ทำให้เขาทำในสิ่งที่เขาอยากจะทำเพื่อการเอาตัวนี้เป็นเครื่องมือ input ผลักดัน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C1)

4.4.1 เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับโครงการ QOF ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน ได้แก่

- (ก) การกันเงินจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวไว้จ่ายตามค่าคะแนน QOF เนื่องจากคิดว่าเป็นเงินที่หน่วยบริการควรจะได้รับไปทั้งหมด ตามหลักการของการจัดสรรงบประมาณตามภาระงาน คือการให้บริการมากหรือน้อยตามจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ
- (ข) กระบวนการ/หลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน QOF ในปีแรก ซึ่งหลายฝ่ายเห็นว่าไม่สามารถสะท้อนคุณภาพและผลงานบริการได้จริง และไม่ยุติธรรมกับหน่วยบริการบางประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.สต. ที่ไม่ได้รับการจัดสรรเงินตามบริการที่ให้ไปจริง ทำให้เกิดความท้อถอย
- (ค) การคีย์ข้อมูลให้ครบถ้วนเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น สำหรับบางหน่วยบริการที่ขาดทักษะความเชี่ยวชาญด้านการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ก็ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ทำให้มุ่งแต่พัฒนาระบบข้อมูล จนมีเวลาเอาใจใส่กับการให้บริการลดน้อยลง ดังคำกล่าวที่ว่า “เอาหมอน้ำจืดกินไป เอาหมอน้ำจืดกินมา”

“อย่าง OP PP Individual ของ สปสช. พัฒนามา 5 ปีใช้ใหม่ เขาก็จะทำให้ data พวกนี้มันใช้ได้จริง มันเป็นกลไก ในการ Payment กับกรมอะไรต่างๆที่จะเอางบลง เพื่อเห็น evidence แต่ฟากที่ให้บริการส่วนใหญ่ 70% เขาก็ไม่เข้าใจหรือว่าทำไมต้องทำอะไรแบบนี้มันยุ่งยากมากเลย เพิ่มภาระ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R2)

4.4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกแบบโครงการ

(ก) ขอให้ สปสช. จัดสรรเงินตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานแยกออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้บางรายเสนอให้ปรับเปลี่ยนผู้รับประโยชน์จากโครงการ QOF จากการจัดสรรเงินให้กับ CUP ไปเป็นการจ่ายให้ รพ.สต. หรือ บุคลากรเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มของบุคลากร

“ถ้าจำไม่ผิดที่อังกฤษเค้าจ่ายให้บุคคล ... มี budget ให้ถึงรายบุคคล ... แต่ของเรา ระบบมันไม่ได้เอื้อต่อการจ่ายให้กับ individual ของผู้ให้บริการ ต่อให้หมอทำดีแค่ไหนก็จะจ่ายให้องค์กร ให้องค์กรนำไปใช้ในเชิงระบบในการจัดการ ฉะนั้นการจูงใจ ก็จูงใจอย่างเดียวคือทำให้ระบบอยู่รอด แสดงว่าประเทศไทยเรารักองค์กรเยอะมากนะครับ ยอมทำเพื่อองค์กรโดยที่ไม่ได้เงินเข้าไปสู่รายบุคคล ถ้าจะทำจริงๆ ถ้าจะจูงใจจริงๆ ในอนาคตมันต้องเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งอาจจะเป็นโจทย์ต่อไป” (ผู้ให้สัมภาษณ์ D1)

(ข) งบประมาณที่จัดสรรในโครงการ QOF ในปัจจุบันเป็นมูลค่าน้อยเกินไป โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาเป็นสัดส่วนกับงบประมาณสำหรับการจัดบริการทั้งหมดที่หน่วยบริการได้รับจากแหล่งต่างๆ ในแต่ละปี เมื่อประกอบเข้ากับความยุ่งยากในการป้อนข้อมูลเข้าสู่ระบบ ทำให้หน่วยบริการบางแห่งไม่ให้ความสำคัญกับงบประมาณส่วนนี้ อย่างไรก็ตามบางหน่วยบริการทั้งในภาครัฐและเอกชนเห็นว่าเงินที่ได้ในโครงการนี้มีความสำคัญมาก และหาวิธีเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดส่งข้อมูลตามระบบของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข เช่น จัดจ้างบุคลากรภายนอกมาช่วยงานด้านข้อมูล เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการบางท่านชี้ว่า หากจะเพิ่มงบประมาณ QOF ควรพิจารณาข้อมูลปัจจุบัน และคาดการณ์ผลกระทบอย่างรอบคอบ เนื่องจากอาจทำให้มีผลเสียตามมา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางท่านแสดงความเห็นว่า หาก สธ. เชื่อมโยงตัวชี้วัดคุณภาพเข้ากับการพิจารณาความดีความชอบของข้าราชการแต่ละระดับ โครงการ QOF ก็น่าจะประสบความสำเร็จมากกว่านี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

“เขาได้เหมาจ่ายรายหัวไปแล้ว ... ยิ่งถ้าโรงพยาบาลใหญ่ๆ มันเศษเงินเขาเลยนะ เขาก็เลยไม่สนใจอะไรมาก ในขณะที่บางคนเขาคิดโดยเฉพาะบางเขตใส่ตัวชี้วัดเยอะเกินไป มันยิ่ง drive ไม่ได้เลย ... บางโรงพยาบาล เขาไปหารเลยว่าที่ข้อนี้ ตกลงมาแล้วมันก็บาทต่อข้อ แค่นี้หรือ ฉันทันทีทำหอกไม่คุ้ม ... ผอ.บางคนคิดแบบนี้เลยนะ ไม่ทำ ไม่คุ้มไม่ทำ มีเจ้าหน้าที่อยากทำ แต่ ผอ.บอกไม่เอา ทำนองนี้ก็มี” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

(ค) การจัดสรรเงิน QOF แบบ global budget ไปที่ สปสช. เขต แล้วให้จัดสรรต่อไปที่ CUP ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระดับเขต ทำให้เกิดการแข่งขันที่ไม่ยุติธรรมเนื่องจาก CUP หรือแม้แต่จังหวัดในเขตเดียวกันมีความแตกต่างกันมากในแง่ของทรัพยากรในระบบสุขภาพ ภาระงานของผู้ให้บริการ สัดส่วนของผู้ให้บริการภาคเอกชน สภาพภูมิประเทศ ความเป็นเมือง ชนบท การพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม ฯลฯ (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ในการกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงิน QOF ต้องพิจารณาความแตกต่างในประเด็นเหล่านี้ ร่วมด้วย นอกเหนือจากคะแนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

4.4.3 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

หลังจากดำเนินโครงการ QOF ผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งด้านการบริหารจัดการ และด้านวิชาการ รวมทั้งหลายฝ่ายมีประสบการณ์ตรงกับโครงการจนทำให้มีความรู้ความเข้าใจในประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และหน่วยบริการเอง ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือความรู้สึกต่อโครงการ QOF ไปในทางที่เป็นบวกมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานระดับเขตบางท่านกล่าวถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของทัศนคติของหน่วยบริการในเขตที่รับผิดชอบ แต่ทั้งนี้ก็ต้องการคำชี้แจง และการติดตามให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาจาก สปสช.เขต และความร่วมมือจากบุคลากรของ สธ. ทั้งในส่วนกลาง ผู้ตรวจราชการและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

“ปีที่แล้วกับต้นปีนี้ มีความรู้สึกว่าจะอะไร สปสช. เปลี่ยนอีกแล้ว ... เขายังไม่เข้าใจ เขาไม่รู้ที่มาที่ไปว่า มันมายังไง แต่พอช่วงหลังเริ่มมีการชี้แจงผู้ตรวจก็เพิ่งรู้ว่า ... นายแพทย์ สสจ. บางท่านเริ่มจะเข้าใจ ... อย่าง Ambulatory care sensitivity index นี้ต้องทำความเข้าใจกับ ผอ.โรงพยาบาล สสอ. หรือคนทำงานค่อนข้างเยอะ เค้ามองว่ามันไม่เห็นมีตัวชี้วัดปฐมภูมิเลย ตัวโรงพยาบาลเป็นคนรักษา แต่เราจ่ายเงินไปที่ cup ... ถ้าทั้งระบบและเครือข่ายดี คนใช้กลุ่มนี้ควรจะต้องได้รับการบริการที่ดี เราเลยต้องอธิบายว่าตัวชี้วัดนี้เป็นมาตรฐานระดับอินเตอร์นะ ไม่ใช่ สปสช. อยากจะวัดก็วัดได้ ตรงนี้ต้องทำความเข้าใจเชิงวิชาการ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

4.5 ผลสัมฤทธิ์/ประสิทธิผลของโครงการ

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สปสช. พบว่ามีความเห็นตรงกันว่าโครงการ QOF ในระยะ 1-2 ปี แรกยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องการทำให้คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิตีขึ้น เนื่องจากเป็นเรื่องที่ต้องการเวลา ไม่สามารถทำให้แล้วเสร็จหรือเห็นผลอย่างชัดเจนในเวลาอันสั้น อีกทั้งยังมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการคัดเลือกตัวชี้วัด การออกแบบหลักเกณฑ์ และขั้นตอนต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการศึกษาวิจัยรองรับ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเห็นว่าโครงการนี้มีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นขั้นตอน ต่อเนื่องมาจากการจ่ายเงิน on-top ที่พัฒนาโครงสร้างรวมทั้งบุคลากรซึ่งจะขาดเสียไม่ได้ในการให้บริการตามปกติ แล้วจึงค่อยๆ ขยายไปสู่การเพิ่มการมีส่วนร่วม สร้างเครือข่าย จนกระทั่งมีการพัฒนาคุณภาพและผลงานในภายหลัง ในทำนองเดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางส่วนให้ความสำคัญต่อการพัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงานและเห็นว่าในเรื่องดังกล่าวมีการพัฒนาในบางพื้นที่

“คิดว่าถ้าทำ 1-2 ปี ระบบมันนิ่งขึ้น มันก็อาจจะซึมเข้าไปอยู่ในระบบปกติมากขึ้นและตอนนี้เราจะเรียกได้ว่าเงินคุณภาพจริงๆ แต่ตอนนี้ยังไม่ใช่ ... ถ้าตอบแบบตรงไปตรงมาว่ามันเป็นเงินสะท้อนคุณภาพหรือยัง ยัง และคิดว่า 2 ปีนี้ก็อาจจะแค่กำลังพัฒนา แต่ทำให้ระบบเริ่ม alert เห็นคุณค่าและเข้ามามีส่วนร่วม มีมากมาย” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

ผู้บริหารโครงการ QOF บางท่านแนะนำให้ประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการในปีแรก จากคะแนนที่หน่วยบริการส่วนใหญ่ได้รับ จะเห็นว่า ในระดับประเทศมีหน่วยบริการ 54% ที่ “สอบผ่าน” กล่าวคือ

ได้คะแนนมากกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม (มากกว่า 450 จาก 900 คะแนน) และข้อมูลระดับเขตชี้ว่า ในบางเขตมีหน่วยบริการถึง 60%-70% ที่ให้บริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามการใช้ข้อมูลดังกล่าวในการสะท้อนผลสัมฤทธิ์ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สูงมาก (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

4.5.1 ประโยชน์ของโครงการ QOF

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. และหน่วยบริการเห็นตรงกันว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาได้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ QOF แล้ว เนื่องจากทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้

- (ก) หน่วยบริการได้รับงบประมาณที่จัดสรรเพิ่มเติมภายใต้โครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำงบประมาณส่วนนี้เข้าไปรวมในเงินบำรุงของ CUP ทำให้มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการเพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ เช่น นำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของหน่วยบริการ เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากงบประมาณส่วนอื่นๆ จาก สปสช. ที่มีข้อกำหนดให้นำไปใช้จัดบริการให้ผู้มีสิทธิเท่านั้น
- (ข) การได้รับงบประมาณส่วนนี้ทำให้เกิดขวัญ กำลังใจ และความภาคภูมิใจของบุคลากร แม้จะไม่ได้จัดสรรเงินเป็นค่าตอบแทนให้บุคลากรที่ให้บริการโดยตรง แต่ก็ยังเป็นผลที่หน่วยงานได้รับจากความตั้งใจและความพยายามร่วมกันของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
- (ค) การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเป็นการชี้ทิศทางของนโยบาย ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพและผลงานของบริการบางประเภท และเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการให้ข้อมูลว่า การมีตัวชี้วัด QOF ที่ชัดเจนช่วยให้พูดคุยขอการสนับสนุนจากผู้บริหารหรือต้นสังกัดของหน่วยบริการได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารไม่มีพื้นความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ แม้ว่าจะมีตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศอีกเป็นจำนวนมากที่อยู่ในความรับผิดชอบของ สธ. ซึ่งเป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ที่เป็นคู่สัญญา กับ สปสช. แต่กลไกการเงินที่นำมาใช้เป็นแรงจูงใจให้ผู้บริหารหน่วยบริการให้ความสำคัญกับบริการบางประเภทเป็นพิเศษ รวมทั้งตัวชี้วัดที่ควรจัดบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน หากได้รับความสนใจมากขึ้นก็จะเป็นประโยชน์ในการขยายความครอบคลุมของบริการ เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรอง การค้นหาเพื่อขึ้นทะเบียนคนพิการ เป็นต้น
- (ง) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งให้ข้อมูลว่า โครงการ QOF ในปัจจุบันกระตุ้นการสร้างเครือข่ายการให้บริการ รวมทั้งทำให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยบริการภายใน CUP ซึ่งปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ การจัดสรรเงิน QOF ไปที่ CUP แทนที่จะเป็น PCU ดังคำกล่าวที่ว่า “เห็นมิติการทำงานเป็นทีมมากขึ้น มีผลงานมากขึ้น เงินจะเข้า CUP มากขึ้น และเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนทำงานไปพร้อมกัน เพราะถ้าบาง รพ.สต. ไม่มีผลงาน อาจทำให้

ชุดทั้ง CUP ลงได้” นอกจากนี้มีการกล่าวถึงการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิกับบริการทุติยภูมิในโรงพยาบาลบางแห่งว่าเกิดจากโครงการ QOF

(จ) เกิดการพัฒนาาระบบสนับสนุนบริการในหน่วยบริการทุกระดับ รวมไปถึงเครือข่ายการทำงานภายในเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบ และเทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่จัดส่งให้สนย. และ สปสช. มีความถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็ว หน่วยบริการจึงจะได้รับผลตอบแทนในโครงการ QOF อย่างเต็มที่ ผลพลอยได้จากการที่มีระบบข้อมูลที่เข้มแข็ง คือ ช่วยให้ติดตามผลการปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ในบางเขตมีการพัฒนาาระบบ และเทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูลอย่างเห็นได้ชัด ส่วนหนึ่งเกิดจากการได้คะแนน QOF ปีแรก เป็น “ศูนย์” ในบางตัวชี้วัด ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่หน่วยบริการจะไม่ให้บริการดังกล่าวเลย (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

4.5.2 ประสิทธิภาพ/ประโยชน์ของโครงการ QOF ขึ้นอยู่กับความสามารถด้านการบริหารจัดการ

ผู้บริหารโครงการ QOF และผู้ให้บริการปฐมภูมิบางท่านให้ข้อคิดเห็นที่สรุปได้ว่า การดำเนินโครงการดังกล่าวต้องการการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับนโยบาย และในพื้นที่ จึงจะเกิดประโยชน์ด้านการพัฒนาบริการ การสร้างเครือข่าย และการพัฒนาระบบสนับสนุน ดังที่กล่าวข้างต้น ตัวอย่างเช่น สธ. โดยผู้ตรวจราชการ ผู้บริหารเขตสุขภาพ และ สสจ. อาจเลือกใช้ตัวชี้วัด QOF เป็นทั้งเครื่องมือเชิงนโยบายและกลไกทางการเงินในการเพิ่มความครอบคลุมของบริการบางประเภท เช่น การตรวจฮีโมโกลบิน A1c ที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูง ก็สามารถนำเงินในโครงการ QOF มาเป็นค่าใช้จ่าย

“... การตรวจฮีโมโกลบิน A1c ในคนไข้เบาหวาน เรารู้ว่า coverage ของเรายังไม่เยอะ เราก็ใช้ตัวนี้เป็นเกณฑ์ที่จะตั้งให้ และ challenge หน่วยบริการว่า ... เราจะมียุทธวิธีที่จะทำให้เขาได้ on top ต่อ case สูงขึ้น เพราะเหตุผลเขาบอกว่า เราจ่ายไปเป็นค่าเหมาจ่ายรายหัว เขาขาดทุนในการลงไปเจาะฮีโมโกลบิน A1c เพราะต้นทุนมันสูง ทำให้หลายหน่วยบริการไม่อยากจะเจาะตัวนี้ ... มันมีใน QOF อยู่แล้ว เราเลยปรับวิธีการจ่ายให้จูงใจ ที่นี้ถ้ามันจูงใจจริง แล้วมี commitment ระหว่างเรากับ สสจ. และเขต สธ. ช่วยกันขับเคลื่อนในภาพรวมทั้งหมด มันก็จะทำให้มันเกิดผลได้” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

นอกจากนี้ในบางเขตได้มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการ ด้วยการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด QOF ระหว่างจังหวัดที่อยู่ในเขตเดียวกัน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับให้ความสำคัญต่อรายงานและตัวชี้วัดนั้นๆ ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์ สสจ. อย่างไรก็ตามกล่าวได้ว่า ตัวชี้วัด QOF น่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน และอาจผลักดันให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิได้จริง ตัวอย่างเช่น การตรวจจอประสาทตาผู้ป่วยเบาหวาน ตามตัวชี้วัดด้านที่ 2

“จังหวัด ก. มีประชากร 2.5 ล้าน คนไข้เบาหวานเยอะ จังหวัด ข. 1.5 ล้าน คนไข้เบาหวานจะลดลงมา ... หนึ่งปี จังหวัด ข. จัดการคนไข้ coverage ได้สูงกว่า จะเห็นผลงานต่างกันชัด ... แล้วพอจัดสรรงบฯ ตามเกณฑ์ เงินจะไปอยู่ที่จังหวัด ข. เยอะกว่า ก็จะทำให้เกิด Impact โดยเอาข้อมูลพวกนี้เสนอกรรมการบริหารของ

เขต ต้องเอาไปชี้ให้ผู้ตรวจฯ เห็นความต่าง ... พอนายแพทย์ สสจ. เห็นตัวเลขเขาค่ำกว่าจังหวัดอื่น ผู้ตรวจฯ นั่งอยู่ ส่วนใหญ่จะเกิดการเปลี่ยนแปลง ... ส่วนใหญ่ สสจ. จะไปผลักดันลูกน้องให้ขับเคลื่อนงานมากขึ้น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

4.5.3 ในการประเมินผลลัพธ์ควรทำความเข้าใจกับบริบทและปัจจัยอื่นๆ

แม้จะมีการกล่าวถึงประโยชน์หรือประสิทธิผลของโครงการ QOF หลายประการ แต่ผู้บริหารโครงการระดับเขตบางท่านเห็นว่า ควรพิจารณาทั้งผลลัพธ์ และกระบวนการดำเนินโครงการในระยะยาวเป็นรายพื้นที่ เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรับผิดชอบ ศักยภาพ และความพยายามในการดำเนินงานแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลบางราย การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการนี้ทำได้ยากเนื่องจากมีหลายปัจจัยเป็นตัวกำหนด เช่น ประเด็นตามตัวชี้วัดด้านที่ 3 เป็นผลสืบเนื่องจากการจ่าย on-top เพื่อพัฒนาโครงสร้างและบุคลากร เนื่องจากตัวชี้วัด QOF มีตัวชี้วัดเดิมอยู่ประมาณร้อยละ 70-80 นอกจากนี้ผลงานบางอย่างเกิดจากการเร่งรัดของผู้บริหาร สธ. ที่เน้นผลงานตามนโยบายที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพ การกำกับติดตามการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลตามตัวชี้วัดของ สธ. หรือการมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่หรือจริยธรรมของวิชาชีพของบุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการโดยไม่สนใจว่าจะได้รับค่าตอบแทนตามที่โครงการกำหนด

“ไม่แน่ใจ คิดว่าจะทำพวกนี้มันบวกลบ บางประเทศบอกว่าการจ่าย pay for performance มันได้ผล บางทีก็บอกไม่ได้ผล ผมคิดว่ามันขึ้นอยู่กับเงื่อนไข สถานการณ์ในช่วงนั้นๆ ... คือถึงแม้ว่าไม่ได้จ่าย มันก็เหมือนเขาก็ทำอยู่แล้ว” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C2)

“ต้องไปวัดตั้งแต่ใช้ QOF แล้วดูการเปลี่ยนแปลง ... เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นโดยธรรมชาติ หรือเพิ่มโดย QOF หรือปัจจัยอื่น ... access มันง่ายขึ้นไหม ... social determinants มีตัวกวนเยอะมหาศาล ... เช่น policy ลังมา เขาอาจจะไม่สนใจเรื่องเงินก็ได้ ...เขาทำเพราะ policy ไม่ได้ทำเพราะ QOF อย่างนี้เป็นต้น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3)

บริบทเกี่ยวกับประชากรในพื้นที่และสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ของโครงการ QOF ในพื้นที่ที่มีประชากร UC ย้ายไปทำงานในพื้นที่อื่นโดยไม่ได้ขอย้ายสิทธิตามไปด้วย อาจทำให้การให้บริการบางประเภทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากสถานพยาบาลไม่สามารถติดตามไปให้บริการได้ ในทำนองเดียวกับพื้นที่ที่มีประชากร UC จากภายนอกเป็นจำนวนมากเคลื่อนย้ายเข้าไป ซึ่งสถานพยาบาลก็ต้องให้บริการ แม้บริการบางประเภทจะไม่สามารถนำมารวมเป็นผลงานเพื่อประเมินในโครงการ QOF ได้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มในการศึกษานี้ยังชี้ว่า สภาพทางสังคม และภูมิศาสตร์ เช่น ขนาดของประชากรในพื้นที่บริการ ลักษณะของชุมชนเมือง ชนบท ที่ตั้งของชุมชน (ป่า หุบเขา หมู่เกาะ) และความสะดวกในการเดินทาง ต่างก็มีผลต่อคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิและคะแนน QOF ไม่มากนัก นอกจากนี้ CUP ที่ดูแลประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ในค่ายทหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในช่วงอายุที่มีภาวะโรคจากการเป็นโรคเรื้อรังต่ำกว่าประชากรทั่วไป มีโอกาสที่จะทำคะแนนตามตัวชี้วัดบางตัวได้สูงกว่า CUP ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

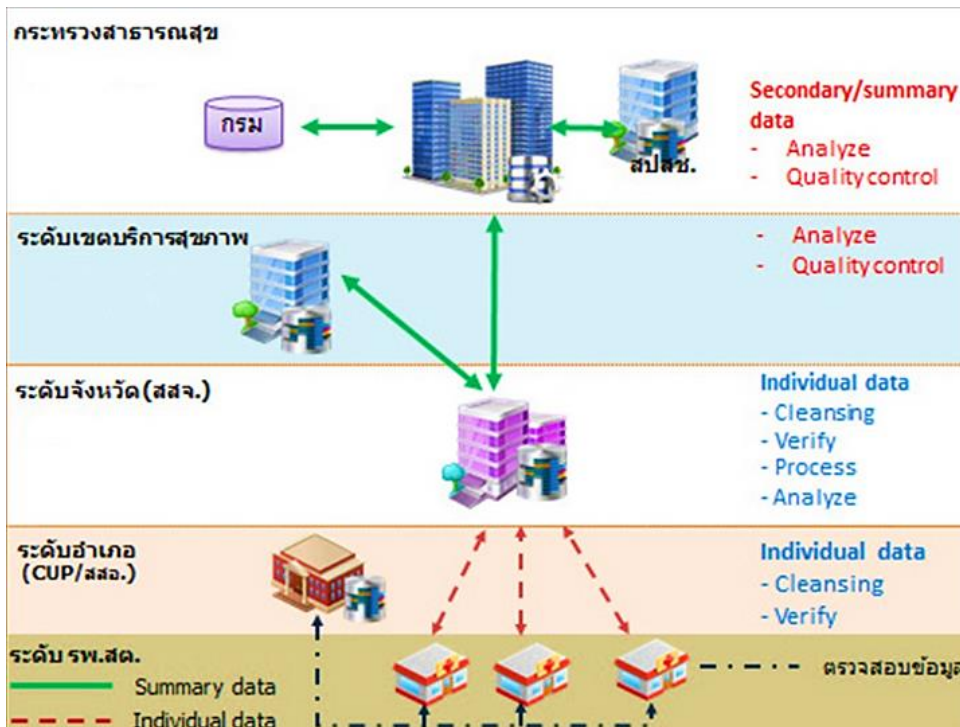
“ถ้า QOF จะดี ไม่ควรวัดที่ UC อย่างเดียว ควรจะมองที่กลุ่มอื่นด้วย กลุ่มประชากรที่เป็นประชากรแฝงที่มาอยู่ในพื้นที่ด้วย เพราะยังงักก็เป็นคนไทยเหมือนกัน ไม่ใช่ว่าต้องเป็น UC ต้องบังคับ ต้องเปลี่ยนสิทธิ์อะไรต่างๆ ควรจะทำยังไงก็ได้ให้เปิดช่องให้เป็นลักษณะว่าดูแลทุกกลุ่มที่เป็นคนไทย อันนั้นคือปัญหาในเขต ก. (ผู้ให้ข้อมูลระบุชื่อจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของเขตอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ – นักวิจัย)” (การสนทนากลุ่ม 7 กรกฎาคม 2558)

4.6 คะแนน QOF และงบประมาณที่จัดสรรจากโครงการ QOF สะท้อนคุณภาพและผลงานบริการหรือไม่?

ผลการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิที่อยู่ใน สสจ. และสถานพยาบาลทั้งในและนอก สธ. แสดงให้เห็นว่า ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ คะแนน QOF และงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากโครงการ QOF มิได้สะท้อนคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิที่จัดโดยหน่วยบริการแต่ละแห่งเนื่องมาจากสาเหตุต่อไปนี้

4.6.1 หลักการ : คะแนน QOF ควรคำนวณจากข้อมูลที่ CUP และ PCU ส่งไปที่ สสจ. เพื่อรวบรวมส่งต่อไปที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.

โครงการ QOF ใช้ข้อมูลจากระบบรายงานการให้บริการของสถานพยาบาลสังกัด สธ. (ที่เรียกกันว่าข้อมูล 21 และ 43 แฟ้ม) เป็นหลัก กล่าวคือ เมื่อมีการให้บริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆที่ สปสช.กำหนด หน่วยบริการนั้นๆ จะบันทึกข้อมูลรายบุคคลของสถานพยาบาลเพื่อส่งข้อมูลไปที่ สธ. และส่งข้อมูล OP/PP Individual คือข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล ให้ สปสช. โดย สสอ. หรือ CUP ทำหน้าที่ตรวจสอบ แล้วส่งต่อไปที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด คลังข้อมูลสุขภาพเขตบริการสุขภาพ และคลังข้อมูลสุขภาพ สนย. กระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ (รูปที่ 1) ซึ่งกรมต่างๆ ใน สธ. และ สปสช. สามารถดึงข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ได้



ที่มา : แนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (51)

รูปที่ 1 การส่งข้อมูลการให้บริการรายบุคคลจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปที่กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งการคีย์ข้อมูลโดยมิได้อยู่บนพื้นฐานของปริมาณบริการตามตัวชี้วัดที่จัดให้ประชาชน กล่าวคือ คีย์ข้อมูลที่แสดงว่ามีการให้บริการที่มากกว่าบริการที่แท้จริง ในขณะที่เดียวกันก็มีหน่วยบริการ และแม่ข่ายที่มีความสามารถในการคีย์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน (มักเรียกกันว่า “นักรบหน้าจอ” หรือ “หมอหน้าจอ”) แต่หน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถคีย์ข้อมูลได้ตามบริการที่แท้จริง (น้อยกว่าที่เป็นจริง) ในบางจังหวัด ความผิดพลาดเกิดขึ้นที่ศูนย์ข้อมูลที่ สสจ. หรือในบางเขตเกิดความผิดพลาดขึ้นจนทำให้ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดบางตัวของทุกหน่วยบริการมีค่าเป็นศูนย์ ซึ่งแต่ละกรณีที่กำลังจะกล่าวนี้จะทำให้คะแนน QOF สูงหรือต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

“ความถูกต้องของข้อมูลยังเป็นประเด็น เช่น ตัวชี้วัด ANC เรื่องของการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของทั้งเขตที่จะต่ำมาก แต่พอเราไปดูรายงานตรวจราชการของกระทรวง ตัวเลขเป็นอีกตัวเลข ซึ่งมันจะมี gap ห่างกันมากเพราะฉะนั้นจะเป็นปัญหา สมมุติพอเราเิดข้อมูล OP หน่วยบริการก็บอกว่าข้อมูลจริงไม่ใช่ แต่ว่าเค้าไม่ได้บันทึกข้อมูลมาให้เลยเกิดปัญหา” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลตามตัวชี้วัดในโครงการ QOF ตามคำกล่าวข้างต้นจะเห็นได้จากการเปรียบเทียบข้อมูลจากฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล 21 แฟ้ม ในปี 2557 ที่ สปสช. ใช้เพื่อคำนวณคะแนน QOF กับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา/สำรวจที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลตามตัวชี้วัดด้านที่ 1 ดังตาราง 3 จะเห็นว่าร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ และร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน

5 ปี จากฐานข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล 21 แห่ง ต่ำกว่าข้อมูลจากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือแม้แต่ผลการนิเทศของ สธ. เองอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลตามตัวชี้วัดด้านที่ 1 ที่ใช้คำนวณคะแนน QOF ปีงบประมาณ 2557 กับข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ

ตัวชี้วัด	ข้อมูลที่ใช้คำนวณคะแนน QOF	ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ
1.1 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	43% (OP Individual 21 แห่ง)	46% (สำรวจของมหิดล)
1.2 ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	10% (OP Individual 21 แห่ง)	49% (สำรวจของมหิดล)
1.3 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี	36% (OP/PP Individual)	62% (สำรวจของ สนง. สถิติแห่งชาติ ปี 2552) 67% (ม.มหิดล ปี 2556) 68% (ผลการนิเทศกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (52)

4.6.2 หลักการ : งบประมาณที่จัดสรรจากโครงการ QOF ควรแปรผันโดยตรงกับคะแนน QOF ของหน่วยบริการ

ในทางปฏิบัติ การคำนวณงบประมาณในระดับเขตมีขั้นตอนที่ซับซ้อน และใช้หลักเกณฑ์ (รวมทั้งการถ่วงน้ำหนัก) ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ เช่น

(ก) บางเขตมีการพิจารณาสถานะการเงิน และจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการร่วมด้วย ซึ่งหากเป็นกรณีหลัง CUP หรือหน่วยบริการที่ดูแลประชากรเป็นจำนวนมาก ก็จะได้รับงบประมาณจากโครงการ QOF เป็นเงินจำนวนมาก โดยไม่จำเป็นต้องสนใจการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการ ในขณะที่มีบางเขตนำจำนวนประชากรเข้ามาพิจารณาร่วมกับคะแนน QOF เพื่อไม่ให้งบประมาณ QOF ส่วนใหญ่ตกไปอยู่กับ CUP ของภาคเอกชนที่มีผลงานตามตัวชี้วัดดีกว่า CUP ของภาครัฐ อีกทั้งบางเขตกำหนดหลักเกณฑ์ในลักษณะของการนำเงิน QOF มาเฉลี่ยให้กับ CUP เพื่อให้ได้รับเงินไม่แตกต่างกันมาก

“... ที่นี้ทำดี ก็จ่ายให้เยอะ ๆ สิ หรือ ที่นี้น่าสงสารจ่ายให้เยอะหน่อย มันก็มีเหตุผลนะใช้ไหม ... เท่าที่เราดูตัวเลขขณะนี้ ยังไม่ได้ทำ QOF survey เนี่ย มันไม่ไปด้วยกัน มีบาง CUP ได้ตั้ง 70 – 80 บาท ... กรรมการควบคุมฯ ชี้ CUP นี้ได้ 80 บาท ไหนขอดูคะแนนหน่อย ... แต่คะแนนมันไม่ได้ออกมาอย่างนี้” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4)

“แต่เอกชนต้องบอกบริษัทเดี่ยวนะ (ชื่อบริษัท) เขาพัฒนาตั้งแต่แรกๆ ตั้งแต่เตรียมตัวงานเชิงรุกแล้ว ก็พร้อม ที่นี้เวลามาลอกมาปรากฏว่า มันทำให้เราต้องเอาเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง แล้วก็ทำเป็นทางเลือกเพื่อที่จะจัดสรรออก ถ้าเอาตามหลักการ QOF ก็คือต้องใช้ผลงาน 100% แต่ปรากฏว่า เขต X ทำไม่ได้ เพราะว่าเงินมันจะไหลออก ภาครัฐไม่เข้าใจ ... on top มา 3-4 ปี คุณก็ได้เงิน on top ไปแต่คุณก็ไม่ได้เคยไปเพิ่มคนทำงาน หรือเอาเงิน on top เอามาทำอะไรให้มันพร้อมสำหรับการบริการใหม่ๆ เชิงรุก อันนี้คือ ภาครัฐ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R2)

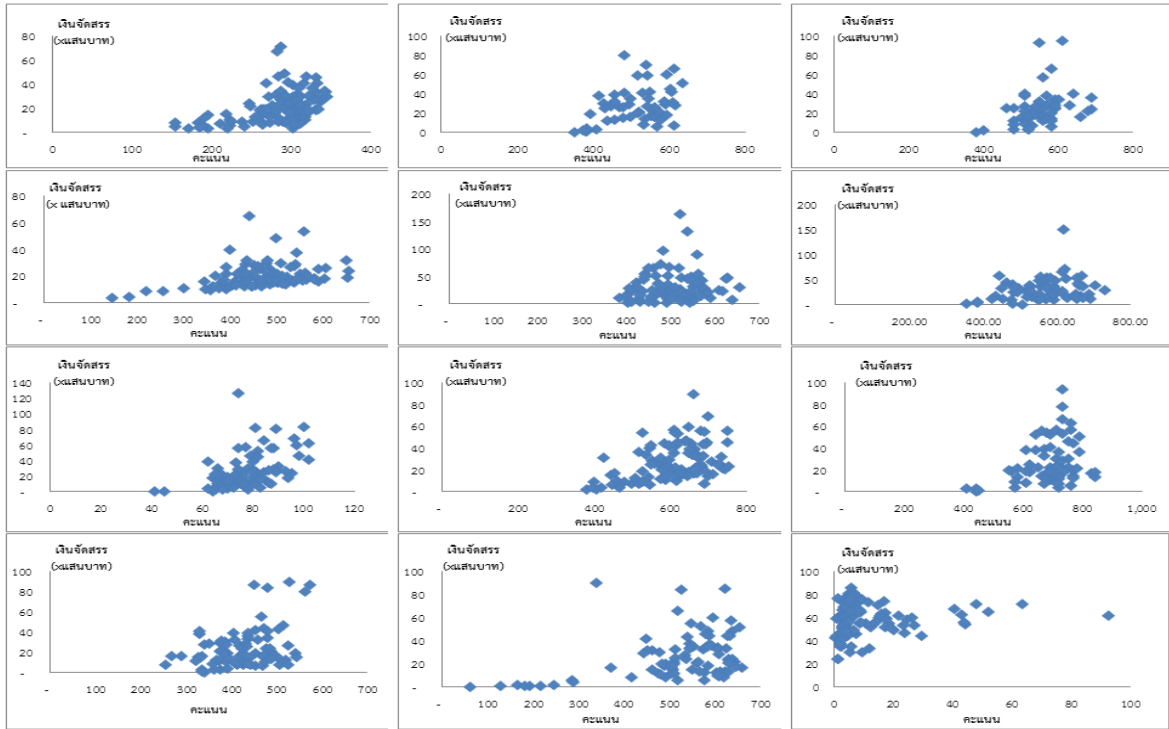
“ผู้ตรวจของกระทรวงไม่เข้าใจ ทำอย่างไรให้เงินมันไม่ต่างกันมาก ทำอย่างไรให้ เออ ถ้าวๆ เฉลี่ยๆ กันไปเถอะ เงินตรงนี้ไม่มีประโยชน์อะไรที่มาทำตัวชี้วัด หลายเขตเป็นอย่างนั้น ... ไม่งั้นก็มีแบบ ครึ่งหนึ่งจ่ายเท่ากันแล้วที่เหลือมาคำนวณตัวชี้วัด ที่แจกเท่าไปก่อน เราให้ไปแล้วแบบเหมาจ่ายรายหัวก้อนใหญ่ QOF มันมีแค่นี้คุณยังมาเหมาจ่ายรายหัวใน QOF อีก เขาไม่เข้าใจ มีเงินเยอะแล้ว แต่เขากลับมาดูความเหลื่อมล้ำอยู่ใน QOF ก้อนเล็กๆ ที่ รพ. นั้นได้เยอะ ที่ รพ. นี้ได้น้อย ทำไมมันไม่ได้ ถ้าให้มันได้ใกล้ๆ กันแล้วจะเอาตัวชี้วัดมาทำไม กลายเป็นว่าไปเลี้ยงไปตรงเงิน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์อัตราจ่ายเทียบกับคะแนน QOF ในแต่ละเขต โดย สปสช. ปี 2557 (52) แสดงให้เห็นความหลากหลายในการจัดสรรงบประมาณ QOF ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) อัตราจ่ายกับคะแนนสอดคล้องกัน หลักเกณฑ์การจัดสรร คือ งบ QOF ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด จัดสรรตามค่าคะแนน QOF โดยวิธี point system with global budget จำนวน 6 เขต
- 2) อัตราจ่ายกับคะแนนไม่สอดคล้องกัน โดยมีหลักเกณฑ์การจัดสรรที่หลากหลาย จำนวน 7 เขต
 - เขต a แบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วน คือ ร้อยละ 78 จัดสรรตามตัวชี้วัดระดับเขต โดยจัดสรรตาม point system with global budget ส่วนอีกร้อยละ 22 จัดสรรระดับจังหวัดตามสัดส่วนคะแนนที่ได้รับ

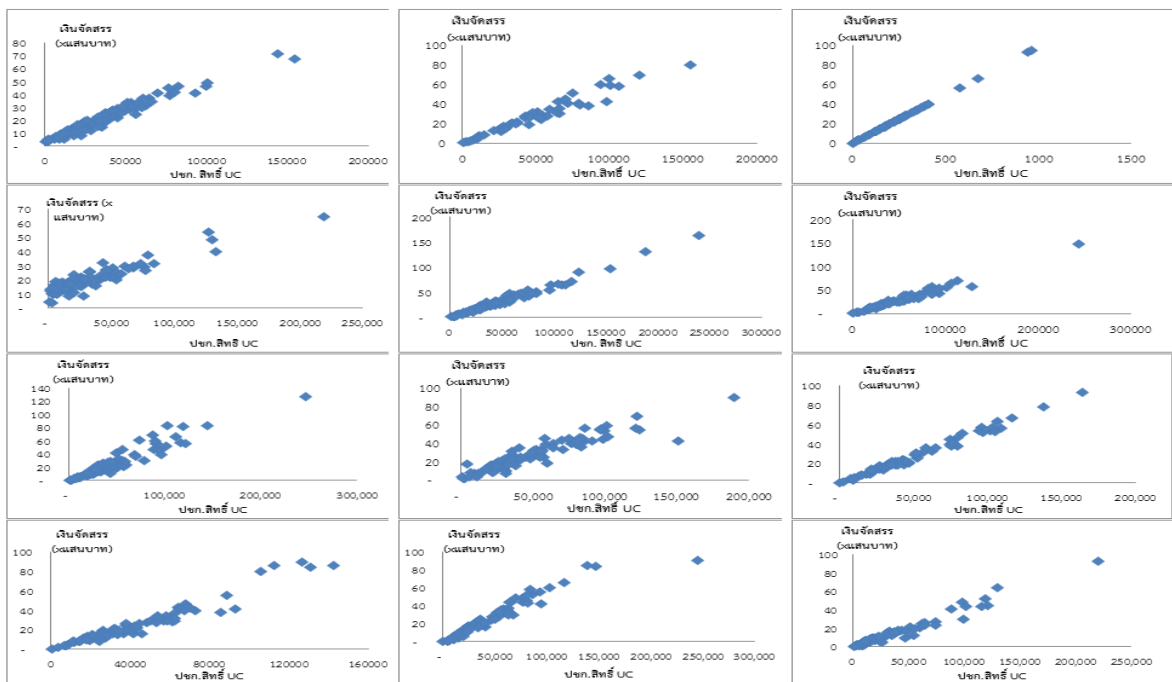
- เขต b แบ่งวงเงินเป็น 2 ส่วน คือร้อยละ 40 จัดตามรายหัวประชากรสิทธิ UC ส่วนร้อยละ 60 จัดสรรตามสัดส่วนคะแนนที่ได้รับ
- เขต c จ่ายเป็น Fixed rate 40 บาทต่อประชากรสิทธิ UC ส่วนที่เหลือจัดสรรตามสัดส่วนคะแนน
- เขต d แบ่งวงเงินเป็น งบ QOF PP และงบ QOF ปฐมภูมิ แล้วใช้วิธีจัดสรรตาม point system with global budget ของเงินแต่ละส่วน
- เขต e แบ่งจัดงบเป็น 2 กลุ่มจังหวัด กลุ่มที่ 1 พื้นที่ปกติ กลุ่มที่ 2 พื้นที่ชายแดน ในแต่ละกลุ่มจัดสรรตาม point system with global budget
- เขต f คำนวณคะแนนที่หน่วยบริการแต่ละแห่งได้รับและจัดสรรแบบขั้นบันไดตามระดับคะแนน
- เขต g จัดสรรตามผลงานภายใต้ global budget และจัดสรรตามขนาดหน่วยบริการ (จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ QOF รายเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557 ในประเด็น ก) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน QOF ของ CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP นั้นๆ จำแนกรายเขต รวมทั้งสิ้น 12 เขต (ดังรูปที่ 2) ข) ความสัมพันธ์ระหว่างประชากรสิทธิ UC ใน CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP นั้นๆ จำแนกรายเขต (ดังรูปที่ 3) และ ค) ความสัมพันธ์ระหว่าง Point (ผลคูณระหว่างคะแนน QOF กับประชากรสิทธิ UC ใน CUP) กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP นั้นๆ จำแนกรายเขต (ดังรูปที่ 4) พบว่า การจัดสรรเงินภายในเขตทั้ง 12 เขตไม่ขึ้นอยู่กับคะแนน QOF แต่ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรสิทธิ UC แม้บางเขตจะใช้หลักเกณฑ์อื่นๆ ร่วมด้วยในการจัดสรรงบประมาณ QOF แต่พบว่าจำนวนประชากรสิทธิ UC มีผลต่อการจัดสรรงบประมาณมากกว่า (ดังรูปที่ 3)



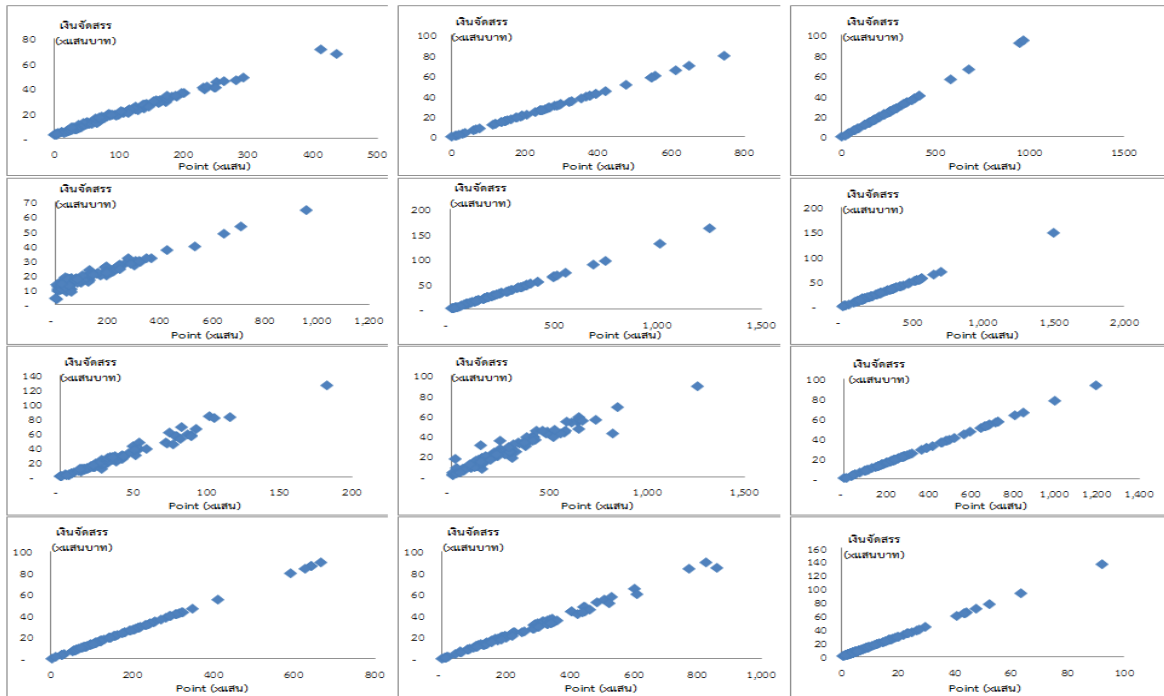
ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ QOF รายเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี2557

รูปที่ 2 การกระจายระหว่างคะแนน QOF ของ CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต



ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ QOF รายเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557

รูปที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประชากรสิทธิ์ UC ใน CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต



ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ QOF รายเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557
รูปที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง Point (คะแนนxประชากรสิทธิ์ UC) ของ CUP กับจำนวนเงินที่ถูกจัดสรรแก่ CUP จำแนกรายเขต

(ข) บางเขตใช้คะแนน PCA ประกอบการจัดสรรงบประมาณ QOF แม้ว่าตามทฤษฎี คะแนน PCA ที่เพิ่มเติมเข้ามานี้จะสะท้อนคุณภาพของของบริการปฐมภูมิได้ แต่ก็เป็นตัวแปรนอกเหนือจากคะแนน QOF และโครงการ PCA ยังมีข้อจำกัดหลายประการ

(ค) CUP กันเงิน QOF ไว้ใช้สำหรับกิจกรรมในภาพรวมของ CUP ในสัดส่วนที่สูงมากและนำส่วนที่เหลือซึ่งเป็นส่วนน้อยมาจัดสรรให้กับ รพ.สต. ในเครือข่าย

(ง) จากการที่งบประมาณ QOF ถูกจัดสรรแบบ global budget ไปที่ สปสช. เขต เพื่อให้กระจายต่อไปที่ CUP เงิน QOF ที่หน่วยบริการได้รับจะไม่สะท้อนคุณภาพและผลงานบริการ ในกรณีที่คะแนนตามตัวชี้วัดแต่ละด้านของทั้งเขตมีค่าสูงหรือต่ำไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจาก สปสช. เขตต้องกระจายเงินที่กันไว้ทั้งหมดไปที่ CUP ไม่ว่าจะได้คะแนนต่ำเท่าใดก็ตาม

“... วิธี payment ของ สปสช. เป็น global budget ถ้าเขตแบ่งตัวชี้วัด PP ไป 300 คะแนน จาก 1,000 คะแนน พอดูข้อมูลปรากฏว่า ข้อมูลการเข้าถึงน้อย ถ้าเราวัดด้วยเกณฑ์ สมมุติ coverage 80% มันยังไม่ถึง ... แต่ทั้งเขต norm มันเหมือนกันหมด ฟัด 300 คะแนน ฟัดก็ต้องเอาเงินทั้งหมดให้เขา แต่ผลงานมันก็คือ สมมุติได้แค่ 2 คะแนน ยังไงฟัดก็ต้องจ่ายเงินหมด ... ถึงเขาทำไม่ได้ตามเกณฑ์ ที่เราทำไว้เราก็ยังต้องจ่ายเงินหมด ... ไม่มีความต่างกับการทำได้เยอะหรือทำได้น้อย ถ้าทั้งเขตไปในทิศทางเดียวกัน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่าการจัดสรรงบประมาณ QOF ก็ไม่แตกต่างจากงบประมาณจาก สปสช. ส่วนอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหน่วยงาน และสถานะทางวิชาชีพ รวมทั้งความสามารถในการเจรจาต่อรองเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงกล่าวได้ว่า งบประมาณจากโครงการ QOF ที่หน่วยบริการได้รับมิได้ขึ้นอยู่กับคะแนน QOF ที่หน่วยบริการนั้นๆ ทำได้ แต่เพียงอย่างเดียว

4.7 ปัญหาอุปสรรคของโครงการ QOF

4.7.1 ลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ชี้ว่า อุปสรรคอย่างหนึ่งของโครงการ QOF ได้แก่ ลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ที่กล่าวได้ว่า “ไม่มีบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง” เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ทำหน้าที่เหมือนกับเป็นส่วนขยายของแผนกผู้ป่วยนอก (extended OPD) เพื่อลดความแออัดของ รพศ. และ รพท. นอกจากนี้คนไทยส่วนหนึ่งยังนิยมไปรักษาตัวหรือรับบริการสุขภาพอื่นๆ ที่โรงพยาบาล โดยข้ามขั้นตอนของระบบดูแลเบื้องต้น และส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้จะมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการเพียงบริการระดับปฐมภูมิในการป้องกันหรือแก้ไข นอกจากนี้ยังมีประชาชนเป็นจำนวนมากที่หลีกเลี่ยงการรับบริการในหน่วยบริการ แต่ไปซื้อยามาใช้เองทำให้ไม่มีการบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลตามตัวชี้วัดบางตัวจึงคลาดเคลื่อน ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิด้วยกลวิธีต่างๆ อาจจะได้ผลเต็มที่ในเชิงระบบ

“อีกอย่างค่านิยมของคนไทย ยังมีความรู้สึกที่ตัวเองอยากจะเน้นเรื่องของ hospital base มากกว่า มีอะไรก็อยากไปโรงพยาบาลมากกว่าจะไปหาหน่วยบริการที่เป็นปฐมภูมิ primary care นี่เป็นส่วนหนึ่งอาจจะทำให้ถึงแม้เราจะกระตุ้นอะไรก็ตาม อาจจะมีขีดจำกัด” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C1)

4.7.2 ระบบข้อมูล ฐานข้อมูล

ข้อมูลตามตัวชี้วัดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการดำเนินโครงการ QOF และมีรายงานว่าข้อมูลบางส่วนที่หน่วยบริการรายงานต่อ สนย. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. นำมาใช้ในโครงการนี้ไม่ครบถ้วนและไม่น่าเชื่อถือ แม้จะเป็นข้อมูลประกอบการจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยใน (inpatient electronic claim, IP e-claim) ก็พบว่ามีความตั้งใจที่จะส่งข้อมูลบางส่วนที่ไม่ถูกต้อง (ทำให้เห็นว่ามีบริการมากกว่าความเป็นจริง) อีกทั้งในบางพื้นที่ยังขาดข้อมูลที่ สปสช. จะคืนกลับไปให้หน่วยบริการในพื้นที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณ QOF อย่างถูกต้องและเป็นธรรม ปัญหาความไม่น่าเชื่อถือของข้อมูลนั้นมีมาตั้งแต่การพัฒนาโครงสร้าง และบุคลากรที่มีการเชื่อมโยงกับการจ่ายเงิน on-top ตามที่กล่าวข้างต้น ทำให้ต้องมีระบบตรวจสอบและคัดข้อมูลที่ไม่ถูกต้องออกไป แต่ สปสช. ก็ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ทั้งหมด และไม่มีมาตรการป้องกันและลงโทษ นอกจากนี้การเปลี่ยนไปใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เช่น การสำรวจที่ทำเป็นประจำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ หรือการศึกษาวิจัยอาจช่วยลดอคติลงได้ แต่ก็มีจุดอ่อนอยู่ที่มีต้นทุนดำเนินการสูงมาก

“มันไม่มีมาตรการเชิง *negative reinforcement* เช่น *dump* ข้อมูลมา ... การคีย์มันไม่อยู่ในระบบแบบอังกฤษเป็นแบบ *on the job* ที่คุณต้องทำให้บริการแล้วต้องใส่ตามความเป็นจริง แต่ของเราอยากได้คีย์ๆ ใส่เข้ามา ... ส่งเข้ามาที่เราและเราก็ไปดึงมากรองและประมวล มันมีปัญหาเรื่องคน *dump* ข้อมูลอะไรต่ออะไร แต่เราก็พยายามกรอง อันไหนที่เราเจอไม่เป็นไปตามเงื่อนไขก็คัดออก ก็พยายามทำ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C3)

ผู้บริหารโครงการ QOF ระดับเขต และผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. และหน่วยบริการปฐมภูมิยอมรับว่าการใช้เงินเป็นแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการในโครงการนี้เปรียบเสมือนดาบสองคม แม้จะทำให้เกิดประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ แต่ก็ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ถูกต้อง (*abuse*) ได้แก่ การคีย์ข้อมูลมากกว่าบริการที่จัดให้กับประชาชนจริงโดยเจตนา นอกจากนี้ยังมีการว่าจ้างบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือในการปรับแต่งข้อมูล โดยเป็นการดำเนินการเชิงธุรกิจซึ่งบางกรณีเป็นการทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ขึ้น แต่บางกรณีก็เป็นการสร้างตัวเลขในการรายงานที่ไม่เป็นความจริง ในขณะที่ยวกันการที่ตัวชี้วัด QOF บางตัวสอดคล้องกับนโยบายที่ผู้บริหาร สธ. ให้ความสำคัญ และเร่งรัดการดำเนินงานก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกิดการป้อนข้อมูลมากกว่าความเป็นจริง (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3)

ในทางตรงกันข้าม หน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถคีย์ข้อมูลได้ตามที่ให้บริการแก่ประชาชน ทำให้คุณภาพและผลงานบริการของหน่วยบริการนั้นๆ และในภาพรวมของ CUP ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังคำกล่าวที่ว่า “บริการดี แต่คีย์ไม่เก่ง” ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในการศึกษานี้ชี้ว่า ในบางกรณีปัญหานี้เกิดขึ้นในวงกว้าง คือ มีปัญหาทุก CUP ในบางจังหวัด หรือทุกจังหวัดในบางเขต สาเหตุของปัญหาดังกล่าวได้แก่

- (ก) ปัญหาทางเทคนิค เช่น จากการที่หน่วยบริการแต่ละแห่งใช้โปรแกรมจัดการข้อมูลที่แตกต่างกันและไม่เข้ากัน (*incompatible*) กับโปรแกรมที่หน่วยบริการอื่นๆ หรือ สสจ. ใช้อยู่ เป็นต้น
- (ข) ขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่จะช่วยแก้ไขปัญหาทางเทคนิค เนื่องจากบุคลากรสาขานี้เป็นที่ต้องการของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งภาคเอกชนที่จ่ายเงินเดือนสูงกว่าภาครัฐ
- (ค) บุคลากรผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่มีเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ.สต. ขนาดเล็ก เมื่อให้บริการแล้วจึงไม่ได้คีย์ข้อมูล หรือคีย์ไม่ครบถ้วนหรือคีย์ไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้ การที่หน่วยบริการไม่สามารถเรียกดูข้อมูลที่จัดส่งไปให้ สสจ. ได้ ทำให้ไม่ทราบว่าคุณภาพบริการตามตัวชี้วัดแต่ละตัวมีความคืบหน้าไปในระดับใดในช่วงเวลาหนึ่งๆ และต้องให้บริการเพิ่มขึ้นอีกเท่าใดจึงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ในเรื่องดังกล่าวได้มีความพยายามแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันและประสบความสำเร็จในบางพื้นที่

ในประเด็นที่ผู้ให้บริการในสถานพยาบาลบางแห่งเห็นว่า การเก็บรวบรวมและจัดส่งข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นและยุ่งยาก และสถานพยาบาลบางแห่งไม่สามารถจัดการข้อมูลให้

ถูกต้อง และครบถ้วนได้นั้น สะท้อนให้เห็นปัญหาในระบบข้อมูล และรายงานของ สธ. เนื่องจาก สปสช. เลือกตัวชี้วัดกลางในโครงการ QOF ตามตัวชี้วัดในระบบรายงาน 43 แฟ้ม ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดคำถามถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำมาใช้ในการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ

“แต่กลายเป็นว่าเราไม่เห็นด้วยกับ template ของกระทรวงบางอย่างที่ให้ส่ง ที่เจอในพื้นที่เราก็บอกว่าเราไม่ได้เปลี่ยนแปลงอะไรเลย สปสช. อิงตัวชี้วัดกระทรวงที่เรารู้ กระทรวงว่าอย่างนี้เป็น 43 แฟ้มที่คุณต้องส่งอยู่แล้ว เราก็แค่ดึงมาประมวลผล เขาก็บอกเอาไม่ได้ ไม่ใช่ อะไรอย่างนี้ ก็บอกเขาก็ต้องไปเปลี่ยนที่ template กระทรวง ไม่ใช่มาเปลี่ยนที่เรา” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

4.7.3 การสื่อสารนโยบาย

ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ QOF ถูกส่งจาก สปสช. ผ่าน สปสช.เขต ร่วมกับการชี้แจงการจัดสรรงบประมาณส่วนอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจัดการประชุมเป็นประจำทุกปีในช่วงเริ่มต้นปีงบประมาณใหม่ หลังจากนั้นข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งต่อไปยัง สสจ. CUP และหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งผ่านการประชุม และเอกสาร เช่น หนังสือเวียน และเว็บไซต์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารจาก สปสช. เขตในเรื่องเกณฑ์ที่เป็นข้อกำหนดร่วมกันในระดับเขต โดยเดินทางไปประชุมชี้แจงในจังหวัดต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติของหน่วยบริการ

(ก) ขาดข้อมูล - ปฏิบัติไม่ถูก - ขาดอำนาจต่อรอง

ผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัยนี้หลายท่านชี้ว่า ผู้ปฏิบัติงานทั้งใน สสจ. และหน่วยบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.สต. มักจะไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการคำนวณคะแนน QOF และการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนไม่ทราบแหล่งข้อมูลที่ต้องที่จะต้องจะไปขอคำแนะนำ เมื่อพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติก็จะปรึกษากับเพื่อนร่วมงานหรือบุคลากรที่รู้จักในหน่วยบริการอื่นหรือ สสจ. เมื่อไม่ได้รับคำตอบบางครั้งก็ใช้การคาดเดา (“การเก็งข้อสอบ”) ในมุมมองของผู้บริหารโครงการ QOF ระดับเขตบางท่านข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารนโยบายนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่เปิดใจรับฟังของผู้ปฏิบัติ อันเนื่องมาจากความขัดแย้งระหว่าง สธ. กับ สปสช.

“... มีการเดินสายชี้แจงระดับจังหวัด จะเชิญหน่วยบริการเข้ามาที่จังหวัด ... น้องที่เขามาเป็นงานประกัน ทำงานประกัน สองเป็นเจ้าหน้าที่งานเวชฯ คือด้วยความหลากหลายของคนที่เข้ามาด้วย ... หนึ่ง อาจเข้าใจไม่ครบถ้วนทั้งหมด สอง พอเอาไปทำงานในพื้นที่ ควรไปเรียนผู้บริหารเพื่อวางแผนและสั่งการในระบบคปสอ. แต่ในความเป็นจริงพอฟังเสร็จ เขาอาจทำแค่หนังสือเวียนแจ้งแต่ไม่เกิดการ management มันอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่ประสบผลอย่างที่เรายากให้เป็น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

“เห็นเลยว่าเขาไม่พร้อม ... คือผู้ให้บริการยิ่งไประดับล่างไม่รู้จักเลย งง มันคืออะไร ว่า QOF คืออะไร (ผู้สัมภาษณ์ - แสดงว่าเขารับแต่เขาไม่ส่งต่อ เป็นเรื่องของการสื่อสาร?) ถูกครับ policy ที่แอนตี้ (anti)

กันอยู่ มันมีผล มันเป็นช่วงเริ่มต้นของ 2 หน่วยงานในช่วงต้นๆ เลย ที่ไม่รับไม่เห็นพ้องต้องกัน จริงๆ เป็นเรื่องดี แต่ระดับบนมันไม่ได้จูนหรือมาจังหวะที่ไม่ดี ไม่ใช้งานไม่ดีนะ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R2)

“ในพื้นที่ทั้งโรงพยาบาล ... (ตัวชี้วัด - นักวิจัย)หลายตัวก็อยู่ที่ รพ.สต. ทำนองนั้น บางที่เราชี้แจงระดับจังหวัด แต่ลงไปไม่ถึงข้างล่าง ไม่รู้เรื่องเลย จนคะแนนออกมาแล้วได้เงินเท่านี้แล้ว ผอ. รพ. บางคนยังไม่สนใจเพราะเวลาประชุมที่ไรเอาแต่พยาบาลตัวแทนมาแล้วก็ไม่เข้าใจ แล้วก็ไม่ได้เอาไปสื่อสารในโรงพยาบาลอย่างนี้ก็มี อย่างตอนอยู่จังหวัด ก. บอกไม่ไหว อย่างนี้เชิญ สสจ. สสจ. ก็ไม่ไปบอกโรงพยาบาล” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ หลักเกณฑ์ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF แล้ว ทั้ง CUP และหน่วยบริการยังต้องการข้อมูลย้อนกลับ (feedback) จากการดำเนินการตามนโยบาย ได้แก่ “การคืนข้อมูล” ผลงานที่ตนทยอยศึกลงเข้าไปในระบบตามเวลาที่กำหนด เพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้า ซึ่งจะช่วยในการเร่งรัดการปฏิบัติงานในกรณีที่ยังทำได้ห่างไกลจากเป้าหมาย แต่ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ส่วนมากกล่าวว่า หน่วยบริการของตนไม่เคยได้รับข้อมูลดังกล่าวกลับคืน หรือบางหน่วยได้รับการคืนข้อมูลแต่ล่าช้าเกินกว่าจะนำมาใช้ประโยชน์ได้ (ดูข้อ 4.8 ร่วมด้วย) และในบาง CUP การที่ รพ.สต. ไม่มีข้อมูลผลการปฏิบัติงานของตน ประกอบกับขาดความเข้าใจในโครงการ QOF มีส่วนทำให้ รพ.สต. ขาดอำนาจต่อรองกับ รพช. หรือ รพท. ที่เป็นแม่ข่ายในการจัดสรรงบประมาณ

(ข) การสื่อสารเกี่ยวกับคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

นอกเหนือจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการในโครงการ QOF แล้ว การให้คำแนะนำแก่สถานพยาบาลบางประเภท เช่น รพ.สต. เพื่อให้สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพก็เป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชี้แจงเรื่องนิยาม ที่มา และ template ของตัวชี้วัดคุณภาพ รวมทั้งการให้แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่จะจัดให้มีทีมในระดับเขตเพื่อการเยี่ยมสำรวจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข

“... สื่อสารแบบไม่ใช่แค่แจ้งให้ทราบอย่างเดียว จะต้องมีไกด์ (guide) ด้วย คือ QOF ตัวนี้มันสะท้อนโนเนนนี่นั่น แต่ในพื้นที่เขานึกไม่ออกก็มี ถ้าจะยกระดับได้ ก็ต้องมีไกด์ด้วยว่าต้องทำอะไร ... ทุกวันนี้คนก็ยังไม่เข้าใจว่า ทำไมบริการปฐมภูมิต้องไปเอาอัตรา admit เบาหวาน ความดัน asthma มา (เป็นตัวชี้วัด - นักวิจัย) นั่นเป็นผู้ป่วยใน ... เขาไม่เข้าใจเบื้องหลังว่าเพราะมันสะท้อนการดูแลแบบผู้ป่วยนอกของคุณ ถ้าคุณดูแลผู้ป่วยนอกดี คนไข้จะไม่ admit เราถึงใช้ตัว admit เป็น proxy วัดคุณภาพปฐมภูมิ ถามว่าทำอะไรถึงจะไม่ admit เบาหวานทำอะไรจะคอนโทรล (control) เบาหวาน ทำอย่างไรจะไม่ admit asthma ทำอย่างไรได้บ้าง คืออาจจะต้องมีไกด์นิดๆ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

(ค) ขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานและภายในหน่วยงานเดียวกัน

ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารอีกปัญหาหนึ่งที่มีการกล่าวถึง ได้แก่ การสื่อสารระหว่าง สปสช. กับ สธ. และระหว่างหน่วยงานภายใน สธ. ด้วยกันเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่าง สนย. (นโยบายสุขภาพในภาพรวม

และศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/ระบบเทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูล 43 แห่ง) กรมต่างๆ (นโยบายและวิชาการรายประเด็นตามตัวชี้วัด) และผู้ตรวจราชการของแต่ละเขต ซึ่งทุกฝ่ายควรรับทราบข้อมูลข่าวสารและแนวทางปฏิบัติที่ตรงกัน เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน และจากการที่ สปสช. หรือเรื่องตัวชี้วัดคุณภาพกับกรมต่างๆ ใน สธ. ในลักษณะที่ไม่เป็นทางการนั้น ก็น่าจะสะท้อนความต้องการการสื่อสารเชิงนโยบายที่มีประสิทธิผล รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานดังกล่าวในการพัฒนาตัวชี้วัดในระยะต่อไป

“ทาง สปสช. เอง ต้องเคลียร์อะไรกับผู้ตรวจ level ตรงนั้นต้องให้ชัดเจน เดิมที่สำนักงานผมส่วนใหญ่ว่าจะคุยกับกรมเสร็จ ในกระทรวงเสร็จ จบ แล้วผู้ตรวจฯ มารู้ทีหลังหมดเลย เขาก็ถือว่าเขาไม่รู้ แต่เขาเป็นคนเอามาใช้กับพื้นที่ ฉะนั้นทำอะไรให้เขารู้พร้อมๆ กับ policy ใหญ่ ... จัดเวทีเฉพาะอะไรก็ได้ให้คน สปสช. กลาง ได้คุยกับกลุ่มผู้ตรวจซักหนึ่งเวที ให้มันชัดๆ เพราะถ้าใช้เวลาเขาไปอยู่ที่เขตกับเรา ก็จะทำให้ทำงานง่ายขึ้น” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R2)

“สำนักตรวจ กรมวิชาการ กรมอนามัย กรมการแพทย์ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับเขาทั้งนั้นนะ เขาคิดอย่างไรกับตัวชี้วัดนี้หรือเขาคิดอย่างไรเกี่ยวกับการใช้ incentive การใช้ financial incentive ไปผลักดันคุณภาพงานที่เขาเกี่ยวข้องมันเป็นเหมือนกึ่งวิชาการกึ่งการสื่อสาร policy ไปในตัวนะ ... เดิม สปสช. ไปคุยกับอธิบดีเกี่ยวกับเรื่อง QOF เขาอาจจะไม่ค่อยร่วมมือ อะไรอย่างนี้นะ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ C5)

4.8 รอบเวลาการปฏิบัติงานของ สปสช. โครงการ QOF และ สธ.

การคำนวณคะแนน QOF ในแต่ละปีใช้ข้อมูลการให้บริการในไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณที่ผ่านมา และไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณปัจจุบัน ได้แก่ช่วงเวลาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมีนาคม แต่พบว่ามีปัญหาจากการประกาศหลักเกณฑ์ของ สปสช. ในเดือนตุลาคม ซึ่ง สปสช. เขตจะนำไปใช้ในการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสช.) เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ระดับเขตรวมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจกับ CUP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ในเดือนพฤศจิกายน ส่งผลให้หน่วยบริการมีเวลาปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ใหม่เพียง 4-5 เดือน อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลระดับเขตเชื่อว่าหากดำเนินการเช่นนี้ไปประมาณ 3-4 ปี สถานการณ์จะค่อยๆ ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด และหลักเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ว่า สปสช. เขตจัดส่งข้อมูลที่จำเป็นในการดำเนินงานในโครงการ QOF ล่าช้ามาก กว่าที่จะได้รับก็ล่วงเลยไปเกือบหมดเวลาทำงาน

“ช่วงเวลาคะแนน QOF ก็กับการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ ใช้รอบในการประเมินต่างกัน ไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณที่แล้วกับไตรมาส 1-2 ของปีนี้ เพราะฉะนั้นคะแนนที่ได้ มันไม่ได้สะท้อนเรื่องการทำงานเพราะว่าไตรมาส 3-4 เหมือนกับว่าผ่อนลงละ จะเร่ง 1-2 พอจะมาเร่งไตรมาส 1-2 ของปีนี้ มันเร่งได้ไม่เท่าไรเพราะรอบมันไม่ตรงกับรอบปีงบประมาณ คะแนนที่ได้เหมือนกับว่าจะเร่งช่วงไหน ไม่ใช่ลักษณะของกระบวนการทำงานเท่าไร” (การสนทนากลุ่ม 7 กรกฎาคม 2558)

ในบางเขตที่มีการจัดส่งข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจาก สปสช. คืบให้ CUP ก็พบว่าเกิดความล่าช้า ไม่สามารถนำข้อมูลทั้งที่เป็นตัวชี้วัดกลาง (จาก สปสช.) และตัวชี้วัดพื้นที่ (จาก สปสช.เขต)

กลับไปทบทวนแก้ไขให้ถูกต้อง และใช้ในการปรับปรุงบริการได้ทัน สาเหตุส่วนหนึ่งของความล่าช้านี้เกิดจากขีดความสามารถในการคีย์ข้อมูลของหน่วยบริการ และระบบสนับสนุนตามที่กล่าวข้างต้น นอกจากนี้โครงการ QOF ในระดับพื้นที่ยังได้รับผลกระทบจากรอบเวลาที่ไม่สอดคล้องกับ สธ. ที่เริ่มปีงบประมาณ และแผนปฏิบัติการของหน่วยงานในสังกัดในเดือนตุลาคม หาก CUP และหน่วยบริการได้รับข้อมูลคืนมาในช่วงเวลาที่ไม่สามารถปรับปรุงหรือเร่งรัดบริการบางประเภทได้อีก เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมหรือการจัดบริการนั้นๆ ตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการได้สิ้นสุดไปก่อนหน้านี้

“ระบบการคืนข้อมูล ถ้าข้อมูลเข้ามาสม่ำเสมอ แล้วเราคืนข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ ... และสื่อสารได้ถึงผู้บริหารและเกิด impact ในการนำข้อมูลไปใช้บริหารจัดการเพื่อปิด gap บริการของเค้จะเกิดประโยชน์มากขึ้น ... ความถี่ในการคืนค่อนข้างจำกัดเพราะตัวชีวิตक्रमปีงบประมาณ พอชี้แจงประกาศตัวชีวิตปี 58 อย่างน้อยควรมีข้อมูลอย่างน้อยที่สุด 2 ไตรมาสที่ถูกนำมาคิดอยู่ในมือแล้ว แต่ความจริงข้อมูลยังไม่ได้ ... เพราะฉะนั้นมันไม่ทันการ ... อย่างปีนี้ได้คืนข้อมูลไปแบบไม่ complete ข้อมูลได้จากส่วนกลาง พอเรามานั่งดูข้อมูลมันไม่ถูก อีกอย่างหนึ่งคือทักษะในการจัดการข้อมูล ... บางที่เขาส่งมาให้ เรารู้ว่ามันไม่ใช่ เค้ต้องไปทบทวนใหม่ กว่าทบทวน กว่าตรวจสอบ ก็ปลายปีพอดี” (ผู้ให้สัมภาษณ์ R1)

4.9 ตัวชี้วัดกลาง ตัวชี้วัดพื้นที่ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย

สพสข. เลือกตัวชี้วัด QOF บางส่วนจากตัวชี้วัดของ สธ. และใช้ข้อมูลที่สถานพยาบาลจัดส่งให้ สนย. อยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มภาระแก่หน่วยบริการในพื้นที่ รวมทั้งให้โอกาสคณะกรรมการระดับเขตเลือกตัวชี้วัดพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบท อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแสดงให้เห็นว่ามีความเข้าใจและแนวปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติส่วนหนึ่งเกิดความสับสนจากการที่ตัวชี้วัด QOF และตัวชี้วัดของ สธ. มีความแตกต่างในเรื่องของกลุ่มเป้าหมาย ฐานประชากรที่ใช้ในการคำนวณ ซึ่งส่งผลต่อผลการประเมิน (คุณภาพผลงานผ่านหรือไม่ผ่านเกณฑ์) เนื่องจาก สธ. ให้ความสำคัญต่อการให้บริการกับประชาชนทุกสิทธิประกันสุขภาพ หน่วยบริการในสังกัดจึงให้บริการโดยไม่เลือกว่าเป็นประชากรสิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นๆ หรือไม่ แต่ด้วยบริบท และข้อจำกัดบางประการหน่วยบริการในบางพื้นที่จำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของบริการที่จัดให้ และกลุ่มเป้าหมายไปที่บริการที่ได้คะแนน QOF บางหน่วยบริการเน้นที่บริการที่ได้คะแนน QOF สูง ซึ่งเป็นผลที่ไม่พึงประสงค์จากการจ่ายเงินแบบ P4P ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติงานใน สสอ. และ รพ.สต. มีมุมมองต่อตัวชี้วัดคุณภาพว่า ปัจจุบันเน้นที่การรักษาพยาบาลและบริการอื่นๆ ที่จัดในหน่วยบริการมากเกินไป จึงมีข้อเสนอให้เพิ่มตัวชี้วัดของบริการปฐมภูมิเพื่อการป้องกันปัญหาสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

“template ส่วนใหญ่จะอิงเกณฑ์ของกระทรวงฯ เช่น กรณี Pap smear คัดกรองเบาหวานความดัน คือ เปอร์เซ็นต์เท่ากัน แต่ปัญหาอยู่ตรงที่ว่า QOF ประเมินประชากรต่างกลุ่มกับของกระทรวง QOF ส่วนใหญ่จะเป็น UC หมายถึงขึ้นทะเบียน 30 บาท แม้จะเป็นต่างจังหวัดแต่เปลี่ยนสิทธิ์มาเป็นคนจังหวัดเราก็นับ ... กลุ่มเป้าหมายต้องเป็นเป้าเดียวกับของกระทรวง หน่วยบริการจะได้ไม่เกิดความสับสน ตัวชี้วัดก็จะง่ายขึ้น ไม่ใช่ตัวชี้วัดไปที่กระทรวงผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดมาที่ QOF ไม่ผ่านอย่างนี้ ทั้งๆ ที่เป็นผลงานเดียวกัน แต่เวลาคิด

ผลความสำเร็จของงานไม่เท่ากัน เพราะว่าตัวฐานของกลุ่มเป้าหมายคนละตัว” (การสนทนากลุ่ม 7 กรกฎาคม 2558)

“ในเขต ก. QOF ประเมินจาก UC คือ 30 บาท แต่ไม่ไปนับประชากรที่เป็นสิทธิของประกันสังคม และข้าราชการ UC จะไม่นับผลงานตรงนั้น เพราะฉะนั้นคนที่ทำงาน QOF ในเขต ก. ก็จะเลือกคนที่เป็น UC ก่อนอันดับแรก เพื่อจะตอบสนอง QOF ส่วนประกันสังคมหรือข้าราชการเอาไว้ทีหลังก่อน ก็เลยทำหลังจากเดือนมีนาไป บางทีก็ลืมนๆ กันไป” (การสนทนากลุ่ม 7 กรกฎาคม 2558)

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการเลือกตัวชี้วัดพื้นที่ที่ระดับเขตในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา เช่น ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดที่เลือกมาบางตัวไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในบางเขตที่มีความแตกต่างด้านปัญหาสุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างจังหวัดแต่ต้องใช้ตัวชี้วัดเดียวกัน และมีข้อสงสัยว่าหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และ รพ.สต. มีศักยภาพในการพัฒนาและจัดทำ template ของตัวชี้วัดพื้นที่หรือไม่ อีกทั้งยังมีคำถามเชื่อมโยงไปถึงขีดความสามารถในการนำตัวชี้วัดพื้นที่ไปปฏิบัติ ซึ่งต้องการการจัดทำคู่มือ ฝึกอบรมบุคลากร การนิเทศให้คำแนะนำ และติดตามประเมินผล

“... แต่ละเขตบริบทไม่เหมือนกัน ซึ่งจังหวัดผมโรงงานอุตสาหกรรมเยอะ ใช้เลือดออกเยอะ แต่ไม่มีตัวชี้วัดพวกนี้เลย ไม่มีตัวชี้วัดที่ตอบสนอง แก่ปัญหาหรือวัดคุณภาพบริการที่แก้ปัญหาในพื้นที่ตนเองไม่มีตัวนี้ เปิดมิติที่ 4 (ตัวชี้วัดด้านที่ 4 – ผู้วิจัย) ก็จริง แต่ถึงเวลานั้นไม่ได้มีที่สอดรับในส่วนนี้ ถ้าจะให้ดี ถ้า QOF จะเดินต่อไปในเชิงคุณภาพ ต้องให้ตอบสนองปัญหาในพื้นที่และไม่จำเป็นต้องมี KPI เหมือนกันทั้งเขต” (การสนทนากลุ่ม 7 กรกฎาคม 2558)

5. อภิปรายผล

5.1 ประเทศไทยควรดำเนินโครงการ QOF ต่อไปหรือไม่?

เป้าประสงค์ของโครงการ QOF ได้แก่การพัฒนาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนที่เป็นผู้รับบริการมีสุขภาพดี จากการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ กล่าวคือ ได้รับบริการที่มีประสิทธิผลและปลอดภัย อย่างทันท่วงทีหรือในเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ได้ถูกออกแบบให้หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งตั้งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเป็นด่านหน้า (gate keepers) ในการให้บริการรักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนที่จะถูกส่งต่อไปรับบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเฉพาะในรายที่มีความจำเป็น ดังนั้นการดำเนินโครงการ QOF โดย “จ่ายเงินซื้อผลลัพธ์” หรือใช้กลไกทางการเงินจูงใจให้ผู้ให้บริการปฐมภูมิพัฒนาคุณภาพของบริการ จึงสอดคล้องกับภารกิจหลักของ สปสช. และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมถึงข้อเสนอแนะจากการประเมินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553) เมื่อปี 2554 (53) โดยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ และคณะทำงานวิจัยในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานวิจัยใน สธ. และมหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยพิจารณาว่าการดำเนินงานตามโครงการ QOF นอกจากจะเป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนถึงความสำคัญของงานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการบรรลุเป้าหมายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย (53) ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดระบบธรรมาภิบาลของการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ เพราะทำให้เกิดการวัดประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจังทั้งในรูปแบบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังตอบสนองต่อเป้าหมายของการสร้างสุขภาพที่ดีอย่างถ้วนหน้าของประชาชนไทยด้วยการสนับสนุนและส่งเสริมให้สถานพยาบาลปฐมภูมิมิมีขีดความสามารถในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ มาตรฐานที่ใกล้เคียงกันในทุกส่วนของประเทศ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้จะมีผู้กำหนดนโยบาย ผู้จัดการโครงการ QOF และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิบางส่วนไม่เห็นด้วยกับกลวิธีที่ใช้ในโครงการ QOF ในปัจจุบัน เช่น การแบ่งงบประมาณที่ สปสช. จัดให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค เพื่อนำมาจ่ายตามคะแนนคุณภาพ แต่ก็มีบางส่วนที่ให้ความสำคัญกับหลักการ หรือ ตระหนักถึงประโยชน์ของโครงการ QOF ที่มีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีกรณีตัวอย่างของการดำเนินโครงการในบางพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่ดี ทั้งในการเลือกตัวชี้วัด การวางแผนดำเนินการ การพัฒนาระบบเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ซึ่งแสดงถึงความเป็นไปได้ที่จะนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้

ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรดำเนินโครงการ QOF ต่อไป แต่ควรมีการแก้ไขปรับปรุงโครงการฯ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้นดังที่จะกล่าวในส่วนต่อไป

5.2 ส่วนใดของโครงการ QOF ที่ยังทำได้ไม่ดีพอ?

ตามที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ กลวิธีดำเนินโครงการ QOF รวมทั้งแนวทางการบริหารจัดการหลายประเด็นควรได้รับการปรับปรุง ทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย (เช่น การกำหนดแหล่งที่มาและวงเงินงบประมาณที่ใช้ในโครงการ การออกแบบกลไกนโยบาย และการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ เป็นต้น) และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (เช่น การสื่อสารกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การกำหนดแหล่งที่มาและวงเงินงบประมาณสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการที่เหมาะสม การคัดเลือก/พัฒนาตัวชี้วัดระดับพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดและส่งต่อไปยัง สนย. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. การจัดส่งข้อมูลย้อนกลับไปยังหน่วยบริการ การกำหนดหลักเกณฑ์ระดับเขตสำหรับการจัดสรรงบประมาณ QOF ให้กับ CUP และ รพ.สต. รวมถึงการประเมินผลและติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นต้น) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาของการดำเนินโครงการ QOF เกิดขึ้นทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด และเครือข่ายหน่วยบริการประจำ และบางปัญหาที่มีความจำเพาะกับพื้นที่ ดังนั้นกลไกการติดตามประเมินผลและการปรับปรุงโครงการ QOF จัดให้มีในทุกกระดับ รวมทั้งพิจารณาบริบทของการดำเนินโครงการร่วมด้วย

ในระดับประเทศ ปัจจัยเชิงบริบทที่มีผลอย่างชัดเจนต่อกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่าง สปสช. กับ สธ. ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างผู้บริหารระดับสูงสุด ซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปจากการเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อสาธารณะต่างๆ ความขัดแย้งที่มีมาอย่างต่อเนื่องมิได้ส่งผลเสียต่อโครงการ QOF เพียงโครงการเดียว แต่ยังรวมถึงการจัดสรรและบริหารจัดการเกี่ยวกับงบประมาณสำหรับการให้บริการสุขภาพโดยทั่วไป สำหรับโครงการ QOF อาจกล่าวได้ว่าปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสองหน่วยงานเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆ ตามมา เช่น การขาดการอภิบาลระบบที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีข้อจำกัด การขาดความรู้ความเข้าใจต่อโครงการของผู้ที่เกี่ยวข้อง และขาดความร่วมมืออย่างใกล้ชิดในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ระบบข้อมูล/รายงาน) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการ และการกำกับติดตามและพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิที่ สธ. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก แม้ความขัดแย้งดังกล่าวจะเกิดขึ้นที่ระดับประเทศเป็นส่วนใหญ่ แต่บางกรณีก็ส่งผลถึงกิจกรรมในโครงการ QOF ที่ต้องการนโยบายที่ชัดเจนและความร่วมมือจากหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และสถานพยาบาลสังกัด สธ.

บริบทที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ นโยบาย/มาตรการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินการอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น นโยบายกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนโยบายการผลิตและกระจายบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติ นอกจากนี้ยังมีนโยบายของ สธ. ได้แก่ DHS เขตบริการสุขภาพ และทีมแพทย์ประจำครอบครัว เป็นต้น ประเด็นที่ควรพิจารณาคือความสอดคล้องของโครงการ QOF กับนโยบาย/มาตรการเหล่านี้ ทั้งในแง่เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย และกลวิธีดำเนินการ หากสอดคล้องเป็นเอกภาพก็ย่อมทำให้เกิดการเสริมแรงซึ่งกันและกันและดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น แต่หากมีประเด็นที่ขัดแย้งอย่างชัดเจนก็อาจทำให้เกิดความลังเลของ สสจ. สสอ. และหน่วยบริการว่าจะมุ่งไปในทิศทางใด รวมทั้งอาจไม่ได้รับการสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพบริการจาก สธ. ซึ่งเป็นต้นสังกัด

จะเห็นได้ว่าหากหน่วยงานของ สปสช. และ สธ. สามารถร่วมมือกันได้อย่างใกล้ชิดในทุกกระดับ ก็จะช่วยให้เกิดผลดีต่อการดำเนินนโยบายของทุกฝ่าย

นอกจากปัจจัยเชิงบริบทที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ QOF แล้ว การออกแบบกลวิธีและกลไกต่างๆ ของโครงการเองก็นับว่าเป็นปัญหา เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้บางส่วนเห็นว่า “ยังทำได้ไม่ดีพอ” ดังที่กล่าวข้างต้น และมีข้อเสนอให้ของงบประมาณเพิ่มเติมมาเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพโดยเฉพาะแยกตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับ รพ.สต. ออกจากตัวชี้วัดสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทอื่น เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาตัวชี้วัดของพื้นที่ และให้จัดสรรเงิน QOF ให้กับ รพ.สต. โดยตรงตามคะแนนตัวชี้วัด (ไม่ผ่าน CUP) เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางท่านชี้แจงว่า ในการของงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีข้อมูลสนับสนุน เช่น ต้นทุนต่อหน่วยของบริการต่างๆ ผลกระทบต่องบประมาณ และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น แต่มีปัญหาเนื่องจากขาดข้อมูลเหล่านี้ (ผู้ให้สัมภาษณ์ C4) หรือแม้แต่เมื่อมีข้อมูลครบถ้วนแล้ว ก็คาดว่าน่าจะมีปัญหาการสื่อสารให้สำนักงบประมาณเข้าใจ เนื่องจากคุณภาพของบริการปฐมภูมิหลายประเด็นเป็นนามธรรม เช่น ความพึงพอใจหรือความสุขที่มีบุคลากรสุขภาพมาเยี่ยมที่บ้าน และการวัดผลลัพธ์ออกมาเป็นคุณภาพชีวิต ในหน่วยปีสุขภาวะ เป็นต้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ R3) ส่วนการจ่ายเงิน QOF ให้กับ รพ.สต. นั้นก็เป็นไปได้ยาก ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดเรื่องข้อมูลเช่นเดียวกัน อีกทั้งยังขัดกับหลักการที่จะให้มีการพัฒนาบริการโดยการสนับสนุนช่วยเหลือกันและกันของหน่วยบริการภายใน CUP (ผู้ให้สัมภาษณ์ D1) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบกับการที่ระบบบริการสุขภาพ (รวมทั้งการเงินการคลัง) เป็นระบบที่มีความซับซ้อน มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การปรับปรุงกลวิธี และกลไกเหล่านี้ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบว่ามีปัญหาต่างๆ ที่มีการนำเสนอมีขนาดมากน้อยเพียงใด อะไรเป็นสาเหตุ และควรปรับปรุงอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์ คุ่มค่า รวมทั้งไม่ทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ตามมา ซึ่งบางประเด็นอาจต้องการการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินโครงการ QOF เฉพาะพื้นที่

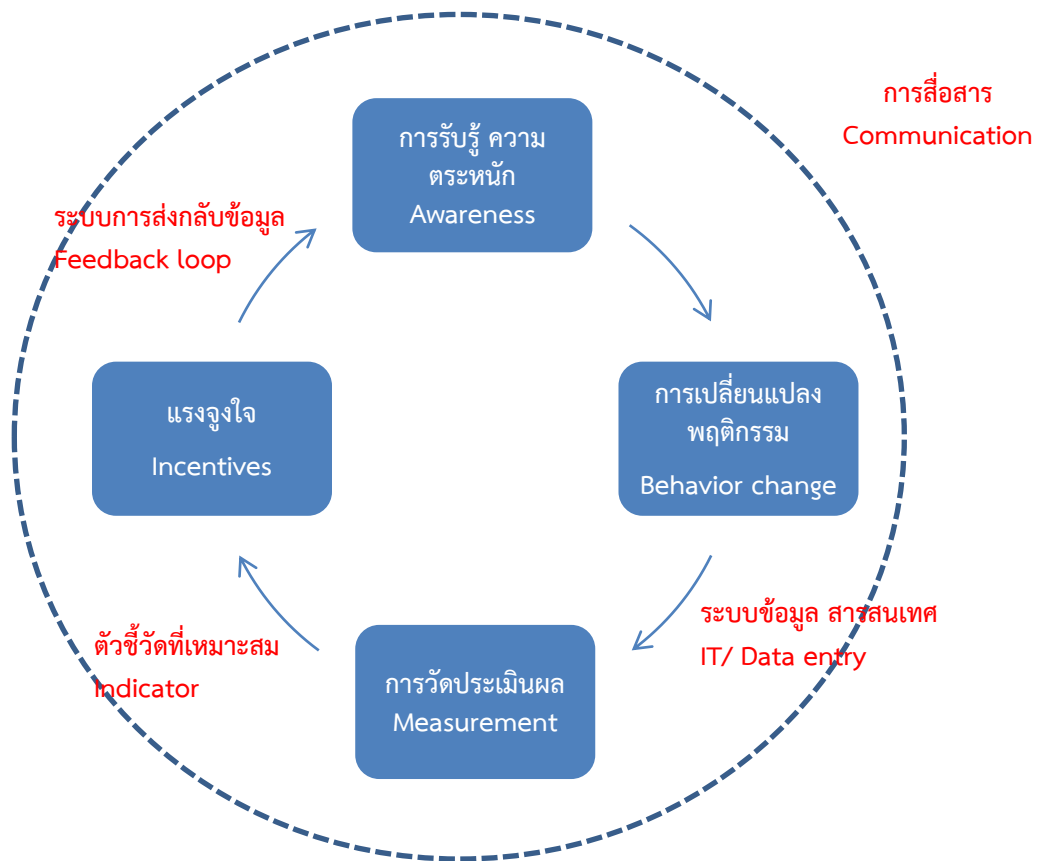
จากการอภิปรายผลที่กล่าวข้างต้น ความเหมาะสมของตัวชี้วัดคุณภาพเป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงโดยผู้ให้ข้อมูลบางกลุ่มในแง่มุมมองต่างๆ กัน นักวิจัยเห็นว่าสิ่งที่ตัวชี้วัดจะมี “ความเหมาะสม” หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งบางปัจจัยอาจไม่พบว่ามีผลสำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น

- การกำหนดขอบเขต (scope) ของ “บริการปฐมภูมิ” ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นว่า การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีต้องการกิจกรรมอื่นๆ ในชุมชน นอกเหนือจาก “การจัดบริการสุขภาพ” โดยสถานพยาบาล เช่น การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน
- เป้าประสงค์ของโครงการ QOF เช่น ต้องการพัฒนากำลังคน/โครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการ ต้องการสร้างเครือข่ายการให้บริการในพื้นที่ และ/หรือ ต้องการผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป

- การกำหนดประเภทของตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัด ซึ่งควรสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของโครงการ QOF นอกจากนี้ แม้จะเลือกแต่ตัวชี้วัดบริการปฐมภูมิมาใช้ในโครงการนี้ แต่ก็ควรคำนึงถึงการพัฒนาชุดของตัวชี้วัดบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิให้ครบวงจรของการแก้ไขโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ เพื่อให้บริการที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริการที่ได้รับในระยะแรก อันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพตามที่ต้องการ
- กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด เช่น การมีหลักฐานเบื้องต้นรองรับ การศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบตัวชี้วัด การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ลักษณะของกระบวนการแบบ top-down หรือ bottom-up
- ศักยภาพของระบบสนับสนุนเมื่อนำตัวชี้วัดไปใช้จริง เช่น ชีตความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (hardware, software, people ware and information system governance) วงเงินที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ และการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างทันท่วงที

5.3 หากจะดำเนินโครงการ QOF ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรปรับปรุงอะไรบ้าง?

คุณลักษณะของ QOF ที่ดีประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังแสดงในรูปที่ 5 เริ่มจากการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ QOF โดยการสื่อสารให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ หากดำเนินโครงการ QOF ไปแล้วจะเกิดประโยชน์อะไรต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้บริการ จากนั้นประเมินคุณภาพและผลงานบริการ โดยใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการประเมินคุณภาพและผลงานบริการนั้นจะต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสะท้อนการให้บริการจริง รวมทั้งตัวชี้วัดต่างๆ เหล่านี้ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องและอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ จากนั้นนำคะแนนจากตัวชี้วัดมาคิดคำนวณค่าตอบแทน จัดสรรค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรมและมีความโปร่งใส และสะท้อนข้อมูลกลับไปที่หน่วยบริการ เพื่อสร้างความตระหนักและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร และทุกขั้นตอนที่กล่าวมาต้องอาศัยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อาศัยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนเห็นผลกระทบอย่างชัดเจน (จนเกิด feedback loop อย่างครบวงจร ซึ่งใช้เวลามากกว่า 1 รอบปี) และมีการบริหารจัดการที่ดีที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ให้บริการและผู้บริหารสถานพยาบาลที่ต้องลงทุนลงแรงในการเพิ่มคุณภาพบริการ



รูปที่ 5 คุณลักษณะของ QOF ที่ดี และวงจรสนับสนุนการเพิ่มคุณภาพบริการด้วยแรงจูงใจที่เหมาะสม

โดย QOF ที่ดีต้องมีองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ดังนี้

- 1) มีสิ่งตอบแทนที่จูงใจ โดยอาจเป็นตัวเงินหรือรูปแบบอื่น
- 2) ยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
- 3) การจ่ายค่าตอบแทนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณภาพการทำงาน โดยควรมีระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- 4) การบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการประกาศตัวชี้วัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการสะท้อนข้อมูลกลับอย่างสม่ำเสมอ มีการจ่ายเงินที่ตรงเวลาและเหมาะสม เป็นต้น
- 5) พัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้ข้อมูลวิชาการประกอบ
- 6) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรตระหนักว่าโครงการ QOF เป็นการลงทุนระยะยาว
- 7) มีการสื่อสารที่ดีตั้งแต่ระดับนโยบายถึงผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงาน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปรับปรุงโครงการ QOF

6.1 การอภิบาลระบบ

สธ. และ สปสช. ร่วมกันบริหารระดับนโยบาย (เป็นเจ้าของโครงการ) โดยมีเหตุผลดังนี้

- เป็นความรับผิดชอบของ สธ. ที่จะพัฒนาหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด (หลักการ – สปสช. เป็นผู้แทนรัฐบาลซื้อบริการให้กับประชาชน และที่ผ่านมามีสถานพยาบาลสังกัด สธ. จำนวนหนึ่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์การเป็นหน่วยบริการประจำของ สปสช.) อีกทั้ง สธ. เป็นหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลในภาครัฐส่วนใหญ่ ก็อาจจะนำผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพมาเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาความดีความชอบ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิอีกทางหนึ่ง
- สธ. มีนโยบาย/มาตรการที่จะพัฒนาคุณภาพบริการอยู่แล้ว การดำเนินการให้สอดคล้องกับโครงการ QOF จะเป็นประโยชน์อย่างมากกับทั้ง สธ. และ สปสช. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทั้งสององค์กรควรร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัด โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ
- การที่ สธ. มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโครงการ อาจช่วยให้ของงบประมาณสำหรับ QOF โดยไม่ต้องแบ่งจากงบเหมาจ่ายรายหัวอย่างที่เป็นอย่างนี้ เนื่องจากเป็นการของงบประมาณเพื่อพัฒนาคุณภาพ ไม่ใช่การจัดบริการ (การที่ สปสช. จะของงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อการจัดบริการ อาจไม่มีเหตุผลที่ดีพอ)
- การร่วมกันบริหารโครงการในระดับนโยบายจะช่วยลดช่องว่างด้านการสื่อสารระหว่างสององค์กร ทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
- สธ. โดยผู้ตรวจราชการเขตต่างๆ จะมีส่วนในการติดตาม ร่วมประเมิน และสนับสนุนหน่วยงานในสังกัด สธ. เพื่อการพัฒนาคุณภาพและแก้ไขปัญหาที่พบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น การพัฒนากำลังคน เทคโนโลยีสารสนเทศ และโครงสร้างพื้นฐาน ตามความจำเป็นทั้งระดับเขตที่รับผิดชอบ และเชื่อมโยงกับหน่วยงานของ สธ. ในส่วนกลาง

6.2 กลวิธีดำเนินโครงการ QOF

- จัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF แยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว ในวงเงินที่เหมาะสม (ไม่มากหรือน้อยเกินไป) เพื่อจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยไม่ต้องกังวลกับการมีงบประมาณสำหรับการจัดบริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และไม่ทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับการได้คะแนน และค่าตอบแทนตามตัวชี้วัดจนละเลยบริการอื่นๆ
- สธ. และ สปสช. ร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการให้เหมาะสม และชัดเจน เช่น การให้คำชี้แจงเกี่ยวกับนโยบาย หลักเกณฑ์ต่างๆ และ

ตัวชี้วัดคุณภาพ ช่วงเวลาการจัดส่งข้อมูลให้ส่วนกลาง ช่วงเวลาการจัดสรรงบประมาณตาม
คะแนน QOF เป็นต้น และจัดให้มีกลไกติดตามกำกับเพื่อให้ดำเนินการให้ได้ตามที่กำหนด

- จัดให้มีตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับ รพ.สต. และจัดสรรงบประมาณตามคะแนน QOF ให้ รพ.สต.
โดยตรง (ไม่ผ่าน CUP) อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเครือข่ายความ
ร่วมมือระหว่าง รพ.สต. รพช. และ สสอ.
- พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพทั้งตัวชี้วัดกลางและตัวชี้วัดพื้นที่ ด้วยกระบวนการที่โปร่งใส มีส่วนร่วมจาก
ผู้แทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ
- พัฒนาระบบติดตามประเมินผลของโครงการทั้งในภาพรวม และระดับพื้นที่

6.3 ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ QOF

- พัฒนาระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีสารสนเทศ ของ สธ. รวมทั้งบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มี
ข้อมูลที่เชื่อถือได้ (ข้อมูลที่ส่งจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และ feedback กลับไปที่หน่วยบริการ)
และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตามเวลาที่เหมาะสม (สำหรับการประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัด
การคำนวณคะแนน การจัดสรรงบประมาณ QOF การติดตามประเมินผลโครงการในพื้นที่และ
ในภาพรวม และการศึกษาวิจัย) นอกจากนี้ สธ. จะได้ใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพในการพัฒนานโยบาย
ของ สธ. เอง
- พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการที่มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพของ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ QOF (เช่น สปสช.เขต สสจ. สสอ.) เพื่อให้การ
สนับสนุนแก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาในพื้นที่
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ QOF ที่บุคลากร และผู้ที่สนใจสามารถค้นหาข้อมูล
ได้ด้วยตนเอง และกำหนดตัวบุคคลที่ให้คำปรึกษาได้ รวมทั้งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่
ผู้บริหารและบุคลากรให้มีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ
- จัดให้มีการศึกษาวิจัยที่จำเป็น ในประเด็นที่ไม่ครอบคลุมอยู่ในระบบติดตามประเมินผลตามปกติ
- จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องแนวปฏิบัติที่ดี นวัตกรรม/การประยุกต์แนวคิดให้เหมาะกับ
บริบทของพื้นที่ และกรณีศึกษาตัวอย่างในการดำเนินโครงการ QOF โดยเป็นส่วนหนึ่งของ
บทเรียนการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009;361(4):368-78.
2. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bull World Health Organ.* 2010;88(6):402.
3. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med.* 2004;351(14):1448-54.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร: 2557.
5. Britton JR. Healthcare Reimbursement and Quality Improvement: Integration Using the Electronic Medical Record Comment on "Fee-for-Service Payment - an Evil Practice That Must Be Stamped Out?". *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(8):549-51.
6. Australian Government. Practice Incentives Program. 2015 [cited 11 September 2015]. Available from: <http://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/practice-incentives-programme/>.
7. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:247.
8. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 (9).
9. Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Qual Prim Care.* 2010;18(2):103-9.
10. Lawrence M OF. Indicators of quality in health care. *European Journal of General Practice.* 1997;3(3):103-8.
11. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care.* 2003;12(1):8-12.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Health and Social Care Directorate indicators process guide 2014. 2014;32.
13. Langdown C, Peckham S. The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *Journal of public health (Oxford, England).* 2014;36(2):251-258.
14. Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ.* 2014;349:6423.

15. Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *Br J Gen Pract.* 2013;63(611):408-15.
16. Hackett J, Glidewell L, West R, Carder P, Doran T, Foy R. 'Just another incentive scheme': a qualitative interview study of a local pay-for-performance scheme for primary care. *BMC Fam Pract.* 2014;15:168.
17. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2.
18. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ.* 2013;14(1):117-31.
19. Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health.* 2012;45(3):137-47.
20. Merilind E, Vethstra K, Salupere R, Kolde A, Kalda R. The impact of pay-for-performance on the workload of family practices in Estonia. *Qual Prim Care.* 2014;22(2):109-14.
21. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *J Evid Based Med.* 2009;2(2):70-83.
22. Latham LP, Marshall EG. Performance-based financial incentives for diabetes care: an effective strategy? *Can J Diabetes.* 2015;39(1):83-7.
23. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy Plan.* 2014;29(1):96-105.
24. Olafsdottir AE, Mayumana I, Mashasi I, Njau I, Mamdani M, Patouillard E, et al. Pay for performance: an analysis of the context of implementation in a pilot project in Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:392.
25. Borghi J, Little R, Binyaruka P, Patouillard E, Kuwawenaruwa A. In Tanzania, the many costs of pay-for-performance leave open to debate whether the strategy is cost-effective. *Health Aff (Millwood).* 2015;34(3):406-14.
26. Witter S, Zulfiquar T, Javeed S, Khan A, Bari A. Paying health workers for performance in Battagram district, Pakistan. *Hum Resour Health.* 2011;9:23.
27. Chimhutu V, Lindkvist I, Lange S. When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:23.

28. Martin JL, Lowrie R, McConnachie A, McLean G, Mair F, Mercer SW, et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract.* 2014;64(627):649-56.
29. Djalali S, Frei A, Tandjung R, Baltensperger A, Rosemann T. Swiss quality and outcomes framework: quality indicators for diabetes management in Swiss primary care based on electronic medical records. *Gerontology.* 2014;60(3):263-73.
30. Peabody JW, Shimkhada R, Quimbo S, Solon O, Javier X, McCulloch C. The impact of performance incentives on child health outcomes: results from a cluster randomized controlled trial in the Philippines. *Health Policy Plan.* 2014;29(5):615-21.
31. Tan EC, Pwu RF, Chen DR, Yang MC. Is a diabetes pay-for-performance program cost-effective under the National Health Insurance in Taiwan? *Qual Life Res.* 2014;23(2):687-96.
32. Chang RE, Lin SP, Aron DC. A pay-for-performance program in Taiwan improved care for some diabetes patients, but doctors may have excluded sicker ones. *Health Aff (Millwood).* 2012;31(1):93-102.
33. Yip W, Powell-Jackson T, Chen W, Hu M, Fe E, Hu M, et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices in rural China. *Health Aff (Millwood).* 2014;33(3):502-10.
34. Songstad NG, Lindkvist I, Moland KM, Chimhutu V, Blystad A. Assessing performance enhancing tools: experiences with the open performance review and appraisal system (OPRAS) and expectations towards payment for performance (P4P) in the public health sector in Tanzania. *Global Health.* 2012;8:33.
35. ประจักษ์ บัวผัน. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ* 2548;13(2):31-44.
36. ศักดิ์กฤษ บัญรอด. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
37. อรทัย นนทเกท. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ให้บริการหน่วยปฐมภูมิในประเทศไทย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
38. สมเดช สายสุด. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
39. ยรรยง อุดมญาติ. ปัญหาการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
40. อติญาณ์ ศรเกษตรริน, อรวรรณ สัมภามานะ, กาญจนา สุวรรณรัตน์. การปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี; 2553.
41. สุปัตรา พุ่มพวง. ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.

42. กรรณพร เอกคณาลักษณ์. ความคิดเห็นของประชาชนที่มีสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่ไม่ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2548.
43. วิศิษฐ์ ศิริภูวนันท์. การปฏิบัติการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.; 2549.
44. รักชนก คชไกร. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิในเขตภาคกลาง ประเทศไทย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
45. สุปราณี ยศสละ. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555
46. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือกองทุนคุณภาพบริการ. กรุงเทพมหานคร: 2554.
47. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลงานส่งเสริมคุณภาพผลงานบริการ (งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ) ณ มีนาคม 2554. กรุงเทพมหานคร: 2554.
48. ฐิติมา ทุ่งเกรียงไกร. Hospital Accreditation 2555. แหล่งข้อมูล: http://hospital-accreditation.blogspot.com/2012/03/hospital-accreditation_31.html.
49. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานการวิจัยประเมินผลรูปแบบการจ่ายเงิน เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กรณี: กองทุนตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (On Top) กองทุนโรคเรื้อรัง กองทุนแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: 2554.
50. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. โครงการพัฒนาและให้รางวัลคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. นครปฐม: 2555.
51. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557) ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: 2557.
52. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. แนวทางตัวชี้วัด QOF ปี 2559. กรุงเทพมหานคร: 2558.
53. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วลัยพร พัชรนฤมล, อังสุมาลี ผลภาค, พัทธี ธรรมวันนา. รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). นนทบุรี: 2555.

ภาคผนวก

คำถามสำหรับผู้จัดการโครงการ QOF ระดับประเทศ (สปสช.)

- (1) การดำเนินโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิบรรลุวัตถุประสงค์หลักของโครงการหรือไม่? เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น?
- (2) การจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิมีผลทำให้สถานพยาบาลในโครงการปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพมากขึ้นเพียงใด? เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น?
- (3) จุดแข็ง (strengths) ของโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในปัจจุบันมีอะไรบ้าง? อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้มแข็ง?
- (4) ส่วนใดของโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิที่ต้องการการแก้ไขปรับปรุงโดยด่วน? ท่านมีกลยุทธ์อย่างไรที่จะนำมาใช้เพื่อช่วยเร่งให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว?
- (5) ส่วนใดของโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงในระยะปานกลาง (3-5 ปีข้างหน้า) และระยะยาว (5-10 ปีข้างหน้า)? ท่านมีกลยุทธ์อย่างไรที่จะนำมาใช้เพื่อช่วยเร่งให้เกิดการพัฒนาดังกล่าว?
- (6) อะไรเป็นความท้าทาย (challenges) ที่สำคัญของการดำเนินโครงการและผลสัมฤทธิ์ของการจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ? ความท้าทายเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในระยะ 5 ปีข้างหน้า? สปสช. มีแผนที่จะจัดการกับความท้าทายดังกล่าวอย่างไร?

คำถามสำหรับผู้จัดการโครงการ QOF ระดับเขต (สปสช. เขต)

- (1) การดำเนินโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในเขตของท่านบรรลุวัตถุประสงค์หลักของโครงการหรือไม่? เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น?
- (2) ท่านคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 อันดับแรก ที่จะทำให้การดำเนินโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จ? กรุณาอธิบาย
- (3) ในเขตของท่าน ตัวชี้วัดคุณภาพและผลงานบริการตัวใดบ้างที่มีประสิทธิผลในการปรับปรุงคุณภาพของบริการปฐมภูมิ? และประเด็นตามตัวชี้วัดใดบ้างที่จะพัฒนาให้ประสบความสำเร็จได้ยาก? เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น?
- (4) ผู้บริหารและบุคลากรส่วนใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตของท่านมีทัศนคติ/ความคิดเห็นอย่างไรต่อโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ?
- (5) อะไรเป็นความท้าทาย (challenges) หรือข้อจำกัดที่สำคัญที่สุด 3 อันดับแรก ในการดำเนินโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในเขตของท่าน? ความท้าทายหรือข้อจำกัดเหล่านี้เหมือนหรือต่างจากเขตอื่นๆ? กรุณาอธิบาย
- (6) ท่านมีคำแนะนำอย่างไรบ้าง ในการปรับปรุงโครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในเขตของท่าน? (อาจพิจารณาเลือกให้คำแนะนำในบางประเด็นต่อไปนี้)

หากท่านเห็นว่ามีมีความสำคัญ : แนวทางการดำเนินงานที่ สปสช. จัดทำขึ้น ตัวชี้วัดคุณภาพ การป้อนข้อมูลและส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลให้ สปสช. เกณฑ์การจัดสรรเงิน QOF ให้กับ รพช. และ รพ.สต. วิธีคำนวณเงินที่จ่ายให้กับ รพช. และ รพ.สต. การตรวจประเมินและนิเทศก์งานในโครงการ บทบาทของ คปสช. และอื่นๆ)

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโครงการ QOF ใน สสจ. และ CUPs

- (1) จากการที่ สปสช. ดำเนินโครงการ QOF ในปี 2557 และ 2558 โครงการดังกล่าวได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบริการปฐมภูมิในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน (จังหวัด/CUP) ในด้านใดมากที่สุด
- (2) ในปีแรกของโครงการ การที่ CUPs ได้คะแนน QOF มากหรือน้อยนั้น สะท้อนถึงคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร
- (3) ในปีแรกของโครงการ งบประมาณ QOF ที่จัดสรรให้ CUPs สะท้อนถึงคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิหรือไม่ เพราะเหตุใด
- (4) ในปัจจุบัน อะไรเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการดำเนินโครงการ QOF ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน (จังหวัด/CUP)
- (5) ท่านมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน (จังหวัด/CUP) อย่างไร
 - (5.1) กรณีที่ 1 สปสช. ยังคงดำเนินโครงการ QOF ต่อไป
 - (5.2) กรณีที่ 2 สปสช. ยกเลิกโครงการ QOF



โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิ
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1

