

# รายงานฉบับสมบูรณ์

## การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย

### “30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

### ในพื้นที่นำร่อง

The developmental evaluation of  
“30 Baht Treatment Anywhere with one ID card” policy in pilot area

มกราคม 2568

#### โดย

ดร. ปฤษฎัมพร ทังแก้ว และคณะผู้วิจัย  
Pritaporn Kingkaew, et al.

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
และ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation (HITAP)  
and International Health Policy Foundation (IHPP)



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข





## รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่อง

The developmental evaluation of  
“30 Baht Treatment Anywhere with one ID card” policy in pilot area

โดย

ดร. ภาณุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว และคณะผู้วิจัย

Pritaporn Kingkaew, et al.

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และ  
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation (HITAP) and  
International Health Policy Foundation (IHPP)

มกราคม 2568

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## รายชื่อคณะผู้วิจัย

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| ดร. ภาณุ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว        | Pritaporn Kingkaew           |
| ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์         | Yot Teerawattananon          |
| รศ. ดร.วรรณฤดี อีสรานุวัฒน์ชัย  | Wanrudee Isaranuwatthai      |
| ภญ. นิธิเจน กิตติรัชกุล         | Nitichen Kittiratchakool     |
| นางสาววิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร     | Vilawan Luankongsomchit      |
| ดร. ภาณุ.ขวัญพุทธา อรุณประเสริฐ | Kwanputtha Arunprasert       |
| นางสาวพรอมา ราศรี               | Pornuma Rasri                |
| นางสาวปภาดา ราญรอน              | Papada Ranron                |
| นางสาวศุภสุมดา โพธิ์โสริย์      | Supasuda Posoree             |
| นางสาวนิชาต์ มุลคำ              | Nicha Moonkham               |
| นางนุชพงศ์ จงโชติชัชวาลย์       | Nuchapong Jongchotchatchawal |
| ดร.วิศวะ มาลาकरण                | Wissawa Malakan              |
| นางสาววิลาสินี สำเนียง          | Wilasinee Samniang           |
| นายธนกร เจริญกิตติวุฒ           | Thanakorn Jalearnkittiwut    |
| นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์        | Anond Kulthanmanusorn        |
| นางสาวศรวณีย์ อวนศรี            | Sonvanee uansri              |
| นางสาวศิริกัลยาณี สัจจขารี      | Sirikanlaya Sujjacharee      |
| นางสาวพิศภาสินี พิศาลสินธุ์     | Pispasinee Pisansin          |

## รายชื่อคณะที่ปรึกษา

|                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| นพ.โสภณ เมฆธน                         | Sophon Mekthon             |
| นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์                 | Somsak Akksilp             |
| ดร. นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี               | Pongsathorn Pokpermddee    |
| ศ. ดร. นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ | Virasakdi Chongsuvivatwong |
| นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์                  | Supakit Sirilak            |

ผศ. ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์

Jaruayporn Srisasalux

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกภาคส่วนที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และขอขอบพระคุณกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลการดำเนินนโยบายฯ และสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ที่สนับสนุนข้อมูลต้นทุนโรงพยาบาล รวมถึงทีมวิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เอื้อเพื่อโอกาสในการร่วมเรียนรู้และสังเกตการณ์ และสนับสนุนเทคโนโลยีในการถอดเสียง

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะที่ปรึกษาทุกท่าน สำหรับข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คณะผู้วิจัยหวังว่า ผลการประเมินและข้อเสนอแนะในรายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายฯ ให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

คณะผู้วิจัย

## บทคัดย่อ

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายภาครัฐจากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาดินทางสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี อีกทั้งประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาท) สามารถเลือกรับบริการสุขภาพปฐมภูมิจากหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐและคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในลักษณะนำร่อง 3 ระยะ โดยปลาย พ.ศ. 2567 มี 46 จังหวัดที่เริ่มดำเนินงานตามนโยบายนี้

โครงการนี้ใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อพัฒนานโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงานที่เป็นนโยบายเกิดขึ้นใหม่ มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่องและพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ โดยคณะผู้วิจัยและผู้ทำงานจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันทั่วทั้งที่ตลอดระยะเวลาการประเมิน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เป็นส่วนหนึ่งในคณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ ผู้ดำเนินนโยบายในพื้นที่ และนักวิชาการที่ร่วมประเมินผลนโยบาย กลไกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เกิดข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินนโยบาย และหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนานโยบายในช่วงต้นของการดำเนินงาน

คณะผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change) มาใช้เป็นหนึ่งในเครื่องมือการมองเป้าหมายของนโยบายจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนำร่องระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการมองภาพกว้างเพื่อคาดการณ์ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย และใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการสำรวจและการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อประเมินผลด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) ทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อตอบโจทย์เรื่องผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และระบบสาธารณสุข ปัจจัยที่ส่งเสริม/เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานเพื่อการเตรียมความพร้อมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่อื่น ๆ และต้นทุนต่อหน่วยการบริการสำหรับเตรียมเป็นข้อมูลนำเข้าแก่ผู้กำหนดนโยบายในการพิจารณาอัตราเบิกจ่ายที่เหมาะสม

## Abstract

In 2024, the Ministry of Public Health introduced a flagship government policy titled **“30-Baht Treatment Everywhere with a National ID Card.”** This initiative was designed to integrate personal health records (PHRs) across public health facilities nationwide. The policy aimed to enhance access to convenient, high-quality primary healthcare, reduce travel and waiting times, and empower citizens to leverage their health data for improved health and well-being. Under the Universal Coverage Scheme (UCS), Thai citizens could access healthcare services at both public facilities and registered private clinics covered by the National Health Security Office (NHSO). The policy was rolled out in three pilot phases, with 46 provinces participating by the end of 2024.

Developmental Evaluation (DE) was employed as an approach particularly suited for assessing complex, dynamic, and evolving policies during their implementation phase. The objectives of this study were to explore and evaluate policy outcomes in pilot areas and to develop context-specific recommendations for policy improvement. Using a co-creation approach, evaluators and stakeholders collaborated to provide timely feedback throughout the evaluation period.

The research team, as part of the NHSO's Monitoring and Evaluation Committee, worked closely with representatives from the Ministry of Public Health, health professional councils, implementers, and academics. This collaborative structure enabled a continuous feedback loop, facilitating the early identification of implementation challenges and the proposal of practical solutions.

The Theory of Change (TOC) was employed as a tool to capture the perceptions of policy goals from both policymakers and implementers during the first phase in the pilot provinces. It also helped identify potential positive and negative impacts of implementation and informed the design of data collection methods. The study adopted a mixed methods approach, integrating both qualitative and quantitative methodologies to assess the policy's effects on healthcare providers, patients, and the healthcare system. Additionally, the research examined factors that facilitated or hindered implementation readiness in other areas, as well as the unit cost of service provision, to provide policymakers with insights for determining appropriate reimbursement rates.



## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” มีเป้าหมายสำคัญคือการยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาดูแลรักษา สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี คณะผู้วิจัยใช้แนวทางการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) มาศึกษาการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่องช่วง พ.ศ. 2567 โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการดำเนินนโยบายฯ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change) ระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับปฏิบัติการ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) เพื่อเก็บข้อมูลจากประชาชนที่เป็นผู้รับบริการ ผู้ดำเนินนโยบายทั้งในส่วนกลางและระดับผู้ปฏิบัติงาน ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและคลินิกเอกชน อีกทั้งเข้าร่วมการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานกำกับติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ และผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดข้อมูลย้อนกลับและการพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างทัน่วงที

ใน พ.ศ. 2567 ที่ผ่านมา การดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล และหน่วยบริการนวัตกรรมที่เข้าร่วมการดำเนินนโยบายในจังหวัดนำร่อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพต่าง ๆ จากการศึกษาคณะผู้วิจัยสะท้อนข้อค้นพบ ตามประเด็นดังนี้

### 1) นโยบายฯ เปิดโอกาสการสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ในการพัฒนาความสามารถในการรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพแบบก้าวกระโดด

นโยบายฯ มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด และพัฒนาระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ เพิ่มความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และพัฒนาระบบบริการ/ระบบสนับสนุนการให้บริการเพื่อรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ได้แก่ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ระบบข้อมูลการเบิกจ่าย (financial data hub หรือ FDH) ระบบการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ (health ID) และผู้ให้บริการ (provider ID) ระบบการตรวจสอบสิทธิการรักษา ระบบการยืนยันการเข้ารับบริการ (authentication code) การนัดหมายออนไลน์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ส่งแล็บดิจิทัล การให้บริการการแพทย์ทางไกลและเภสัชกรรมทางไกล บริการส่งยาทางไปรษณีย์และขนส่งยา (health rider) โดยการทำงานเริ่มต้นจากหน่วยบริการในการกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ดูแลรับผิดชอบโดยสำนักดิจิทัล และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการใช้งานให้แก่ประชาชนทุกสิทธิสวัสดิการ

อย่างไรก็ตาม ประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลและการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อการให้บริการ ยังอยู่ในวงจำกัด ปัจจุบันการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว รัฐบาลควรเร่งสร้างกลไกและระบบอภิปาลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการเพื่อความเชื่อมโยงที่สมบูรณ์และเกิดประโยชน์สูงสุด

## 2) ประชาชนสนับสนุนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เกิดผลเชิงบวกจากการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ แต่ไม่ควรมองข้ามผลเชิงลบที่เกิดขึ้น

นโยบายฯ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนที่ใช้สิทธิ 30 บาท สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและสะดวกเช่นคำกล่าวของประชาชนผู้ให้ข้อมูลว่า “สะดวกในการรับบริการที่ใกล้บ้าน” “อยู่ที่ใดก็รับบริการได้ แม้แต่หลังเลิกงานที่หน่วยบริการภาครัฐ” ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการในจังหวัดน่านร้องใช้เวลาเดินทาง ใช้เวลารับบริการ และค่าใช้จ่ายจากการรับบริการสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยและครอบครัวในจังหวัดคุ้ยเตียบ ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้หมายถึงรวมถึง ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มและค่าเสียโอกาสของผู้ป่วยและญาติในการไปรับบริการ บางส่วนประหยัดเวลาจากบริการ health rider อีกทั้งผลทางอ้อมจากนโยบายนี้คือช่วยให้ประชาชนตื่นตัวและได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งอาจส่งผลดีในด้านเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต เพื่อเตรียมพร้อมให้ประชาชนสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

อย่างไรก็ตามประชาชนบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดต่อประเด็นเรื่องหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายนี้ได้ โดยเฉพาะความเข้าใจว่าสามารถเข้ารับบริการจากคลินิกเอกชนทุกที่ได้ ซึ่งหน่วยบริการนั้นต้องเป็นหน่วยบริการเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับ สปสช. เท่านั้น อีกทั้งช่วงเริ่มต้นของนโยบายที่เน้นประชาสัมพันธ์การใช้โทรศัพท์มือถือและการดาวน์โหลดแอปพลิเคชันพร้อมเพื่อยืนยันตัวตน เกิดความท้าทายของการดำเนินนโยบายกับประชาชนบางส่วนที่ไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือหรืออินเทอร์เน็ต หรือผู้ที่ไม่ถนัดใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การเข้าถึงบริการที่สะดวกขึ้นและเข้ารับบริการจากหน่วยบริการที่แตกต่างจากสถานที่ที่ขึ้นทะเบียนไว้ อาจก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการให้บริการเกินความจำเป็น ระบบการตรวจจับการฉ้อโกง (fraud detection) ที่มีความรัดกุม การกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้กระทำความผิดที่รุนแรงมากขึ้นและการเอาจริงกับการดำเนินคดี อาจจะสร้างสภาพแวดล้อมที่สามารถป้องกันการกระทำความผิดเหล่านี้ได้ อีกทั้งนโยบายนี้ได้ตั้งคำถามให้กับประชาชนผู้มีสิทธิประกันสังคม ถึงความเท่าเทียมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ของประเทศไทย ดังข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและสัมภาษณ์ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสังคมที่คาดหวังให้สามารถรับสิทธิการรักษาทุกที่ได้เฉกเช่นผู้ใช้สิทธิ 30 บาท

## 3) ผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขเล็งเห็นถึงประโยชน์ของนโยบายในระยะยาว เกิดภาระงานที่มากขึ้นในช่วงแรกของการเปลี่ยนผ่านระบบและการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุข เล็งเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของนโยบาย เนื่องจากเป็นนโยบายที่ขับเคลื่อนและสร้างความเปลี่ยนแปลงในหลายด้านและประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุด อีกทั้งจำนวนผู้เข้ารับบริการในหน่วยบริการในจังหวัดน่านยังไม่ต่างจากก่อนมีนโยบาย อย่างไรก็ตามในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบเป็นการสร้างภาระงานต่อผู้ปฏิบัติงานเพิ่มเติม โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเรื่องระบบปฏิบัติการ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉลี่ย 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในพื้นที่น่านระยะที่ 1 ที่อยู่ในช่วงการทดสอบระบบและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ให้บริการในระยะที่ 2 และ 3 มีภาระงานโดยเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มากเท่าระยะที่ 1 โดยรวมจากการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการดำเนินนโยบาย

ทั้งนี้ก่อนการขยายการดำเนินงานไปทั่วทั้งประเทศ หน่วยบริการเตรียมความพร้อมใน 5 ด้านตามหลักการ “SHARE” เพื่อความสำเร็จของการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการให้บริการที่ไร้รอยต่อ ทั้งในระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ ประกอบด้วย

- **S (security):** เตรียมความพร้อมทั้งด้านมาตรฐานของระบบสารสนเทศและความปลอดภัยทางไซเบอร์ของหน่วยบริการและพัฒนาองค์ความรู้และทักษะแก่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการโดยเฉพาะด้านความรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) และทักษะในการป้องกันและรับมือกับภัยคุกคาม
- **H (health electronics):** เตรียมความพร้อมการให้บริการด้านอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งระบบยา ระบบนัดหมาย ระบบคิวที่ควรมีการวางแผนการดำเนินงานชัดเจน
- **A (awareness):** สร้างความตระหนักรู้ในพื้นที่ ทำป้ายประชาสัมพันธ์ อบรมผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล สำหรับสื่อสารนโยบายแก่ประชาชน
- **R (registration):** เตรียมความพร้อมการลงทะเบียนด้านอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการลงทะเบียนพิสูจน์ตัวตน เช่น เครื่องอ่านบัตร ตัวคีออส (Kiosk)
- **E (equipment):** จัดเตรียมแนวทางการสำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะหน่วยบริการขนาดใหญ่ที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก

4) การขยายตัวของหน่วยนวัตกรรมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิมากขึ้น แต่ยังคงต้องการกลไกการอภิบาลในการกำกับและติดตามคุณภาพของการบริการที่มีมาตรฐาน และการเชื่อมโยงของระบบบริการเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย

ภายใต้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” สปสช. ผลักดันการขยายตัวของ “หน่วยนวัตกรรม” โดยเปิดโอกาสให้คลินิกเอกชน (คลินิกเวชกรรม คลินิกการพยาบาล คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกเทคนิคการแพทย์) และร้านยา เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการสิทธิ 30 บาท จาก สปสช. ได้ ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรค การติดตามการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้เพิ่มมากขึ้น ได้รับความสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน และสามารถเข้าถึงบริการนอกเวลาราชการได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดความแออัดและแบ่งเบาภาระงานให้กับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งนี้อัตราการชดเชยค่าบริการ

และระยะเวลาในการชดเชยค่าบริการของ สปสช. เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเข้าร่วมโครงการของคลินิกเอกชน ปัจจัยรองลงมา คือ การให้บริการประชาชนในชุมชน ความสะดวกในการบันทึกข้อมูลเพื่อรับการชดเชยค่าบริการ และความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการใช้ระบบปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อเชื่อมข้อมูลสุขภาพ ดังนั้นคลินิกเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมหรืออยู่ในระหว่างการตัดสินใจเป็น “หน่วยนวัตกรรม” คือ กลุ่มที่พิจารณาแล้วว่าการเข้าร่วมนั้นยังไม่คุ้มค่ากับการลงทุนของคลินิก ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง อัตราการเบิกจ่ายที่ไม่สะท้อนต้นทุนการบริการ กระบวนการเบิกเคลมที่ล่าช้าและอาจไม่ครบถ้วนตามที่ขอเบิก กระบวนการเข้าร่วมที่มีขั้นตอนและการกำกับติดตามจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลของรัฐ สาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สภาวิชาชีพ และหน่วยนวัตกรรมอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรัดกุมด้านคุณภาพของการให้บริการจากสภาวิชาชีพและองค์กรในท้องถิ่น

อย่างไรก็ตามมาตรฐานการให้บริการ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากผู้สิทธิ และการจัดระบบเครือข่ายปฐมภูมิรับ-ส่งต่อผู้รับบริการในพื้นที่และนอกพื้นที่ระหว่างหน่วยบริการ เป็น 3 ประเด็นหลักที่ต้องมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการส่งต่อบริการอย่างต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ

โดยสรุปนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” มีแนวโน้มที่จะสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามนโยบายฯ อาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต้องกำกับและติดตาม และหาแนวทางการป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

#### **ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในอนาคต**

1. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรเร่งสร้างกลไกและระบบอภิบาลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด รวมถึงหน่วยบริการเอกชน เพื่อความเชื่อมโยงของข้อมูลที่สมบูรณ์และเกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การจัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพดิจิทัล
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เร่งเชื่อมโยงข้อมูลการเข้ารับบริการให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบการตรวจสอบที่สามารถป้องกันพฤติกรรมการใช้สิทธิโดยทุจริต (ขอปิงยา) ของผู้สิทธิบางส่วน
3. สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการตรวจสอบก่อนและหลังการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ สามารถกำกับและติดตามการเบิกจ่ายค่าชดเชย เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายและได้รับชดเชยค่าบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว อันจะเป็นการสร้างเชื่อมั่นให้กับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน
4. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) เพื่อให้เกิดการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

(capitation) และการจ่ายแบบแยกเป็นรายการบริการ (fee schedule) ในกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่อยู่นอกเขตการให้บริการ

5. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่หน่วยนวัตกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน
6. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาชุดสื่อมาตรฐานและแนวทางการสื่อสารแก่ประชาชนที่เป็นเอกภาพ เพื่อสร้างทัศนคติและความเข้าใจต่อนโยบายในแนวทางเดียวกัน
7. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดการความรู้ ที่รวบรวมแนวทางปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการสื่อสารนโยบายที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และสามารถสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเป็นระบบ
8. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายกรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
9. กระทรวงสาธารณสุขร่วมวางแผนพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรให้กับโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) โดยเฉพาะด้านมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช. เขต พัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพ การกำกับติดตามและประเมินผล และพัฒนาการจัดระบบเครือข่ายปฐมภูมิรับ-ส่งต่อผู้รับบริการในพื้นที่และนอกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีรูปแบบการบริการ การบริหารจัดการ และลักษณะทางประชากรที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ
2. การศึกษาปัจจัยที่ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ เช่น การเข้าร่วมนโยบายฯ ของหน่วยงานเอกชน และการนำเทคโนโลยีและระบบดิจิทัลมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุข (digital transformation) เป็นต้น
3. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการเพิ่มเติม สำหรับประเภทการบริการยังไม่ครอบคลุมในการศึกษาที่ผ่านมา เช่น บริการ health rider, บริการรับยาที่ร้านยาในรูปแบบ model ต่าง ๆ และการให้บริการ telemedicine เป็นต้น
4. การศึกษาความคุ้มค่าของการลงทุนภายใต้นโยบายฯ ด้วยวิธี social return on investment (SROI)

5. การศึกษาระบบกลไกการคลังและรูปแบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสม ภายใต้หลักการที่ทำให้ประชาชนมีอิสระในการเลือกรับบริการ และเป็นผู้ได้รับประโยชน์สูงสุด
6. การศึกษารูปแบบและประสิทธิภาพการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในการให้บริการ (fraud detection) ของหน่วยงานวัฒนธรรมในปัจจุบัน เพื่อเสนอรูปแบบและกลไกการตรวจสอบการทุจริตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสาธารณะของภาครัฐ จากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เป็นบริการสุขภาพดิจิทัล เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด อีกทั้งมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาเดินทาง สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาท) สามารถเลือกรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) จากหน่วยบริการปฐมภูมิที่นอกจากหน่วยบริการประจำได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว อีกทั้ง สปสช. มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจัดให้มีหน่วยบริการนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าร่วมให้บริการประชาชนเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรงพยาบาลของภาครัฐลดความแออัด บุคลากรการแพทย์มีภาระลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

### ข้อค้นพบที่สำคัญ

1) นโยบายฯ เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพอย่างรวดเร็วและครอบคลุม ดังนั้นรัฐบาลควรเร่งพัฒนาระบบบริการ/ระบบสนับสนุนการให้บริการเพื่อรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ รวมถึงสร้างระบบบริหารจัดการที่ช่วยให้หน่วยบริการเอกชนและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สามารถเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพเข้าด้วยกันได้อย่างครบถ้วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

2) นโยบายฯ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น ช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากนี้ประชาชนยังได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตัวเองในอนาคต อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายที่ต้องเร่งดำเนินการ ได้แก่ การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับเงื่อนไขและขอบเขตของนโยบาย การใช้เทคโนโลยีในกลุ่มเปราะบาง การใช้บริการที่มากเกินไปจนจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบตรวจจับการใช้สิทธิโดยมิชอบที่เข้มงวด และมีบทลงโทษที่จริงจัง

3) ผู้ให้บริการ/บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่านโยบายนี้มีประโยชน์ในระยะยาว แม้ว่าช่วงแรกของการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานจะมีภาระงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยบริการควรมีการเตรียมความพร้อมใน 5 ด้าน ตามหลักการ SHARE เพื่อความสำเร็จของการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการให้บริการที่ไร้รอยต่อทั้งในระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ ประกอบด้วย

- S (security): เตรียมระบบความปลอดภัยข้อมูลและเพิ่มทักษะด้านความรู้ดิจิทัล (digital literacy) ให้กับผู้ให้บริการ
- H (health electronics): จัดระบบอิเล็กทรอนิกส์ให้พร้อม ทั้งระบบยาและการนัดหมาย

- A (awareness): ประชาสัมพันธ์นโยบายและให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ให้บริการ
- R (registration): เตรียมระบบลงทะเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อพิสูจน์ตัวตน เช่น เครื่องอ่านบัตรตู้คีออส (Kiosk)
- E (equipment): วางแผนสำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีคนไข้มาก

4) การมี ‘หน่วยนวัตกรรม’ หรือคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระจายอย่างทั่วถึง ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการดูแลรักษาเบื้องต้นเพิ่มมากขึ้น ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน และสามารถเข้าถึงบริการนอกเวลาราชการได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดความแออัดและแบ่งเบาภาระงานให้กับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ โดยอัตราการชดเชยค่าบริการและระยะเวลาในการชดเชยค่าบริการของ สปสช. เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเข้าร่วมโครงการของคลินิกเอกชน อย่างไรก็ตามควรมีการกำกับติดตามคุณภาพของการให้บริการที่มีมาตรฐานและการเชื่อมโยงของระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุปนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” มีแนวโน้มที่จะสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามนโยบายฯ อาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต้องกำกับและติดตาม และหาแนวทางการป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

### ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในอนาคต

1. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรเร่งสร้างกลไกและระบบอภิบาลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด รวมถึงหน่วยบริการเอกชน เพื่อความเชื่อมโยงของข้อมูลที่สมบูรณ์และเกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การจัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพดิจิทัล
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เร่งเชื่อมโยงข้อมูลการเข้ารับบริการให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบการตรวจสอบที่สามารถป้องกันพฤติกรรมการใช้สิทธิโดยทุจริต (ขอปิงยา) ของผู้ใช้สิทธิบางส่วน
3. สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการตรวจสอบก่อนและหลังการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ สามารถกำกับและติดตามการเบิกจ่ายค่าชดเชย เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายและได้รับชดเชยค่าบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว อันจะเป็นการสร้างเชื่อมั่นให้กับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน
4. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) เพื่อให้เกิดการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

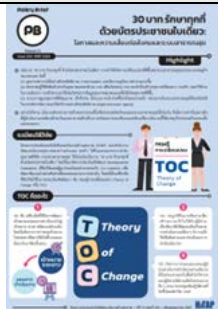


(capitation) และการจ่ายแบบแยกเป็นรายการบริการ (fee schedule) ในกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่อยู่นอกเขตการให้บริการ

5. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่หน่วยนวัตกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน
6. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาชุดสื่อมาตรฐานและแนวทางการสื่อสารแก่ประชาชนที่เป็นเอกภาพเพื่อสร้างทัศนคติและความเข้าใจต่อนโยบายในแนวทางเดียวกัน
7. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดการความรู้ ที่รวบรวมแนวทางปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการสื่อสารนโยบายที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และสามารถสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเป็นระบบ
8. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายกรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
9. กระทรวงสาธารณสุขร่วมวางแผนพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรให้กับโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) โดยเฉพาะด้านมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช. เขต พัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพ การกำกับติดตามและประเมินผล และพัฒนาการจัดระบบเครือข่ายปฐมนิเทศ-ส่งต่อผู้รับบริการในพื้นที่และนอกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ

ผลการศึกษาเบื้องต้นได้ถูกจัดทำเป็นเอกสารเชิงนโยบาย (policy brief) เพื่อเผยแพร่ผลงานแก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการนำเสนอผลการศึกษาแบบกระชับ จำนวน 7 ฉบับ นอกจากนี้ยังได้รับการอ้างอิงและเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งหมด 11 แหล่ง เช่น บทความบนเว็บไซต์มติชนออนไลน์ เป็นต้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการเผยแพร่งานวิจัยผ่านสื่อออนไลน์

| ลำดับ | วันที่เผยแพร่ | ชื่อข่าว/บทความ                                                                                               | ภาพประกอบ                                                                             |
|-------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | พฤษภาคม 2567  | policy brief ฉบับที่ 164: 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว: โอกาสและความเสี่ยงต่อสังคมและระบบสาธารณสุข |  |

| ลำดับ | วันที่เผยแพร่ | ชื่อข่าว/บทความ                                                                                                                                                                  | ภาพประกอบ |
|-------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.    | กรกฎาคม 2567  | policy brief ฉบับที่ 170:<br>เข้าถึงบริการสุขภาพง่าย ๆ<br>แค่ใช้ “บัตรประชาชน”<br>มุมมองของประชาชน<br>ผู้ใช้บริการภายใต้นโยบาย<br>“30 บาทรักษาทุกที่ ด้วย<br>บัตรประชาชนใบเดียว” |           |
| 3.    | กรกฎาคม 2567  | policy brief ฉบับที่ 171:<br>“คลินิกเอกชน” ทางเลือก<br>ใหม่ของประชาชนบริหาร<br>อย่างไรให้ยั่งยืน                                                                                 |           |
| 4.    | กรกฎาคม 2567  | policy brief ฉบับที่ 172:<br>“SHARE” ก่อนเข้าร่วมเป็น<br>หน่วยบริการในนโยบาย<br>“30 บาทรักษาทุกที่ ด้วย<br>บัตรประชาชนใบเดียว”                                                   |           |
| 5.    | กรกฎาคม 2567  | policy brief ฉบับที่ 173:<br>นโยบาย 30 บาทรักษาทุก<br>ที่! ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย แต่<br>คนยังสับสนหน่วยบริการ                                                                      |           |
| 6.    | ตุลาคม 2567   | policy brief ฉบับที่ 185:<br>รักษาใกล้บ้าน ลดการ<br>เดินทาง ลดโลกร้อน กับ<br>นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่<br>ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว                                                  |           |



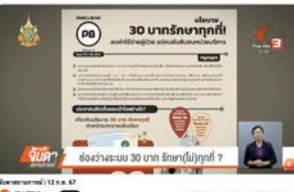
## การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลงานวิจัยของโครงการได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านนโยบายสาธารณะและการพัฒนาชุมชนและสังคม โดยการนำเสนอผลการศึกษาและการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการดำเนินงานของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยผลการศึกษาเบื้องต้นของงานวิจัยถูกนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกันโยบายฯ ผ่านการประชุมต่าง ๆ โดยนำเสนอผลการศึกษาในประเด็นผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบาย ทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การเตรียมความพร้อม ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานของหน่วยบริการ และการยอมรับนโยบายฯ ของผู้รับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้เสนอผลการศึกษาเบื้องต้นของการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยบริการ รวมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง และให้ข้อมูลแก่สื่อรายละเอียดดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

อีกทั้งคณะผู้วิจัยได้เข้าร่วมงาน “มหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 2567 (Thailand Research Expo 2024)” ระหว่างวันที่ 26-30 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นเวทีระดับชาติที่นำเสนอความก้าวหน้า ผลงานวิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่มีคุณภาพ เพื่อเชื่อมโยงบูรณาการองค์ความรู้ไปสู่การใช้ประโยชน์ในการพัฒนาประเทศโดยสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) โดยคณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นผ่านการจัดนิทรรศการเพื่อสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่นักวิจัย นักวิชาการ และประชาชนที่เข้าร่วมในงาน และได้เข้าร่วมการประกวดผลงานวิจัยกับมหกรรมงานวิจัยระดับชาติและได้รับ Thailand Research Expo 2024 Award ประเภทรางวัล Silver Award .

### ตารางที่ 2 สรุปการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

| ลำดับ | ชื่อข่าว/บทความ                                                                              | ประเภทและแหล่งที่มา                   | ภาพประกอบ                                                                             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | เหรียญ 2 ด้านของ ‘30 บาทรักษาทุกที่’ เปิดผลกระทบเชิงบวก-ลบ ที่อาจเกิดกับระบบสุขภาพ           | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 6 มิถุนายน 2567 |  |
| 2     | ผ่านโค้งแรก 30 บาทรักษาทุกที่ลดแออัดในโรงพยาบาลได้ ประชาชนรับบริการร้านยา-คลินิกเอกชนมากขึ้น | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 12 กรกฎาคม 2567 |  |

| ลำดับ | ชื่อข่าว/บทความ                                                                          | ประเภทและแหล่งที่มา                   | ภาพประกอบ                                                                             |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3     | เจาะงานวิจัย HITAP ประเมินผล ‘30 บ. รักษาทุกที่’ พื้นที่นำร่อง กับ ‘สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ’ | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 16 สิงหาคม 2567 |    |
| 4     | เปิดผลวิจัย ‘30 บาทรักษาทุกที่’ จว. นำร่องมีทั้งนำขึ้นชมและต้องพัฒนา                     | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 27 สิงหาคม 2567 |    |
| 5     | เปิดผลวิจัย 30 บาทรักษาทุกที่ จว. นำร่อง ลดเวลารอคอย ประหยัดค่าใช้จ่าย                   | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 8 กันยายน 2567  |    |
| 6     | เปิดผลวิจัย 30 บาทรักษาทุกที่ จังหวัดนำร่อง ช่วยลดเวลา-ค่าใช้จ่าย                        | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 8 กันยายน 2567  |   |
| 7     | HITAP เปิดผลวิจัย ‘30 บาท รักษาทุกที่’ ในจังหวัดนำร่อง                                   | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 8 กันยายน 2567  |  |
| 8     | HITAP เปิดผลวิจัย ‘30 บาท รักษาทุกที่’ ในจังหวัดนำร่อง                                   | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 8 กันยายน 2567  |  |
| 9     | ThaiPBS รายการจับตาสถานการณ์ นำเสนอผลจาก policy brief ฉบับที่ 173                        | รายการข่าว<br>วันที่ 12 กันยายน 2567  |  |
| 10    | วิจัยสรุป “30 บาทรักษาทุกที่” ช่วยลดรอคอยบริการ การเดินทาง และค่าใช้จ่าย                 | ข่าว/บทความ<br>วันที่ 23 กันยายน 2567 |  |

ตารางที่ 3 สรุปการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

| การประชุม                                                             | วัน/เดือน/ปี             | สรุปการนำเสนอ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ครั้งที่<br>1/2567                                                    | 21<br>กุมภาพันธ์<br>2567 | นำเสนอวัตถุประสงค์ กรอบการวิจัย และประเด็นการประเมินนโยบายฯ ต่อระบบ<br>สาธารณสุข ผู้ให้และผู้รับบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ครั้งที่<br>2/2567                                                    | 21 มีนาคม<br>2567        | นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของโครงการวิจัยฯ 2 ส่วน ได้แก่ 1) การทำ<br>theory of change (TOC) workshop และ 2) ชี้แจงรูปแบบการเก็บข้อมูลและกลุ่ม<br>ตัวอย่างสำหรับการสำรวจการรับรู้นโยบายฯ ความพึงพอใจ และการให้บริการ รวมถึง<br>ผลการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของแบบสำรวจการรับรู้นโยบายฯ ความพึงพอใจและการใช้<br>บริการสุขภาพในพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบ                                                                                                                                                                                                                                         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ครั้งที่<br>3/2567                                                    | 19 เมษายน<br>2567        | นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของโครงการวิจัยฯ ได้แก่ 1) ผลการทำ TOC<br>workshop 2) การสำรวจผลกระทบนโยบายด้วยการทำแบบสำรวจในภาคประชาชน<br>3) แนวทางการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้ให้และผู้รับบริการทั้งในพื้นที่นำร่องและ<br>พื้นที่คู่เทียบ และ 4) แนวทางการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ<br><br>ทั้งนี้คณะผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่ได้จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่จังหวัดแพร่ โดย<br>นำเสนอประเด็นการรับรู้เข้าใจนโยบายฯ ของประชาชน การเตรียมความพร้อมของ<br>การดำเนินนโยบายฯ ในจังหวัด การลงทุนจัดหาอุปกรณ์และโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อ<br>ตอบสนองนโยบาย และสาเหตุที่หน่วยนวัตกรรมเอกชนไม่เข้าร่วมนโยบายฯ | 1) <b>การเพิ่มความเข้าใจของประชาชน</b><br>เสนอแนะให้เพิ่มการสื่อสารและ<br>ประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมในพื้นที่ และปรับ<br>ชื่อนโยบายโดยเพิ่มคำว่า “30 บาท” เพื่อ<br>ป้องกันความสับสนของประชาชนและให้<br>ทราบว่าเป็นการรักษาในสิทธิบัตรทอง<br>2) <b>แนวทางการชดเชย</b> เนื่องจากทุก ๆ เคสที่<br>รับการส่งต่อ โรงพยาบาลขาดทุน 600<br>บาทต่อราย เสนอแนะให้หาแนวทางที่ |

| การประชุม                                                        | วัน/เดือน/ปี          | สรุปการนำเสนอ                                                                                                                                                                                 | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                       |                                                                                                                                                                                               | สามารถชดเชยต้นทุนส่วนดังกล่าว เช่น การให้บริการ telemedicine และ telepharmacy<br>3) สาเหตุที่หน่วยนวัตกรรมเอกชนไม่เข้าร่วมนโยบายฯ จากความกังวลเรื่องอัตรา การเบิกจ่ายและเบิกจ่ายได้ไม่ครบ ต้นทุนที่ เพิ่มขึ้นจากการลงทุนอุปกรณ์ และภาระงานที่เพิ่มขึ้น                                                                                                         |
| ครั้งที่<br>4/2567                                               | 17<br>พฤษภาคม<br>2567 | นำเสนอผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยบริการในโรงพยาบาลและหน่วยนวัตกรรมภายใต้ นโยบายฯ เบื้องต้น ซึ่งจากผลสำรวจพบว่าค่าแรงของเภสัชกรเป็นตัวหลักดันต้นทุนที่ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต้นทุนรายกิจกรรม    | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ครั้งที่<br>5/2567                                               | 17 มิถุนายน<br>2567   | นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของโครงการวิจัยฯ เกี่ยวกับผลการสัมภาษณ์เชิง ลึกและข้อเสนอแนะเบื้องต้นเพื่อการพัฒนา                                                                              | 1. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาชะลอการ ขยายนโยบายฯ ระยะที่ 4 จนกว่าการส่งข้อมูล เบิกผ่าน financial data hub ติด C (มี ข้อผิดพลาด) น้อยกว่าร้อยละ 20 พร้อมทั้งมี วิธีปฏิบัติ/แนวทางแก้ไขที่เป็นมาตรฐาน<br>2. กระทรวงสาธารณสุขปรับตัวชี้วัดเรื่องการ ลงทะเบียนการพิสูจน์และยืนยันตัวตน health ID และ provider ID ให้เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่และดำเนินงานแบบแบ่งระยะ |
| การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบและกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข |                       |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ครั้งที่<br>10/2567                                              | 21 ตุลาคม<br>2567     | นำเสนอที่มาและความสำคัญของการประเมินนโยบายฯ และสรุปผลการศึกษาและ ความก้าวหน้าของการวิจัย รวมถึงแผนการสื่อสารงานวิจัยแก่สาธารณะ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอข้อเสนอแนะเบื้องต้นเพื่อการพัฒนา |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| การประชุม | วัน/เดือน/ปี | สรุปการนำเสนอ | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|--------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |              |               | <p>(phase) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีระยะเวลาเพียงพอในการให้ความรู้แก่ประชาชนถึงความสำคัญของการลงทะเบียน</p> <p>3. กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดเรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลในหน่วยงานวัดกรรมต่าง ๆ ร่วมด้วย</p> <p>4. กระทรวงสาธารณสุขศึกษาความพร้อมและความเสถียรของแพลตฟอร์มต่าง ๆ ในกรณีที่มีการขยายบริการทั่วประเทศ</p> <p><b><u>การสื่อสารนโยบายฯ</u></b></p> <p>สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สร้างความเข้าใจในเป้าหมายของนโยบายฯ เรื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในกลุ่มประชาชนและผู้ให้บริการ</p> <p><b><u>ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขและข้อมูลสุขภาพของตนเอง</u></b></p> |



| การประชุม | วัน/เดือน/ปี | สรุปการนำเสนอ | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |              |               | <p>กระทรวงสาธารณสุขพัฒนารูปแบบการบริการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่ไม่มีสัญชาติ ผู้ที่ไม่มีมือถือ หรือไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายด้านอินเทอร์เน็ต) ที่ไม่มีความรู้หรือความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศด้วยตนเอง</p> <p><b><u>การพัฒนาหน่วยนวัตกรรม</u></b></p> <p>1. สปสช. สร้างแรงจูงใจแก่หน่วยนวัตกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน (ระบบที่ง่ายและอัตราเบิกจ่ายที่เหมาะสม)</p> <p>2. สปสช. ร่วมกับ สรพ. กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง สร้างระบบการควบคุมคุณภาพและระบบตรวจสอบเพื่อป้องกันการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม</p> <p>3. สสจ. และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สร้างความเชื่อมโยงของบริการจากหน่วยนวัตกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยมี case manager ทั้งการ</p> |

| การประชุม                                                                                                                      | วัน/เดือน/ปี     | สรุปการนำเสนอ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและการให้บริการสาธารณสุข<br>4. สสจ. และองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ร่วมกันศึกษาการกระจายตัวของหน่วยนวัตกรรมประเภทต่าง ๆ ในพื้นที่                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การกำหนดกรอบการกำกับติดตามประเมินผลและตัวชี้วัดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                | 21 มิถุนายน 2567 | นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงานของโครงการวิจัยฯ โดยนำเสนอผลการเก็บข้อมูลเบื้องต้นใน 4 ส่วนของการวิจัย ได้แก่ 1) TOC workshop 2) การสำรวจการรับรู้ นโยบายฯ ความพึงพอใจและการใช้บริการสุขภาพ 3) ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการบริการ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเบื้องต้นสำหรับการวางแผนพัฒนาและเตรียมพร้อมการขยายแผนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป | <b><u>ประเด็นที่ต้องแก้ไข</u></b><br>1. การเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพไม่เกิดขึ้นจริง เพราะหน่วยนวัตกรรมไม่ส่งข้อมูล โรงพยาบาลส่งข้อมูลไม่ครบ และข้อมูลที่ไม่แสดง real-time<br>2. ผู้ให้บริการมี provider ID แล้วแต่ไม่เคยใช้ เพราะไม่ทราบถึงประโยชน์<br>3. ประชาชนไม่ใช้ระบบด้านอิเล็กทรอนิกส์ เช่น ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา ใบสั่งแล็บ นัดหมายออนไลน์ เพราะไม่ทราบว่าแอปพลิเคชันสามารถใช้ทำอะไรได้ ใช้อย่างไร รวมถึงไม่มีอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์มือถือที่รองรับการใช้ |

| การประชุม | วัน/เดือน/ปี | สรุปการนำเสนอ | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|--------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |              |               | <p>งานหรือมีความจำเป็นต้องใช้เอกสารในรูปแบบกระดาษ</p> <p>4. เนื่องจากรูปแบบการแสดงผลข้อมูลประวัติสุขภาพออนไลน์ดูยาก จึงทำให้หน่วยบริการยังคงใช้เอกสารดังกล่าวในรูปแบบกระดาษอยู่</p> <p>5. บุคลากรด้าน IT มีน้อย มีการปรับกรอบอัตราค่าจ้างแต่ไม่มีแรงจูงใจ (เงินเดือนน้อย) บางพื้นที่กรอบอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ</p> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <p>1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อและโซเชียลมีเดีย ถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากนโยบายฯ ให้ชัดเจนและทั่วถึง รวมถึงการประชาสัมพันธ์เชิงรุก อาศัยการบอกต่อของสมาชิกในชุมชน เช่น อสม. เป็นกลไกในการกระจายข่าวสารให้กว้างขึ้น</p> <p>2. ต้องการการสนับสนุนเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีฯ โดยเฉพาะสมาร์ตโฟนและสัญญาณอินเทอร์เน็ต โดยในพื้นที่นำร่องนโยบายฯ จะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.</p> |

| การประชุม | วัน/เดือน/ปี | สรุปการนำเสนอ | ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา                                                                               |
|-----------|--------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |              |               | คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำในบริการที่ต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น บริการการแพทย์ทางไกล เป็นต้น |

## สารบัญ

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| กิตติกรรมประกาศ.....                                                         | ก  |
| บทคัดย่อ.....                                                                | ข  |
| Abstract .....                                                               | ค  |
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร .....                                                  | ง  |
| บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ .....                                        | ญ  |
| การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ .....                                           | ฅ  |
| สารบัญ .....                                                                 | ป  |
| สารบัญตาราง .....                                                            | ฝ  |
| สารบัญรูปภาพ .....                                                           | พ  |
| บทที่ 1 บทนำ.....                                                            | 1  |
| 1.1 นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” .....                  | 1  |
| 1.2 หลักการและเหตุผล.....                                                    | 5  |
| 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....                                             | 6  |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....                                                   | 7  |
| 2.1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย .....                                      | 7  |
| 2.2 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ.....                                      | 9  |
| 2.3 พฤติกรรมการรับบริการของประชาชน .....                                     | 9  |
| 2.4 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์.....                                        | 10 |
| 2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....                                         | 10 |
| 2.5.1 การประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation).....                  | 10 |
| 2.5.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change).....                            | 11 |
| 2.5.3 ความสำคัญของการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการภายใต้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง..... | 13 |
| บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน .....                                | 15 |
| 3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) .....                          | 15 |

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.2 กรอบการดำเนินงาน .....                                                                   | 15  |
| 3.3 รูปแบบการวิจัย (research design).....                                                    | 16  |
| 3.3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง .....                                                              | 21  |
| 3.3.2 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ.....                                                           | 22  |
| 3.3.3 การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ .....                                                           | 23  |
| 3.3.4 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost).....                                                | 27  |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา .....                                                                     | 34  |
| 4.1 เป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผล นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ..... | 34  |
| 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่อง .....                               | 38  |
| 4.3 ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน .....                                                     | 47  |
| 4.4 ผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” .....                        | 61  |
| 4.4.1 ผู้รับบริการ.....                                                                      | 61  |
| 4.4.2 ผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายและผู้ให้บริการ.....                                             | 81  |
| 4.5 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก.....                                                      | 107 |
| 4.5.1 หน่วยนวัตกรรม .....                                                                    | 107 |
| 4.5.2 โรงพยาบาล .....                                                                        | 110 |
| บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา .....                                                                 | 112 |
| บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา .....                                                              | 121 |
| อภิปรายการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ .....                                                 | 122 |
| อภิปรายการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย.....                                                           | 125 |
| บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย .....                                                           | 130 |
| บทที่ 8 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการวิจัยในอนาคต.....                                       | 132 |
| ภาคผนวก .....                                                                                | 133 |
| ภาคผนวก 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ.....                           | 134 |
| 1) ผู้รับบริการสาธารณสุข .....                                                               | 134 |
| 2) ผู้ให้บริการสาธารณสุข .....                                                               | 137 |
| ภาคผนวก 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงปริมาณ .....                          | 138 |

|                                                                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1) ผู้รับบริการสาธารณสุข .....                                                                                                                                                                            | 138 |
| 2) ผู้ให้บริการสาธารณสุข .....                                                                                                                                                                            | 138 |
| ภาคผนวก 3 สรุปต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของ<br>โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่และโรงพยาบาลศูนย์จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565<br>และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567..... | 147 |
| เอกสารอ้างอิง.....                                                                                                                                                                                        | 156 |

## สารบัญตาราง

|                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตารางที่ 1 สรุปการเผยแพร่งานวิจัยผ่านสื่อออนไลน์                                                                                                                           | ผ  |
| ตารางที่ 2 สรุปการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์                                                                                                                                | ตม |
| ตารางที่ 3 สรุปการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย                                                                                                               | ด  |
| ตารางที่ 4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรม                                                                                                       | 4  |
| ตารางที่ 5 ตัวอย่างของประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินในช่วงแรก ซึ่งรวบรวมจากการ<br>ประชุมกับทีมคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ จนถึงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2567 | 17 |
| ตารางที่ 6 สรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของ<br>การศึกษา                                                                 | 19 |
| ตารางที่ 7 ลักษณะผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง                                                                                     | 21 |
| ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)<br>ต่อจังหวัด                                                                           | 25 |
| ตารางที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทหน่วยนวัตกรรม                                                                                                                   | 27 |
| ตารางที่ 10 แผนภาพพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง                                                                                                                                 | 37 |
| ตารางที่ 11 ระบบบันทึกรายการบริการเพื่อเบิกเคลมกับ สปสช.                                                                                                                   | 45 |
| ตารางที่ 12 ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข                                                                                                | 63 |
| ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุข                                                                                                       | 66 |
| ตารางที่ 14 ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ                                                                                                   | 71 |
| ตารางที่ 15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับ<br>ดูแลสุขภาพ                                                                     | 72 |
| ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว”<br>และความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ                                         | 76 |
| ตารางที่ 17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ                                                                                                     | 78 |

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ตารางที่ 18 การปฏิบัติงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว                                                                                     | 86  |
| ตารางที่ 19 ภาระงานของผู้ให้บริการจำแนกตามช่วงเวลาที่ยาใช้นโยบายฯ                                                                                               | 93  |
| ตารางที่ 20 เปรียบเทียบชั่วโมงทำงานและชั่วโมงในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH ของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี mixed-effect model                                          | 96  |
| ตารางที่ 21 ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ                                                                                        | 98  |
| ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อนโยบายฯ                                                                                                                | 103 |
| ตารางที่ 23 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อประเด็นด้านงบประมาณสาธารณสุข                                                                                           | 104 |
| ตารางที่ 24 คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการจำแนกตามพื้นที่ดำเนินนโยบายฯ                                                                                              | 106 |
| ตารางที่ 25 ต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ให้บริการจำแนกตามหน่วยนวัตกรรม                                                                                            | 107 |
| ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยระหว่างหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ                                                             | 109 |
| ตารางที่ 27 แสดงต้นทุนรวม จำนวนการรับบริการ และต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 จำแนกตามโรงพยาบาล                         | 111 |
| ตารางที่ 28 สรุปผลการประเมินนโยบายฯ                                                                                                                             | 114 |
| ตารางที่ 29 สรุปผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยคลินิกนวัตกรรมและโรงพยาบาล                                                                                          | 118 |
| ตารางที่ 30 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มประชาชน                                                                                                             | 134 |
| ตารางที่ 31 ประเภทและจำนวนหน่วยงานและผู้ให้ข้อมูลตามลักษณะหน่วยงาน                                                                                              | 137 |
| ตารางที่ 32 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม                                                                                                 | 139 |
| ตารางที่ 33 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม                                                                                                 | 143 |
| ตารางที่ 34 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 | 147 |
| ตารางที่ 35 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 | 149 |
| ตารางที่ 36 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565          | 150 |
| ตารางที่ 37 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567          | 152 |



## สารบัญรูปภาพ

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| รูปที่ 1 กรอบการพัฒนาระบบบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่                                                 | 3   |
| รูปที่ 2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง                                                                              | 12  |
| รูปที่ 3 แสดงวงจรการทำงานภายใต้กรอบการประเมินผลเชิงพัฒนา                                                  | 15  |
| รูปที่ 4 แสดงกรอบการดำเนินงาน                                                                             | 16  |
| รูปที่ 5 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาดำเนินงานของหน่วยนวัตกรรม                                             | 28  |
| รูปที่ 6 โครงสร้างการบันทึกต้นทุนโรงพยาบาลของสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.)                             | 33  |
| รูปที่ 7 แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ                                   | 36  |
| รูปที่ 8 แสดงแนวทางการเบิกเคลมเมื่อหน่วยบริการส่งข้อมูลผ่าน FDH                                           | 53  |
| รูปที่ 9 ต้นทุนรวมของผู้รับบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทต้นทุนและพื้นที่ศึกษา                            | 65  |
| รูปที่ 10 สัดส่วนผู้รับบริการที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำแนกตามระดับความรู้และพื้นที่ศึกษา      | 70  |
| รูปที่ 11 สัดส่วนผู้ให้บริการที่ลงทะเบียน health ID ในแต่ละพื้นที่                                        | 84  |
| รูปที่ 12 สัดส่วนผู้ให้บริการที่ลงทะเบียน provider ID ในแต่ละพื้นที่                                      | 84  |
| รูปที่ 13 สัดส่วนความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้และพื้นที่ดำเนินนโยบายฯ | 97  |
| รูปที่ 14 แสดงสัดส่วนการมีปัญหสุขภาพในแต่ละมิติสุขภาพ (EQ-5D-5L) ของผู้ให้บริการโดยรวม                    | 106 |
| รูปที่ 15 สัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามประเภทของต้นทุนและหน่วยนวัตกรรม                                    | 108 |

## บทที่ 1 บทนำ

### 1.1 นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายภาครัฐจากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ในประเด็นที่ 10 ว่าด้วยเรื่องดิจิทัลสุขภาพ (1) โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาเดินทาง สามารถเลือกรับบริการสุขภาพปฐมภูมิจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสามารถใช้อะไรจากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี สามารถจำแนกวัตถุประสงค์เพื่อให้ 1) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุม มีคุณภาพ ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ลดระยะเวลาการรอคอยและลดระยะเวลาเดินทาง 2) ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขของภาครัฐด้วยดิจิทัล เกิดบริการที่มีการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด 3) เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลของรัฐลดความแออัด และบุคลากรการแพทย์มีภาระลดลง และ 4) ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้อะไรจากข้อมูลสุขภาพของตนเองด้วยดิจิทัล

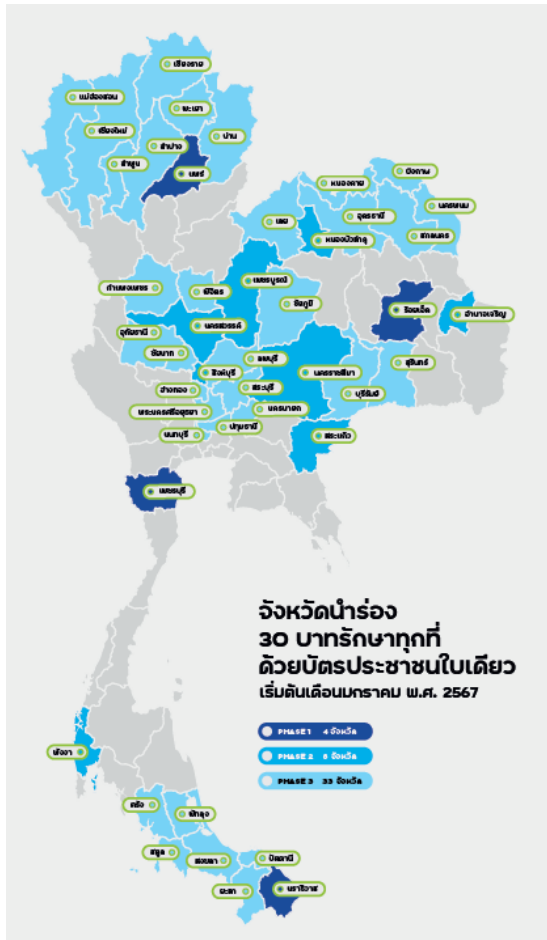
จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ได้มีมติเห็นชอบให้มีโครงการนำร่อง แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่

**ระยะที่ 1:** เริ่มต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

ดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และนราธิวาส ซึ่งเป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7 และ 12 ตามลำดับ

**ระยะที่ 2:** เริ่มต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 และ 11 ตามลำดับ



ระยะที่ 3: เริ่มต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

ดำเนินงานใน 33 จังหวัด รวมถึงพื้นที่ กทม. ได้แก่ 1.

เชียงใหม่ 2. เชียงราย 3. น่าน 4. พะเยา 5. ลำปาง 6.

ลำพูน 7. แม่ฮ่องสอน 8. กำแพงเพชร 9. พิจิตร 10.

ชัยนาท 11. อุทัยธานี 12. สระบุรี 13. นนทบุรี 14. ลพบุรี

15. อ่างทอง 16. นครนายก 17. พระนครศรีอยุธยา 18.

ปทุมธานี 19. อุตรดิตถ์ 20. สกลนคร 21. นครพนม 22.

เลย 23. หนองคาย 24. บึงกาฬ 25. ชัยภูมิ 26. บุรีรัมย์ 27.

สุรินทร์ 28. สงขลา 29. สตูล 30. ตรัง 31. พัทลุง 32.

ปัตตานี 33.ยะลา และ 34. กรุงเทพมหานคร เป็นการนำ

ร่องพื้นที่ตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1, 3, 4, 8, 9, 12 และ 13

ตามลำดับ

จากนโยบายนี้ กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล 4 ส่วน (รูปที่ 1) ได้แก่

- 1) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ โดยการพัฒนาาระบบสารสนเทศและระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการที่ใช้ระบบสารสนเทศที่แตกต่างกันหรือยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับ เช่น คลินิกเอกชน ร้านยา หรือการให้บริการนอกสถานพยาบาล (สอน.บัดดี้) 2) ระบบยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ (health ID) และผู้ให้บริการ (provider ID) นำมาซึ่งดิจิทัลไอดี ความสามารถในการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การตรวจสอบสิทธิและการยืนยันการเข้ารับบริการ 3) ระบบการทำงานเพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การแพทย์ทางไกลและเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยา/ใบสั่งแล็บอิเล็กทรอนิกส์ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชน เป็นต้น และ 4) ระบบเชื่อมต่อประชาชนเพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารและคืนข้อมูลสุขภาพ ผ่านช่องทาง Line OA และแอปพลิเคชันหมอพร้อม เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงประชาชนทั่วประเทศ



(ที่มา: เอกสารประกอบการนำเสนอเรื่อง ทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) โดย ดร. นพ.ศุภฤกษ์ ถวัลลา รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)

## รูปที่ 1 กรอบการพัฒนาระบบบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังปรับระบบบริการโดยให้ความสำคัญกับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ของข้อมูลสุขภาพ โดยข้อมูลของประชาชนจะถูกเก็บไว้ในระบบคลาวด์และมีการกำหนดสิทธิของผู้ให้บริการในการเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยจึงสามารถใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใดก็ได้ อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการปกติสามารถรับยาได้ที่ร้านยา โดยเภสัชกรจะเข้าชมประวัติการรักษาเพื่อจ่ายยาให้ตรงตามประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถรับบริการเจาะเลือดที่ศูนย์เทคนิคการแพทย์ใกล้บ้าน ก่อนวันนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งประวัติการตรวจรักษาต่าง ๆ จะถูกอัปโหลดในระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้แพทย์ผู้รักษาสังเกตเห็นประวัติการรับยาและผลเลือดของผู้ป่วยในระบบออนไลน์ได้ ความคาดหวังของนโยบายนี้ คือ ระบบสาธารณสุขของไทยมีฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) ที่เป็นภาพรวมด้านสุขภาพของประเทศ สามารถยกระดับมาตรฐานการบริการสาธารณสุขด้วยปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence หรือ AI) พลิกโฉมระบบสุขภาพไทยให้พัฒนาขึ้นไปอีกระดับ และมี digital health platform หลักของประเทศไทยที่ทันสมัย ก้าวสู่การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ 1 ใน 3 ของทวีปเอเชีย

ในขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณและจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามประเภทหน่วยนวัตกรรมและการบริการเพิ่มเติมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มทางเลือกการบริการและการเข้าถึงให้แก่ประชาชน และปรับเกณฑ์จ่ายเงินหน่วยบริการให้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) กรณีชดเชยผู้ป่วยนอก และทุก 7-

14 วัน กรณีขาดเซย์ผู้ป่วยใน ตารางที่ 4 แสดงสรุปอัตราการเบิกจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการ นวัตกรรม

ตารางที่ 4 การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขสำหรับบริการนวัตกรรม

| ประเภทหน่วย<br>นวัตกรรม  | บริการ                                                                                                                                                                                 | หลักเกณฑ์การจ่าย<br>ค่าใช้จ่าย |                    | ที่มา |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------|
|                          |                                                                                                                                                                                        | ค่าบริการ                      | ค่ายา/<br>เวชภัณฑ์ |       |
| ร้านยา                   | ดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย (common illness) 16 อาการ และปรึกษาเภสัชกรรมและรับยา                                                                                                              | 180 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (2)   |
| คลินิกพยาบาล             | ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 32 อาการ เช่น เป็นไข้ตัวร้อน ไอ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ทำแผล ใส่สายยาง อาหาร เป็นต้น                                                                                   | 150 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (3)   |
| คลินิกเทคนิค<br>การแพทย์ | ค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 22 รายการตามใบแพทย์ส่งตรวจทางโรงพยาบาลที่ให้การรักษา เช่น ตรวจความเข้มข้นและความผิดปกติของเม็ดเลือด ตรวจระดับไขมัน/น้ำตาล ตรวจการทำงานของตับ ไต เป็นต้น | ตาม<br>รายการ<br>ตรวจ          | -                  | (4)   |
|                          | ค่าบริการเก็บส่งตรวจที่บ้านหรือที่พักอาศัย                                                                                                                                             | 80 บาทต่อ<br>ครั้ง             | -                  | -     |
| คลินิก<br>กายภาพบำบัด    | บริการฟื้นฟูผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค จากโรงพยาบาลที่ทำการรักษา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง สมองได้รับบาดเจ็บ ไช้สันหลังได้รับบาดเจ็บ กระดูกสะโพกหัก                                              | 150 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (5)   |
| คลินิก<br>ทันตกรรม       | บริการทันตกรรมในหน่วยบริการ เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์                                                                                             | 700 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (6)   |
| คลินิกเวชกรรม            | บริการวินิจฉัยให้คำปรึกษา                                                                                                                                                              | 100 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (7)   |
|                          | บริการวินิจฉัยให้คำปรึกษา ค่าบำบัดบริการทาง<br>การแพทย์ รวมค่ายาและเวชภัณฑ์                                                                                                            | 320 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  |       |
| คลินิกแพทย์แผน<br>ไทย    | บริการนวด ประคบ อบสมุนไพรเพื่อการรักษา                                                                                                                                                 | 200 บาท<br>ต่อครั้ง            | -                  | (8)   |

## ประเภทของหน่วยบริการตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

- **โรงพยาบาล:** สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับโรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (M2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)
- **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.):** เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่ง รพ.สต. บางส่วนปัจจุบันได้ถ่ายโอนอำนาจไปยังกระทรวงมหาดไทย
- **หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ:** โรงพยาบาลสังกัดภาครัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลชุมชนอบอุ่น คลินิกเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม และคลินิกการแพทย์แผนไทย

### 1.2 หลักการและเหตุผล

เพื่อให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่โครงการต้องได้รับการประเมิน เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาโครงการให้บรรลุต่อเป้าหมายของการดำเนินงานต่อไป มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับมอบหมายจากสำนักสุขภาพดิจิทัล และได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ประเมินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยมุ่งเน้นให้ได้ผลการประเมินที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการให้บรรลุเป้าหมายอย่างรวดเร็ว ผู้ประเมินจึงนำแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (development evaluation) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ใช้สำหรับการประเมินในสถานการณ์เชิงระบบที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัต (complex adaptive system) เช่นเดียวกับการดำเนินงานของนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวฯ ภายใต้สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยการประเมินดังกล่าวต้องผสมผสานการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ประเมินและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดผ่านกระบวนการ “ร่วมเรียนรู้” เพื่อให้ได้แผนงานที่สอดคล้องกับสภาพบริบท และสามารถดำเนินการได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังได้ผลการประเมินที่รวดเร็วสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาโครงการได้อย่างสม่ำเสมอและทันต่วงที่ตลอดระยะเวลาการประเมิน ท้นต่อสถานการณ์และทันต่อการเปลี่ยนแปลง

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

#### วัตถุประสงค์หลัก

- 1) เพื่อวิเคราะห์นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่นาร่อง
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นาร่องและพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาและพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผล นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่นาร่อง เช่น การตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของหน่วยบริการเอกชน ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดนาร่อง เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงานสำหรับการขยายผลของนโยบายในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย
- 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
- 5) เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ให้บริการ

## บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

### 2.1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยดำเนินงานภายใต้ **พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562** (9) มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เท่าเทียม และได้มาตรฐาน โดยอาศัยกลไกการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุข (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัตินี้ และร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและสถาบันอุดมศึกษาเพื่อจัดบริการให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม นอกจากนี้ **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 258** ยังระบุถึงการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน รวมทั้งให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมอีกด้วย (10)

นโยบายคลินิกหมอครอบครัว ที่ได้ประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2557 เป็นแนวทางสำคัญในการตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งนโยบายนี้กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ให้บริการในระดับตำบล ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคประชาชน มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น (self-care) และเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเป็นธรรม โดยกำหนดให้คณะผู้ให้บริการดูแลประชาชน 10,000 คนต่อคณะ และให้คลินิกหมอครอบครัว 3 คณะรวมกันเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ primary care cluster (PCC) ภายใต้กลไกการทำงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) (11)

กลไกการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วย และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ เป็นกลไกที่สำคัญ ที่จะสามารถเชื่อมโยงระบบสุขภาพปฐมภูมิกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ โดยบริการสุขภาพทุติยภูมิเป็นบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลสำหรับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนมาก ในขณะที่บริการสุขภาพตติยภูมิเป็นบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำหรับโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากและจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา อย่างไรก็ตามการศึกษาของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา



พ.ศ. 2563 (10) ยังคงพบข้อจำกัดในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2562-2563 ดังนี้

1. การรับบริการสุขภาพขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกันทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อีกทั้งการให้บริการส่วนใหญ่ยังเน้นการรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ประชาชนในพื้นที่ชนบทยังขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากการกระจายตัวของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่เพียงพอ
3. การเข้าถึงบริการมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ โดยในเขตกรุงเทพมหานครพบปัญหาการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลรับส่งต่อ ขณะที่ในพื้นที่ชนบทพบปัญหาด้านการเดินทางที่ลำบากในการเข้ารับบริการ
4. ระบบข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงและมีความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล ส่งผลให้การดูแลผู้รับบริการขาดความต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการขาดความเข้มแข็งเชิงนโยบายในการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลสารสนเทศและการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม โดยประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาท) สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำซึ่งเป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) ของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามหากผู้มีสิทธิจำเป็นต้องเข้ารับบริการจากหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำ จะต้องมีใบส่งตัว มิฉะนั้นจะถูกเรียกเก็บค่าบริการ ยกเว้นในกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สปสช. ได้ดำเนินนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับการบริการของสิทธิ 30 บาท และแก้ไขข้อจำกัดข้างต้น โดยประกาศใช้นโยบายที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ด้วยการยกระดับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ภายใต้นโยบาย “ไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิไหนก็ได้” (OP anywhere) ซึ่งเริ่มนำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามนโยบายของนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เพื่อเพิ่มความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ (12) ต่อมาในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายพื้นที่นำร่องไปยังเขตสุขภาพ 9 นครราชสีมา และเขต 13 กรุงเทพมหานคร และขยายเพิ่มเติมไปยังเขต 7 ขอนแก่น เขต 8 อุตรดิตถ์ และเขต 10 อุบลราชธานี ให้ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำที่ลงทะเบียนไว้ สามารถเข้ารับบริการในระบบบริการปฐมภูมิที่ใดก็ได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ได้มีการประกาศใช้นโยบายดังกล่าวทั่วประเทศ ทั้งนี้สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เน้นย้ำว่า เป็นการให้บริการกรณีมีความจำเป็นหรือเหตุสมควรที่สามารถเข้ารับบริการปฐมภูมิที่หน่วยบริการนอกเครือข่ายได้ (13)

## 2.2 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ

การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ (health information exchange: HIE) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลด้านการบริหารจัดการ การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ มักจะพบในเครือโรงพยาบาลที่ใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standard) และระบบสารสนเทศ (hospital information system: HIS) แบบเดียวกัน เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบข้อมูล (data interoperability) โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยใช้ระบบสารสนเทศที่ต่างกันและยังใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ต่างกันด้วย (1) จึงเป็นอุปสรรคต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากระเบียนข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic personal health record: PHR) ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองจากการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น ๆ ได้

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ตั้งแต่ช่วงปลาย พ.ศ. 2563 เพื่อรองรับการบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 และเป็นเครื่องมือในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน และเปิดจองคิวเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โดย “หมอพร้อม” เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นระบบฐานข้อมูลกลางในการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันระบบแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากระเบียนข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic personal health record: PHR) ของแต่ละหน่วยงานระหว่างกันและพัฒนาเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ big data ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเครือข่ายสาธารณสุขไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนทั้งในฝั่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ระบบการจัดการลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ระบบการแพทย์ทางไกล การให้แพทย์ปรึกษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน การนัดหมายออนไลน์ และการแจ้งเตือน ปัจจุบันมีระบบการเชื่อมต่อโดยมีผู้ใช้งานผ่าน LINE official account จำนวน 15.4 ล้านคน และ application “หมอพร้อม” จำนวน 24.7 ล้านคน

## 2.3 พฤติกรรมการรับบริการของประชาชน

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อ พ.ศ. 2566 (4) พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ เลือกที่จะใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ขณะที่ประชากรในภาค

กลางส่วนใหญ่เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า มีผู้ที่มีความต้องการได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 5.8 ของประชากรทั่วประเทศที่ไม่ได้รับบริการ โดยมีสาเหตุ 3 ลำดับแรก คือ 1) การรอคิวที่นาน 2) การไม่มีเวลาไปรับการรักษา และ 3) เดินทางไม่สะดวกหรืออยู่ห่างไกลสถานบริการ โดยพบว่าในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ผู้ใช้บริการทั่วประเทศมีการหยุดกิจวัตรประจำวัน โดยเฉลี่ย 1.1 วัน สอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มที่มีความต้องการรักษา โดยจำเป็นต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีเหตุผลที่ไม่ได้รับการรักษาใน 2 ลำดับแรก เช่นเดียวกับเหตุผลข้างต้น และมีเหตุผลเพิ่มเติมที่ไม่ได้รับการรักษาจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการทั้งในแง่ของความสามารถของบุคลากรหรือทรัพยากรทางการแพทย์ นอกจากนั้นแล้วในการสำรวจครั้งนี้ได้พบว่า ประชากรมีค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพโดยเฉลี่ยที่สูงขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 145 บาท ใน พ.ศ. 2564 เป็น 261 บาท ใน พ.ศ. 2566

## 2.4 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์

ประเทศไทยมีสัดส่วนจำนวนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,680 คน ขณะที่เกณฑ์สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่เหมาะสมขององค์การอนามัยโลก (WHO) อยู่ที่อัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,000 คน อย่างไรก็ตามสัดส่วนของแพทย์ส่วนใหญ่ ยังมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในสัดส่วนกว่า 1 ใน 4 ของอัตราแพทย์ที่มีในระบบสาธารณสุข (14) โดยจากข้อมูลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการลาออกของบุคลากรแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยปีละ 455 คน จึงทำให้เมื่อรวมกับจำนวนแพทย์ที่เกษียณ ประเทศไทยสูญเสียบุคลากรแพทย์เฉลี่ย 655 คนต่อปี ขณะที่อัตราการผลิตบุคลากรแพทย์เฉลี่ย ในช่วง พ.ศ. 2561-2565 นั้นอยู่ที่อัตรา 2,628 คน

นอกจากนี้อัตราส่วนที่ WHO กำหนดสัดส่วนที่เหมาะสม ของพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1:200 ขณะที่พบว่าข้อมูลใน พ.ศ. 2565 สัดส่วนของพยาบาลต่อประชากรในประเทศไทย มีอัตราส่วนเท่ากับ 1:660 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ขณะนี้พยาบาล 1 คน มีภาระงานมากขึ้นถึง 3 เท่า โดยภาระงานที่มากขึ้น สะท้อนผ่านอัตราการสูญเสียพยาบาลที่ลาออกจากระบบในแต่ละปีกว่า 7,000 คน โดยถึงแม้ว่าอัตราการผลิตพยาบาลจะอยู่ที่ปีละ 100,000 ตำแหน่งก็ตาม (15)

## 2.5 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 2.5.1 การประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation)

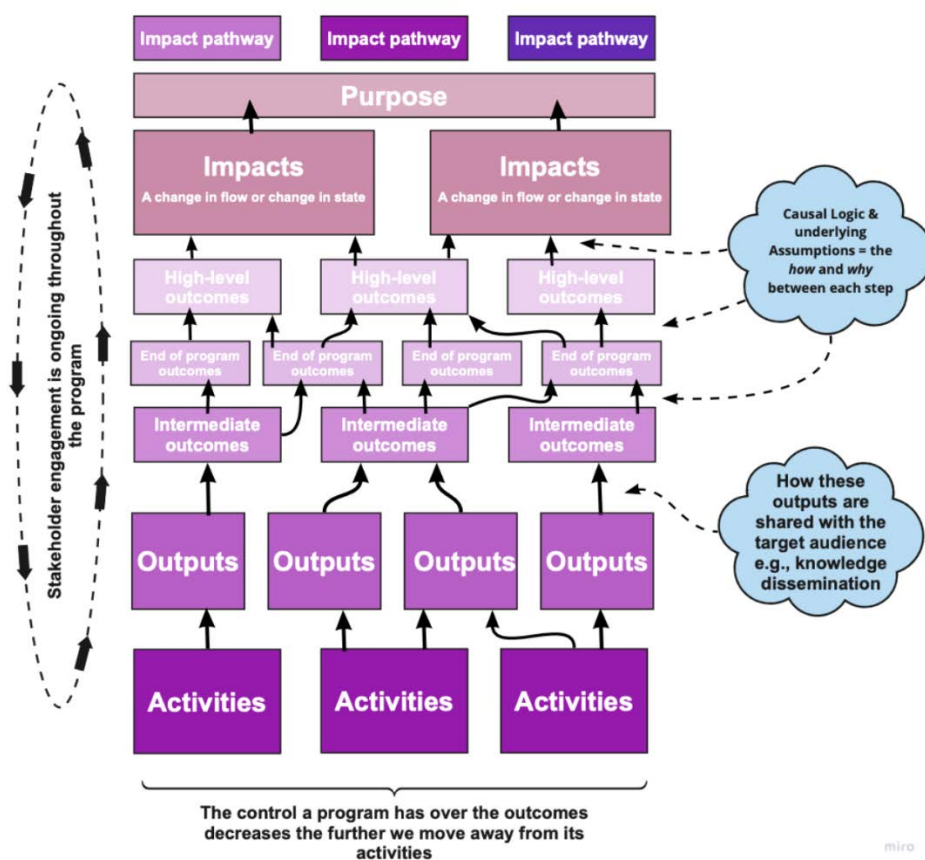
การประเมินผลเชิงพัฒนาเป็นการประเมินเพื่อใช้สำหรับการพัฒนา (developmental purpose) นโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน หรือนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนโยบายที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง (complex and dynamic) โดยผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันท่วงที (timely feedback) ตลอดระยะเวลาการประเมินผลเชิงพัฒนา (16) ยกตัวอย่างเช่น การประเมินโครงการปรับปรุงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองประเทศ

ออสเตรเลีย เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปัญหาจากการส่งผ่านองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งกระบวนการนี้ดำเนินงานในลักษณะวงจรการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการตอบสนองและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง (17) หรือการประเมินเชิงพัฒนาสำหรับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) (18) โดยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ช่วยให้ กสศ. รวมถึงภาคีเครือข่ายมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจน และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานรวมถึงการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ หรือการประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (19) ในระหว่างการดำเนินการโครงการนำร่อง จากการทบทวนดังกล่าว การประเมินเชิงพัฒนาจึงถือเป็นแนวทางการดำเนินงานที่เป็นกลไกสำคัญเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนและผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลาย

## 2.5.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นหนึ่งในแนวคิดสำหรับการประเมินโดยใช้ทฤษฎีขับเคลื่อน (theory-driven evaluation) ที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจถึงทฤษฎีการทำงานของตัวแทรกแซง (intervention) เพื่อหาสาเหตุว่าทำไมตัวแทรกแซงถึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ และตัวแทรกแซงทำให้เกิดผลลัพธ์ได้อย่างไร (20) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นวิธีการทำความเข้าใจตัวแทรกแซงแบบย้อนกลับ หรือการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดผลลัพธ์โดยเริ่มต้นที่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ (outcomes-based approach) และมองย้อนกลับมาที่ละขั้นตอนเพื่อหาผลผลิต (output) กิจกรรม (activity) และปัจจัยนำเข้า (input) ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์นั้น ๆ ผลที่ได้จากการทำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมักแสดงในรูปแบบของแผนภาพลำดับเชิงตรรกะ (logical sequence diagram) หรือแผนภาพแสดงความเชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละองค์ประกอบอย่างเป็นเหตุผล เพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลทำความเข้าใจภาพรวมของกระบวนการได้โดยง่าย นอกจากการเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ ผลผลิต กิจกรรม และปัจจัยนำเข้า ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการระบุสมมติฐาน (assumption) ความเสี่ยง (risk) และตัวชี้วัด (indicator) ในแต่ละขั้นตอน โดยสมมติฐาน หมายถึง เงื่อนไข สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้ ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ และสิ่งนั้นเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้หรืออาจทำให้ผลเกิดขึ้นล่าช้า ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จในแต่ละองค์ประกอบ (20-23) (ดังรูปที่ 2)

การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกมิติ เพื่อให้แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสะท้อนเป้าหมายและกระบวนการจากทุกภาคส่วน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการกำหนดองค์ประกอบของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรู้สึกมีส่วนร่วมต่อโครงการหรือกิจกรรมมากขึ้น เห็นภาพเป้าหมายการดำเนินงานและระบุได้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างไร รวมถึงเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและยอมรับในตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงานมากขึ้น (20-22)



รูปที่ 2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้นำเอาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินโครงการที่หลากหลาย ทั้งโครงการที่เกิดขึ้นใหม่ และโครงการที่ดำเนินงานมาแล้วในระยะหนึ่ง ได้แก่ การประเมินเชิงพัฒนาสำหรับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) (10) การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 (17) การประเมินผลการสนับสนุนของ International Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อการจัดตั้งองค์กรประเมินเทคโนโลยีในประเทศอินโดนีเซีย (24) และการประเมินผลโครงการ Maternal and child health voucher scheme ในพื้นที่นาร่อง เมือง Yedashi สหภาพเมียนมาร์ (25) ซึ่งแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของโครงการทั้งหมดในข้างต้นถูกพัฒนาขึ้นโดยการจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละโครงการ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายหรือผลกระทบที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการหรือคาดหวังให้เกิดขึ้นภายหลังจากดำเนินโครงการ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจนและรับทราบความคาดหวังจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่น เมื่อได้เป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันวางแผนกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งกระบวนการนำไปสู่เป้าหมายนี้จะถูกใช้สำหรับการติดตามและประเมินผลในภายหลัง เพื่อติดตามว่าการดำเนินงานยังคงเป็นไปตามแผนที่วางไว้และสามารถนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่ทุกภาคส่วน

ร่วมกันกำหนดหรือไม่ ดังนั้นแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจภาพรวมของโครงการ และช่วยในการวางแผนเพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ แต่แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงไม่อาจยืนยันถึงความสำเร็จของโครงการได้ เนื่องจากระหว่างการดำเนินงานอาจมีปัจจัยหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลตามที่กำหนดในแผนภาพ หรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการดำเนินงาน

### 2.5.3 ความสำคัญของการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการภายใต้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

ในทางเศรษฐศาสตร์ต้นทุน (economic cost) หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ โดยไม่คำนึงถึงวิธีที่ทรัพยากรนั้นถูกได้มา เช่น การจ่ายเงินเพื่อจัดหาหรือการรับบริจาค (26) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง ต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ที่เน้นว่าทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่สามารถนำไปใช้ในการผลิตสิ่งอื่นได้ มูลค่าของต้นทุนที่เกิดขึ้นจึงเทียบได้กับผลประโยชน์สูงสุดที่สูญเสียไปจากการใช้ทรัพยากรในทางเลือกอื่น ตัวอย่างเช่น แรงงานจิตอาสาที่สละเวลาจากงานหลักเพื่อมาช่วยงานรณรงค์ หากไม่ได้มาช่วยงาน ผลผลิตหรือผลประโยชน์จากการทำงานปกติของพวกเขาจะยังคงเกิดขึ้น ดังนั้นต้นทุนค่าเสียโอกาสของแรงงานจิตอาสาเหล่านี้จึงเทียบเท่ากับมูลค่าของรายได้จากงานที่พวกเขาไม่ได้ทำ

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) เป็นกระบวนการสำคัญในการประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงในการให้บริการทางการแพทย์ คือ มูลค่าของทรัพยากรที่ถูกใช้ไปต่อหน่วยการให้บริการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงการบริหารจัดการและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ การศึกษาต้นทุนนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการภายใต้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการทำความเข้าใจถึงกระบวนการและเหตุผลที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยความสำคัญของการศึกษาต้นทุนภายใต้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

- 1) ความชัดเจนในปัจจัยนำเข้า (input) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นด้วยการระบุปัจจัยนำเข้าที่จำเป็นต่อการดำเนินกิจกรรม การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้ทราบถึงทรัพยากรที่ใช้จริงในแต่ละกิจกรรม เช่น ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน การรู้ต้นทุนที่แท้จริงเหล่านี้ช่วยให้สามารถวางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ความชัดเจนในกิจกรรม (activity) การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้เห็นภาพชัดเจนเกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการ ข้อมูลต้นทุนช่วยให้ระบุได้ว่ากิจกรรมใดมีต้นทุนสูง และสามารถปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้
- 3) ความชัดเจนในผลผลิต (output) ผลผลิตของกิจกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้สามารถประเมินผลผลิตที่ได้รับจากการ

ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน การเปรียบเทียบผลผลิตกับต้นทุนที่ใช้ไปจะช่วยในการปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

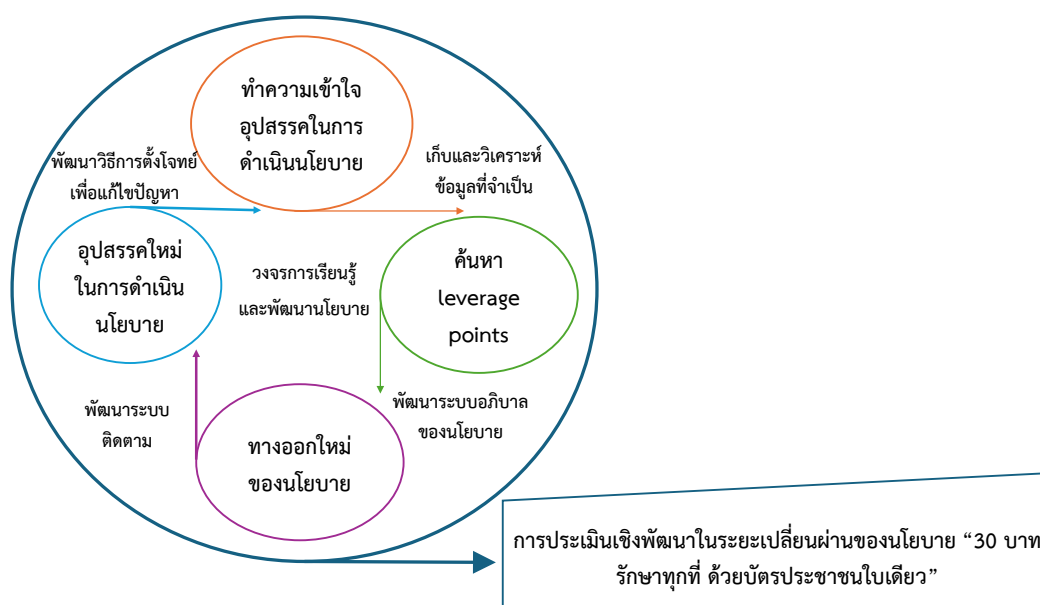
- 4) ความชัดเจนในผลลัพธ์ (outcome) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นการทำความเข้าใจผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ใช้ไปกับผลลัพธ์ที่ได้รับ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการลงทุนในกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ
- 5) การระบุสมมติฐาน (assumption) สมมติฐานในทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับเงื่อนไขหรือสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้สามารถระบุสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรและการดำเนินกิจกรรมได้ชัดเจนขึ้น สมมติฐานเหล่านี้จะช่วยให้การวางแผนและการตัดสินใจมีความแม่นยำยิ่งขึ้น
- 6) การระบุความเสี่ยง (risk) การดำเนินกิจกรรมภายใต้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทาง การศึกษาต้นทุนช่วยให้สามารถระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ทรัพยากรไม่เพียงพอหรือการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม การทราบความเสี่ยงเหล่านี้จะช่วยให้สามารถวางแผนการจัดการและการป้องกันความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 7) การระบุตัวชี้วัด (indicator) การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการช่วยให้สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดเหล่านี้จะช่วยในการวัดความสำเร็จของกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ และสามารถปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 8) การมีส่วนร่วมและการยอมรับ การใช้ข้อมูลต้นทุนที่ชัดเจนและโปร่งใสจะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้าใจและยอมรับในกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ได้ การมีส่วนร่วมในการกำหนดและวิเคราะห์ต้นทุนจะช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรู้สึกมีส่วนร่วมและสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

การศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการภายใต้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงช่วยให้ความชัดเจนในทุกขั้นตอนของกระบวนการตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ สมมติฐาน ความเสี่ยง และตัวชี้วัด ข้อมูลที่ได้ช่วยให้การวางแผนและการดำเนินงานมีประสิทธิภาพและความโปร่งใสมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรในระบบสุขภาพของประเทศไทย ผลลัพธ์ของการศึกษาด้านต้นทุนที่ได้สามารถนำเสนอให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในกระบวนการและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

#### 3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลเชิงพัฒนา เพราะทีมวิจัยมี**สมมติฐานสำคัญ**ได้แก่ 1) นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลที่ต้องดำเนินงานอย่างไม่มีทางเลือก 2) นโยบายนี้จะมีการพัฒนาเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการทำงานโดยยังไม่มีข้อสรุปของนโยบายอย่างตายตัวในขั้นตอนแรก 3) ผู้กำหนดนโยบายมีความคาดหวังใช้ประโยชน์จากการติดตามประเมินผลนี้ในทุกช่วงของการดำเนินนโยบาย ไม่ต้องการใช้ผลการประเมินเมื่อผ่านระยะเวลาทดลองในพื้นที่นำร่องไปแล้วเท่านั้น โดยในช่วงหนึ่งปีแรกที่คาดว่าจะมีอุปสรรคและต้องหาทางออกใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลาเป็นวงจรดัง**รูปที่ 3** กล่าวคือทีมวิจัยจะทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่นำร่อง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดังที่จะแสดงรายละเอียดในส่วนถัดไป เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินนโยบาย เพื่อค้นหาทางออกและนำไปสู่ข้อเสนอแนะกับผู้กำหนดนโยบาย ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานเพื่อให้ทราบอุปสรรคใหม่หรืออุปสรรคเดิมที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในแต่ละช่วงเวลาเป็นวงจร



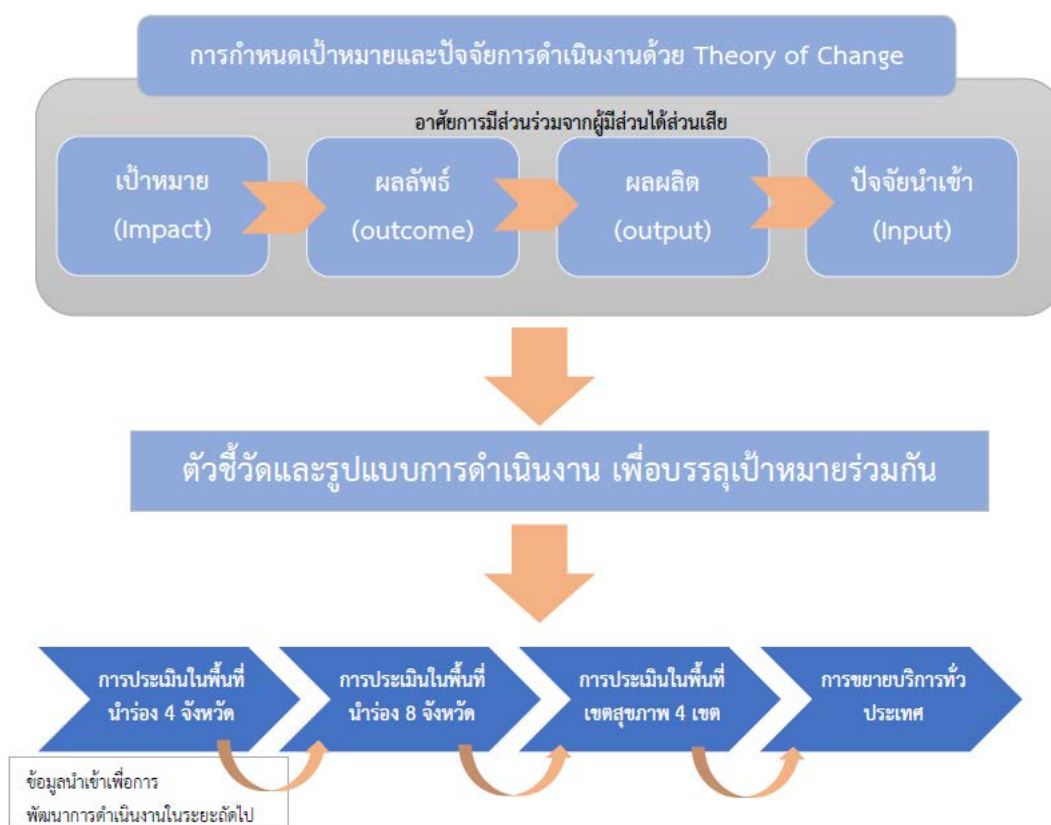
รูปที่ 3 แสดงวงจรการทำงานภายใต้กรอบการประเมินผลเชิงพัฒนา

#### 3.2 กรอบการดำเนินงาน

งานวิจัยนี้มีกรอบการดำเนินงานดัง**รูปที่ 4** โดยเริ่มจากขั้นแรก คือ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระหว่างทีมประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วน



เสี่ยงนโยบายทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถมองย้อนกลับสู่ผลลัพธ์ ผลผลิต ปัจจัยนำเข้าที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน อีกทั้งยังพิจารณาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเมื่อทีมประเมินได้ตัวชี้วัดและรูปแบบการดำเนินงานสำหรับการประเมินโครงการ จึงดำเนินการประเมินโดยผลจากการประเมินในแต่ละระยะ ทีมประเมินจะสรุปผลการประเมินเพื่อเป็นข้อมูลส่งกลับไปยังผู้ดำเนินงานในพื้นที่การดำเนินงานระยะถัดไป



รูปที่ 4 แสดงกรอบการดำเนินงาน

### 3.3 รูปแบบการวิจัย (research design)

โดยในขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) ทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) และเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยทำการกำหนดโจทย์วิจัย (สำหรับการประเมินเพื่อการพัฒนา) ร่วมกันระหว่างผู้บริหารนโยบายในส่วนกลางและผู้บริหารในพื้นที่ ผ่านคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพและการประชุมต่าง ๆ เช่น การประชุมรายสัปดาห์ติดตามความคืบหน้าการขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 2 จากคณะทำงานภายในกระทรวงสาธารณสุข การสังเกตการณ์ประชุมผู้บริหารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติรายสัปดาห์จากคณะ

ผู้บริหาร สปสช. โดยมีข้อมูลนำเข้าจากทีมวิจัยนี้และทีมวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการประเมินนโยบายนี้พร้อมกัน เช่น ทีมนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้รับมอบหมายจาก สปสช. ในการประเมินผลของนโยบายนี้เช่นกัน ทั้งนี้ทีมวิจัยทั้งสอง คือ จาก HITAP/IHPP และทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะมีการประชุมร่วมกันเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแบ่งปันข้อมูลและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการประเมินผล รวมถึงการเก็บข้อมูล และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากสองทีมจะทำให้นโยบายนี้มีเอกภาพและนำไปปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องสำหรับกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” นี้ **ตารางที่ 5** แสดงตัวอย่างของประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินในช่วงแรก ที่ทีมวิจัยได้จากการประชุมร่วมกับคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ และปรึกษาหารือร่วมกับทีมนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งแบ่งเป็น 1) ความคาดหวังจากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” 2) สถานการณ์และผลลัพธ์จากนโยบายฯ ทั้งในเชิงบวกและลบ 3) โจทย์จากผู้กำหนดนโยบาย เช่น ต้นทุนการให้บริการของคลินิกเอกชนประเภทต่าง ๆ (หน่วยนวัตกรรม) **ตารางที่ 6** แสดงสรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

**ตารางที่ 5** ตัวอย่างของประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินในช่วงแรก ซึ่งรวบรวมจากการประชุมกับทีมคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ จนถึงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2567

| ระบบสาธารณสุข                                                                                                                                                                                                                                                                               | ผู้ให้บริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ผู้รับบริการ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ความคาดหวัง:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความคาดหวังต่อการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</li> </ul>                                                                                                                                       | <b>ความคาดหวัง:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความคาดหวังต่อการให้บริการในปัจจุบันและอนาคต</li> </ul>                                                                                                                                                                                             | <b>ความคาดหวัง:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความคาดหวังต่อการรับบริการในปัจจุบันและอนาคต</li> </ul>                                                                                                                                                                          |
| <b>การบริหารจัดการทรัพยากร:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการบริการสาธารณสุข (การกระจุก/กระจายตัว การรับบริการ)</li> <li>- ระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (claim and reimbursement)</li> <li>- ธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) และระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพ</li> </ul> | <b>การบริหารจัดการทรัพยากรและต้นทุนการให้บริการ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาระงานและความพร้อมในการให้บริการ</li> <li>- การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรงพยาบาลอัจฉริยะ</li> <li>- ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy)</li> <li>- ต้นทุนการให้บริการของคลินิกเอกชนประเภทต่าง ๆ</li> </ul> | <b>ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อรับบริการ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พฤติกรรมการรับบริการ (behavior of care seeking)</li> <li>- ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ (direct non-medical costs)</li> </ul> |

- Cybersecurity, PDPA

**ผลลัพธ์:**

- การใช้ประโยชน์จากข้อมูล  
สุขภาพสำหรับการพัฒนา  
บริการในอนาคต

**ผลลัพธ์:**

- ประสิทธิภาพในการให้บริการ
- ความปลอดภัย (safety)
- คุณภาพการให้บริการ

**ผลลัพธ์:**

- การเข้าถึงบริการ (access)
- ระยะเวลาการรอคอยและการ  
รับบริการ (waiting time)
- ความปลอดภัย
- ความพึงพอใจและประสบการณ์  
การรับบริการ (satisfaction  
and experience)

ตารางที่ 6 สรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

| วัตถุประสงค์เฉพาะ                                                                                                                   | ระเบียบวิธีวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. เพื่อศึกษาและพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผลนโยบายฯ                                                                        | การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนภาพพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change) สำหรับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”<br>ในวันที่ 14 และ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567                                                                                                                                                                  | 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากส่วนกลาง ผู้รับนโยบายระดับปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ และนักวิชาการระบบสาธารณสุขจำนวน 28 ราย<br>2) กลุ่มผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดน่านจำนวน 17 ราย                                                                                                                                                                                |
| 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ<br>3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดน่าน | การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในประเด็นด้านการยอมรับ การเข้าถึง ความพึงพอใจ และผลลัพธ์การให้บริการ/ใช้บริการ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน/การรับบริการ<br>ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป<br>สัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567                                         | 1) กลุ่มผู้ให้บริการ สสจ. และ อบจ. จำนวน 219 ราย (พื้นที่น่าน 139 คน และพื้นที่คู่เทียบ 80 ราย)<br>2) กลุ่มผู้รับบริการ 8 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ผู้ป่วยโรคไต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้รับบริการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหายากจำนวน 132 ราย (พื้นที่น่าน 90 ราย และพื้นที่คู่เทียบ 42 ราย) |
| 4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”                                                            | การสำรวจแบบภาคตัดขวางโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าด้วยแบบสอบถามมีโครงสร้าง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างประชาชนที่อาศัยในจังหวัดน่านเปรียบเทียบกับจังหวัดคู่เทียบ ในประเด็น 1) ด้านการรับรู้นโยบาย 2) ต้นทุนในฝั่งผู้ป่วย 3) ความพึงพอใจ และ 4) ความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ<br>สัมภาษณ์ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 | ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้<br>จำนวน 1,618 ราย<br>(พื้นที่น่าน 803 ราย และพื้นที่คู่เทียบ 815 ราย)                                                                                                                                                                                             |

| วัตถุประสงค์เฉพาะ                                                                         | ระเบียบวิธีวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           | <p>การสำรวจแบบภาคตัดขวางจากการเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบมีโครงสร้างทางออนไลน์ (self-assessment online questionnaire) แบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ภาระงานของผู้ให้บริการ 3) การปฏิบัติงานตามนโยบายฯ การให้บริการสุขภาพ 4) ความพึงพอใจ 5) ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ และ 6) คุณภาพชีวิต ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>5. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยนวัตกรรมและพัฒนาข้อเสนอเรื่องอัตราการเบิกจ่ายที่เหมาะสม</p> | <p>การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการแบบอิงกิจกรรม (activity-based costing) จากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยการรวบรวมต้นทุนทางตรง (direct cost) ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) และตัวผลักดันต้นทุน (cost driver)</p>                                                                                                                                                                                               | <p>1) โรงพยาบาลภาครัฐที่เข้าร่วมการจัดทำต้นทุนสำหรับฐานข้อมูลจากสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) จำนวน 2 แห่ง</p> <p>2) คลินิกเอกชน 7 ประเภท (ร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกกายภาพบำบัด) ที่ยินดีตอบแบบสอบถามจำนวน 208 แห่ง</p> |

ทั้งนี้รายละเอียดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) แบ่งตามวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 4 รูปแบบ ดังนี้

### 3.3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

คณะผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change: TOC) เป็นวิธีการทำความเข้าใจองค์ประกอบของเป้าหมายแบบคิดย้อนกลับ หรือการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดผลลัพธ์โดยเริ่มต้นที่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ (outcomes-based approach) และมองย้อนกลับไปที่ขั้นตอนเพื่อหาผลผลิต (output) กิจกรรม (activity) และปัจจัยนำเข้า (input) ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์นั้น ๆ โดยคณะผู้วิจัย ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเพื่อศึกษาและพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผลนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” นอกจากการเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ ผลผลิต กิจกรรม และปัจจัยนำเข้า ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการระบุสมมติฐาน (assumption) ความเสี่ยง (risk) และตัวชี้วัด (indicator) ในแต่ละขั้นตอน โดยสมมติฐาน หมายถึง เงื่อนไข สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้ ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ และสิ่งนั้นเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้หรืออาจทำให้ผลเกิดขึ้นล่าช้า ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จในแต่ละองค์ประกอบ

คณะผู้วิจัยได้ขอให้ผู้เข้าร่วมการประชุมแต่ละคนเขียนปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ เป้าหมาย เงื่อนไข ความเสี่ยง และตัวชี้วัดของนโยบายฯ ลงบนกระดาษ (แผ่นละหนึ่งข้อความ) โดยไม่จำกัดจำนวนกระดาษและไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อเก็บข้อคิดเห็นที่มีต่อนโยบายฯ ทั้งเป้าหมายและผลกระทบที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการหรือคาดหวังให้เกิดขึ้นภายหลังจากดำเนินนโยบายฯ รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยสนับสนุนต่อการดำเนินหรือขับเคลื่อนนโยบายฯ ในอนาคต เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจนและรับทราบความคาดหวังจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่น ลักษณะผู้ให้ข้อมูลจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในวันที่ 14 และ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 มีผู้เข้าร่วมซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่อง รวมทั้งสิ้น 45 คน (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ลักษณะผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

| หน่วยงาน    |                                                                                                             | จำนวน (คน) |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ระดับนโยบาย | กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักสุขภาพดิจิทัล ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร | 3          |
|             | กระทรวงมหาดไทย                                                                                              | 1          |
|             | กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ              | 2          |

| หน่วยงาน        |                                                                             | จำนวน (คน) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
|                 | กองทุนสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม | 3          |
|                 | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (แพร่ ร้อยเอ็ด นราธิวาส เพชรบุรี)                  | 4          |
|                 | องค์การบริหารส่วนจังหวัด (แพร่ นราธิวาส)                                    | 3          |
|                 | อื่น ๆ ได้แก่ สวรส., นักวิชาการ, ผู้เชี่ยวชาญ, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน          | 12         |
| ระดับปฏิบัติการ | โรงพยาบาลในพื้นที่นำร่อง                                                    | 12         |
|                 | หน่วยบริการเอกชนในพื้นที่นำร่อง                                             | 5          |
| รวม             |                                                                             | 45         |

### 3.3.2 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ให้และผู้รับบริการในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัดตามนโยบายฯ ประกอบด้วยจังหวัดแพร่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดเพชรบุรี และพื้นที่คู่เทียบประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดขอนแก่น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยคณะผู้วิจัยเลือกพื้นที่คู่เทียบจากจังหวัดที่มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกับพื้นที่นำร่องและอยู่นอกเขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12 เนื่องจากมีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่นำร่อง แต่ยังไม่มีการดำเนินนโยบายฯ (รายละเอียดดังภาคผนวก 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ)

#### 1) กลุ่มผู้รับบริการ

โดยผู้รับบริการในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่ 1 ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่เข้าร่วมนโยบายฯ หมายถึง ประชาชนที่มี health ID และเคยใช้บริการภายใต้นโยบายฯ
- กลุ่มที่ 2 ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่ไม่เคยเข้าร่วมนโยบายฯ หมายถึง ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่ยังไม่มี health ID หรือมี health ID แล้ว แต่ไม่เคยใช้บริการภายใต้นโยบายฯ ซึ่งรวมถึงประชาชนสิทธิข้าราชการ และประกันสังคม
- กลุ่มที่ 3 ประชาชนในพื้นที่คู่เทียบ หมายถึง ประชาชนในจังหวัดอื่นนอกพื้นที่นำร่อง

#### 2) กลุ่มผู้ให้บริการ

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในผู้ให้บริการ ทั้งใน สสจ. อบจ. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงหน่วยนวัตกรรมทั้ง 7 ประเภท รวมจำนวนผู้ให้บริการทั้งสิ้น 219 คน

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้อภิปรายกลุ่มร่วมกับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ร่วมด้วย

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในกลุ่มผู้ให้บริการและการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในกลุ่มผู้รับบริการ โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ในการเก็บข้อมูลได้มีการบันทึกเสียงและขอคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และภายหลังจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้และผู้รับบริการเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงมาถอดเทปอย่างละเอียดทุกคำพูดแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลที่เหมือนกันและแตกต่างกันโดยการลงรหัสเพื่อจัดประเภทของข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนภาคประชาสังคม ร่วมวิเคราะห์และการตรวจสอบคุณภาพของผลการศึกษา ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำไปตรวจสอบกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (member checking) และการเปรียบเทียบตรวจสอบ (triangulation) กับผลการศึกษาจากทีมประเมินจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยนำเสนอข้อมูลจากผลการศึกษาเบื้องต้นแก่คณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียว รักษาทุกที่ ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการระบบสาธารณสุข ทีมประเมินจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และทีมกำกับติดตามผลการดำเนินงาน สปสช. และปรับแก้ไขผลการศึกษาเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องอย่างมีคุณภาพ

### 3.3.3 การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้รับบริการ และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### กลุ่มผู้รับบริการ

- **กลุ่มตัวอย่าง:** ประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการสาธารณสุขในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในพื้นที่นำร่องระยะที่ 1 (ร้อยเอ็ด นราธิวาส แพร์ และเพชรบุรี) และพื้นที่คู่เทียบ (ขอนแก่น สงขลา ประจวบคีรีขันธ์ และอุดรดิตถ์) โดยพื้นที่คู่เทียบคัดเลือกจากจังหวัดที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนิน



นโยบาย มีลักษณะภูมิศาสตร์และจำนวนประชากรใกล้เคียงกับพื้นที่นำร่องระยะที่ 1 มาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

- **เกณฑ์การคัดเข้า:** ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้
- **เกณฑ์การคัดออก:** ผู้ที่มีความประสงค์หยุดให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเหตุผลส่วนตัว
- **การเก็บข้อมูล:** เป็นการสำรวจจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) ด้วยแบบสอบถามมีโครงสร้าง แบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพครั้งล่าสุด (ลักษณะบริการสุขภาพ ประเภทสถานพยาบาลที่รับบริการ ระยะทาง วิธีการเดินทาง ระยะเวลารอคอย ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักส่วนเพิ่ม ค่ารักษาพยาบาล นอกเหนือจากสิทธิ และ informal care) ความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ (scale 1-10) การรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (การรับรู้การยอมรับ ความเข้าใจ) และความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ (digital health literacy)
- ระยะเวลาการเก็บข้อมูลเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2567

**ขนาดตัวอย่าง:** การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร two sample mean estimation โดย

$$n = 2 \left\{ \frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{|\mu_1 - \mu_2|}{\sigma}} \right\}^2$$

**n** = ขนาดตัวอย่าง

**$z_{1-\alpha/2}$**  = level of statistical significance

**$\mu$**  = mean

**$z_{1-\beta}$**  = Desire power

**$\sigma$**  = variance

โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ( $1 - \beta$ ) ที่ 0.20 และระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ที่ร้อยละ 95 ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการสำรวจความพึงพอใจจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กำหนดให้ระดับความพึงพอใจที่ต้องการคือเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 200 คน ต่อจังหวัด โดยดำเนินการเก็บข้อมูลใน 8 จังหวัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้รวม คือ 1,600 คน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล (เขตเมือง/นอกเขตเมือง) ต่อจังหวัด

| พื้นที่     | โรงพยาบาลรัฐ<br>(คน) | ร้านยา<br>(คน) | คลินิกชุมชนอบอุ่น<br>(คน) | รวม (คน) |
|-------------|----------------------|----------------|---------------------------|----------|
| เขตเมือง    | 60                   | 20             | 20                        | 100      |
| นอกเขตเมือง | 60                   | 20             | 20                        | 100      |
| รวม         | 120 (60%)            | 40 (20%)       | 40 (20%)                  | 200      |

#### กลุ่มผู้ให้บริการ

- **กลุ่มตัวอย่าง:** ผู้ให้บริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ
- **เกณฑ์การคัดเลือก:** ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่อาศัยและทำงานอยู่ในพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบที่ยังไม่ได้เริ่มนโยบาย ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ
- **เกณฑ์การคัดออก:** ผู้ที่มีความประสงค์หยุดให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเหตุผลส่วนตัว
- **การเก็บข้อมูล:** การสำรวจแบบภาคตัดขวางจากการเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบมีโครงสร้างทางออนไลน์ (self-assessment online questionnaire) แบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ภาระงานของผู้ให้บริการ 3) การปฏิบัติงานตามนโยบายฯ การให้บริการสุขภาพ 4) ความพึงพอใจ 5) ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ และ 6) คุณภาพชีวิต
- **ระยะเวลาการเก็บข้อมูล**ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรม R (version 4.4.1) ในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาตัวแปรจัดกลุ่มบรรยายด้วยความถี่ (n) ร้อยละ (%) ตัวแปรต่อเนื่องบรรยายด้วย ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และยังตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะสามารถยอมรับและใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อผู้รับบริการจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบ ในขณะที่ผู้ให้บริการจะเปรียบเทียบโดยแบ่งตามระยะที่ดำเนินนโยบายฯ 5 กลุ่ม ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 กรุงเทพฯ และพื้นที่ไม่เข้าร่วมนโยบายฯ ทั้งนี้การเปรียบเทียบผลกระทบดังกล่าว คณะผู้วิจัยใช้สถิติอนุมานสำหรับทดสอบสมมติฐานตัวแปรจัดกลุ่มวิเคราะห์ด้วย การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติวิเคราะห์ด้วย t-test และตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติวิเคราะห์ด้วย

Wilcoxon rank-sum test, Kruskal–Wallis test และวิเคราะห์สถิติพหุตัวแปรด้วย การทดสอบตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (generalized linear model, GLM) การประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด (ordinary least squares: OLS), mixed-effects model

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณที่สำรวจมาเป็นข้อมูลนำเข้าทั้งในส่วนของความคาดหวังจากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” สถานการณ์และผลลัพธ์จากนโยบายฯ ทั้งในเชิงบวกและลบ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม

### 3.3.4 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost)

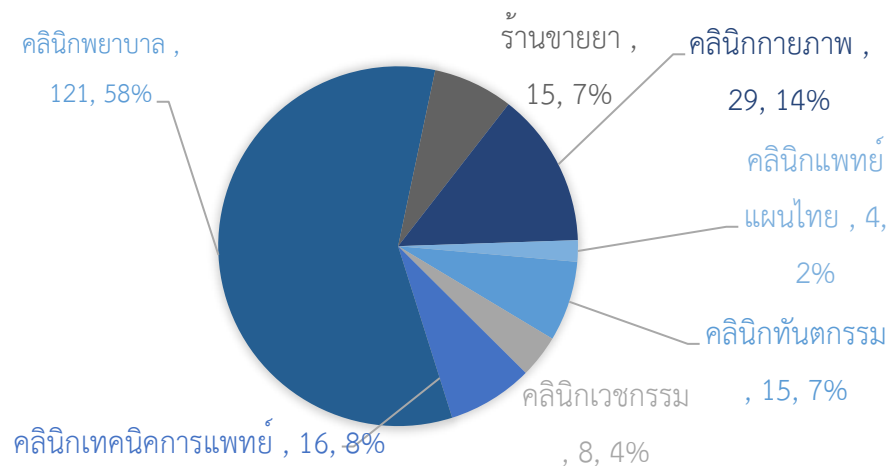
#### 1) กลุ่มตัวอย่าง

##### หน่วยนวัตกรรม

กลุ่มตัวอย่างจากหน่วยนวัตกรรม 7 ประเภท ได้แก่ ร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม คลินิกเวชกรรม และคลินิกแพทย์แผนไทย ทั้งที่เข้าร่วมโครงการและไม่ได้เข้าร่วมโครงการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทำการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (non-probability sampling) แบบการเลือกตัวอย่างโดยใช้แบบโควต้า (quota sampling) โดยพิจารณาจากหน่วยนวัตกรรมที่ยินดีให้ข้อมูล รวมเป็นทั้งสิ้น 208 แห่ง (ตารางที่ 9) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จำนวน 178 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86 โดยพบว่า คลินิกพยาบาล ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ จำนวน 121 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58 ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือคลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2

ตารางที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทหน่วยนวัตกรรม

| ประเภทสถานพยาบาล     | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |                     |                           |
|----------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|
|                      | ทั้งหมด (%)        | เข้าร่วมโครงการ (%) | ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ (%) |
| ร้านยา               | 15 (7)             | 13 (87)             | 2 (13)                    |
| คลินิกพยาบาล         | 121 (58)           | 112 (92)            | 9 (8)                     |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์ | 16 (8)             | 15 (94)             | 1 (6)                     |
| คลินิกกายภาพบำบัด    | 29 (14)            | 17 (59)             | 12 (41)                   |
| คลินิกทันตกรรม       | 15 (7)             | 12 (80)             | 3 (20)                    |
| คลินิกเวชกรรม        | 8 (4)              | 7 (88)              | 1 (12)                    |
| คลินิกแพทย์แผนไทย    | 4 (2)              | 2 (50)              | 2 (50)                    |
| รวม                  | 208 (100)          | 178 (86)            | 30 (14)                   |



รูปที่ 5 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาต้นทุนของหน่วยนวัตกรรม

## โรงพยาบาล

เนื่องจากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมีความซับซ้อนและใช้เวลาในการศึกษาวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่กำหนดวิธีวิจัยด้วยการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) จึงกำหนดขอบเขตการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (OPD cost per visit) เท่านั้นเพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปแปลผลเป็นข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้การให้บริการผู้ป่วยนอกยังเป็นการให้บริการทางสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวมากที่สุด โดยกำหนดลักษณะโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่นำร่องที่ดำเนินนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยประชาชนใบเดียว
- 2) โรงพยาบาลมีความพร้อมในการให้ข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก
- 2) โรงพยาบาลที่ศึกษามีศักยภาพและมีการดำเนินการตามนโยบายฯ ที่ได้มาตรฐาน
- 3) โรงพยาบาลที่ศึกษามีความสมัครใจยินยอมให้ใช้ข้อมูล

## 2) วิธีการเก็บข้อมูล

### หน่วยนวัตกรรม

1) การวางแผนและออกแบบการศึกษาเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ มุมมองการวิเคราะห์ บริการที่ต้องการทราบต้นทุนต่อหน่วย ประเภทของต้นทุน (ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์หรือต้นทุนทางการเงิน) กรอบเวลาของต้นทุน องค์ประกอบของต้นทุน โดยกำหนดมุมมองในการประเมินต้นทุนการศึกษาครั้งนี้จะประเมินต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ เป็นต้น

2) การศึกษารูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการย่อย ผ่านแผนผังขั้นตอนการให้บริการ (service flow) แต่ละประเภทในบริการของหน่วยนวัตกรรมจากการลงพื้นที่จริงและเอกสารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเดินทางมาสถานพยาบาลจนถึงการปิดสิทธิ (ยืนยันการเข้ารับบริการ) และการเบิกจ่าย

- 3) การออกแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูล
- 4) การยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากองค์การเภสัชกรรม (GPO) และการลงพื้นที่นาร่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยเฉพาะในส่วนของการกำหนดค่าใช้จ่ายทางอ้อม
- 5) การขอความอนุเคราะห์ข้อมูลต้นทุนร้านยาขององค์การเภสัชกรรม
- 6) จำแนกและจัดกลุ่มหน่วยงานต้นทุน (cost center identification and group)
- 7) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลต้นทุน โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล
- 8) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยเปรียบเทียบผลระหว่างต้นทุนแบบดั้งเดิม (traditional costing) และต้นทุนฐานกิจกรรม (activity base costing: ABC)
- 9) การออกแบบสอบถามออนไลน์เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วประเทศ
- 10) การวิเคราะห์ต้นทุนอิงกิจกรรม (activity-based costing: ABC)
- 11) การนำเสนอและเผยแพร่ผลการศึกษาต่อผู้มีส่วนได้เสีย

**โรงพยาบาล** การศึกษานี้อ้างอิงข้อมูลจากโครงการ “วิเคราะห์ต้นทุนรายโรค” ที่พัฒนาและดำเนินการโดยสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนรายปีของโรงพยาบาลทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการ โดยการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในจังหวัดนาร่องที่ดำเนินการนโยบายฯ โดยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาไว้ ดังนี้

- 1) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่
- 2) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 12 เดือน)
- 3) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 9 เดือน)

### 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

#### หน่วยนวัตกรรม

1) การจำแนกประเภทต้นทุนที่จะนำมาวิเคราะห์ (identification of resources use) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยเกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท โดยการจำแนกประเภทต้นทุนอย่างถูกต้องจะช่วยให้เราสามารถคำนวณต้นทุนได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย

- ต้นทุนทางตรง (direct costs): เป็นต้นทุนที่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเกิดขึ้นจากการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น ค่าแรงบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์ (เช่น ยา วัสดุทางการแพทย์) และค่าลงทุน (เช่น เครื่องมือแพทย์ประชาชน คอมพิวเตอร์) คิดตามหลักค่าเสื่อมราคา

- ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs): ต้นทุนที่ไม่สามารถเจาะจงกับผู้ป่วยรายใดรายหนึ่งได้โดยตรง เช่น ค่าบริหารจัดการ และค่าใช้จ่ายทั่วไปของหน่วยงานหรือโรงพยาบาล

2) การวัดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ (measuring resource use) ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการวัดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย เช่น จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ปริมาณยาและวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ต่อผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อมูลนี้จะถูกเก็บรวบรวมเพื่อนำไปคำนวณต้นทุนทั้งหมดในการให้บริการแต่ละหน่วย ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

3) การแปลงค่าทรัพยากรเป็นมูลค่าทางการเงิน (valuation of resource use) หลังจากวัดปริมาณทรัพยากรที่ใช้แล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการแปลงข้อมูลเหล่านี้ให้เป็นมูลค่าทางการเงิน โดยการใช้ได้แก่ ราคาตามท้องตลาด (market prices) หรือราคากลางตามประกาศที่ใช้เบิกจ่ายกับ สปสช. เพื่อคำนวณต้นทุนของทรัพยากรที่มีการซื้อขายในตลาด เช่น ค่าจ้างบุคลากร ค่าวัสดุทางการแพทย์ และค่าเสื่อมราคาสำหรับอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือทรัพย์สินที่มีการใช้งานในระยะยาว จะมีการคำนวณค่าเสื่อมราคาตามอายุการใช้งาน

4) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย (unit cost calculation) การให้บริการผู้ป่วย หลังจากทำการรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ต้องพักค้างคืนหรือผู้ป่วยนอก เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไปหรือการให้คำปรึกษา โดยจัดแบ่งออกตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงคำนวณต้นทุนรวม (full cost calculation) ที่เกิดขึ้น จากต้นทุนทางตรงเฉลี่ยและทางอ้อม ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรงเฉลี่ยที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ได้ต้นทุนรวมของการให้บริการของแต่ละหน่วยนวัตกรรมสุดท้ายคำนวณจำนวนหน่วยบริการ โดยนับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด ตามหน่วยบริการที่เกิดขึ้น เช่น จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษา หรือจำนวนครั้งที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อได้มูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม นำมาหารด้วยจำนวนผลผลิตและผลลัพธ์ จะได้ต้นทุนต่อหน่วยสำหรับแต่ละกิจกรรม และเมื่อนำต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรมมาหารผลรวม จะได้เป็นต้นทุนรวมบริการ ผ่านสมการด้านล่าง เพื่อช่วยให้ได้ตัวเลขที่แสดงต้นทุนเฉลี่ยที่ใช้ต่อผู้ป่วยหนึ่งรายหรือการบริการหนึ่งครั้งของแต่ละหน่วยนวัตกรรม ซึ่งจะช่วยในการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในการให้บริการและช่วยในการปรับปรุงการบริหารจัดการต้นทุน

$$\text{ต้นทุนรวมต่อหน่วยกิจกรรม} = \text{ค่าแรงต่อหน่วย} + \text{ค่าวัสดุต่อหน่วย} + \text{ค่าลงทุนต่อหน่วย}$$

หรือ

ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย (ครั้ง/บาท) = ต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งบริการ

#### 5) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐาน (median) ควอไทล์ (quartile) เปอร์เซ็นไทล์ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

#### 6) การเตรียมข้อมูลและการทำความสะอาดข้อมูล (data preparation and data cleansing)

a. การจำแนกประเภทต้นทุนที่จะนำมาวิเคราะห์ (identification of resources use) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยเกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คัดจากต้นทุนเดิมก่อนมีนโยบายฯ และต้นทุนส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นหลังจากมีนโยบายฯ โดยการจำแนกประเภท

b. การตรวจสอบความครบถ้วน (completeness check) จะตรวจสอบว่าข้อมูลมีรายการที่จำเป็นครบถ้วน หากพบข้อมูลบางส่วนขาดหาย (missing data) จะทำการเติมข้อมูลที่ขาดหายไปโดยใช้ข้อมูลเสริม เช่น การใช้ค่าเฉลี่ย หรือข้อมูลจากแหล่งอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง เช่น ค่าเฉลี่ยของต้นทุนจากหน่วยนวัตกรรมประเภทเดียวกันในพื้นที่ใกล้เคียง หรือจากขนาดหน่วยนวัตกรรมที่คล้ายกัน หรือการใช้ค่าเช่าหรือการซื้ออาคารจากราคาตลาดทั่วไปสำหรับหน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่นั้น ๆ หรือการใช้ค่าเฉลี่ยหรือค่าประมาณจากข้อมูลในหน่วยบริการอื่นที่คล้ายกัน

c. การตรวจสอบความสมบูรณ์ (data validation) ตรวจสอบว่าหลังจากลบตัวอักษรหรือสัญลักษณ์แล้ว ข้อมูลยังคงมีความสมเหตุสมผลและครบถ้วน เช่น ไม่มีค่าเป็นค่าว่างโดยไม่ตั้งใจ หรือ ช่องว่างแทนค่าเป็น ศูนย์

d. การกำหนดรหัส (code) ให้ตัวเลือกในแบบสอบถามเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสะดวกและเป็นระบบมากขึ้น โดยใช้ตัวเลขเป็นรหัส เช่น 1, 2, 3 เพื่อแทนตัวเลือก แต่ละตัวเลือกต้องมีรหัสเฉพาะที่ไม่ซ้ำกันเพื่อหลีกเลี่ยงความสับสน โดยตั้งรหัสแบบไบนารี (binary) สำหรับคำตอบสองตัวเลือก ใช้ 0 และ 1 สำหรับคำถามที่มีเพียงสองตัวเลือก เช่น ใช่/ไม่ใช่ รวมทั้งจัดทำคำอธิบายรหัส (codebook) จัดทำเอกสารที่ระบุรหัสของแต่ละตัวเลือกอย่างชัดเจน เพื่อความสะดวกในการใช้งาน

e. การจัดรูปแบบข้อมูล (data formatting) แปลงหน่วย (standardize units) เช่น ค่าแรงและค่าวัสดุให้อยู่ในหน่วยเดียวกัน เช่น บาท/เดือน หรือ บาท/ครั้ง การแปลงข้อมูลที่มีลักษณะข้อความ (text) หรือช่วงตัวเลข (range) ให้เป็นค่าตัวเลขเดียว (single number) เช่น การแปลง "1-2 คน" ให้เป็น "2" คือการจัดรูปแบบข้อมูลให้เหมาะสมสำหรับการประมวลผลต่อไป



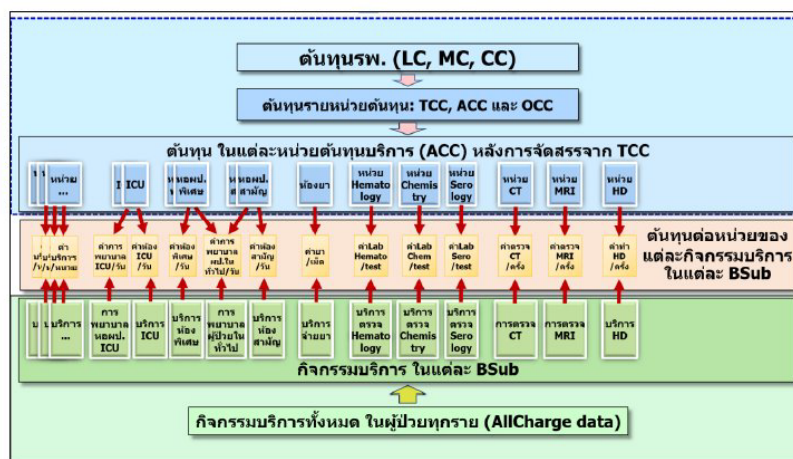
f. การตรวจสอบความสมเหตุสมผล (consistency and reasonableness check) เช่น เมื่อมีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนพนักงาน ค่าจำนวนพนักงานไม่ควรเป็น 0 เพราะมันไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปกติที่มีการดำเนินงานของหน่วยนวัตกรรม การตรวจสอบจะต้องแน่ใจว่าไม่มีค่า 0 ในกรณีที่คาดว่าหน่วยนวัตกรรมนั้นจะต้องมีพนักงานอย่างน้อย 1 คน จำนวนพนักงาน ในกรณีที่คาดว่าข้อมูลจะถูกใส่ผิดช่อง เช่น ช่องบุคลากร (ซึ่งควรเป็นจำนวนคน) ได้รับการป้อนเป็นจำนวนเงิน เช่น 5,000 บาท จะปรับแก้ข้อมูลตามความเหมาะสม เช่น ย้ายข้อมูลจำนวนเงินไปยังช่องที่เหมาะสม หรือปรับค่าข้อมูลให้ถูกต้องตามความหมายของช่องนั้น ๆ หรือใช้ค่าใกล้เคียง หรือข้อมูลจากแหล่งอื่นที่บริบทใกล้เคียงกันเป็นตัวแทน จำนวนพนักงานที่ว่าจ้างต้องสัมพันธ์กับจำนวนตามตำแหน่งที่ว่าจ้าง (รวมกันแล้ว ค่าสูงสุดไม่เกินจำนวนพนักงานที่มีในร้าน) ขนาดของหน่วยนวัตกรรม และจำนวนการให้บริการ ทั้งนี้จำนวนการให้บริการทั้งหมดควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับจำนวนการให้บริการเฉพาะผู้ใช้สิทธิ 30 บาท หากไม่เป็นเช่นนั้น จะปรับจำนวนการให้บริการทั้งหมดให้เท่ากับค่าที่สูงสุดระหว่างจำนวนที่ป้อนในช่องดังกล่าว และต้นทุนค่ายาควรสูงกว่าหรืออย่างน้อยควรสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายด้านยาที่เบิกจาก สปสช. หากไม่เป็นเช่นนั้นจะทำการปรับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยของต้นทุนของต้นทุนยาในหน่วยนวัตกรรมที่มีลักษณะการให้บริการคล้ายกัน เพื่อปรับการเบิกจ่ายให้ตรงกับค่าใช้จ่ายจริง

g. การจัดกลุ่มและแยกประเภทค่าใช้จ่าย (categorization) แยกค่าใช้จ่ายตามประเภท เช่น ค่าแรงแบ่งเป็นค่าบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุน ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุ แบ่งเป็นด้านวัสดุสำนักงาน (ประเภทสิ้นเปลือง) และค่าใช้จ่ายด้านวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ (เฉพาะเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา) ค่าลงทุนด้านครุภัณฑ์สำนักงานที่ใช้ไฟฟ้าและไม่ใช้ไฟฟ้า เพื่อลดความเสี่ยงของ bias โดยการออกแบบคำถามให้ชัดเจน

h. การปรับปรุงความแม่นยำของข้อมูล (data correction) เพื่อการเติมข้อมูลหรือแปลงค่าเพื่อให้ข้อมูลมีความสมเหตุสมผล หากพบว่าในบางหน่วยนวัตกรรมมีการป้อนจำนวนพนักงานเป็น 0 หรือไม่มีข้อมูลเลย ซึ่งไม่สมเหตุสมผล จะเติมข้อมูลให้ด้วยค่าที่เหมาะสม อย่างน้อยเป็น 1 คนหากข้อมูลต้นทางมีความคลุมเครือ เช่น ช่วงตัวเลขที่ไม่ได้กำหนดชัดเจน จะถูกตีความโดยใช้ค่าตัวเลขที่เหมาะสม (เช่น เลือกค่าสูงสุดของช่วง หรือค่ากลาง หรือค่าเฉลี่ย) เพื่อลดความกำกวมและป้องกันความผิดพลาดในการตีความ เช่น จำนวนพนักงาน 1-2 คน ให้ใช้ค่ามากที่สุดในช่วงนั้น หรือเงินเดือน 15,000-20,000 บาท/เดือน จะเป็นด้วยค่ากลาง 17,000 บาท/เดือน รวมถึงการใช้เทคนิคทางสถิติเพื่อตรวจสอบค่าผิดปกติ เช่น การวิเคราะห์ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับว่าค่าผิดปกติ (outliers) เกิดจากอะไร เช่น ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่สูงผิดปกติ เกิดจากจำนวนการเข้าใช้บริการในเดือนนั้นที่น้อยกว่าปกติ หรือเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของบางประเภทของหน่วยนวัตกรรมน้อยเกินไป อาจไม่สามารถสรุปต้นทุนที่แท้จริงได้

i. การบันทึกขั้นตอน (documentation) โดยบันทึกว่าการลบข้อมูลออกไป หรือแทนที่ข้อมูลประเภทใดลงไป เพื่อความโปร่งใสในการวิเคราะห์

โรงพยาบาล ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากฐานข้อมูลของสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยตามกลุ่มโรคต่าง ๆ จากโครงการ “วิเคราะห์ต้นทุนรายโรค” โดยใช้แนวคิดการประเมินต้นทุนที่อิงการปฏิบัติงานจริง (empirical costing approach) ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) ที่วิเคราะห์ด้วยวิธีต้นทุนจุลภาคร่วมกับข้อมูลต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงจากหลักฐานการจัดซื้อจัดจ้างตามการรายงานข้อมูลจากโรงพยาบาล แสดงรายละเอียดได้ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 โครงสร้างการบันทึกต้นทุนโรงพยาบาลของสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.)

การสรุปข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เปลี่ยนแปลงไป กำหนดให้ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็นตัวแทนของข้อมูลก่อนดำเนินนโยบายฯ และข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เป็นตัวแทนของข้อมูลหลังดำเนินนโยบายฯ โดยการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะคำนวณจากหน่วยโครงสร้างต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่านั้นไม่รวมต้นทุนค่ายา ค่าบริการเทคนิคทางการแพทย์เฉพาะทางอื่น ๆ จากนั้นทำการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพื่อสรุปข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากดำเนินนโยบายฯ

## บทที่ 4 ผลการศึกษา

### 4.1 เป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผล นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

คณะผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเป้าหมายและกระบวนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายของนโยบายฯ จากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานระดับนโยบาย (n=28) และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำร่อง (n=17) รวมทั้งสิ้น 45 คน (ดังตารางที่ 7) โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันพัฒนาแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ ผ่านการเสนอและอภิปรายเกี่ยวกับกิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบหรือเป้าหมายสูงสุด เงื่อนไขการดำเนินงาน ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังรูปที่ 7 ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น ผลกระทบ ผลลัพธ์ ผลผลิต กิจกรรม ดังตารางที่ 10

**ผลกระทบ:** นโยบายฯ สามารถสร้างผลกระทบกับสังคม 2 ประการ ในระยะยาว ได้แก่ 1) ระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ หรือการที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้เทคโนโลยีช่วยให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีภาระงานลดลง และมีความสุขในการทำงาน ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาล และ 2) เศรษฐกิจของประเทศเติบโตมากขึ้นจากการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถทำงานสร้างรายได้และเป็นกำลังสำคัญให้กับประเทศ

**ผลลัพธ์:** หากรัฐต้องการให้นโยบายฯ สร้างผลกระทบต่อสังคมตามที่กำหนดในแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง รัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

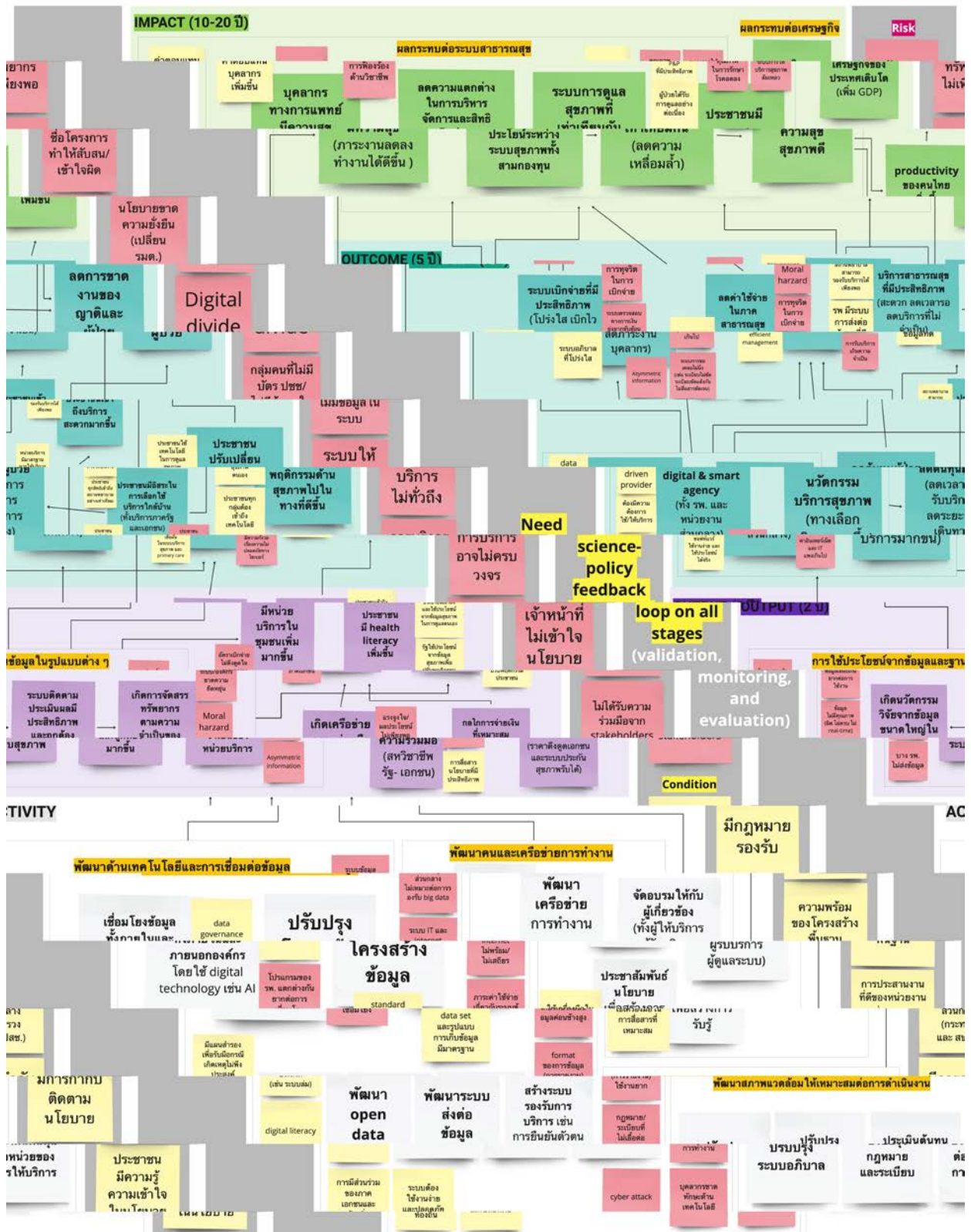
- 1) **พัฒนาระบบบริการสุขภาพ** ให้มีระบบเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่โปร่งใส เบิกได้ไวและไม่สร้างภาระงานให้บุคลากร พัฒนาให้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งในหน่วยบริการและหน่วยงานสนับสนุนให้เป็นระบบดิจิทัล สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจากข้อมูล ลดบริการและค่าใช้จ่ายจากบริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น (เช่น low-value care) เพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในกลุ่มโรคเจ็บป่วยเล็กน้อยและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and disease prevention services) เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชน ลดเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 2) **พัฒนาสุขภาพประชาชน** ให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ลดเวลารอคอยในการเข้ารับบริการ ลดบริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของประชาชน และทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูลสุขภาพของตนเอง
- 3) **พัฒนาระบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข** เพิ่มศักยภาพให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้เทคโนโลยีช่วยให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีภาระงานลดลง และมีความสุขในการทำงาน

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนหนึ่งมองว่านโยบายฯ สามารถสร้างผลกระทบในวงกว้างคล้ายนโยบายในอดีตอย่าง “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขไทยไปอย่างสิ้นเชิง รัฐจึงควรสนับสนุนให้เกิดการติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายฯ อย่างใกล้ชิด เพื่อวัดผลที่อาจเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ และเผื่อระวังไม่ให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ อันได้แก่ ระบบ gate keeper หรือการเข้ารับบริการตามลำดับขั้นจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไปลุ่มสลาย ทำให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ความแออัดในโรงพยาบาล ภาระงานที่มากขึ้นของบุคลากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในฝั่งผู้รับบริการ (เช่น ค่าเดินทาง) และกองทุนสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้นโยบายฯ ยังอาจทำให้ความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น และสร้างความไม่พอใจกับประชาชนรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ประกันตนภายใต้สิทธิประกันสังคมที่ไม่สามารถรับบริการได้ทุกที่เหมือนสิทธิข้าราชการและสิทธิบัตรทอง อีกทั้งการเข้าถึงบริการได้ทุกที่ทุกเวลา ที่ทำให้ประชาชนสะดวกสบายมากขึ้น อาจทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบที่ประชาชนละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และอาจเกิดการเรียกร้องสิทธิในการรับบริการที่มากเกินไป เช่น การร้องขอยา/บริการที่เกินกว่าอาการเจ็บป่วยที่เป็น หรือเข้ารับบริการถี่เกินความจำเป็น

**ผลผลิต:** ในระยะ 2-3 ปีนี้ รัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องร่วมกันทำให้เกิดผลผลิตสำคัญ คือ 1) เร่งให้เกิดการใช้ประโยชน์จากข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพื่อพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ จัดสรรทรัพยากรในระบบสาธารณสุข (ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ หน่วยบริการ และอื่น ๆ) รวมถึงพัฒนานวัตกรรมและตัวแทรกแซง (intervention) สำหรับพัฒนาความตระหนักรู้ด้านสุขภาพให้กับคนทุกกลุ่มในสังคม และ 2) เพิ่มจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ผ่านการปรับกลไกการเบิกจ่ายค่าชดเชยทางการแพทย์ และการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการระหว่างวิชาชีพ รวมถึงการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ ชำมพื้นที่ และข้ามสังกัด

**กิจกรรม:** การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ รัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ระบบข้อมูลและการเชื่อมต่อข้อมูล พัฒนากำลังคนและเครือข่ายการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนาสภาพแวดล้อม เช่น กฎหมาย ระบบอภิบาล การรับรู้ของคนในสังคม

โดยสรุปแล้ว นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” มีโอกาสสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม **นโยบายฯ อาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน** จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานจะต้องเผื่อระวังและหาทางหลีกเลี่ยงการเกิดผลกระทบเชิงลบและขับเคลื่อนนโยบายนี้ให้บรรลุเป้าประสงค์ในระยะสั้นและระยะยาว และถึงแม้ว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งใช้เก็บรักษาและเชื่อมโยงข้อมูลของประชาชนในการรับบริการจะเป็นกลไกสำคัญกลไกหนึ่งต่อความสำเร็จของนโยบายนี้ แต่การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบสุขภาพให้สร้างนวัตกรรมการให้บริการ นวัตกรรมด้านการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและร่วมกับภาคเอกชน ล้วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จในระดับเท่าเทียมกัน



รูปที่ 7 แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ตารางที่ 10 แผนภาพพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

|         |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผลกระทบ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น</li> <li>เศรษฐกิจเติบโต</li> </ul>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|         | ระบบบริการสุขภาพ                                                                                                                                                                                                 | ประชาชน                                                                                                                                                                                           | บุคลากร                                                                                                                                                                                                                |
| ผลลัพธ์ | ผลลัพธ์เชิงบวก                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>บริการสุขภาพใกล้บ้าน สะดวก ลดเวลารอ</li> <li>ลดบริการที่ไม่จำเป็น</li> <li>ระบบเบิกจ่ายโปร่งใส เบิกได้ไว ลดภาระงานของบุคลากร</li> <li>digital and smart agency</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>สุขภาพดี มีความสุข</li> <li>ลดการขาดงานของญาติและผู้ป่วย</li> <li>ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน</li> <li>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีความสุข</li> <li>ภาระงานลดลง</li> <li>ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>                                                                                                      |
|         | ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                        |
|         | <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบปฐมภูมิล่มสลาย</li> <li>ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น</li> <li>เกิดความเหลื่อมล้ำในแต่ละสิทธิการรักษา</li> </ul>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>ประชาชนไม่ดูแลสุขภาพ</li> <li>ประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้น</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>เกิดความแออัดที่ รพ.ใหญ่</li> <li>ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้น</li> </ul>                                                                                                            |
| ผลผลิต  | ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนานวัตกรรมบริการ</li> <li>จัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของหน่วยบริการ</li> <li>จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่ม health literacy</li> </ul>       |                                                                                                                                                                                                   | มีหน่วยบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาเครือข่ายระหว่างวิชาชีพ หรือระหว่างรัฐ-เอกชน</li> <li>ปรับกลไกการจ่ายเงินให้เหมาะสม (ราคาที่ดึงดูดหน่วยบริการ และกองทุนรับได้)</li> </ul> |
| กิจกรรม | พัฒนาด้านเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อข้อมูล                                                                                                                                                                          | พัฒนาค้นและเครือข่ายการทำงาน                                                                                                                                                                      | พัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม                                                                                                                                                                                             |

## 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่อง

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง เพื่อให้ดำเนินนโยบายฯ ได้อย่างราบรื่น ผู้ให้บริการควรมีการเตรียมพร้อม ดังนี้

### 1. ผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. และ อบจ.

#### 1.1 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการขยายกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบดิจิทัลและความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (cybersecurity) ให้บรรลุผลสำเร็จนั้นจำเป็นต้องมีทีมผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีฯ เพื่อช่วยหนุนเสริมการดำเนินนโยบายฯ ให้เป็นไปอย่างราบรื่น สสจ. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด จึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินงานและขับเคลื่อนนโยบายภายในจังหวัด ดังนี้

- **การพัฒนาบุคลากรภายใน สสจ.** โดยการจัดฝึกอบรมให้ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายฯ การใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อม การจัดการข้อมูลระบบสุขภาพ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ รวมถึงการไปศึกษาดูงานในพื้นที่นำร่องเกี่ยวกับการดำเนินนโยบายฯ นอกจากนี้ สสจ. ยังมีการแต่งตั้งผู้บริหารระดับสูงที่ทำหน้าที่บริหารจัดการความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (chief information security officer: CISO) และจัดตั้งกลุ่มงานดิจิทัลสุขภาพ ตามประกาศของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ รวมถึงวางแผนขยายกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านเทคโนโลยีฯ เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายฯ ในพื้นที่
- **การพัฒนาบุคลากรภายนอก สสจ.** โดย สสจ. ในพื้นที่นำร่องจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรของหน่วยบริการในสังกัด สธ. และเครือข่าย เพื่อสร้างความรู้เรื่องความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์และความสำคัญของการเชื่อมโยงข้อมูล อีกทั้งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินนโยบายฯ และการพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของหน่วยบริการ โดยการลงพื้นที่ไปยังหน่วยบริการ หรือการถาม-ตอบผ่านกลุ่มไลน์ (LINE) ระดับจังหวัด สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. ถ่ายโอน ทาง สสจ. จะเป็นผู้แนะนำและให้คำปรึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเรียนรู้และใช้งานระบบดิจิทัลร่วมกับ อบจ.

## 1.2 วัสดุอุปกรณ์หรือโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT infrastructure)

โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีฯ ที่มีความพร้อม ทั้งในส่วนของชุดฮาร์ดแวร์ที่ทันสมัยและเพียงพอ ชุดซอฟต์แวร์หรือโปรแกรมที่ถูกลิขสิทธิ์ รวมถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียร จะช่วยหนุนเสริมการดำเนินงานเพื่อตอบโจทยนโยบายฯ ที่ต้องการใช้เทคโนโลยีฯ เพื่อยกระดับการบริการด้านสุขภาพ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในพื้นที่อย่างปลอดภัย

สสจ. ควรมีการเตรียมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ถูกลิขสิทธิ์ รวมถึงเตรียมพร้อมความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ภายในหน่วยงาน เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ การติดตั้งไฟร์วอลล์ (firewall) หรือระบบรักษาความปลอดภัยของเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เพื่อรองรับการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการในจังหวัดอย่างปลอดภัย ป้องกันข้อมูลรั่วไหล นอกจากนี้ควรให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีฯ และความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้กับหน่วยบริการสังกัด สธ. ทั้งนี้ สสจ. อาจมีการสนับสนุนงบประมาณหรือจัดหาวัสดุอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ให้กับหน่วยบริการในสังกัดเพื่อใช้ดำเนินนโยบายฯ ตามความเหมาะสม

## 1.3 การบริหารจัดการงาน

การบริหารจัดการงานอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดขั้นตอนการทำงานและผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินนโยบายฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสร้างความมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จะนำไปสู่ความเข้าใจและการยอมรับนโยบายร่วมกัน ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งในกระบวนการดำเนินงาน และส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของนโยบายในระยะยาว โดย สสจ. ควรดำเนินการดังนี้

- **จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะด้าน**ในการดำเนินนโยบายฯ โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด เพื่อกำกับและติดตามผลการดำเนินนโยบายฯ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากหน่วยงานท้องที่<sup>1</sup> (หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และกิ่งอำเภอ) ท้องถิ่น ภาครัฐ และเอกชนในจังหวัด โดยมีนายแพทย์ สสจ. เป็นประธาน อีกทั้งในการดำเนินนโยบายฯ สสจ. ควรแบ่งคณะทำงานย่อยตามลักษณะงานอย่างชัดเจนและครอบคลุม 4 ด้าน ตามกรอบการพัฒนาบบบัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ ที่ สธ. กำหนด ได้แก่ งานพัฒนาระบบข้อมูล/รักษาความปลอดภัยระบบข้อมูล งานขึ้นทะเบียนและยืนยันตัวตน งานเบิกเคลมค่าบริการ งานประชาสัมพันธ์และสื่อสารกับประชาชน
- **สร้างกลไกการขับเคลื่อนนโยบายในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม** ทั้งหน่วยงานท้องที่ ท้องถิ่น ภาครัฐ และเอกชน ผ่านการประสานความร่วมมือและเวทีแลกเปลี่ยนเชิงนโยบายเพื่อพูดคุย ประมวลผล

<sup>1</sup>พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457



สถานการณ์ในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคที่พบและแนวทางการแก้ไข เพื่อปรับใช้และบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัด จากการเก็บข้อมูลพบว่า นอกเหนือจากการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่แล้ว ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง สสจ. อบจ. และ รพ.สต. มีผลต่อความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการร่วมดำเนินงานตามนโยบายฯ หากมีการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันถึงเป้าหมายนโยบายฯ ที่มุ่งเน้นประโยชน์เพื่อประชาชน รวมถึงมีการพูดคุยเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ทุกหน่วยงานสามารถขับเคลื่อนงานไปพร้อมกัน ส่งผลให้การดำเนินนโยบายในพื้นที่เป็นไปได้อย่างดี

- **ประเมินและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง** สสจ. มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในระดับพื้นที่ ทั้งการประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยบริการและประชาชนในการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตน รวมถึงติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานในจังหวัด ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ สสจ. ควรมีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบสถานการณ์หรือปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ โดยเมื่อพบปัญหาอุปสรรคควรพิจารณาว่าสามารถจัดการได้ในพื้นที่หรือไม่ หากเป็นปัญหาที่เกินขอบเขตอำนาจ สสจ. ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สธ. สปสช. หรือสภาวิชาชีพ เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เช่น การปรับลดขั้นตอนการลงทะเบียนเข้าร่วมเป็นหน่วยนวัตกรรมคู่สัญญา สปสช. การปรับอัตราค่าบริการ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เอกชนเข้าร่วมนโยบายฯ

#### 1.4 การสื่อสารนโยบาย

เนื่องด้วยนโยบายฯ มุ่งเน้นการเพิ่มความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยนวัตกรรมจากภาคเอกชน และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การสื่อสารนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อสร้างความเข้าใจ การรับรู้ นโยบาย และความร่วมมือ ดังนั้น สสจ. ควรประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายฯ อย่างครอบคลุมทุกระดับและช่องทาง โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การสื่อสารเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- **การสื่อสารกับหน่วยนวัตกรรม** สสจ. สื่อสารนโยบายกับหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่ ผ่านการพูดคุยโดยตรง และผ่านการประชุมคณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อดำเนินนโยบายฯ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมนโยบายฯ และเชิญชวนให้หน่วยนวัตกรรมเข้าร่วมนโยบายฯ โดย สสจ. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยนวัตกรรมและหน่วยงานรัฐ โดยสร้างช่องทางการสื่อสาร เช่น กลุ่มไลน์ของหน่วยนวัตกรรมในจังหวัด หรือกลุ่มไลน์ของกลุ่มวิชาชีพ ที่มีเจ้าหน้าที่จาก สสจ. สปสช. หรือสภาวิชาชีพรวมอยู่ในกลุ่ม เพื่อตอบคำถาม ช่วยแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำ เพื่อให้หน่วยนวัตกรรมสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมนโยบายฯ และให้บริการได้สำเร็จ

- **การสื่อสารกับประชาชน** สสจ. สื่อสารนโยบายกับประชาชนในพื้นที่ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการลงพื้นที่เชิงรุกตามสถานที่ราชการ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน เพื่อพูดคุย ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับการลงทะเบียน health ID และเชิญชวนให้ลงทะเบียน ประกาศเสียงตามสาย สื่อสารผ่านผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา รวมถึงจัดทำสื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น YouTube, TikTok, วิทยุ โดย สสจ. ได้ให้ความเห็นว่า การประชาสัมพันธ์โดยการพูดคุย ได้ผลมากกว่าการแจกกระดาษหรือแผ่นพับ และควรปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น ในบางพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ ดังนั้นจึงควรเน้นการประชาสัมพันธ์ผ่านการพูดคุย เสียงตามสายในชุมชน หรือวิทยุ

## 2. ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทุกระดับ

เนื่องจากนโยบายฯ สามารถขับเคลื่อนและสร้างความเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน แม้ผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะเล็งเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของนโยบายฯ แต่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนคือ ภาระงานและการเตรียมพร้อมเรื่องระบบต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

### 2.1 การเตรียมพร้อมระบบบันทึกและเชื่อมต่อข้อมูลต่าง ๆ

เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่เข้าร่วมนโยบายฯ และส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลของภาครัฐหรือกระทรวง เช่น financial data hub (FDH), PHR dashboard, หมอพร้อมสแตชัน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมเบื้องต้น ดังนี้

- ตรวจสอบระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (hospital information system: HIS) ให้มีความพร้อม เช่น อัปเดตระบบปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ อัปเดตเวอร์ชัน HOSxP ให้สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลส่วนกลางได้
- ปรับปรุงและแก้ไขข้อมูลใน HOSxP ให้มีความถูกต้องและสามารถส่งเข้า FDH ได้อย่างราบรื่น
- ให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายประกันสุขภาพ ฝ่ายการเงิน ฝ่ายเทคโนโลยีฯ พยาบาล ในการส่งข้อมูลสุขภาพและการเบิกเคลมกับกองทุนประกันสุขภาพ
- จัดตั้งคณะทำงานที่มีหน้าที่คอยติดตามข่าวสารและเป็นสื่อกลางติดต่อระหว่างโรงพยาบาลกับ สธ. และ สปสช.

## 2.2 การเตรียมพร้อมเพื่อการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ

**2.2.1 health ID** คือ ระบบยืนยันตัวตนข้อมูลสุขภาพทางดิจิทัลของผู้รับบริการ เพื่อตรวจสอบสิทธิการรักษา เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ และจองคิวนัดหมายเข้ารับบริการล่วงหน้า โดย สธ. ได้มอบหมายภาระหน้าที่ให้ รพ.สต. ช่วยประชาชนลงทะเบียน health ID ซึ่งในระยะแรกพบปัญหาในการจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการลงทะเบียน

โดยหน่วยบริการสามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมในเบื้องต้นดังนี้

- เตรียมอุปกรณ์สำหรับลงทะเบียน เช่น ตู้ Kiosk, card reader, คอมพิวเตอร์, กล้อง
- เตรียมความพร้อมหรือให้ความรู้บุคลากรเพื่อทำหน้าที่ลงทะเบียนที่อาจพบเจอในหลายกรณีหรือเหตุการณ์ เช่น อายุยังไม่ถึงเกณฑ์มีบัตรประชาชน ไม่สามารถลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันพร้อมเนื่องจากโทรศัพท์ไม่รองรับแอปพลิเคชัน
- ประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ผ่านหอกระจายข่าว จัดจุดลงทะเบียน ตามงานสำคัญต่าง ๆ เช่น งานวัด งานเทศกาลภายในจังหวัด

**2.2.2 provider ID** คือระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนสำหรับผู้ให้บริการ เพื่อยืนยันตัวตนก่อนให้บริการและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ โดยหน่วยบริการสามารถดำเนินงานเพื่อเตรียมความพร้อมเบื้องต้น ดังนี้

- ผอ.รพ. แจ้งบุคลากรภายในหน่วยบริการให้ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลส่วนตัว เช่น ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่อาศัย หรือเบอร์ติดต่อ ให้เป็นปัจจุบันและถูกต้อง
- ผอ.รพ. มอบหมายผู้รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลของบุคลากรในโรงพยาบาล ส่งต่อให้ สสจ. เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

## 2.3 การเตรียมระบบความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยงานภายใต้สังกัดมีมาตรการในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของโครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล ผ่านกำหนดแนวทางการพัฒนาและเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านการบริหารจัดการ ด้านการให้บริการ และด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล (อ้างอิง ข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2567) เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีกรอบเพื่อทบทวนให้โรงพยาบาลมีความสามารถในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์และปรับใช้ในการให้บริการ อีกทั้งยังมีคำสั่งให้แต่งตั้งผู้บริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศระดับสูง (CISO: chief information security officer) ประจำสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ CISO ในโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบบันทึกประวัติสุขภาพ (Personal Health Record: PHR) และการเชื่อมโยงข้อมูลใหม่ที่เน้นการบันทึกข้อมูลบนเครือข่ายระบบคลาวด์ (cloud) ไปยังส่วนกลาง รวมถึงเริ่มมีการขอคำยินยอมจากผู้รับบริการในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ นำไปสู่ความกังวลทั้งในระดับหน่วยบริการและระดับประชาชนเกี่ยวกับการรั่วไหลของข้อมูล ดังนั้นหน่วยบริการควรให้ความสำคัญกับการมีโปรแกรมหรือระบบป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลที่ได้มาตรฐาน เพื่อวางรากฐานความปลอดภัยของข้อมูลให้มีความรัดกุม และมีการตรวจสอบความปลอดภัยของระบบอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งได้ผ่านการประเมินระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ก่อนดำเนินนโยบายฯ และในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ได้มาตรฐาน โรงพยาบาลสามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วยงานสนับสนุนของ สธ. เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัยของโรงพยาบาลตนเองได้

## 2.4 การสนับสนุนการให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการ

การสนับสนุนการจัดส่งยาถึงบ้านและการแพทย์ทางไกล ถือเป็นระบบสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีการพัฒนาและให้ความสำคัญภายใต้นโยบายฯ เพื่อสนับสนุนประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพและลดระยะเวลารอคอย รวมถึงลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลที่เข้าร่วมนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่องส่วนใหญ่เริ่มดำเนินการจริงแล้ว เช่น บริการส่งยาถึงบ้านโดย health rider หรือการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่าการเตรียมความพร้อมบางกิจกรรมจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาวางระบบหรือสื่อสารกับประชาชนให้ทราบถึงวิธีการรับบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจึงควรดำเนินกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมต่อระบบสนับสนุนบริการในนโยบายฯ ดังนี้

- จัดทำแนวทางหรือแบบแผนการจัดส่งยาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเอง เช่น จัดหาผู้รับผิดชอบส่งยาหรือ health rider ของโรงพยาบาล โดยสามารถเป็นเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล หรือ อสม.
- จัดทำแนวปฏิบัติของยาที่เลือกส่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดของยาบางประเภทที่ไม่สามารถส่งได้ เช่น ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิขณะส่ง ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท
- ประชาสัมพันธ์การส่งยาให้กับผู้รับบริการ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์บริเวณจุดรับยา
- วางแผนการให้บริการการแพทย์ทางไกล เช่น จัดหาอุปกรณ์ วางแผนการใช้งานระบบหรือโปรแกรมสำหรับการแพทย์ทางไกล อบรมบุคลากรในด้านเทคโนโลยีฯ

## 2.5 การสร้างความเข้าใจต่อตัวนโยบายฯ ให้กับผู้ให้บริการและประชาชน

การสร้างความเข้าใจในตัวนโยบายฯ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ให้บริการและประชาชนในทุกสิทธิการรักษามีความเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายฯ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถดำเนินกิจกรรมเตรียมความพร้อม ดังนี้

- การสื่อสารกับประชาชน โดยใช้ช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ แผ่นพับ และป้ายประกาศ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายฯ ให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง
- จัดการอบรมและให้ข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายประกัน เพื่อสร้างความเข้าใจในต้วนโยบายฯ และวิธีการปฏิบัติงานตามนโยบายฯ อย่างถูกต้อง
- การกระจายข้อมูลจากผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง เช่น แพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการก่อนหรือหลังจากให้บริการเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของนโยบายฯ หรือฝ่ายประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาล ประกาศสิทธิประโยชน์หรือแนวทางการใช้บริการสุขภาพตามนโยบายฯ

## 2.6 การสำรวจเวชภัณฑ์และยา

แม้ว่าจากการเก็บข้อมูลพบว่าจำนวนผู้รับบริการในหน่วยบริการไม่ได้แตกต่างจากก่อนมีนโยบายฯ มากนัก แต่กระนั้นเพื่อการเตรียมพร้อมกับสถานการณ์และบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นหากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการสำรวจเวชภัณฑ์และยาสำหรับผู้รับบริการข้ามเขต (non-catchment area) อาจส่งผลกระทบต่อ การให้บริการทั้งผู้รับบริการเดิมและข้ามเขตในอนาคตได้ ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีแนวทางจัดหา และสำรวจเวชภัณฑ์และยาให้เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการที่อาจเพิ่มขึ้น ดังนี้

- เก็บข้อมูลของจำนวนและโรคของผู้รับบริการข้ามเขต เพื่อประมาณการจำนวนยาหรือเวชภัณฑ์ที่จำเป็นที่อาจเพิ่มมากขึ้น
- จัดสรรปริมาณการสำรวจยาและเวชภัณฑ์ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการที่อาจเพิ่มขึ้นจากการรับบริการนอกเขต

## 3. ผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรม

### 3.1 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

หน่วยนวัตกรรมบางแห่งมีการปรับปรุงสถานที่เพื่อให้ผ่านการรับรองมาตรฐานหน่วยบริการตามที่สภาวิชาชีพกำหนด เช่น ร้านยาคุณภาพ คลินิกแล็บที่ผ่านมาตรฐานสภาเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ภายหลังจากให้บริการไปแล้วในระยะหนึ่ง บางหน่วยนวัตกรรมมีการลงทุนเพื่อซื้ออุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการเพิ่มขึ้น เช่น คลินิกกายภาพบำบัดที่ซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เป็นต้น

### 3.2 การขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยนวัตกรรม

หน่วยนวัตกรรมจำเป็นต้องขอขึ้นทะเบียนทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและขอเลขรหัสหน่วยบริการกับ สสจ. 2) การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับ สปสช. และ 3) การขอเปิดใช้ระบบบันทึกการเบิกเคลมกับ สปสช. รวมถึงแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยนวัตกรรมเป็นผู้มีสิทธิใช้งานระบบ ทั้งนี้การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยนวัตกรรมบางประเภทต้องผ่านมาตรฐานการบริการที่เหมาะสมและเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะร้านยาจะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้านยาคุณภาพ ซึ่งได้รับการตรวจสอบและรับรองจากสภาเภสัชกรรม

### 3.3 การปรับปรุงเทคโนโลยีฯ

หน่วยนวัตกรรมมีระบบข้อมูลที่เป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบบันทึกรายการบริการเพื่อการเบิกเคลม ซึ่งเป็นระบบบังคับตามที่ สปสช. กำหนด โดยหน่วยนวัตกรรมแต่ละประเภทจะมีระบบการเบิกเคลมที่ต่างกันดังตารางที่ 11 และระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ หน่วยนวัตกรรมหลายหน่วยยังคงใช้วิธีการเขียนลงบนเอกสารเพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ ในขณะที่บางหน่วยนวัตกรรมลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์ของตนเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายสำหรับระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพออนไลน์แตกต่างกันไปตามแต่ละโปรแกรม นอกเหนือจากการลงทุนด้านระบบบันทึกข้อมูล ในหลายหน่วยนวัตกรรมมีการลงทุนเพื่อปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตให้มีความรวดเร็วมากขึ้น บางหน่วยนวัตกรรมลงทุนซื้อคอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก รวมถึงเครื่องเสียบัตรเพิ่ม เพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิและบันทึกข้อมูลการเบิกเคลม

ตารางที่ 11 ระบบบันทึกรายการบริการเพื่อเบิกเคลมกับ สปสช.

| หน่วยนวัตกรรม        | บริการ                      | ระบบการเบิกเคลมกับ สปสช. |     |      |            |           |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|------|------------|-----------|
|                      |                             | E-claim                  | KTB | AMED | Disability | DentCloud |
| คลินิกเวชกรรม        | OP และ Telehealth           |                          |     | ✓    |            |           |
|                      | PP                          |                          | ✓   |      |            |           |
| คลินิกการพยาบาล      | OP                          | ✓                        |     |      |            |           |
|                      | PP                          |                          | ✓   |      |            |           |
|                      | CI                          |                          |     | ✓    |            |           |
| คลินิกทันตกรรม       | OP และ PP                   |                          |     |      |            | ✓         |
| คลินิกกายภาพบำบัด    | OP                          |                          |     |      | ✓          |           |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์ | เจาะเลือด วิเคราะห์ผลและ PP |                          | ✓   |      |            |           |

| หน่วยนวัตกรรม     | บริการ | ระบบการเบิกเคลมกับ สปสช. |     |      |            |           |
|-------------------|--------|--------------------------|-----|------|------------|-----------|
|                   |        | E-claim                  | KTb | AMED | Disability | DentCloud |
| คลินิกแพทย์แผนไทย | OP     |                          |     | ✓    |            |           |
| ร้านยา            | OP     |                          |     | ✓    |            |           |
|                   | PP     |                          | ✓   |      |            |           |

หมายเหตุ: OP หมายถึง บริการผู้ป่วยนอก, PP หมายถึง บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค, CI หมายถึง บริการเพื่อดูแลโรคทั่วไปหรือการเจ็บป่วยเล็กน้อย (common illnesses)

### 3.4 การพัฒนาบุคลากร

ในบางหน่วยนวัตกรรมมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อช่วยให้บริการและ/หรือช่วยในการตรวจสอบสิทธิการรักษา รวมถึงบันทึกข้อมูลการเบิกเคลมค่าบริการ ในบางหน่วยนวัตกรรมเลือกใช้บุคลากรเดิมที่มีอยู่แต่มีการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการบันทึกข้อมูล

### 3.5 การสร้างเครือข่าย

เงื่อนไขการให้บริการของคลินิกกายภาพและคลินิกเทคนิคการแพทย์ส่งผลให้หน่วยนวัตกรรมไม่สามารถรับเคสที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า (walk-in case) หรือเคสใหม่ได้ ดังนั้นในบางพื้นที่จึงมีการจัดประชุมเพื่อสร้างความร่วมมือและหาข้อตกลงในการส่งต่อเคสระหว่างหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐและหน่วยนวัตกรรม และยังพบการพัฒนาระบบให้บริการแบบเครือข่ายของหน่วยนวัตกรรมประเภทคลินิกการพยาบาล โดยการแบ่งคลัสเตอร์ (พื้นที่ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ) และพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยนวัตกรรม หรือระหว่างหน่วยนวัตกรรมกับ รพ.สต./รพช. การสร้างเครือข่ายหรือการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่นำร่อง โดยส่วนมากมาจากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่รู้จักกันอยู่แล้ว และ/หรือการสร้างช่องทางการสื่อสารโดยหน่วยงานส่วนกลางอย่างกลุ่มไลน์ในระดับจังหวัด ทำให้เกิดการรวมกลุ่มและการช่วยเหลือกันของผู้ให้บริการ

### 3.6 การประชาสัมพันธ์

หน่วยนวัตกรรมสร้างช่องทางสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนรับทราบว่าสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยนวัตกรรมได้ โดยช่องทางที่หน่วยนวัตกรรมใช้ประชาสัมพันธ์ ได้แก่ สื่อสังคมออนไลน์ของหน่วยนวัตกรรม การติดป้ายโฆษณา/สัญลักษณ์หน้าหน่วยบริการ การมีหน่วยงานท้องถิ่น (เช่น อบต. อสม.) ช่วยประชาสัมพันธ์ การแจกแผ่นพับ และการที่ผู้รับบริการเดิมบอกต่อกันเองในชุมชน

จากการสัมภาษณ์หน่วยนวัตกรรมในพื้นที่นำร่องพบว่า หน่วยนวัตกรรมเกือบทั้งหมดเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการภายใต้นโยบายฯ โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าขั้นตอนการลงทะเบียนมี

ความซับซ้อน ไม่เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการ ทำให้หน่วยนวัตกรรมที่เป็นภาคเอกชนไม่คุ้นชินกับระบบงานของภาครัฐและเกิดความสับสน ประกอบกับระยะเวลาที่ใช้ในการขึ้นทะเบียนมีความล่าช้า และพบปัญหาการไม่ประสานงานกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่องลงทะเบียน เช่น เจ้าหน้าที่ สปสช. สาขาเขต และเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลาง

#### 4.3 ปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน

##### 1. ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการเร่งลงทะเบียน health ID

เมื่อเริ่มดำเนินนโยบายในระยะแรก มีการเร่งให้ประชาชนลงทะเบียน health ID โดยหน่วยบริการภาครัฐภายใต้สังกัด สธ. นั้นมีการกำกับติดตามจำนวนยอดการลงทะเบียนโดย สสจ. ในขณะที่ รพ.สต. ถ่ายโอน จะมี อบจ. เป็นหน่วยงานที่กำกับติดตามตัวชี้วัดนี้ จากการเก็บข้อมูลพบว่า ปัญหาเกิดจากที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เร่งทำยอดจำนวนคนลงทะเบียน จึงทำให้ไม่มีเวลาอธิบายถึงประโยชน์ของ health ID ส่งผลให้เมื่อประชาชนมาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ก็จะมีคำถามที่หน่วยงานของโรงพยาบาลถึงประโยชน์ในการใช้งาน health ID ที่ตนลงทะเบียนไปแล้ว ทำให้เพิ่มภาระงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รวมไปถึงมีเสียงสะท้อนจากผู้ให้บริการที่กล่าวว่า ตัวชี้วัดในการลงทะเบียน คำนวณจากจำนวนประชากรทุกสิทธิที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้น ซึ่งในความเป็นจริงประชาชนที่มีสิทธิอื่น เช่น ข้าราชการและประกันสังคม อาจไม่มีความจำเป็นต้องลงทะเบียน health ID เนื่องจากเขายังไม่เห็นประโยชน์ในแง่ของความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพราะประชาชนสิทธิประกันสังคมยังคงต้องชำระค่าบริการเองเมื่อไปใช้บริการในหน่วยบริการที่ตนไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ในขณะที่ประชาชนสิทธิข้าราชการก็ยังคงต้องสำรองจ่ายค่าบริการอยู่นอกจากนี้ประชาชนบางคนไม่ได้อยู่ในพื้นที่จริง เช่น ไปทำงานที่จังหวัดอื่น มีเพียงแค่ชื่อที่อยู่ในทะเบียนบ้านเท่านั้น จึงทำให้ทางผู้ปฏิบัติงานรู้สึกกดดันที่ต้องทำยอดให้ถึงร้อยละ 100 อย่างไม่รู้ตัวในช่วงปลาย พ.ศ. 2567 สธ. ได้ยกเลิกการนำจำนวนลงทะเบียน health ID มาเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานแล้ว

##### 2. การเร่งลงทะเบียน health ID ส่งผลต่อการรับรู้ของประชาชน

แม้ว่า สสจ. มีการเตรียมพร้อมในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายฯ แล้ว แต่พบว่าประชาชนผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับนโยบายฯ ในบางพื้นที่จึงเน้นการลงพื้นที่เชิงรุก คือการพูดคุยและชี้แจงโดยตรงกับประชาชนและหน่วยนวัตกรรม รวมถึงมีการออกแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เพื่อให้สื่อสารนโยบายได้อย่างชัดเจนและทั่วถึง

จากการเก็บข้อมูลในประชาชน พบว่าประชาชนบางส่วนมีการรับรู้และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อนโยบายฯ รวมถึงไม่รู้จักและไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับนโยบายฯ เลย สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการประชาสัมพันธ์อย่างที่ได้กล่าวไปในข้างต้น เนื่องจากผู้ให้บริการเร่งลงทะเบียน health ID จนไม่มีเวลาอธิบายถึงรายละเอียดของนโยบายฯ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงการประชาสัมพันธ์ของประชาชน ซึ่งเป็นกลไก



หลักในการขับเคลื่อนให้เกิดการใช้นโยบายอย่างเป็นรูปธรรม เพราะช่วยให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวและไม่พลาดในสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับจากนโยบายฯ แต่ทว่าประชาชนบางส่วนไม่ได้รับการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายฯ ส่งผลให้ไม่ได้เข้าร่วมนโยบายฯ ทั้งที่เป็นผู้มีสิทธิที่จะใช้บริการภายใต้นโยบายฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งการที่ประชาชนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับนโยบายฯ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลนอกสิทธิที่เคยขึ้นทะเบียนแบบไม่ต้องมีใบส่งตัว ประชาชนจึงมีความต้องการและความคาดหวังให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายฯ ถึงสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับรวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายฯ เพื่อเพิ่มความเข้าใจ รวมถึงสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมนโยบายฯ ของประชาชน

จากข้อค้นพบข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับเงื่อนไขการเข้ารับบริการรวมถึงข้อดีที่ประชาชนพึงได้รับ ก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและสร้างความกังวลในการเข้ารับบริการภายใต้นโยบายฯ จึงอาจทำให้เสียโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์จากนโยบายฯ ทั้งนี้ประชาชนบางส่วนยังคงมองว่าหากมีการสร้างความเข้าใจถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยตรงกับกลุ่มประชาชน จะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมต่อนโยบายฯ มากยิ่งขึ้น

### 3. ปัญหาการใช้เทคโนโลยีฯ ในกลุ่มผู้ที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีฯ ต่ำ

เทคโนโลยีฯ ถือเป็นองค์ประกอบหลักต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานของนโยบายฯ เห็นได้จากขั้นตอนลงทะเบียน health ID ตลอดจนการให้บริการต่าง ๆ เช่น การนัดหมายออนไลน์ การแพทย์ทางไกล เป็นต้น ล้วนต้องอาศัยทรัพยากรด้านเทคโนโลยีฯ อย่างเช่น โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน สัญญาณอินเทอร์เน็ต ไร้สาย แอปพลิเคชันพร้อม แต่ทว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีฯ และการเข้าถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีฯ ที่จำกัด เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น อาจส่งผลให้ประชาชนพลาดโอกาสของการใช้ประโยชน์จากนโยบายฯ ประชาชนจึงมีความต้องการการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีฯ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ภายใต้นโยบายฯ

ทั้งนี้การใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันพร้อมเพื่อเข้าสู่ประวัติสุขภาพ ประชาชนต้องลงทะเบียน health ID เพื่อเป็นการออกรหัสแทนบัตรประชาชนสำหรับใช้ในระบบสุขภาพดิจิทัลของ สธ. และยังช่วยรักษาความปลอดภัยในข้อมูลสุขภาพของประชาชน แต่ประชาชนบางส่วนไม่ทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการลงทะเบียน health ID จึงส่งผลให้เกิดความกังวลต่อความปลอดภัยของข้อมูล รวมถึงความเป็นส่วนตัวของข้อมูลจากการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ

ในส่วน of หน่วยนวัตกรรม พบปัญหาผู้ให้บริการไม่คุ้นเคยกับระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งระบบการเบิกเคลมกับ สปสช. ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ หรือพร้อมสแตชัน ทำให้การบันทึกข้อมูลเป็นไปอย่างล่าช้า และผู้ให้บริการมองว่าการบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นภาระ

#### 4. การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ

##### ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ provider ID

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องใช้ provider ID เพื่อเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล ซึ่ง provider ID คือ รหัสประจำตัวผู้ให้บริการ 13 หลัก สำหรับให้บริการและเข้าถึงประวัติการรักษาของผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้บริการตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการออกเอกสารใบรับรองต่าง ๆ โดยใช้ลายมือชื่อดิจิทัล (digital signature) ของผู้ให้บริการที่ปลอมแปลงไม่ได้ โดยในปัจจุบันวิชาชีพที่จำเป็นต้องมี provider ID ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ทั้งนี้ สธ. ยังต้องการให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานสนับสนุน (back office) เช่น พนักงานฝ่ายบัญชี พนักงานฝ่ายเทคโนโลยีฯ มี provider ID เช่นกัน จึงนำจำนวนพนักงานทั้งหมดในโรงพยาบาลมาคำนวณเป็นตัวชี้วัด เพื่อคาดหวังว่าในอนาคตจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและข้อมูลการเบิกเคลมของประชาชนได้อย่างไร้รอยต่อ โดยการที่เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถจัดการกับข้อมูลประวัติสุขภาพและข้อมูลการเบิกเคลมได้ทุกหน่วยบริการและทุกสังกัด ทั้งนี้ปัญหาที่พบคือระบบการแสดงผลความสำเร็จในการลงทะเบียน provider ID ตรวจสอบได้ยากกว่าเจ้าหน้าที่คนใดลงทะเบียน provider ID ไปแล้ว จึงทำให้หน่วยบริการไม่สามารถตามตัวผู้ให้บริการผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนได้

จากการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ เห็นได้ว่าการที่ผู้ให้บริการลงทะเบียน provider ID ส่งผลให้เกิดปัญหาอย่างชัดเจนต่อการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย คือผู้ให้บริการไม่ทราบถึงประโยชน์และการใช้งานของ provider ID เป็นเพียงแค่การที่ผู้ให้บริการ มี username และ password ในการเข้าระบบเท่านั้น ทั้งนี้ สธ. ได้ดำเนินการวางแผนการสื่อสารนโยบายฯ ในอนาคต โดยเน้นชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้งาน provider ID เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

##### ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของการดำเนินนโยบายฯ สธ. วางแผนที่จะเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของทุกหน่วยบริการ โดยเริ่มการพัฒนาจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่มีหน่วยบริการใช้มากที่สุดก่อน คือ HOSxP จึงทำให้ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลอื่น ๆ อาจพบปัญหาในการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพได้ ซึ่งการที่ HIS ของแต่ละหน่วยบริการไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลในการส่งต่อและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะ HIS ใน รพ.สต. มีการใช้ระบบที่หลากหลาย เช่น HOSxP PCU, MyPCU, JHCIS ซึ่งไม่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลประวัติสุขภาพของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิได้ จะมีเพียงแค่ HOSxP PCU ที่สามารถเชื่อมข้อมูลกับหมอพร้อมสเตชัน นอกจากนี้หากมีการส่งข้อมูลของผู้รับบริการข้ามเขตจะต้องมีขั้นตอนการปิดสิทธิ ซึ่งต้องใช้โปรแกรม HOSxP PCU XE เพิ่มเติม

อย่างไรก็ตามวัตถุประสงค์หลักของการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ คือต้องการระบบที่ generally used กล่าวคือ แม้ว่าหน่วยบริการจะมีระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ก็ยังสามารถเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพมาที่ระบบส่วนกลางของ สธ. ได้ ดังนั้น สธ. ได้มีการประชุมหารือร่วมกับ vendor ทุกบริษัท เพื่อให้ vendor เอาข้อมูลไปพัฒนาระบบของตน ให้สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของ สธ. ซึ่งในปัจจุบัน HOSxP ทุกเวอร์ชันสามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับหมอพร้อมสเตชันได้ แต่รูปแบบการสนับสนุนฟังก์ชันบริการของแต่ละเวอร์ชันจะมีความสามารถไม่เท่ากัน ดังนั้นหน่วยบริการที่ต้องการพัฒนารูปแบบบริการบางอย่าง จึงจำเป็นต้องอัปเดตโปรแกรมของตนเอง ทั้งนี้ สธ. มีช่องทางการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ เช่น OpenChat โทรศัพท์ รวมถึงการจัดประชุมออนไลน์กับผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ เพื่อติดตามปัญหาและตอบข้อคำถามให้กับหน่วยบริการ

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการใน กทม. ที่ใช้ระบบ health link ซึ่งแตกต่างกับจังหวัดอื่น ๆ ดังนั้นในช่วงปลาย พ.ศ. 2567 สธ. ได้มีการหารือกับสำนักงานเขต กทม. เพื่อหาแนวทางในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพร่วมกัน แต่ยังไม่ได้แนวทางปฏิบัติที่แน่ชัด อีกทั้งหน่วยนวัตกรรมไม่ได้บันทึกข้อมูลประวัติการรักษาอย่างละเอียด ส่งผลให้อาจเกิดปัญหาในการเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาในอนาคต

### **โรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยไปที่หมอพร้อมสเตชัน แต่ข้อมูลที่ปรากฏในแอปพลิเคชันหมอพร้อมไม่ใช่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน**

หนึ่งในวัตถุประสงค์ของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวคือ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย พบว่ายังมีปัญหาที่ระบบการแสดงผลข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้รับบริการในแอปพลิเคชันหมอพร้อม ที่ไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ทันทั่วถึง ทำให้ประชาชนขาดเครื่องมือในการสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง (self-care) ได้ และยังสามารถส่งผลกระทบต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพราะผู้ให้บริการไม่สามารถเห็นข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยได้เช่นกัน

จากปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่พบ ส่งผลให้ผู้ให้บริการยังคงเสียเวลาขอความร่วมมือโรงพยาบาลต้นทางให้ส่งข้อมูลการรักษามาให้ เพราะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย ณ ปัจจุบันได้

อย่างไรก็ตาม สธ. ได้รับทราบถึงปัญหาดังกล่าว และชี้แจงว่าข้อมูลที่ปรากฏบนแอปพลิเคชันหมอพร้อมจะแสดงภายใน 48 ชม. หลังจากหน่วยบริการส่งข้อมูล ทั้งนี้เวลาในการแสดงผลข้อมูลขึ้นอยู่กับ protocol และ HIS ของหน่วยบริการด้วย หากเป็นหน่วยบริการที่ไม่ได้ใช้ HOSxP อาจมีการแสดงผลข้อมูลที่ช้ากว่า

## หน่วยนวัตกรรมพบปัญหาการตรวจสอบข้อมูลการรับบริการย้อนหลังหรือข้อมูลสุขภาพไม่สามารถทำได้จริง

ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุจากระบบบันทึกการบริการเพื่อเบิกเคลมกับ สปสช. ตรวจสอบข้อมูลได้เฉพาะจำนวนครั้งในการรับบริการในหน่วยนวัตกรรม แต่ไม่สามารถตรวจสอบรายละเอียดการรับบริการย้อนหลัง และไม่สามารถตรวจสอบจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ ทำให้อาจเกิดการให้บริการซ้ำซ้อนโดยไม่ตั้งใจหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้บริการ เช่น การแพทย์ของผู้รับบริการเป็นต้น หากผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมต้องการตรวจสอบข้อมูลประวัติการรับบริการย้อนหลังหรือข้อมูลสุขภาพ ผู้ให้บริการต้องขอความยินยอมจากผู้รับบริการและเข้าสู่ข้อมูลผ่านโปรแกรมหมอพร้อมสเตชันเท่านั้น ซึ่งการแยกโปรแกรมข้อมูลระหว่างโปรแกรมเพื่อเบิกเคลมและโปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้งานในการให้บริการจริง เนื่องจาก 1) ผู้ให้บริการต้องเปิดโปรแกรมสลับไปมา 2) การเข้าสู่ประวัติการรับบริการย้อนหลังในหมอพร้อมสเตชัน ผู้ให้บริการต้องขอความยินยอมจากผู้รับบริการ และผู้รับบริการจะต้องลงทะเบียน health ID แล้ว รวมถึงมีแอปพลิเคชันหมอพร้อมในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งประชาชนในพื้นที่นำร่องส่วนใหญ่ไม่ใช้/ไม่รู้จักแอปพลิเคชันหมอพร้อม

### 5. ปัญหาของระบบการทำงานด้านอิเล็กทรอนิกส์

#### ระบบบริการส่งยาถึงบ้านพร้อมใช้ แต่ประชาชนไม่อยากใช้

โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิและทุติยภูมิมีการลงทุนวางระบบบริการส่งยาถึงบ้าน เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการรับยา และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยใช้บริการไปรษณีย์ไทยในการขนส่งยา แต่อาจมีระยะเวลารอคอย 3-5 วันทำการ หรืออีกรูปแบบหนึ่งที่ประชาชนสามารถรับยาได้ภายในวันที่เข้ารับบริการคือ health rider โดยใช้เครือข่าย อสม. เป็นผู้ส่งยา หรือบางหน่วยบริการอาจใช้บริษัทคู่สัญญาเอกชน ซึ่งในสัญญาจะมียอดเป้าหมายของจำนวนผู้ใช้บริการส่งยาถึงบ้านรายวัน แต่ในสถานการณ์จริงจำนวนประชาชนที่ต้องการใช้บริการส่งยาถึงบ้านมีน้อยมาก สาเหตุอาจเกิดจากที่ระยะเวลารอคอยยาไม่ได้ยาวนานมาก ประชาชนยังไม่เชื่อมั่นในระบบบริการส่งยาถึงบ้าน ไม่มั่นใจว่าจะได้รับยาหรือไม่และเมื่อไร แล้วถ้าไม่ได้รับยาต้องไปตามที่ใคร อย่างไรก็ตาม สปส. ไม่ได้นำจำนวนผู้ใช้บริการต่าง ๆ ภายใต้นโยบายฯ มาเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงาน และไม่ได้บังคับว่าทุกหน่วยบริการจะต้องมีทุกบริการภายใต้นโยบายฯ ขึ้นอยู่กับบริบทและความจำเป็นของหน่วยบริการนั้น

ประชาชนบางส่วนที่เลือกจะไม่รับบริการต่าง ๆ ภายใต้นโยบายฯ ให้ข้อมูลว่า ถึงแม้จะมีโอกาสใช้บริการก็ตาม เนื่องจากตนเองสามารถรับยาที่โรงพยาบาลได้ เพื่อไม่ให้เป็นภาระเพิ่มภาระงานกับบุคลากรทางการแพทย์ในการบรรจุพัสดุ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมถึงต้องการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงด้วยตนเอง เพราะคิดว่าจะได้รับข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ในขณะเดียวกันพบว่าประชาชนบางส่วน

โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรค HIV ยังไม่เชื่อมั่นในระบบบริการและความปลอดภัยในการขนส่ง จึงกังวลว่าอาจจะไม่ได้รับยา รวมถึงพัสดุถูกเปิดในระหว่างขนส่ง ทำให้ข้อมูลการรักษารั่วไหล

อย่างไรก็ตามประชาชนบางส่วนต้องการให้โรงพยาบาลที่ตนเข้ารับบริการอยู่ มีบริการส่งยาที่บ้าน เนื่องจากช่วยอำนวยความสะดวกในกรณีที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

### **ผู้ให้บริการไม่อยากใช้ข้อมูลจากระบบที่ สธ. จัดทำ**

เนื่องจากรูปแบบการแสดงผลข้อมูลประวัติสุขภาพดูยาก นำมาปรับใช้กับการให้บริการผู้ป่วยได้ไม่สะดวก เช่น ใบส่งตัวออนไลน์ ใบสั่งแล็บออนไลน์ จึงทำให้หน่วยบริการยังคงใช้เอกสารดังกล่าวในรูปแบบกระดาษอยู่

อย่างไรก็ตาม สธ. รับทราบถึงปัญหาดังกล่าว และชี้แจงว่าเป็นปัญหาจากการสื่อสารนโยบายฯ มายังผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้ให้บริการเข้าใจผิดว่าสามารถดูข้อมูลประวัติสุขภาพผ่านหมอพร้อมสแตชันเท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติที่แท้จริงแล้ว ผู้ให้บริการสามารถดูผ่านระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของตนได้เลย

**หน่วยงานอื่นไม่ยอมรับและยังไม่เชื่อมั่นในความถูกต้องของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น หน่วยงานเอกชน ไม่ยอมรับใบรับรองแพทย์ดิจิทัล**

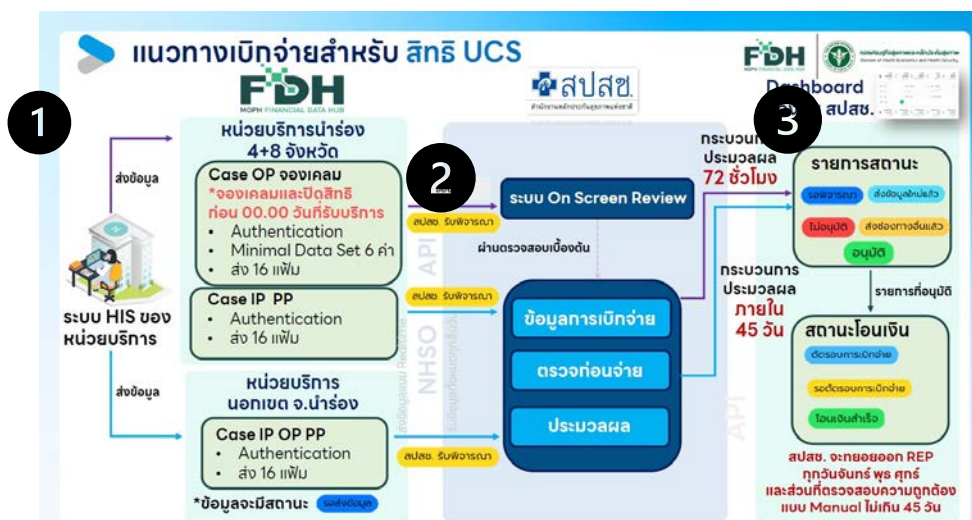
ใบรับรองแพทย์ดิจิทัลเป็นหนึ่งในเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อรับรองการประกอบธุรกรรมของประชาชน เช่น การสมัครงาน การลาป่วย การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล หลักฐานในการทำใบขับขี่ แต่ในปัจจุบันประชาชนยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะใช้ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล เนื่องจากหน่วยงานอื่นยังไม่เชื่อมั่นในระบบหรือรองรับเอกสารในรูปแบบดังกล่าว ทั้งนี้ สธ. รับทราบถึงปัญหาดังกล่าว และได้มีการทำ MOU กับกรมขนส่ง เพื่อให้สามารถใช้ใบรับรองแพทย์ดิจิทัลเป็นหลักฐานในการทำใบขับขี่ได้

## **6. ปัญหาจากการส่งข้อมูลการเบิกเคลม**

### **ปัญหาที่พบในโรงพยาบาล**

เดิมหากหน่วยบริการต้องการส่งข้อมูลการเบิกเคลมเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับกองทุนต่าง ๆ จะต้องดำเนินการส่งข้อมูลแยกกองทุนประกันสุขภาพ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นต้น ดังนั้น สธ. จึงได้พัฒนาระบบ FDH เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับกองทุนต่าง ๆ ได้ในการส่งข้อมูลเพียงครั้งเดียว ซึ่งถ้าหากหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลการเบิกเคลมผ่านทาง FDH ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ลดภาระงานบุคลากร ลดระยะเวลาและขั้นตอนในการส่งข้อมูล จากการเก็บข้อมูลพบว่าเมื่อนโยบายฯ ดำเนินการในระยะแรกช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2567 หน่วยบริการยังคงมีความกังวลในความเสถียรของระบบ FDH จึงยังคงเลือกที่จะ

ใช้ระบบดั้งเดิมของ สปสช. หรือ e-claim ส่งผลให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อน กอปรกับกฎเกณฑ์ของ สปสช. ที่ระบุว่าหากหน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกเคลมภายใน 24 ชม. สปสช. จะจ่ายเงินกลับไปหน่วยบริการภายใน 72 ชม. แต่หากหน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกเคลมช้ากว่า 24 ชม. สปสช. จะจ่ายเงินกลับไปตามรูปแบบปกติ คือหากเป็นค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยนอก (OPD) จะจ่ายเงินกลับไปหน่วยบริการภายใน 15 วัน และหากเป็นค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยใน (IPD) จะจ่ายเงินกลับไปหน่วยบริการภายใน 30 วัน ด้วยเหตุนี้หน่วยบริการจึงเร่งส่งข้อมูลการเบิกเคลม ส่งผลให้ต้องเพิ่มเวลาทำงานล่วงเวลาหรือต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อมาทำงานในส่วนนี้ และเมื่อแพทย์บันทึกผลตรวจการรักษานบน HIS ข้อมูลจะถูกส่งไปที่ FDH ทันที ซึ่งหากข้อมูลจากแพทย์ไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ฝ่ายประกันสุขภาพจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลดังกล่าวได้ นอกจากนี้เมื่อส่งข้อมูลการเบิกเคลมไปที่ FDH แล้ว หากข้อมูลเบิกเคลมไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด cancel หรือติด C) หรือ ข้อมูลเบิกเคลมถูกปฏิเสธการจ่าย (ติด deny หรือติด D)<sup>2</sup> จะตรวจสอบกลับไม่ได้ว่าใครเป็นคนส่งข้อมูลผิด และยังพบปัญหาหน่วยบริการได้รับค่าชดเชยบริการไม่ครบถ้วนตามรายการบริการที่ส่งเบิกเคลม เนื่องจากข้อมูลการเบิกเคลมที่ถูกส่งผ่าน FDH ไปถึง สปสช. ไม่ครบทุกรายการ จากการสัมภาษณ์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเมื่อเดือนสิงหาคม 2567 ปัญหาดังกล่าวได้ถูกคลี่คลาย ตามรายละเอียดของแนวทางการเบิกเคลมผ่าน FDH ดังรูปที่ 8



รูปที่ 8 แสดงแนวทางการเบิกเคลมเมื่อหน่วยบริการส่งข้อมูลผ่าน FDH<sup>3</sup>

ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลการเบิกเคลมบน HIS ของหน่วยบริการถูกส่งเข้าสู่ FDH โดย FDH เป็นเพียงตัวกลางในการเชื่อมต่อข้อมูลเท่านั้น ไม่ได้ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องหรือแก้ไขความผิดพลาดของข้อมูล จากนั้นในขั้นตอนที่ 2 สปสช. รับพิจารณาข้อมูลที่ถูกส่งมา และในขั้นตอนที่ 3 เมื่อข้อมูลการเบิกเคลมถูกตรวจสอบผ่าน สปสช. แล้ว หน่วยบริการสามารถตรวจสอบรายงานการเบิกเคลมได้ ผ่านทาง report (REP)

<sup>2</sup>ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้าน พ.ศ. 2565

<sup>3</sup>การประชุมชี้แจงการนำส่งข้อมูล ผ่าน MOPH financial data hub 13 พ.ค. 2567

หากเป็นกรณีผู้ป่วยนอก (case OP) สปสช. จะใช้เวลาประมวลผลภายใน 72 ชม. หลังจากหน่วยบริการส่งข้อมูล ซึ่งในส่วนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยบริการในกรณีส่งเสริมป้องกัน (case IP PP) ที่หน่วยบริการส่งมาแล้ว แต่ยังไม่มี REP แสดงว่าข้อมูลดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของ สปสช. อยู่ ซึ่งใช้เวลาในการประมวลผล 45 วันหลังส่งข้อมูล

ในปัจจุบัน (สิงหาคม 2567) หากหน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกเคลมทั้งใน FDH และ e-claim จะมีระบบการแจ้งเตือนสถานะข้อมูลว่ามีการส่งข้อมูลช่องทางอื่นไปแล้ว เพื่อป้องกันปัญหาการส่งข้อมูลซ้ำซ้อน รวมไปถึงหน่วยบริการสามารถติดตามการส่งข้อมูลการเบิกเคลม ได้จาก FDH dashboard ทำให้ทราบถึงสาเหตุการที่ข้อมูลติด C หรือติด D และทราบว่าใครเป็นผู้ส่งข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดได้ ยิ่งไปกว่านั้นกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพและ สปสช. ยังมีการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของการส่งข้อมูลการเบิกเคลม โดยมีการจัดอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการแก้ปัญหาข้อมูลติด C สร้างช่องทางให้หน่วยบริการสามารถติดต่อกับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพได้ เช่น กลุ่มไลน์ เบอร์โทรศัพท์ เป็นต้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้หน่วยบริการสามารถส่งข้อมูลได้ถูกต้องและได้รับเงินค่าชดเชยบริการครบถ้วน

ภายหลังจากที่ สธ. และ สปสช. ได้ออกข้อกำหนดใหม่ (1 เมษายน พ.ศ. 2567) โดยบังคับให้หน่วยบริการภายใต้ สธ. ทุกแห่ง ส่งข้อมูลการเบิกเคลมกับกองทุนประกันสุขภาพทาง FDH เพียงช่องทางเดียว โดยจะมีการปิดรับข้อมูลจากช่องทาง e-claim ดังนั้น รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่ง ที่ไม่ต้องการเรียนรู้การส่งข้อมูลในรูปแบบใหม่ และมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานโดยไม่จำเป็น จึงเลือกที่จะไม่ส่งข้อมูลการเบิกเคลมกรณีผู้รับบริการข้ามเขตซึ่งมีจำนวนน้อยอยู่แล้วผ่านทาง FDH โดยผู้ให้บริการที่ รพ.สต. มองว่าหากเองประมาณที่ได้จาก CUP มาแล้วเฉลี่ยกับค่าบริการของผู้รับบริการข้ามเขตก็ยังคงเพียงพอ หรือ รพ.สต. ถ่ายโอนบางแห่งก็ใช้วิธีเบิกเคลมในช่องทาง e-claim เช่นเดิม เนื่องจากเป็นหน่วยงานนอกสังกัดจึงยังเลือกช่องทางการส่งข้อมูลได้และยังไม่เชื่อมั่นในระบบ FDH เนื่องจากการดำเนินนโยบายฯ ในปัจจุบัน ขอบเขตในการดูแลข้อมูลการเบิกเคลมของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพคือหน่วยบริการภายใต้ สธ. จึงยังทำให้ไม่สามารถมีอำนาจสั่งการหน่วยบริการนอกสังกัดให้ส่งข้อมูลผ่านทาง FDH ได้ แต่ในระบบ FDH ก็เริ่มมีการวางระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการเบิกเคลมกับหน่วยนวัตกรรมและ รพ.สต. ในอนาคต ซึ่งหน่วยบริการนอกสังกัดจะต้องอนุญาตให้ระบบ FDH สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และปรับโครงสร้างของข้อมูลให้เหมือนกับข้อมูล 16 แฟ้ม จึงจะสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเบิกเคลมได้ในทุกหน่วยบริการ

### ปัญหาที่พบในหน่วยนวัตกรรม

จากการเก็บข้อมูลผู้ให้บริการหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่นำร่อง พบปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการบันทึกข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกเคลมค่าบริการ หรือจากการอธิบาย/ตอบคำถามเกี่ยวกับนโยบายฯ หรือสิทธิของผู้รับบริการ รวมถึงการติดตามอาการภายหลังรับบริการของร้านยา

การเบิกเคลมค่าบริการสร้างความกังวลใจให้กับหน่วยนวัตกรรม เนื่องจากมีระบบบันทึกข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกเคลมหลายโปรแกรมทำให้หน่วยนวัตกรรมเกิดความสับสนโดยเฉพาะช่วงเริ่มต้นให้บริการ อีกทั้งผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนตามที่ สปสช. กำหนด กรณีที่หน่วยนวัตกรรมกรอกข้อมูลผิดพลาดหรือเกิดความผิดพลาดของโปรแกรมขณะบันทึกข้อมูล เช่น อินเทอร์เน็ต/โปรแกรมไม่เสถียรทำให้ข้อมูลถูกบันทึกซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง (เบิกเคลมซ้ำซ้อน) โดยไม่ตั้งใจ เมื่อเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้หน่วยนวัตกรรมจะขอคำปรึกษาจาก สปสช. (ไลน์กลุ่ม) ถึงแม้ว่าในพื้นที่นำร่องจะมี สปสช. ที่คอยช่วยตอบคำถามและแก้ไขปัญหาก็เกิดจากการกรอกข้อมูลผิดพลาดก็ตาม แต่ในอนาคตที่หน่วยนวัตกรรมจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สปสช. อาจไม่สามารถตอบคำถามหรือคอยช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะนี้ได้ตลอดเวลา และอาจทำให้หน่วยนวัตกรรมเกิดความเครียดสะสมจากความกังวลว่าอาจไม่ได้รับเงินค่าบริการคืน และอาจถูกมองว่าทุจริต นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับระบบบันทึกการบริการเพื่อเบิกเคลมกับ สปสช. ที่แก้ไขข้อมูลได้ยาก และระบบไม่อัปเดตสิทธิการรักษาของคนใช้อย่างทันที (real-time) นอกจากนี้หน่วยนวัตกรรมยังสะท้อนถึงปัญหาการได้รับค่าชดเชยการให้บริการจาก สปสช. ล่าช้า มากกว่า 3 วันทำการ

## 7. ปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านเทคโนโลยี

เทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญมากในการดำเนินนโยบายฯ เห็นได้จากในส่วนของข้อมูลของการเตรียมความพร้อม โรงพยาบาลต้องพัฒนาทั้งระบบความปลอดภัยข้อมูล ระบบการให้บริการด้านอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ และการส่งข้อมูลการเบิกเคลมผ่าน FDH แต่บุคลากรที่ช่วยพัฒนาส่วนนี้ได้มีจำกัด โดยเฉพาะบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีฯ น้อยคนนักที่จะเข้าใจระบบเทคโนโลยีฯ ทั้งหมดอย่างถ่องแท้ และเมื่อคำตอบแทนไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน จึงทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลมากขึ้น ผู้ให้บริการมองว่าคำตอบแทนก็เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานที่ทำด้วยเช่นกัน นอกจากนี้แม้แต่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ FDH และ อบจ. ก็ยังเผชิญกับปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีฯ เช่นกัน โดย อบจ. กล่าวว่าปัญหาขาดแคลนบุคลากรทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน ทั้งในส่วนของ การลงทะเบียน health ID และ provider ID และการประสานช่วยเหลือเรื่องการเบิกเคลม อย่างไรก็ตามทาง สปสช. ในพื้นที่ได้ให้การสนับสนุนบุคลากรด้านเทคโนโลยีฯ เพื่อช่วย อบจ. ดำเนินนโยบายต่อไปได้

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัย พบว่าในโรงพยาบาลที่มีอัตราการเบิกเคลมสำเร็จภายใน 72 ชม. สูง เป็นผลมาจากการที่โรงพยาบาลนั้นมีบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีฯ (นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นักเทคโนโลยีสารสนเทศ และโปรแกรมเมอร์) จำนวนมากและมีศักยภาพ สะท้อนให้เห็นถึงหนึ่งในปัจจัยของความสำเร็จที่ทำให้นโยบายฯ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น



ทาง สธ. ไม่ได้มีนัยสนใจกับปัญหาดังกล่าว สธ. ได้มีการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมี การจัดหลักสูตรอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีฯ รวมถึงปรับโครงสร้างอัตราค่าจ้าง เช่น เพิ่มกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้นโยบายฯ

## 8. ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ

การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศให้มีความปลอดภัย ต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนา และงบประมาณจำนวนมาก ซึ่งจากการเก็บข้อมูลของคณะผู้วิจัยพบว่า งบประมาณที่ สธ. สนับสนุนนั้นไม่เพียงพอ โรงพยาบาลจะต้องใช้งบของตนเองในการพัฒนา ซึ่งอาจทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจาก งบประมาณของโรงพยาบาลมีจำกัด รวมไปถึงกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพก็ยังสะท้อนถึง ปัญหาของการดูแลระบบ FDH ที่มีการปรับปรุงตลอดเวลาเพื่อรองรับจำนวนข้อมูลการเบิกเคลมที่เพิ่มมากขึ้น ที่ต้องการใช้งบประมาณจำนวนมากเช่นกัน ซึ่งในปัจจุบันงบประมาณในส่วนของการดูแลระบบ FDH เป็น เพียงแค่งบประมาณชั่วคราวเท่านั้น

ทั้งนี้ สสจ. ยังสะท้อนปัญหาเพิ่มเติมในส่วนของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้าน เทคโนโลยีฯ และการพัฒนาระบบบริการให้มีความปลอดภัยและทันสมัยเพื่อรองรับนโยบายฯ เช่น การพัฒนา ระบบความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ การจัดซื้ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์และโปรแกรมที่ทันสมัย ซึ่งจำเป็นต้องใช้ งบประมาณสูงเช่นกัน โดยจากการเก็บข้อมูลพบว่า เนื่องจากเป็นนโยบายเร่งด่วนทำให้บางพื้นที่ไม่ได้มีการ จัดสรรงบประมาณในส่วนนี้ไว้ล่วงหน้า ส่งผลให้ไม่สามารถพัฒนาบุคลากรและระบบบริการได้ตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้

นอกจากนี้ อบจ. มีการกล่าวถึงปัญหาขาดแคลนงบประมาณในการจัดการระบบข้อมูลและการ ให้บริการสาธารณสุขใน รพ.สต. เนื่องจาก อบจ. มีบทบาทในการดูแลและพัฒนา รพ.สต. ถ่ายโอน แต่ยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข ตามประกาศการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่อปท. อย่างไรก็ตามบางพื้นที่มีการพูดคุยระหว่าง สสจ. และ อบจ. ในการสนับสนุนบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ทั่วไปที่จำเป็นชั่วคราว ในลักษณะของการยืมและใช้คืนภายหลัง รวมถึงวางแผน จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับการดำเนินนโยบายสุขภาพและการให้บริการต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่นต่อไป

## 9. ปัญหาเพิ่มเติมที่พบในหน่วยนวัตกรรม

นอกจากผลเสียเกี่ยวกับการะงานที่เพิ่มขึ้นและความกังวลใจเกี่ยวกับการเบิกเคลมค่าบริการแล้ว หน่วยนวัตกรรมยังพบปัญหาอุปสรรคในการให้บริการในพื้นที่นำร่อง ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้

- **ปัญหาการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ** ผู้รับบริการจำนวนหนึ่งไม่นำบัตรประชาชนมารับบริการ หรือบัตรประชาชนของผู้รับบริการเก่า/มีปัญหา หรือผู้รับบริการเป็นเด็กที่ยังไม่มีบัตรประชาชน ทำให้ไม่สามารถยืนยันตัวตนของผู้รับบริการโดยการเสียบัตรได้ ปัญหานี้พบได้มากในช่วงแรกของการให้บริการ แต่ปัจจุบันมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการให้ผู้รับบริการยืนยันตัวตนด้วยวิธีการอื่น ๆ ตามที่ สปสช. กำหนด แทนการเสียบัตรประชาชน เช่น การใช้ QR code ยืนยันตัวตน หรือการใช้บัตรประชาชนผู้ปกครองควบคุมไปกับการถ่ายรูปเด็กผู้รับบริการ เป็นต้น

- **การส่งต่อเคสระหว่างหน่วยบริการ** ได้แก่ 1) โรงพยาบาลในบางพื้นที่ไม่ส่งต่อเคสให้กับหน่วยนวัตกรรมประเภทคลินิกกายภาพและคลินิกเทคนิคการแพทย์ ทำให้หน่วยนวัตกรรมไม่สามารถให้บริการตามนโยบายฯ ได้ และ 2) ยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อเคสจากหน่วยนวัตกรรมไปโรงพยาบาล

- **สัญญาณอินเทอร์เน็ตช้า** โดยเฉพาะเวลาที่ต้องให้บริการนอกหน่วยบริการ เช่น เยี่ยมบ้าน
- **ผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมไม่เข้าใจเงื่อนไขการให้บริการ**
- **ผู้รับบริการไม่เข้าใจนโยบาย/ไม่ทราบสิทธิการรักษาของตนเอง** ประชาชนเข้าใจผิดเกี่ยวกับนโยบายฯ หรือสับสนกับนโยบายอื่น เช่น คิดว่าสามารถขอรับยาได้ทั้งที่ไม่มีอาการ หรือคิดว่ามีเงินในบัตรประชาชนและสามารถซื้อของในหน่วยนวัตกรรมได้ (เข้าใจว่าเป็นบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ) เป็นต้น

## 10. ปัญหาการกระจายตัวและจำนวนของหน่วยนวัตกรรม

แม้จะมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มการขึ้นทะเบียนของหน่วยนวัตกรรมเป็นคู่สัญญากับ สปสช. อันมีเป้าหมายให้ประชาชนสิทธิ 30 บาท สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้านได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชาชน แต่ทว่าจำนวนหน่วยนวัตกรรมยังไม่เพียงพอ อีกทั้งมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตชุมชนเมือง ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลยังคงประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพเช่นเดิม

จากข้อจำกัดของจำนวนและการกระจายตัวของหน่วยนวัตกรรมในข้างต้น ประชาชนจึงมีความต้องการให้มีการกระจายตัวของหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมนโยบายฯ ในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง

แม้ว่าการเข้ารับบริการที่หน่วยนวัตกรรมใกล้บ้านจะช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ประชาชน แต่ในขณะเดียวกันประชาชนบางส่วนมีความกังวลเกี่ยวกับการให้บริการ รวมถึงคุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ของหน่วยนวัตกรรมซึ่งอาจด้อยกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่กล้าเข้ารับบริการ

นอกจากนี้ถึงแม้มีนโยบายฯ จะดำเนินการในพื้นที่นำร่องมาแล้วระยะหนึ่ง แต่จากการสัมภาษณ์พบว่าหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมนโยบายฯ ก็สามารถถอนตัวได้เช่นกัน ซึ่งมาจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ ไม่สามารถเบิก

เคลมค่าบริการได้หรือการเบิกเคลมได้ล่าช้าเกินกว่า 3 วันทำการ ค่าชดเชยไม่สะท้อนต้นทุนการให้บริการจริง/ขาดทุน และบุคลากรในหน่วยบริการโดยเฉพาะลูกจ้างชั่วคราว (part-time) ไม่ยินยอมให้บริการภายใต้ นโยบายฯ เนื่องจากส่งผลต่อส่วนแบ่งรายได้ของลูกจ้างชั่วคราวที่ลดลง ส่วนหน่วยงานนวัตกรรมในพื้นที่นำร่องที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบาย มีสาเหตุมาจาก

- **ไม่มั่นใจในกระบวนการเบิกเคลมค่าบริการ** เช่น ไม่มั่นใจว่าจะได้เงินคืนจาก สปสช. ตามที่เรียกเก็บจริงหรือไม่ หรือจะได้เงินคืนภายในระยะเวลาตามที่ สปสช. ประกาศจริงหรือไม่
- **ค่าชดเชยไม่สะท้อนต้นทุนการให้บริการ** เพราะหน่วยงานนวัตกรรมมีต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ประกอบกับหน่วยงานนวัตกรรมหลายแห่งมีบุคลากร part-time และมีค่าต้นทุนการเสียโอกาสที่ต้องใช้เวลาและ/หรือบุคลากรในการบันทึกข้อมูลประกอบการเบิกเคลม
- **ผู้รับบริการเดิมของหน่วยงานนวัตกรรมโดยส่วนใหญ่ไม่ได้มีสิทธิ 30 บาท**
- **หน่วยงานนวัตกรรมเปิดใหม่** ที่เพิ่งรับทราบเกี่ยวกับนโยบาย และอยู่ในช่วงการตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมนโยบาย
- **ไม่ต้องการเผชิญกับความยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนระบบบริการ** เช่น การต้องแบ่งพื้นที่รับผิดชอบกับโรงพยาบาลของรัฐ/หน่วยงานนวัตกรรมอื่น ๆ การโดนติดตามจาก สสจ. หรือหน่วยงานอื่น ๆ เป็นต้น
- **หน่วยงานนวัตกรรมที่เปิดในระยะเวลาจำกัดต่อวัน หรือการเปิดหน่วยงานนวัตกรรมเป็นอาชีพเสริม** ทำให้เจ้าของหน่วยงานนวัตกรรมมองว่าไม่คุ้มที่จะลงทุนในการปรับปรุงระบบการให้บริการ
- **ต้องการเห็นตัวอย่างการให้บริการและผลที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเข้าร่วมนโยบายฯ**

## ความกังวลต่อนโยบายฯ

### 1. ความแออัดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

แม้นโยบายฯ จะมุ่งหวังให้สามารถลดจำนวนผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใหญ่ แต่ผู้ให้บริการส่วนมากทั้งในพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบยังคงมีความกังวลเรื่องความแออัดของ รพศ. หรือ รพท. ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพราะคิดว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ต่ำ ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นของตนเองได้ และมีความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลศักยภาพสูงมากกว่า ซึ่งหากประชาชนเข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลใหญ่จำนวนมาก จะยิ่งส่งผลให้เพิ่มความแออัด เพิ่มการใช้งบประมาณ เพิ่มการใช้ทรัพยากร และเพิ่มภาระงาน นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนกังวลว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่อาจมีความต้องการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพิ่มขึ้น และนำมาสู่ความแออัดในโรงพยาบาล ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยเพิ่มมากขึ้น

จากความกังวลในเรื่องความแออัดในโรงพยาบาล จึงทำให้ประชาชนบางส่วนมองเห็นถึงประโยชน์จากการนำเทคโนโลยีฯ เข้ามาใช้เพื่อจัดลำดับคิวในการเข้ารับบริการ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ตติยภูมิ และช่วยให้ประชาชนสามารถวางแผนการเข้ารับบริการ ส่งผลให้ลดระยะเวลาการรอคอย ซึ่งในบางพื้นที่มีการให้บริการนัดหมายออนไลน์แล้ว โดยเฉพาะแผนกทันตกรรม อย่างไรก็ตามบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมในทุกแผนก ประชาชนจึงคาดหวังว่าจะมีการขยายบริการนัดหมายออนไลน์ให้ครอบคลุมทุกแผนก ในโรงพยาบาล

## 2. ข้อมูลของหน่วยบริการที่ไม่ใช้ HOSxP เช่น โรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง รพ.สต. และหน่วย นวัตกรรมไม่ถูกเชื่อมต่อ จะเป็นปัญหาในอนาคต ส่งผลต่อความไม่น่าเชื่อถือ และการเชื่อมโยง ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการในพื้นที่คู่เทียบ พบว่าหน่วยบริการในพื้นที่คู่เทียบไม่ได้ใช้ระบบปฏิบัติการเดียวกันกับพื้นที่นำร่อง ส่งผลให้หน่วยบริการกังวลว่าข้อมูลจะถูกส่งไปยังฐานข้อมูลของ สธ. รวมไปถึงข้อมูลการเบิกเคลมกับกองทุนประกันสุขภาพไม่สมบูรณ์ และหน่วยบริการจะไม่สามารถได้รับค่าชดเชยบริการได้อย่างครบถ้วนด้วย

## 3. การใช้บริการเกินความจำเป็น (shopping around)

สืบเนื่องจากปัญหาระบบการบันทึกข้อมูลที่ไม่ใช้ HOSxP ไม่สามารถส่งข้อมูลไปยังหมอพร้อมสเตชันได้ และการแสดงผลข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้บริการในแอปพลิเคชันหมอพร้อมไม่สามารถปรับให้เป็นปัจจุบัน หากผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการมากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน ส่งผลให้ระบบไม่สามารถตรวจจับการฉ้อโกง (fraud detection) ได้ แม้ว่าสุดท้ายหากหน่วยบริการส่งข้อมูลการเบิกเคลมค่าบริการกับกองทุนประกันสุขภาพ สปสช. จะมีระบบที่สามารถตรวจจับการฉ้อโกงได้ในที่สุด แต่กระนั้นวิธีดังกล่าวก็เป็นการตรวจจับที่ปลายทาง ยิ่งไปกว่านั้นหากหน่วยบริการ 2 แห่ง มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยคนเดียวกันใน 1 วัน เป็นคำถามไปถึง สปสช. ว่าจะจ่ายค่าชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการใด หากผู้ป่วยไปเข้ารับบริการที่หน่วยบริการแรกก่อน แต่หน่วยบริการนั้นส่งข้อมูลในการเบิกจ่ายค่าบริการช้ากว่าอีกหน่วยบริการหนึ่ง

## 4. นโยบายฯ ไม่ยั่งยืน

ในระยะแรก นโยบายฯ ดำเนินการเพียงในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด จึงไม่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการเข้ารับบริการข้ามเขตมากนัก หากนโยบายฯ ขยายไปทั่วประเทศ น่าจะให้เห็นประโยชน์ได้ชัดเจนมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นผู้ให้บริการและประชาชนยังกังวลถึงความยั่งยืนของนโยบายฯ หากมีการเปลี่ยนผ่านรัฐบาล นโยบายฯ นี้จะยังคงอยู่หรือไม่

## 5. การเบิกเคลมค่าบริการของหน่วยนวัตกรรม

หน่วยนวัตกรรมส่วนใหญ่มีความกังวลว่าในอนาคตอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเบิกเคลมค่าบริการ เช่น การเบิกเคลมล่าช้าและส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องของหน่วยนวัตกรรม ภาระการกรอกข้อมูลหรือส่งหลักฐานการให้บริการที่ยังยากซ้ำซ้อนทำให้เพิ่มภาระงานโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังกังวลว่าอาจถูก สปสช. ตรวจสอบและเรียกเงินคืนย้อนหลัง นำไปสู่การถูกมองว่าเกิดการทุจริตของผู้ให้บริการ

## 6. มาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่ไม่เทียบเท่ากัน

มาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่ต่างกันอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชนในการรับบริการ และความเชื่อมั่นของผู้ให้บริการในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ กล่าวคือ ประชาชนไม่มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการทางการแพทย์ จึงเลือกใช้บริการเฉพาะในหน่วยบริการบางแห่งเท่านั้น

อีกทั้งผู้ให้บริการในโรงพยาบาลไม่มั่นใจในคุณภาพการให้บริการของหน่วยนวัตกรรม เช่น บริการการเจาะเลือด และการทำกายภาพบำบัด จึงไม่ส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยนวัตกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ และทำให้ไม่สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายของนโยบายฯ

## 7. คำสั่งการที่ไม่ชัดเจนจากกระทรวงมหาดไทยต่อ รพ.สต. ถ่ายโอน อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในการทำงาน

คำสั่งการที่ไม่ชัดเจนอาจทำให้หน่วยงานไม่กระตือรือร้นในการดำเนินนโยบาย โดย อบจ. ในพื้นที่คู่เทียบให้ข้อมูลว่า ในปัจจุบันการที่ สธ. ขอให้ อบจ. ประสาน รพ.สต. ในสังกัดเริ่มทำการลงทะเบียน health ID เป็นการขอความร่วมมือ ไม่ใช่การบังคับ อีกทั้งกระทรวงมหาดไทยยังไม่มีคำสั่งการที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ดำเนินการในเรื่องนี้ ทำให้ อบจ. สามารถเลือกที่จะดำเนินการหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาจส่งผลให้การดำเนินนโยบายล่าช้าและไม่บรรลุตัวชี้วัดในเรื่องการลงทะเบียน health ID ให้เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นควรมีการประสานงานระหว่าง สธ. และกระทรวงมหาดไทย เพื่อกำหนดคำสั่งการที่ชัดเจนและครอบคลุมไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัด

ประชาชนบางส่วนกังวลว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่อาจมีความต้องการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพิ่มขึ้น และนำมาสู่ความแออัดในโรงพยาบาล ส่งผลให้ระยะเวลาการรอคอยเพิ่มมากขึ้น จากความกังวลในเรื่องความแออัดในโรงพยาบาล จึงทำให้ประชาชนบางส่วนมองเห็นถึงประโยชน์จากการนำเทคโนโลยีฯ เข้ามาใช้เพื่อจัดลำดับคิวในการเข้ารับบริการ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ และช่วยให้ประชาชนสามารถวางแผนการเข้ารับบริการ ส่งผลให้ลดระยะเวลาการรอคอย ซึ่งในบางพื้นที่มีการให้บริการ

นัดหมายออนไลน์แล้ว โดยเฉพาะแผนกทันตกรรม อย่างไรก็ตามบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมในทุกแผนก ประชาชนจึงคาดหวังว่าจะมีการขยายบริการนัดหมายออนไลน์ให้ครอบคลุมทุกแผนกในโรงพยาบาล

#### 4.4 ผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงสำรวจดัง ภาคผนวก 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

##### 4.4.1 ผู้รับบริการ

###### 1) การรับรู้และความเข้าใจ (perception and understanding) ต่อนโยบาย ฯ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เคยได้ยินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องมีสัดส่วนที่เคยได้ยินนโยบายนี้มากกว่าพื้นที่คู่เทียบ (ร้อยละ 98 เทียบกับร้อยละ 93 ตามลำดับ) ผู้รับบริการบางส่วนมีความเข้าใจว่านโยบายฯ ช่วยให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท) สามารถเลือกเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมนโยบายฯ โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวและไม่เสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามผู้รับบริการบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดเรื่องประเภทของหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายนี้ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะความเข้าใจว่าสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ร้านยา และคลินิกเอกชนทุกที่ได้ ตามเงื่อนไขที่มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ออกไป ซึ่งแท้จริงแล้วต้องเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. เท่านั้น โดยผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องมีผู้ที่เข้าใจผิดมากกว่าพื้นที่คู่เทียบ (ร้อยละ 34 เทียบกับร้อยละ 24 ตามลำดับ) เนื่องจากช่วงต้นของการสื่อสารนโยบายขาดรายละเอียดของข้อมูลส่วนนี้ ทั้งนี้ผู้รับบริการบางส่วนที่ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อนโยบายฯ สามารถรวบรวมประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) ความเข้าใจต่อประเภทของหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการตามประกาศนโยบายฯ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บางส่วนเข้าใจว่าสามารถเข้ารับบริการได้จากหน่วยบริการเอกชนทุกที่ตามเงื่อนไขนโยบาย หรือบางส่วนเข้าใจว่าสามารถเข้ารับบริการได้เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และกังวลว่าจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมหากเข้ารับบริการนอกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน
- 2) สับสนระหว่างนโยบายใหม่ คือ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กับ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเป็นนโยบายเดิม
- 3) สับสนว่าประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้ารับบริการภายใต้นโยบายฯ ได้ โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวหรือเสียค่าใช้จ่าย
- 4) ไม่ทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นของการลงทะเบียน health ID และการยืนยันตัวตนและพิสูจน์ตัวตน แต่ได้รับการลงทะเบียนเนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงบุคคลใกล้ชิดแนะนำให้

- 5) ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสถานที่สำหรับลงทะเบียน health ID โดยเข้าใจว่าสามารถทำได้เฉพาะ รพ.สต. ในเขตที่อยู่ของตนเท่านั้น ซึ่ง รพ.สต. ดังกล่าวอยู่ไกลจากที่อยู่ของตนเอง ส่งผลให้ในปัจจุบันประชาชนบางส่วนยังไม่ได้รับการลงทะเบียน health ID

ดังนั้นการรับรู้และความเข้าใจต่อประเภทหน่วยบริการที่สามารถเข้ารับบริการได้ และเหตุผลและความจำเป็นของการยืนยันตัวตนและพิสูจน์ตัวตนด้วย health ID จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสามารถใช้ประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชันหมอพร้อมได้มากขึ้น

## 2) ทักษะและความคาดหวัง (attitude and expectation) ต่อนโยบาย ฯ

ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ผู้รับบริการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.6) เห็นด้วยกับนโยบายนี้ โดยสาเหตุ 3 อันดับแรกที่คนส่วนใหญ่เห็นด้วย คือ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75) เพิ่มความสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 51) และสามารถเลือกสถานพยาบาลได้เอง (ร้อยละ 46) สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกว่าการดำเนินงานตามนโยบายในพื้นที่นำร่องช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวกมากขึ้น เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิ 30 บาท โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ สามารถใช้บัตรประชาชนเพื่อยืนยันตัวตนและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้ ส่งผลให้ประชาชนลดจำนวนครั้งในการไปหน่วยบริการ ลดความซ้ำซ้อนในการกรอกข้อมูลส่วนตัวใหม่ และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ และยังช่วยอำนวยความสะดวกในกรณีที่มีการเจ็บป่วยขณะที่อยู่ต่างพื้นที่

ทั้งนี้ ผู้รับบริการส่วนน้อยเกิดความกังวล (ร้อยละ 1.8) โดยกังวลเรื่องคุณภาพของบริการที่จะได้รับ เรื่องการรอคิวในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง และโอกาสที่ภาครัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามนโยบายฯ ดำเนินการในช่วงต้นเพียงในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด จึงยังไม่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการเข้ารับบริการข้ามเขตมากนัก หากนโยบายฯ ขยายไปทั่วประเทศ อาจเห็นผลกระทบที่มากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นยังมีความกังวลถึงความยั่งยืนของนโยบายฯ หากมีการเปลี่ยนผ่านรัฐบาล และสุดท้ายความคาดหวังของผู้รับบริการว่านโยบายฯ จะสามารถขยายครอบคลุมไปทุกพื้นที่ในประเทศไทย และครอบคลุมต่อประชาชนทุกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลโดยเฉพาะผู้ประกันตนตามสิทธิประกันสังคม

## 3) ประเภทบริการและต้นทุนเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยในการรับบริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้รับบริการจะเลือกเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการใกล้บ้านก่อน หากเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นคลินิกเวชกรรม คลินิกพยาบาล ร้านยา หรือ รพ.สต. ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจผู้รับบริการเกี่ยวกับประเภทของบริการที่ใช้ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มารักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป (ร้อยละ 52) และการรับยาตามใบสั่งยา (ร้อยละ 15) เนื่องจาก

สามารถลดระยะเวลาเดินทาง ลดระยะเวลารอคอย และหน่วยนวัตกรรมการส่วนใหญ่เปิดทำการทั้งในและนอกเวลาราชการ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเลือกช่วงเวลาที่จะเข้ารับบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่หากพิจารณาว่าตนเองมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะเป็นตัวเลือกแรกที่ประชาชนเลือกใช้บริการ นอกจากความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย อีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกหน่วยบริการของประชาชนคือ ประเภทของบุคคลที่เจ็บป่วย หากเป็นผู้ป่วยเด็กหรือเป็นผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคเส้นเลือดในสมองแตก โรคมะเร็ง เป็นต้น ประชาชนจะเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ครบครัน ในขณะเดียวกันหากเป็นวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยทั่วไปก็จะเลือกรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน

จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ผู้รับบริการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย โดยมีต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่ลดลง ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) มีค่าใช้จ่ายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลส่วนเพิ่ม ค่าเดินทางไป-กลับ และค่าอาหารส่วนเพิ่ม โดยเฉลี่ยรวม 234 บาทต่อครั้ง ซึ่งมีระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลโดยเฉลี่ย 9.6 กิโลเมตร และใช้เวลาทั้งสิ้น 127 นาที ในการรับบริการ ซึ่งรวมระยะเวลาเดินทางไป-กลับ การรอคอย ไปจนถึงการรักษาเสร็จสิ้น หากพิจารณาค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของผู้รับบริการ พบว่าโดยเฉลี่ยมีค่าเสียโอกาสอยู่ที่ 190 บาทต่อครั้ง ผู้รับบริการเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46) มีญาติมาดูแลด้วย ดังนั้นหากพิจารณาต้นทุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการจากญาติโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 166 บาทต่อครั้ง โดยสรุปต้นทุนรวมซึ่งรวมทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขอยู่ที่ 589 บาทต่อครั้ง (ตารางที่ 12)

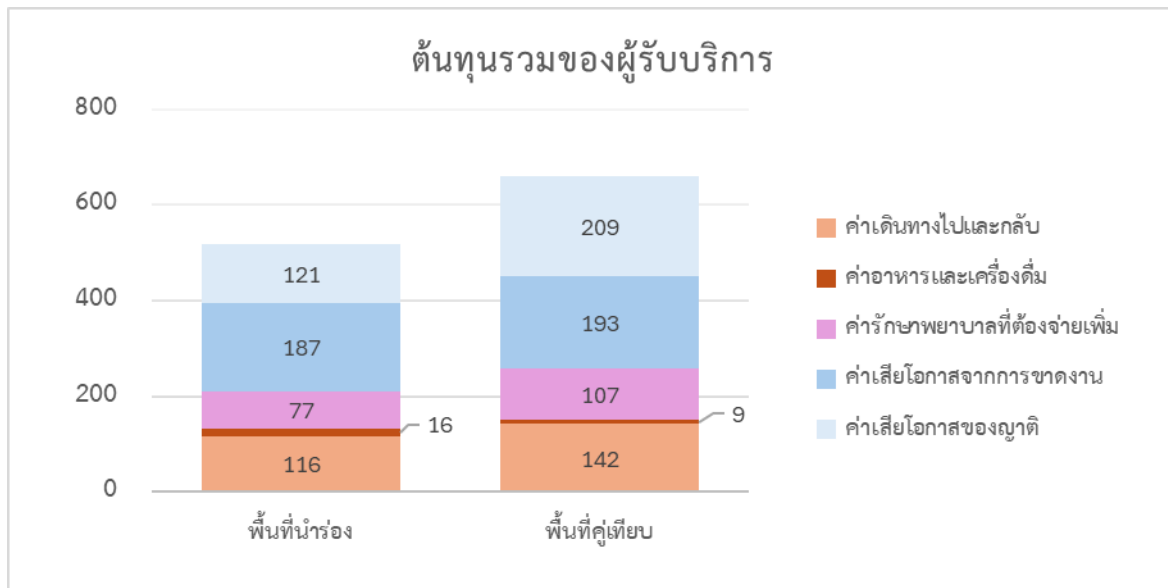
หากเปรียบเทียบต้นทุนรวมพบว่าผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องมีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ยที่ต่ำกว่าพื้นที่คู่เทียบ (517 บาท เปรียบเทียบกับ 660 บาท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) รูปที่ 9 แสดงสัดส่วนและองค์ประกอบของต้นทุนรวมจำแนกตามพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบ ซึ่งกว่าร้อยละ 60 เป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากการดูแลแบบไม่เป็นทางการของญาติและต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับบริการในชุมชนเมือง การเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร ใช้รถจักรยานยนต์/รถยนต์ หรือรถสาธารณะในการเดินทาง การรับบริการที่มากกว่า 90 นาทีต่อครั้ง และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข

| ข้อมูล                               | ทั้งหมด<br>(N=1,618),<br>n(%) | พื้นที่นำร่อง (N=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(N=815),<br>n(%) |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| มีค่าใช้จ่ายจากการรับบริการสาธารณสุข |                               |                             |                                     |
| ไม่มี                                | 59 (3.6)                      | 45 (5.6)                    | 14 (1.7)                            |
| มี                                   | 1,559 (96.4)                  | 758 (94.4)                  | 801 (98.3)                          |



| ข้อมูล                                                               | ทั้งหมด<br>(N=1,618),<br>n(%) | พื้นที่นำร่อง (N=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(N=815),<br>n(%) |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| ค่าใช้จ่ายจากการรับบริการสาธารณสุขรวม<br>(บาท/ครั้ง), ค่าเฉลี่ย (SD) | 233.5 (349.8)                 | 208.7 (336.4)               | 257.84 (361.0)                      |
| ค่าเดินทางไป-กลับ                                                    | 150.8 (172.0)                 | 134.8 (156.2)               | 166.7 (185.2)                       |
| ค่าอาหารส่วนเพิ่มจากปกติ                                             | 111.9 (79.1)                  | 103.4 (65.2)                | 129.6 (100.4)                       |
| ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม                                   | 265.5 (470.6)                 | 276.7 (501.3)               | 258.0 (449.7)                       |
| วิธีการเดินทางมาสถานพยาบาล                                           |                               |                             |                                     |
| รถจักรยานยนต์                                                        | 854 (52.8)                    | 484 (60.3)                  | 370 (45.4)                          |
| รถยนต์                                                               | 533 (32.9)                    | 203 (25.3)                  | 330 (40.5)                          |
| เดิน                                                                 | 164 (10.1)                    | 75 (9.3)                    | 89 (10.9)                           |
| ขนส่งสาธารณะ                                                         | 41 (2.5)                      | 30 (3.7)                    | 11 (1.3)                            |
| รถจักรยาน                                                            | 17 (1.1)                      | 7 (0.9)                     | 10 (1.2)                            |
| รถฉุกเฉิน/รถพยาบาล/รถเทศบาล                                          | 6 (0.4)                       | 3 (0.4)                     | 3 (0.4)                             |
| สกูตเตอร์ไฟฟ้า                                                       | 3 (0.2)                       | 1 (0.1)                     | 2 (0.2)                             |
| ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาล<br>(กิโลเมตร), ค่าเฉลี่ย (SD)            | 9.6 (13.9)                    | 9.2 (12.5)                  | 10 (15.2)                           |
| ระยะเวลาเพื่อรับบริการ (ชั่วโมง),<br>ค่าเฉลี่ย (SD)                  | 127.3 (103.0)                 | 125.4 (102.4)               | 129.30 (103.7)                      |
| ต้นทุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการ<br>มีญาติ/ผู้ดูแล เพื่อพามารับบริการ   | 165.6 (275.9)                 | 121.3 (224.6)               | 209.3 (312.6)                       |
| ไม่มี                                                                | 878 (54.3)                    | 513 (63.9)                  | 365 (44.8)                          |
| มี                                                                   | 740 (45.7)                    | 290 (36.1)                  | 450 (55.2)                          |
| จำนวนญาติ/ผู้ดูแล, ค่าเฉลี่ย (SD)                                    | 1.5 (0.7)                     | 1.4 (0.6)                   | 1.5 (0.7)                           |
| ค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของ<br>ผู้รับบริการ                          | 190.2 (153.9)                 | 187.3 (153.0)               | 193.2 (154.9)                       |
| ต้นทุนรวมของผู้รับบริการ                                             | 589.2 (559.6)                 | 517.3 (510.3)               | 660.1 (596.1)                       |



รูปที่ 9 ต้นทุนรวมของผู้รับบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทต้นทุนและพื้นที่ศึกษา

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุข

| ปัจจัย                                                             | univariate model |             |         | adjusted model* |             |         |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------|-----------------|-------------|---------|
|                                                                    | estimate         | 95% CI      | p-value | estimate        | 95% CI      | p-value |
| <b>พื้นที่ (อ้างอิง=พื้นที่นาร่อง)</b>                             |                  |             |         |                 |             |         |
| พื้นที่คูเทียบ                                                     | 0.242            | 0.162-0.323 | <0.001  | 0.180           | 0.116-0.244 | <0.001  |
| <b>ชุมชนเมือง (อ้างอิง=ไม่ใช่)</b>                                 |                  |             |         |                 |             |         |
| ใช่                                                                | 0.093            | 0.011-0.174 | 0.025   | 0.122           | 0.059-0.184 | <0.001  |
| <b>ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง= &lt;5 กิโลเมตร)</b>                |                  |             |         |                 |             |         |
| ≥5 กิโลเมตร                                                        | 0.797            | 0.723-0.870 | <0.001  | 0.368           | 0.294-0.441 | <0.001  |
| <b>วิธีเดินทางมายังสถานพยาบาล (อ้างอิง=เดิน/รถจักรยาน)</b>         |                  |             |         |                 |             |         |
| รถจักรยานยนต์/รถยนต์                                               | 1.197            | 1.077-1.318 | <0.001  | 0.541           | 0.433-0.649 | <0.001  |
| ขนส่งสาธารณะ/อื่น ๆ                                                | 1.225            | 0.981-1.469 | <0.001  | 0.460           | 0.256-0.665 | <0.001  |
| <b>ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที) (อ้างอิง= ≤90 นาที)</b>      |                  |             |         |                 |             |         |
| >90 นาที                                                           | 1.033            | 0.965-1.100 | <0.001  | 0.800           | 0.727-0.872 | <0.001  |
| <b>สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=ประกันสุขภาพเอกชน/จ่ายเงินเอง)</b> |                  |             |         |                 |             |         |
| สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/สิทธิภาครัฐอื่น ๆ                     | 0.862            | 0.540-1.185 | <0.001  | 0.389           | 0.140-0.638 | 0.002   |
| สิทธิประกันสังคม                                                   | 0.497            | 0.219-0.776 | <0.001  | 0.343           | 0.127-0.560 | 0.002   |
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                      | 0.528            | 0.271-0.785 | <0.001  | 0.244           | 0.043-0.445 | 0.017   |

| ปัจจัย                                                                                              | univariate model |              |         | adjusted model* |             |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------|-----------------|-------------|---------|
|                                                                                                     | estimate         | 95% CI       | p-value | estimate        | 95% CI      | p-value |
| รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้ให้บริการ                                                                | <0.001           | 0.000-0.000  | <0.001  | <0.001          | 0.000-0.000 | <0.001  |
| อายุ (ปี)                                                                                           | 0.010            | 0.008-0.013  | <0.001  |                 |             |         |
| เพศ (อ้างอิง=หญิง)                                                                                  |                  |              |         |                 |             |         |
| ชาย                                                                                                 | 0.078            | -0.004-0.16  | 0.063   |                 |             |         |
| ศาสนา (อ้างอิง=อื่น ๆ)                                                                              |                  |              |         |                 |             |         |
| พุทธ                                                                                                | 0.715            | 0.600-0.829  | <0.001  |                 |             |         |
| สถานภาพสมรส (อ้างอิง=โสด)                                                                           |                  |              |         |                 |             |         |
| สมรส/แต่งงาน/มีคู่                                                                                  | 0.231            | 0.131-0.330  | <0.001  |                 |             |         |
| หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า                                                                               | 0.259            | 0.088-0.430  | 0.003   |                 |             |         |
| ระดับการศึกษาสูงสุด (อ้างอิง=ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปวท.) |                  |              |         |                 |             |         |
| ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา                                                                  | 0.202            | 0.107-0.297  | <0.001  |                 |             |         |
| ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า                                                                           | 0.087            | -0.049-0.224 | 0.208   |                 |             |         |
| ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่น ๆ)                                |                  |              |         |                 |             |         |
| ว่างงาน/นักเรียน                                                                                    | 0.035            | -0.106-0.175 | 0.628   |                 |             |         |
| รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร                                                                  | 0.027            | -0.093-0.148 | 0.655   |                 |             |         |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ/หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ                                             | 0.010            | -0.132-0.152 | 0.891   |                 |             |         |

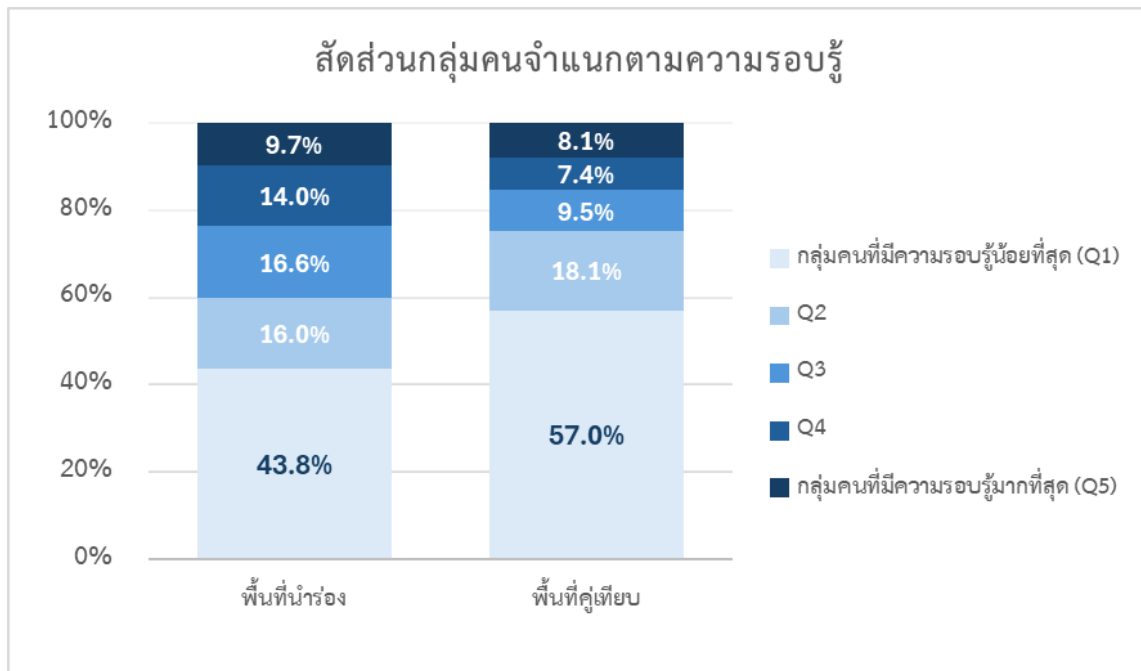
*Statistical Analysis: Generalized Linear Model(gamma), n=1616*

*\*Bayesian information criterion (BIC) = 22767.2*

#### 4) ความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

เทคโนโลยีสารสนเทศถือเป็นองค์ประกอบหลักต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยในช่วงเริ่มต้นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่จังหวัดนำร่องติดตั้งแอปพลิเคชันหมอพร้อมและลงทะเบียน health ID เพื่อเป็นการออกรหัสแทนบัตรประชาชนสำหรับใช้ในระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพบว่าผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 7) และกว่า 1 ใน 4 ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ 40 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) มีคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หากพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบาย พบว่าผู้รับบริการบางส่วน (ร้อยละ 34-35) ไม่มั่นใจว่าจะสามารถติดตั้งแอปพลิเคชันได้หรือพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแอปพลิเคชันด้วยตนเองได้และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ตารางที่ 14) ดังนั้นบริการดิจิทัลสุขภาพไม่ว่าจะเป็น การนัดหมายออนไลน์ การแพทย์ทางไกล การใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันหมอพร้อมเพื่อเข้าสู่ประวัติสุขภาพ ยังจำกัดอยู่ในผู้รับบริการกลุ่มที่เข้าถึงโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สาย สามารถติดตั้งแอปพลิเคชันหมอพร้อมได้ ดังนั้นผู้รับบริการบางส่วนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจไม่สามารถรับประโยชน์จากระบบสุขภาพดิจิทัลได้อย่างเต็มที่

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” อาจส่งผลทางอ้อมต่อความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไป หากเปรียบเทียบความรอบรู้ระหว่างผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบพบว่า ผู้รับบริการในพื้นที่นำร่องมีคะแนนความรอบรู้โดยเฉลี่ยที่สูงกว่าพื้นที่คู่เทียบ (44 คะแนน เปรียบเทียบกับ 36 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้รับบริการตามระดับความรอบรู้ 5 ระดับควินไทล์ (quintile) พื้นที่นำร่องมีสัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความรอบรู้เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่คู่เทียบ (รูปที่ 10) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน การใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ และความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมนโยบาย (ตารางที่ 15)



รูปที่ 10 สัดส่วนผู้รับบริการที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำแนกตามระดับความรอบรู้และพื้นที่ศึกษา

ตารางที่ 14 ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ

| สถานการณ์/ประเด็น                                                                                                                | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นำร่อง (N=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ (N=815), n(%) | p-value             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| คะแนนรวม                                                                                                                         | 40.0 (27.56)               | 44.0 (27.56)                | 36.0 (26.99)                  | <0.001 <sup>w</sup> |
| <b>สัดส่วนคะแนนความรอบรู้</b>                                                                                                    |                            |                             |                               |                     |
| คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50                                                                                                   | 1017 (62.9)                | 444 (55.3)                  | 573 (70.3)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| คะแนนรวม 51-80                                                                                                                   | 455 (28.1)                 | 280 (34.9)                  | 175 (21.5)                    |                     |
| คะแนนรวมมากกว่า 80                                                                                                               | 144 (8.9)                  | 78 (9.7)                    | 66 (8.1)                      |                     |
| ไม่สามารถรวมคะแนนได้                                                                                                             | 2 (0.1)                    | 1 (0.1)                     | 1 (0.1)                       |                     |
| <b>สัดส่วนผู้ที่ตอบว่ามั่นใจกับสถานการณ์และไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (&gt; 1)</b>                                   |                            |                             |                               |                     |
| ใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงได้ ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ | 1,065 (65.8)               | 576 (71.7)                  | 489 (60.0)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| ติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศได้                                                                | 1,066 (65.9)               | 583 (72.6)                  | 483 (59.3)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| สื่อสารด้วยภาพผ่านอินเทอร์เน็ต (video conference) เช่น Zoom, WebEx, Microsoft Team กับบุคลากรด้านสุขภาพได้                       | 995 (61.5)                 | 549 (68.4)                  | 446 (54.7)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทานยา เป็นต้น     | 1,038 (64.2)               | 565 (70.4)                  | 473 (58.0)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| ใช้อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชัน ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิรักษา การตรวจคัดกรองโรค หรือการรับวัคซีนใดโดยไม่มีค่าใช้จ่ายได้บ้าง      | 1,056 (65.3)               | 569 (70.9)                  | 487 (59.8)                    | <0.001 <sup>c</sup> |
| พิสูจน์และยืนยันตัวตนบนอินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้                                                      | 1,052 (65.0)               | 572 (71.2)                  | 480 (58.9)                    | <0.001 <sup>c</sup> |



| สถานการณ์/ประเด็น                                                                                                                        | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นาร่อง (N=803), n(%) | พื้นที่คู่แข่ง (N=815), n(%) | p-value             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------|
| ทราบและเข้าใจสิทธิในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้เมื่อใช้อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชัน                                              | 1,045 (64.6)               | 566 (70.5)                  | 479 (58.8)                   | <0.001 <sup>C</sup> |
| มีทักษะที่จำเป็นในการประเมินแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ว่าแหล่งข้อมูลออนไลน์ใดมีความน่าเชื่อถือหรือแหล่งข้อมูลใดเป็นโฆษณาชวนเชื่อหรือข่าวปลอม | 1,060 (65.5)               | 581 (72.4)                  | 479 (58.8)                   | <0.001 <sup>C</sup> |
| ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการประเมินแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ และแนะนำว่าข่าวสารสุขภาพใดเป็นข่าวปลอม                     | 1,044 (64.5)               | 586 (73.0)                  | 458 (56.2)                   | <0.001 <sup>C</sup> |
| ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในการทำธุรกรรมหรือการจัดการสุขภาพได้                                          | 1,005 (62.1)               | 560 (69.7)                  | 445 (54.6)                   | <0.001 <sup>C</sup> |

หมายเหตุ: <sup>(C)</sup> Chi-square test, <sup>(W)</sup> Wilcoxon rank-sum test

ตารางที่ 15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ

| ปัจจัย                                                                    | univariate model |             |         | adjusted model* |             |         |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------|-----------------|-------------|---------|
|                                                                           | estimate         | 95% CI      | p-value | estimate        | 95% CI      | p-value |
| พื้นที่ (อ้างอิง=พื้นที่คู่แข่ง)                                          |                  |             |         |                 |             |         |
| พื้นที่นาร่อง                                                             | 0.202            | 0.130-0.275 | <0.001  | 0.172           | 0.120-0.225 | <0.001  |
| ระดับการศึกษาสูงสุด (อ้างอิง=ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา)          |                  |             |         |                 |             |         |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/<br>ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปวท. | 0.742            | 0.665-0.818 | <0.001  | 0.225           | 0.152-0.298 | <0.001  |
| ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า                                                 | 1.190            | 1.069-1.311 | <0.001  | 0.588           | 0.480-0.697 | <0.001  |

| ปัจจัย                                                 | univariate model |              |         | adjusted model* |              |         |
|--------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------|-----------------|--------------|---------|
|                                                        | estimate         | 95% CI       | p-value | estimate        | 95% CI       | p-value |
| การใช้โทรศัพท์มือถือ (อ้างอิง=ไม่ใช้โทรศัพท์)          |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช้โทรศัพท์ฟิเจอร์โฟน                                  | 0.265            | 0.114-0.416  | <0.001  | 0.087           | -0.043-0.217 | 0.192   |
| ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน                                   | 1.511            | 1.394-1.629  | <0.001  | 0.212           | 0.074-0.349  | 0.003   |
| ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน (อ้างอิง=ไม่ใช้) |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช้                                                    | 1.415            | 1.349-1.481  | <0.001  | 0.947           | 0.833-1.062  | <0.001  |
| ใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ (อ้างอิง=ไม่ใช้)        |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช้                                                    | 0.831            | 0.765-0.897  | <0.001  | 0.212           | 0.135-0.288  | <0.001  |
| ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่ผิด (อ้างอิง=ไม่ใช้)        |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช้                                                    | 0.201            | 0.120-0.281  | <0.001  | 0.104           | 0.046-0.162  | <0.001  |
| เพศ (อ้างอิง=ชาย)                                      |                  |              |         |                 |              |         |
| หญิง                                                   | 0.084            | 0.011-0.158  | 0.025   |                 |              |         |
| อายุ (ปี)                                              |                  |              |         |                 |              |         |
|                                                        | -0.023           | -0.03--0.025 | <0.001  |                 |              |         |
| ชุมชนเมือง (อ้างอิง=ไม่ใช่)                            |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช้                                                    | 0.034            | -0.039-0.107 | 0.359   |                 |              |         |
| ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง= $\geq 5$ กิโลเมตร)        |                  |              |         |                 |              |         |
| <5 กิโลเมตร                                            | 0.091            | 0.019-0.164  | 0.014   |                 |              |         |
| ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที) (อ้างอิง= >90 นาที) |                  |              |         |                 |              |         |
|                                                        |                  |              |         |                 |              |         |

| ปัจจัย                                                      | univariate model |             |         | adjusted model* |        |         |
|-------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------|-----------------|--------|---------|
|                                                             | estimate         | 95% CI      | p-value | estimate        | 95% CI | p-value |
| ≤90 นาที                                                    | 0.165            | 0.093-0.238 | <0.001  |                 |        |         |
| สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) |                  |             |         |                 |        |         |
| สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/สิทธิภาครัฐอื่น ๆ              | 0.257            | 0.074-0.441 | 0.006   |                 |        |         |
| ประกันสุขภาพเอกชน/จ่ายเงินเอง                               | 0.101            | -0.13-0.332 | 0.390   |                 |        |         |
| สิทธิประกันสังคม                                            | 0.265            | 0.153-0.376 | <0.001  |                 |        |         |
| ผู้ให้บริการ (อ้างอิง=ภาครัฐ)                               |                  |             |         |                 |        |         |
| เอกชน                                                       | 0.087            | 0.013-0.162 | 0.022   |                 |        |         |
| ศาสนา (อ้างอิง=พุทธ)                                        |                  |             |         |                 |        |         |
| อื่น ๆ                                                      | 0.412            | 0.308-0.516 | <0.001  |                 |        |         |
| สถานภาพสมรส (อ้างอิง=หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า)                 |                  |             |         |                 |        |         |
| โสด                                                         | 0.427            | 0.275-0.580 | <0.001  |                 |        |         |
| สมรส/แต่งงาน/มีคู่                                          | 0.152            | 0.014-0.290 | 0.030   |                 |        |         |
| ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=ว่างงาน/นักเรียน)         |                  |             |         |                 |        |         |
| รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร                          | 0.173            | 0.077-0.268 | <0.001  |                 |        |         |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ/หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ     | 0.591            | 0.475-0.706 | <0.001  |                 |        |         |
| ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่น ๆ                           | 0.376            | 0.254-0.498 | <0.001  |                 |        |         |
| รายได้เฉลี่ยทั้งครัวเรือน                                   | <0.001           | 0.000-0.000 | 0.005   |                 |        |         |

Statistical Analysis: Generalized linear model(gamma), n=1616

*\*Bayesian information criterion (BIC) = 13708*

## 5) ความพึงพอใจต่อการรับบริการสาธารณสุข

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่านโยบายฯ ช่วยให้ผู้มีสิทธิ 30 บาท เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น เนื่องจากสามารถเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการใกล้บ้านได้ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยนวัตกรรมหรือโรงพยาบาลของรัฐ โดยมีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการสาธารณสุขเฉลี่ยเท่ากับ 8 จาก 10 คะแนน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายฯ ที่ถูกต้อง ความรอบรู้ พื้นที่คู่เทียบ การรับบริการในเขตเมือง การรับบริการจากภาคเอกชน ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว” และความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 17

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว” และความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ

| ข้อมูล                                                      | ทั้งหมด<br>(N=1,618),<br>n(%) | พื้นที่นำร่อง<br>(N=803),<br>n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(N=815),<br>n(%) |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>เคยได้ยินนโยบายฯ</b>                                     |                               |                                   |                                     |
| ไม่เคย                                                      | 78 (4.8)                      | 17 (2.1)                          | 61 (7.5)                            |
| เคย                                                         | 1,540 (95.2)                  | 786 (97.9)                        | 754 (92.5)                          |
| <b>เห็นด้วยกับนโยบายฯ</b>                                   |                               |                                   |                                     |
| ไม่เห็นด้วย                                                 | 7 (0.4)                       | 2 (0.3)                           | 5 (0.6)                             |
| เห็นด้วย                                                    | 1,611 (99.6)                  | 801 (99.7)                        | 810 (99.4)                          |
| <b>ความกังวลจากนโยบายฯ</b>                                  |                               |                                   |                                     |
| ไม่กังวล                                                    | 1,587 (98.1)                  | 791 (98.5)                        | 796 (97.7)                          |
| กังวล                                                       | 29 (1.8)                      | 12 (1.5)                          | 17 (2.1)                            |
| <b>ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายฯ</b> |                               |                                   |                                     |
| เข้าใจถูกต้อง                                               | 1154 (71.3)                   | 531 (66.1)                        | 623 (76.4)                          |
| เข้าใจผิด                                                   | 464 (28.7)                    | 272 (33.9)                        | 192 (23.6)                          |
| <b>สถานะการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน</b>                        |                               |                                   |                                     |
| ทำแล้วด้วยตนเอง                                             | 601 (37.1)                    | 456 (56.8)                        | 145 (17.8)                          |
| ทำแล้วด้วยความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล                   | 192 (11.9)                    | 165 (20.5)                        | 27 (3.3)                            |

| ข้อมูล                                                                 | ทั้งหมด<br>(N=1,618),<br>n(%) | พื้นที่นำร่อง<br>(N=803),<br>n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(N=815),<br>n(%) |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ยังไม่ได้ยืนยันและพิสูจน์ตัวตน                                         | 825 (51.0)                    | 182 (22.7)                        | 643 (78.9)                          |
| <b>สาเหตุที่ยังไม่ได้ยืนยันและพิสูจน์ตัวตน</b>                         |                               |                                   |                                     |
| ไม่ทราบวิธีการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน                                    | 351 (42.5)                    | 69 (37.9)                         | 282 (43.9)                          |
| ยังไม่มีโอกาสไปยืนยันและพิสูจน์ตัวตน                                   | 247 (29.9)                    | 41 (22.5)                         | 206 (32.0)                          |
| จังหวัด/สถานบริการยังไม่เข้าร่วมโครงการ                                | 162 (19.6)                    | 13 (7.1)                          | 149 (23.2)                          |
| ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอื่น                                             | 153 (18.5)                    | 69 (37.9)                         | 84 (13.1)                           |
| ไม่จำเป็นต้องยืนยันและพิสูจน์ตัวตน                                     | 39 (4.7)                      | 19 (10.4)                         | 20 (3.1)                            |
| <b>ประเภทของบริการสุขภาพที่มารับบริการ</b>                             |                               |                                   |                                     |
| การรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป                                | 847 (52.3)                    | 408 (50.8)                        | 439 (53.9)                          |
| การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง                                                 | 391 (24.2)                    | 187 (23.3)                        | 204 (25.0)                          |
| รับยาตามใบสั่งยา                                                       | 234 (14.5)                    | 91 (11.3)                         | 143 (17.5)                          |
| การเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษาโรคเรื้อรัง                             | 143 (8.8)                     | 59 (7.3)                          | 84 (10.3)                           |
| บริการส่งเสริมสุขภาพ                                                   | 134 (8.3)                     | 57 (7.1)                          | 77 (9.4)                            |
| บริการทันตกรรม                                                         | 134 (8.3)                     | 97 (12.1)                         | 37 (4.5)                            |
| อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน                                                     | 37 (2.3)                      | 7 (0.9)                           | 30 (3.7)                            |
| <b>การใช้เวลารอและรับบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้า</b> |                               |                                   |                                     |
| ใช้เวลาเหมือนครั้งก่อน ๆ                                               | 1,097 (67.8)                  | 557 (69.4)                        | 540 (66.3)                          |
| ใช้เวลานานกว่าเดิม                                                     | 215 (13.3)                    | 105 (13.1)                        | 110 (13.5)                          |
| ใช้เวลาสั้นกว่าเดิม                                                    | 306 (18.9)                    | 141 (17.6)                        | 165 (20.2)                          |
| <b>ความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ</b>                                |                               |                                   |                                     |
| คะแนนเฉลี่ย (SD)                                                       | 8.1 (1.5)                     | 7.9 (1.6)                         | 8.3 (1.5)                           |
| <b>จำแนกตามกลุ่ม</b>                                                   |                               |                                   |                                     |
| พึงพอใจน้อย (คะแนน 1-6)                                                | 266 (16.4)                    | 157 (19.6)                        | 109 (13.4)                          |
| พึงพอใจปานกลาง (คะแนน 7-8)                                             | 685 (42.3)                    | 350 (43.6)                        | 335 (41.1)                          |
| พึงพอใจมาก (คะแนน 9-10)                                                | 667 (41.2)                    | 296 (36.9)                        | 371 (45.5)                          |

ตารางที่ 17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ

| ปัจจัย                                       | univariate model |              |         | adjusted model* |              |         |
|----------------------------------------------|------------------|--------------|---------|-----------------|--------------|---------|
|                                              | estimate         | 95% CI       | p-value | estimate        | 95% CI       | p-value |
| พื้นที่ (อ้างอิง=พื้นที่นาร่อง)              |                  |              |         |                 |              |         |
| พื้นที่คู่แข่ง                               | 0.04             | 0.022-0.059  | <0.001  | 0.035           | 0.017-0.052  | <0.001  |
| ชุมชนเมือง (อ้างอิง=ไม่ใช่)                  |                  |              |         |                 |              |         |
| ใช่                                          | 0.021            | 0.003-0.039  | 0.026   | 0.014           | -0.003-0.032 | 0.110   |
| ผู้ให้บริการ (อ้างอิง=ภาครัฐ)                |                  |              |         |                 |              |         |
| เอกชน                                        | 0.041            | 0.022-0.060  | <0.001  | 0.057           | 0.038-0.075  | <0.001  |
| ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่ผิด (อ้างอิง=ใช่) |                  |              |         |                 |              |         |
| ไม่ใช่                                       | 0.042            | 0.021-0.062  | <0.001  | 0.050           | 0.030-0.070  | <0.001  |
| อายุ (ปี)                                    | 0.002            | 0.001-0.003  | <0.001  | 0.003           | 0.002-0.003  | <0.001  |
| ความรอบรู้ (อ้างอิง=HLindex5qHH(1-3))        |                  |              |         |                 |              |         |
| HLindex5qHH(4-5)                             | 0.052            | 0.029-0.074  | <0.001  | 0.083           | 0.060-0.105  | <0.001  |
| เพศ (อ้างอิง=ชาย)                            |                  |              |         |                 |              |         |
| หญิง                                         | 0.004            | -0.015-0.023 | 0.674   |                 |              |         |
| ศาสนา (อ้างอิง=อื่น ๆ)                       |                  |              |         |                 |              |         |
| พุทธ                                         | 0.025            | -0.002-0.052 | 0.071   |                 |              |         |
| สถานภาพสมรส (อ้างอิง=โสด)                    |                  |              |         |                 |              |         |
| สมรส/แต่งงาน/มีคู่                           | 0.047            | 0.024-0.070  | <0.001  |                 |              |         |
| หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า                        | 0.016            | -0.023-0.056 | 0.419   |                 |              |         |

| ปัจจัย                                                                                              | univariate model |              |         | adjusted model* |        |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------|-----------------|--------|---------|
|                                                                                                     | estimate         | 95% CI       | p-value | estimate        | 95% CI | p-value |
| ระดับการศึกษาสูงสุด (อ้างอิง=ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปวท.) |                  |              |         |                 |        |         |
| ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา                                                                  | 0.011            | -0.010-0.033 | 0.303   |                 |        |         |
| ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า                                                                           | 0.069            | 0.039-0.098  | <0.001  |                 |        |         |
| สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=สิทธิประกันสังคม)                                                      |                  |              |         |                 |        |         |
| สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/สิทธิภาครัฐอื่น ๆ                                                      | 0.015            | -0.038-0.068 | 0.576   |                 |        |         |
| ประกันสุขภาพเอกชน/จ่ายเงินเอง                                                                       | 0.086            | 0.025-0.146  | 0.005   |                 |        |         |
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                                                       | 0.016            | -0.013-0.045 | 0.273   |                 |        |         |
| ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร)                               |                  |              |         |                 |        |         |
| ว่างงาน/นักเรียน                                                                                    | 0.032            | 0.007-0.057  | 0.012   |                 |        |         |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ/หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ                                             | 0.037            | 0.012-0.062  | 0.004   |                 |        |         |
| ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่น ๆ                                                                   | 0.036            | 0.009-0.064  | 0.008   |                 |        |         |
| รายได้เฉลี่ยทั้งครัวเรือน                                                                           | <0.0001          | 0.000-0.000  | <0.001  |                 |        |         |
| การใช้โทรศัพท์มือถือ (อ้างอิง=ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน)                                                 |                  |              |         |                 |        |         |
| ใช้โทรศัพท์ฟิเจอร์โฟน                                                                               | 0.023            | -0.009-0.054 | 0.161   |                 |        |         |
| ไม่ใช้โทรศัพท์                                                                                      | 0.005            | -0.031-0.040 | 0.786   |                 |        |         |
| ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน (อ้างอิง=ใช้)                                                 |                  |              |         |                 |        |         |



| ปัจจัย                                                   | univariate model |               |         | adjusted model* |        |         |
|----------------------------------------------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|--------|---------|
|                                                          | estimate         | 95% CI        | p-value | estimate        | 95% CI | p-value |
| ไม่ใช้                                                   | 0.019            | -0.003-0.041  | 0.084   |                 |        |         |
| ค่าบริการอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์มือถือ (ต่อเดือน)          | <0.0001          | -0.000--0.000 | 0.027   |                 |        |         |
| ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง= $\geq 5$ กิโลเมตร)          |                  |               |         |                 |        |         |
| <5 กิโลเมตร                                              | 0.001            | -0.017-0.020  | 0.874   |                 |        |         |
| ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที)                       |                  |               |         |                 |        |         |
| (อ้างอิง= $>90$ นาที)                                    |                  |               |         |                 |        |         |
| $\leq 90$ นาที                                           | 0.014            | -0.005-0.032  | 0.148   |                 |        |         |
| วิธีเดินทางมายังสถานพยาบาล (อ้างอิง=ขนส่งสาธารณะ/อื่น ๆ) |                  |               |         |                 |        |         |
| เดิน/รถจักรยาน                                           | 0.064            | 0.003-0.126   | 0.039   |                 |        |         |
| รถจักรยานยนต์/รถยนต์                                     | 0.044            | -0.012-0.100  | 0.12    |                 |        |         |

Statistical Analysis: Ordinary least squares regression,  $n=1616$

\*Bayesian information criterion (BIC) = 5878.7

#### 4.4.2 ผู้ปฏิบัติงานตามนโยบายและผู้ให้บริการ

##### 1) ทักษะและความคาดหวัง (attitude and expectation) ต่อนโยบาย ฯ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของ สสจ. และ อบจ. ในพื้นที่นาร่องและพื้นที่คู่เทียบ ผู้ปฏิบัติงานทั้ง สสจ. อบจ. และหน่วยบริการของรัฐทุกระดับ ทั้งในพื้นที่นาร่องและพื้นที่คู่เทียบ มีทัศนคติและความคาดหวังต่อนโยบายฯ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

- **ประโยชน์ต่อประชาชน** นโยบายฯ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้สะดวก ลดขั้นตอนการขอใบส่งตัว ลดระยะเวลาการรอคอยและเวลาการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย ลดความแออัดของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง รวมถึงประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองจากแอปพลิเคชันหมอพร้อม และใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้ โดยผู้ให้บริการจากหน่วยนวัตกรรมเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น หากมีหน่วยบริการในพื้นที่ใกล้เคียงบ้านที่เปิดนอกเวลาราชการ และมองว่าการเข้าร่วมนโยบายฯ เป็นการสร้างประโยชน์ให้ชุมชนได้ช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ ได้สิ่งตอบแทนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากรายได้ของหน่วยนวัตกรรม เช่น รู้สึกได้บุญ รู้สึกว่ามีตัวตนมากขึ้นเพราะมีคนรู้จักมากขึ้น หรือรู้สึกว่าความสัมพันธ์กับคนในพื้นที่ถูกพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นเนื่องจากมีโอกาสช่วยเหลือหรือช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นสำนักสุขภาพดิจิทัลยังคาดหวังให้ประชาชนมีเครื่องมือและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ตรวจสอบข้อมูลหมู่เลือด ประวัติแพ้ยา ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม ซึ่งเป็นกระบวนการตรวจสอบกลับข้อมูลที่หน่วยบริการส่งมาได้ด้วยเจ้าของข้อมูลเอง
- **ประโยชน์ต่อหน่วยบริการ** การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ารับบริการได้ในทุกโรงพยาบาลของรัฐ และหน่วยนวัตกรรมที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. จะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง และลดภาระการดำเนินงานของบุคลากรในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพของประชาชน อีกทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาของผู้รับบริการ ซึ่งช่วยในการติดตามอาการและวางแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการและโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศจะช่วยเพิ่มความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และสร้างเสริมความมั่นใจในการใช้บริการของประชาชน

อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่หน่วยนวัตกรรมตัดสินใจเข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ ได้แก่ 1) การเข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ อาจส่งผลให้หน่วยนวัตกรรมเป็นที่รู้จักมากขึ้น มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น หรือทำให้หน่วยนวัตกรรมมีรายได้เพิ่มขึ้น 2) หน่วยนวัตกรรมมีประสบการณ์ให้บริการภายใต้โครงการหรือนโยบายอื่น ๆ ของภาครัฐมาก่อน ทำให้มีระบบการให้บริการที่พร้อมสำหรับเข้าร่วมนโยบายฯ มีประสบการณ์บันทึกข้อมูล และมองว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้า

ร่วมนโยบายฯ ไม่ได้สร้างภาระงานหรือต้องมีการเตรียมตัวที่มากขึ้น 3) หน่วยนวัตกรรมมองเห็นโอกาสจากการร่วมงานกับหน่วยงานภาครัฐ เช่น โอกาสในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีทำให้ประชาชนมองว่าหน่วยนวัตกรรมไม่ใช่แค่ธุรกิจเอกชนที่แสวงหากำไรเพียงอย่างเดียว แต่ทำงานเพื่อตอบแทนสังคมด้วยเช่นกัน และ 4) การถูกร้องขอจาก สสจ. โดยใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (สสจ. รู้จักกับเจ้าของหน่วยนวัตกรรม) และขอให้เข้าร่วมนโยบายฯ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่

หน่วยนวัตกรรมในพื้นที่นำร่องที่ยังไม่เข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ (หรือหน่วยนวัตกรรมที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ) รับทราบรายละเอียดของนโยบายจากการประชาสัมพันธ์ของ สสจ. สปสช. และสภาวิชาชีพ จากการเก็บข้อมูลพบว่า หน่วยนวัตกรรมที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ มีความเข้าใจและสามารถอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับนโยบายฯ ได้ โดยทราบว่านโยบายฯ จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิหรือบริการพื้นฐานทางสาธารณสุขแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ 30 บาท และประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐหรือหน่วยนวัตกรรมที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. และหน่วยนวัตกรรมที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่องส่วนใหญ่รับทราบว่านโยบายฯ มุ่งหวังให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ และทำให้ผู้ให้บริการสามารถดูข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการย้อนหลังได้

หน่วยนวัตกรรมในพื้นที่คู่เทียบโดยส่วนมากเคยได้ยินเกี่ยวกับนโยบายฯ จากทางสื่อโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต ซึ่งส่วนใหญ่เข้าใจว่านโยบายจะช่วยให้เกิดความสะดวกสบายแก่ประชาชน และประชาชนทุกสิทธิการรักษาสามารถเลือกรับบริการได้ที่หน่วยบริการทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว มีเพียงหน่วยนวัตกรรม 5 จาก 18 แห่งในพื้นที่คู่เทียบที่เข้าใจว่าการรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นบริการเฉพาะสิทธิ 30 บาทเท่านั้น

นอกจากนี้หน่วยนวัตกรรมโดยส่วนมากคาดหวังว่านโยบายจะช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสาธารณสุขได้มากขึ้น จากการที่มีหน่วยบริการใกล้บ้านที่สามารถรับบริการนอกเวลาราชการได้ ใช้ระยะเวลาเข้ารับบริการลดลง และไม่ต้องเสีย/สำรองค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ และหากนโยบายฯ สามารถดำเนินการได้ในระยะยาว การกระจายผู้รับบริการไปสู่หน่วยนวัตกรรมจะช่วยลดปริมาณของผู้รับบริการพื้นฐานหรือกลุ่มโรคทั่วไป (common illness) ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐได้

- **ประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ**

สสจ. มองเห็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการและระบบเทคโนโลยีฯ ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การพัฒนาในระดับโรงพยาบาล แต่ยังมองไปถึงการพัฒนาในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ หรือ

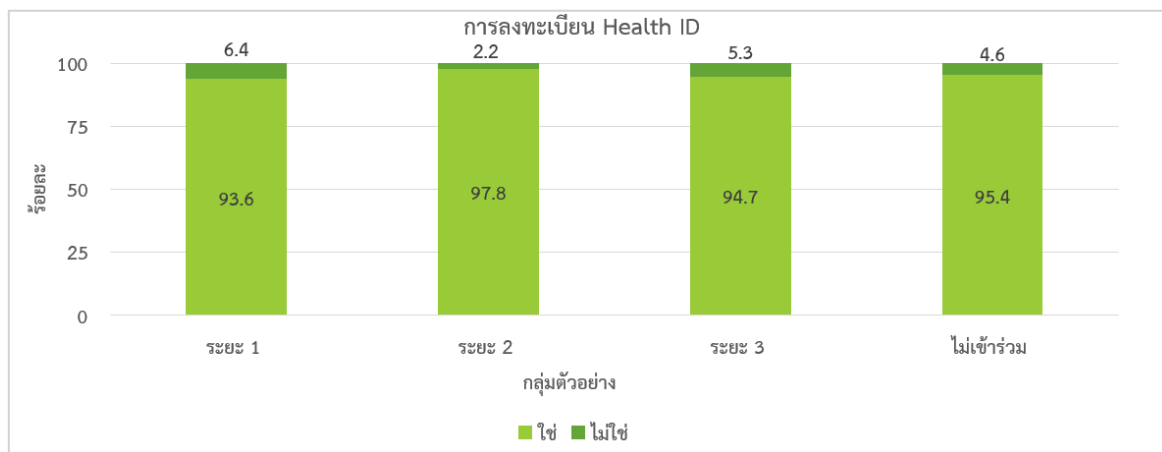
การเป็นเมืองอัจฉริยะ (smart city) ที่ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีฯ และนวัตกรรมที่ทันสมัย มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและบริหารจัดการเมืองในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่งผลให้ประชาชนในเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ สสจ. และ อบจ. ยังมีความคาดหวังให้นโยบายฯ มีความชัดเจนและยั่งยืน โดยมีการพัฒนาและดำเนินนโยบายฯ อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนผ่านรัฐบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริง

สำนักสุขภาพดิจิทัลคาดหวังให้การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากทุกหน่วยบริการนำไปสู่การให้บริการสุขภาพผ่านระบบดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การส่งตัวออนไลน์ บริการการแพทย์ทางไกล เจาะเลือดใกล้บ้าน ปรึกษาใกล้บ้าน ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล รวมถึงการนำข้อมูลสุขภาพมาใช้วางแผนในการกระจายทรัพยากรตามพื้นที่ ในกรณีที่เกิดสาธารณสุขภัยหรือโรคระบาด (health atlas) และใช้ในงานวิจัยทางด้านสาธารณสุข

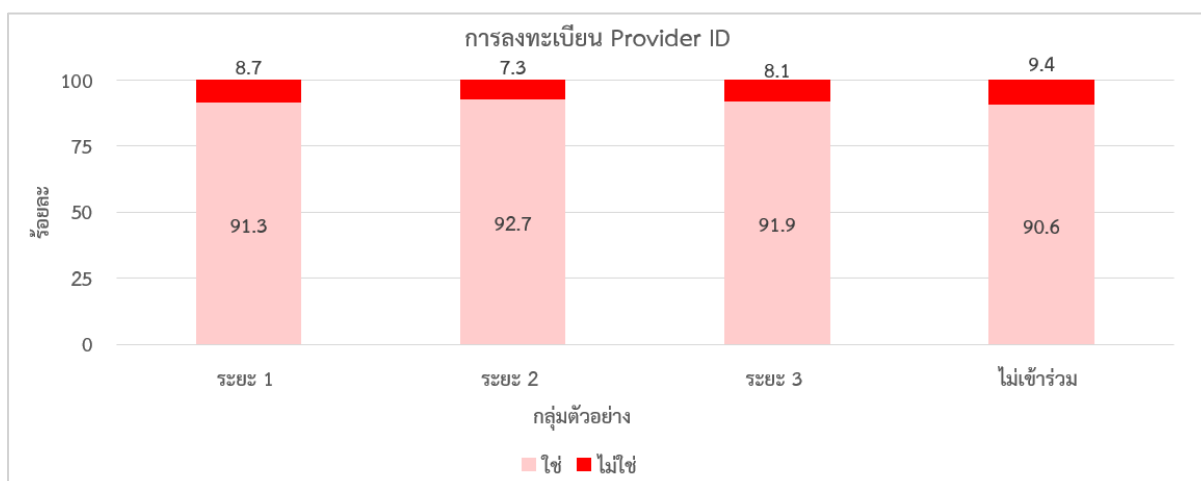
## 2) การปฏิบัติงานตามนโยบายฯ ของผู้ให้บริการ

นโยบายฯ เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงและพัฒนาระบบข้อมูลของหน่วยบริการ ด้วยเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด สธ. จึงนำเอาเทคโนโลยีฯ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการต่าง ๆ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลประวัติสุขภาพ และระบบการเบิกเคลมกับกองทุนประกันสุขภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลในพื้นที่นำร่องต้องมีการปรับปรุงเวอร์ชันของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงทั้งข้อมูลประวัติสุขภาพและข้อมูลการเบิกเคลมกับระบบการเชื่อมโยงข้อมูลของ สธ. ที่พัฒนาขึ้น รวมไปถึงวางแผนเพิ่มความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้อยู่ในระดับสูง ซึ่งการลงทะเบียนพิสูจน์ยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ (health ID) และผู้ให้บริการ (provider ID) เป็นส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ทั้งผู้ให้บริการและประชาชนมั่นใจว่าข้อมูลจะไม่รั่วไหล เมื่อดำเนินนโยบายฯ ภาระยะหนึ่ง ผู้ให้บริการและประชาชนเห็นประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่เกิดขึ้น เช่น สามารถดูประวัติการรักษาเดิม ประวัติแพ้ยา และมองว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะนำมาพัฒนาต่อในการให้บริการในอนาคต

ทั้งนี้ ผลจากการสำรวจพบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ลงทะเบียน health ID และ provider ID แล้วทุกพื้นที่ ในขณะที่กรุงเทพฯ มีการลงทะเบียน health ID และ provider ID น้อยที่สุด เมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ตามรูปที่ 11-รูปที่ 12



รูปที่ 11 สัดส่วนผู้ให้บริการที่ลงทะเบียน health ID ในแต่ละพื้นที่



รูปที่ 12 สัดส่วนผู้ให้บริการที่ลงทะเบียน provider ID ในแต่ละพื้นที่

หากพิจารณาการดำเนินงานอื่น ๆ ภายใต้นโยบายฯ พบว่า ผู้ให้บริการไม่ใช้โปรแกรม/แพลตฟอร์มต่าง ๆ ของกรมพร้อม (ร้อยละ 23) โดยมีเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่จำเป็นต้องใช้ (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ ใช้โปรแกรมอื่น (ร้อยละ 23) ซึ่งโปรแกรมอื่น ๆ ที่ถูกใช้งานมากที่สุดคือ HosXP (ร้อยละ 71) หน่วยบริการส่วนใหญ่ให้บริการการแพทย์ทางไกล (ร้อยละ 67) รองลงมาคือ การปรึกษาแพทย์ทางไกลจากสถานพยาบาลอื่น ๆ (ร้อยละ 64) ในขณะที่บริการใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์เป็นบริการที่มีการดำเนินการน้อยที่สุด (ร้อยละ 29) (ตารางที่ 18)

ในขณะที่การดำเนินงานด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์พบว่า มีการติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน (ร้อยละ 81) ส่วนใหญ่เก็บรหัสผ่านเป็นความลับ (ร้อยละ 94) ออกจากระบบทุก

ครั้ง (ร้อยละ 82) เปลี่ยนรหัสผู้ใช้งานทุก 90–180 วัน (ร้อยละ 65) ใช้ LINE ส่วนตัวในการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล/รักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ แอปพลิเคชันหมอพร้อม/หมอพร้อม LINE official (ร้อยละ 36) (ตารางที่ 18)

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการปฏิบัติงานตามนโยบายฯ ในแต่ละพื้นที่ พบว่า การยืนยันตัวตน และลงทะเบียน health ID การสร้างลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ (digital signature) การใช้งานโปรแกรมหมอพร้อม การติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสในคอมพิวเตอร์ การรักษารหัสผ่านของท่านให้เป็นความลับ และการเปลี่ยนรหัสผู้ใช้งาน (password) ทุก ๆ 90-180 วัน มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 18)

นอกจากนี้ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า นโยบายฯ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อหน่วยนวัตกรรมและชุมชน โดยหลังการให้บริการระยะหนึ่ง หน่วยนวัตกรรมให้ข้อมูลว่า ทั้งจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้นและรายได้ที่เพิ่มขึ้นของหน่วยนวัตกรรมจากการให้บริการภายใต้นโยบายฯ และรายได้จากการขาย/ให้บริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือขอบเขตการบริการภายใต้นโยบายฯ ในบางพื้นที่มองว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการอาจไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่การมีนโยบายทำให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยเข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ลดโอกาสในการถูกลักลอบของโรคหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง/รุนแรงในอนาคต และการที่หน่วยนวัตกรรมเข้าร่วมนโยบายฯ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการลดระยะเวลาารอคอย และสามารถเข้ารับบริการได้ในเวลาที่สะดวก (เวลาราชการ) และนโยบายฯ ทำให้พื้นที่เกิดการพัฒนารูปแบบการให้บริการ หรือเกิดเป็นนวัตกรรมการให้บริการ เช่น การพัฒนา/ปรับมาใช้ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยนวัตกรรม รวมถึงเกิดการเชื่อมต่อข้อมูลด้านสุขภาพกับโรงพยาบาลในจังหวัด การแบ่งคลัสเตอร์หรือพื้นที่การให้บริการระหว่างหน่วยนวัตกรรม การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อให้คำปรึกษาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชน การพัฒนาระบบ POS (point of sale system หรือระบบขายหน้าร้าน) ของหน่วยนวัตกรรมเพื่อให้เกิดการบันทึกข้อมูลสินค้าอย่างเป็นระบบ เป็นต้น

ตารางที่ 18 การปฏิบัติงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

| การปฏิบัติงาน                                                                                                                      | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138, n<br>(%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342, n<br>(%) | p-value              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| การยืนยันตัวตนและลงทะเบียน health ID                                                                                               |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| 1. ใช่                                                                                                                             | 439 (93.6)                | 680 (97.8)                | 2,039 (95.4)                | 57 (55.9)                   | 888 (94.7)                     | 4,103 (94.5)             | < 0.001 <sup>c</sup> |
| 2. ไม่ใช่                                                                                                                          | 30 (6.4)                  | 15 (2.2)                  | 99 (4.6)                    | 45 (44.1)                   | 50 (5.3)                       | 239 (5.5)                |                      |
| การยืนยันตัวตนและลงทะเบียน provider ID                                                                                             |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| 1. ใช่                                                                                                                             | 428 (91.3)                | 644 (92.7)                | 1,964 (91.9)                | 25 (24.5)                   | 850 (90.6)                     | 3,911 (90.1)             | < 0.001 <sup>c</sup> |
| 2. ไม่ใช่                                                                                                                          | 41 (8.7)                  | 51 (7.3)                  | 174 (8.1)                   | 77 (75.5)                   | 88 (9.4)                       | 431 (9.9)                |                      |
| การสร้างลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ (digital signature)                                                                               |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช่                                                                                                                                | 182 (38.8)                | 254 (36.5)                | 797 (37.3)                  | 21 (20.6)                   | 272 (29.0)                     | 1,526 (35.1)             | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ไม่ใช่                                                                                                                             | 203 (43.3)                | 292 (42.0)                | 945 (44.2)                  | 49 (48.0)                   | 466 (49.7)                     | 1,955 (45.0)             |                      |
| ไม่เกี่ยวข้อง                                                                                                                      | 84 (17.9)                 | 149 (21.4)                | 396 (18.5)                  | 32 (31.4)                   | 200 (21.3)                     | 861 (19.8)               |                      |
| การใช้งานโปรแกรมหมอพร้อม/หมอพร้อม station/MOPH DID/MOPH PHR/MOPH IC/MOPH claim/MOPH appointment ในการดูประวัติหรือให้บริการผู้ป่วย |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช่                                                                                                                                | 375 (80.0)                | 527 (75.8)                | 1,674 (78.3)                | 39 (38.2)                   | 696 (74.2)                     | 3,311 (76.3)             | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ไม่ใช่                                                                                                                             | 94 (20.0)                 | 168 (24.2)                | 464 (21.7)                  | 63 (61.8)                   | 242 (25.8)                     | 1,031 (23.7)             |                      |
| เหตุผลที่ไม่ใช่                                                                                                                    |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |

| การปฏิบัติงาน                                                  | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138, n<br>(%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342, n<br>(%) | p-value            |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|
| ใช้ไม่เป็น                                                     | 18 (19.1)                 | 37 (22.0)                 | 104 (22.4)                  | 4 (6.3)                     | 49 (20.2)                      | 212 (20.6)               |                    |
| ไม่จำเป็นต้องใช้                                               | 34 (36.2)                 | 78 (46.4)                 | 197 (42.5)                  | 24 (38.1)                   | 97 (40.1)                      | 430 (41.7)               |                    |
| ระบบประมวลผลซ้ำ รอนาน                                          | 14 (14.9)                 | 10 (6.0)                  | 47 (10.1)                   | 5 (7.9)                     | 18 (7.4)                       | 94 (9.1)                 |                    |
| ระบบไม่เสถียร                                                  | 12 (12.8)                 | 20 (11.9)                 | 64 (13.8)                   | 12 (19.0)                   | 35 (14.5)                      | 143 (13.9)               |                    |
| ใช้โปรแกรมอื่น ๆ                                               | 24 (25.5)                 | 36 (21.4)                 | 98 (20.9)                   | 24 (38.1)                   | 60 (24.8)                      | 242 (23.5)               |                    |
| เหตุผลอื่น ๆ เพิ่มเติม                                         | 17 (18.1)                 | 36 (21.4)                 | 85 (18.3)                   | 11 (17.5)                   | 33 (13.6)                      | 182 (17.7)               |                    |
| <b>การใช้งานโปรแกรมและ/หรือแอปพลิเคชัน</b>                     |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                    |
| KTB                                                            | 274 (58.4)                | 379 (54.5)                | 1,094 (51.2)                | 72 (70.6)                   | 553 (59.0)                     | 2,372 (54.6)             |                    |
| AMED                                                           | 22 (4.7)                  | 50 (7.2)                  | 163 (7.6)                   | 18 (17.6)                   | 79 (8.4)                       | 332 (7.6)                |                    |
| DentCloud                                                      | 10 (2.1)                  | 9 (1.3)                   | 21 (1.0)                    | 1 (1.0)                     | 11 (1.2)                       | 52 (1.2)                 |                    |
| HosXP                                                          | 412 (87.8)                | 440 (63.3)                | 1,609 (75.3)                | 4 (3.9)                     | 553 (59.0)                     | 3,018 (69.5)             |                    |
| e-claim                                                        | 91 (19.4)                 | 199 (28.6)                | 734 (34.3)                  | 45 (44.1)                   | 409 (43.6)                     | 1,478 (34.0)             |                    |
| โปรแกรมอื่น ๆ                                                  | 96 (20.5)                 | 223 (32.1)                | 584 (27.3)                  | 39 (38.2)                   | 315 (33.6)                     | 1,257 (28.9)             |                    |
| <b>การฝึกอบรมใช้งานโปรแกรมและ/หรือแอปพลิเคชันที่ท่านใช้งาน</b> |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                    |
| ใช่                                                            | 324 (69.1)                | 507 (72.9)                | 1526 (71.4)                 | 62 (60.8)                   | 642 (68.4)                     | 3061 (70.5)              | 0.044 <sup>c</sup> |
| ไม่ใช่                                                         | 145 (30.9)                | 188 (27.1)                | 612 (28.6)                  | 40 (39.2)                   | 296 (31.6)                     | 1,281 (29.5)             |                    |
| <b>ได้รับการฝึกอบรมจากหน่วยงาน ดังนี้</b>                      |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                    |



| การปฏิบัติงาน                                                 | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138, n<br>(%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342, n<br>(%) | p-value |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|
| กระทรวงสาธารณสุข                                              | 62 (19.1)                 | 133 (26.2)                | 437 (28.8)                  | 4 (6.5)                     | 171 (26.6)                     | 807 (26.4)               |         |
| สปสช.                                                         | 58 (17.9)                 | 133 (26.2)                | 409 (26.8)                  | 36 (58.1)                   | 182 (28.3)                     | 818 (26.7)               |         |
| สภาวิชาชีพ                                                    | 14 (4.3)                  | 24 (4.7)                  | 62 (4.1)                    | 1 (1.6)                     | 16 (2.5)                       | 117 (3.8)                |         |
| สสจ./อบจ.                                                     | 19 (5.9)                  | 98 (19.3)                 | 354 (23.2)                  | 0 (0)                       | 182 (28.3)                     | 653 (21.3)               |         |
| โรงพยาบาล                                                     | 278 (85.8)                | 390 (76.9)                | 1,079 (70.7)                | 1 (1.6)                     | 448 (69.8)                     | 2,196 (71.7)             |         |
| อื่น ๆ                                                        | 32 (9.9)                  | 55 (10.8)                 | 144 (9.4)                   | 34 (54.8)                   | 78 (12.1)                      | 343 (11.2)               |         |
| <b>บริการสุขภาพในหน่วยงาน</b>                                 |                           |                           |                             |                             |                                |                          |         |
| การบริการแพทย์ทางไกล (telemedicine)                           | 286 (61.0)                | 475 (68.3)                | 1473 (68.9)                 | 87 (85.3)                   | 600 (64.0)                     | 2921 (67.3)              |         |
| การบริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy)                       | 207 (44.1)                | 324 (46.6)                | 897 (42.0)                  | 23 (22.5)                   | 340 (36.2)                     | 1791 (41.2)              |         |
| การบริการส่งยาถึงบ้านโดย health rider                         | 236 (50.3)                | 363 (52.2)                | 1050 (49.1)                 | 59 (57.8)                   | 415 (44.2)                     | 2123 (48.9)              |         |
| การปรึกษาแพทย์ทางไกลจากสถานพยาบาลอื่น ๆ<br>(teleconsultation) | 358 (76.3)                | 531 (76.4)                | 1358 (63.5)                 | 14 (13.7)                   | 459 (48.9)                     | 2720 (62.6)              |         |
| การรับหรือส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่ใช้ใบส่งตัว                      | 280 (59.7)                | 393 (56.5)                | 1152 (53.9)                 | 39 (38.2)                   | 447 (47.7)                     | 2311 (53.2)              |         |
| การดูแลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจาก<br>สถานพยาบาลอื่น ๆ | 188 (40.1)                | 265 (38.1)                | 805 (37.7)                  | 20 (19.6)                   | 288 (30.7)                     | 1566 (36.1)              |         |
| การนัดหมายออนไลน์และการแจ้งเตือน                              | 215 (45.8)                | 295 (42.4)                | 911 (42.6)                  | 29 (28.4)                   | 310 (33.0)                     | 1760 (40.5)              |         |
| ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์                                        | 155 (33.0)                | 235 (33.8)                | 613 (28.7)                  | 12 (11.8)                   | 227 (24.2)                     | 1242 (28.6)              |         |

| การปฏิบัติงาน                                                                               | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138, n<br>(%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342, n<br>(%) | p-value              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| ใบสั่งแล็บอิเล็กทรอนิกส์                                                                    | 187 (39.9)                | 213 (30.6)                | 654 (30.6)                  | 18 (17.6)                   | 234 (24.9)                     | 1306 (30.1)              |                      |
| ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล                                                                        | 230 (49.0)                | 410 (59.0)                | 1313 (61.4)                 | 82 (80.4)                   | 588 (62.7)                     | 2623 (60.4)              |                      |
| การเบิกจ่าย ชดเชยค่าบริการสาธารณสุขผ่านโปรแกรม                                              |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ต่าง ๆ                                                                                      | 198 (42.2)                | 347 (49.9)                | 1,018 (47.6)                | 35 (34.3)                   | 354 (37.7)                     | 1,952 (45.0)             |                      |
| <b>การติดตั้งโปรแกรมป้องกันไวรัสในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน</b>                                |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| มี                                                                                          | 396 (84.4)                | 554 (79.7)                | 1,701 (79.6)                | 71 (69.6)                   | 794 (84.6)                     | 3,516 (81.0)             | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ไม่มี                                                                                       | 28 (6.0)                  | 71 (10.2)                 | 207 (9.7)                   | 18 (17.6)                   | 90 (9.6)                       | 414 (9.5)                |                      |
| ไม่ทราบ                                                                                     | 45 (9.6)                  | 70 (10.1)                 | 230 (10.8)                  | 13 (12.7)                   | 54 (5.8)                       | 412 (9.5)                |                      |
| <b>การเก็บข้อมูลการพิสูจน์ตัวตนหรือรหัสผ่านของท่านให้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยต่อผู้อื่น</b> |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| เก็บ                                                                                        | 450 (95.9)                | 642 (92.4)                | 1,998 (93.5)                | 92 (90.2)                   | 899 (95.8)                     | 4,081 (94.0)             | 0.011 <sup>c</sup>   |
| ไม่เก็บ                                                                                     | 8 (1.7)                   | 25 (3.6)                  | 78 (3.6)                    | 7 (6.9)                     | 19 (2.0)                       | 137 (3.2)                |                      |
| ไม่ทราบ                                                                                     | 11 (2.3)                  | 28 (4.0)                  | 62 (2.9)                    | 3 (2.9)                     | 20 (2.1)                       | 124 (2.9)                |                      |
| <b>การออกจากระบบ (sign out) ของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยหลังเลิกใช้งาน</b> |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ออกจากระบบทุกครั้ง                                                                          | 386 (82.3)                | 561 (80.7)                | 1,743 (81.5)                | 84 (82.4)                   | 790 (84.2)                     | 3,564 (82.1)             | 0.095 <sup>c</sup>   |
| ออกจากระบบบ้างเป็นบางครั้ง                                                                  | 72 (15.4)                 | 106 (15.3)                | 285 (13.3)                  | 17 (16.7)                   | 116 (12.4)                     | 596 (13.7)               |                      |
| ไม่เคยออกจากระบบเลย                                                                         | 3 (0.6)                   | 5 (0.7)                   | 31 (1.4)                    | 0 (0)                       | 9 (1.0)                        | 48 (1.1)                 |                      |
| ไม่แน่ใจ                                                                                    | 8 (1.7)                   | 23 (3.3)                  | 79 (3.7)                    | 1 (1.0)                     | 23 (2.5)                       | 134 (3.1)                |                      |
| <b>การกำหนดให้เปลี่ยนรหัสผู้ใช้งาน (password) ทุก ๆ 90-180 วัน</b>                          |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |

| การปฏิบัติงาน                                      | ระยะ 1          | ระยะ 2          | ระยะ 3            | กรุงเทพฯ        | ไม่เข้าร่วม     | รวม               | p-value              |
|----------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------------|
|                                                    | n=469,<br>n (%) | n=695,<br>n (%) | n=2,138, n<br>(%) | n=102,<br>n (%) | n=938,<br>n (%) | n=4,342, n<br>(%) |                      |
| มี                                                 | 383 (81.7)      | 416 (59.9)      | 1,322 (61.8)      | 17 (16.7)       | 613 (65.4)      | 2,751 (63.4)      | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ไม่มี                                              | 52 (11.1)       | 198 (28.5)      | 567 (26.5)        | 75 (73.5)       | 248 (26.4)      | 1,140 (26.3)      |                      |
| ไม่ทราบ                                            | 34 (7.2)        | 81 (11.7)       | 249 (11.6)        | 10 (9.8)        | 77 (8.2)        | 451 (10.4)        |                      |
| ช่องทางในการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล/รักษาผู้ป่วย |                 |                 |                   |                 |                 |                   |                      |
| แอปพลิเคชันหมอพร้อม/หมอพร้อม LINE official         | 168 (35.8)      | 262 (37.7)      | 781 (36.5)        | 13 (12.7)       | 323 (34.4)      | 1,547 (35.6)      |                      |
| หมอพร้อม station                                   | 62 (13.2)       | 123 (17.7)      | 396 (18.5)        | 2 (2.0)         | 153 (16.3)      | 736 (17.0)        |                      |
| สอน. บัดดี้                                        | 13 (2.8)        | 86 (12.4)       | 149 (7.0)         | 1 (1.0)         | 96 (10.2)       | 345 (7.9)         |                      |
| โปรแกรมของหน่วยงาน                                 | 131 (27.9)      | 198 (28.5)      | 574 (26.8)        | 37 (36.3)       | 268 (28.6)      | 1,208 (27.8)      |                      |
| LINE ส่วนตัว                                       | 234 (49.9)      | 324 (46.6)      | 1,088 (50.9)      | 28 (27.5)       | 486 (51.8)      | 2,160 (49.7)      |                      |
| LINE official                                      | 113 (24.1)      | 143 (20.6)      | 427 (20.0)        | 25 (24.5)       | 191 (20.4)      | 899 (20.7)        |                      |
| E-mail                                             | 101 (21.5)      | 103 (14.8)      | 287 (13.4)        | 13 (12.7)       | 160 (17.1)      | 664 (15.3)        |                      |
| Facebook                                           | 33 (7.0)        | 30 (4.3)        | 171 (8.0)         | 4 (3.9)         | 57 (6.1)        | 295 (6.8)         |                      |
| Google drive                                       | 34 (7.2)        | 62 (8.9)        | 159 (7.4)         | 6 (5.9)         | 87 (9.3)        | 348 (8.0)         |                      |
| โปรแกรมสำหรับการประชุมทางไกล เช่น Zoom,            |                 |                 |                   |                 |                 |                   |                      |
| Google meet, webX เป็นต้น                          | 37 (7.9)        | 40 (5.8)        | 189 (8.8)         | 8 (7.8)         | 93 (9.9)        | 367 (8.5)         |                      |
| อื่น ๆ                                             | 32 (6.8)        | 61 (8.8)        | 199 (9.3)         | 26 (25.5)       | 89 (9.5)        | 407 (9.4)         |                      |

<sup>c</sup> Chi-square test

### 3) ภาระงานของผู้ให้บริการ

ผลการสำรวจภาระงานของผู้ให้บริการพบว่า ชั่วโมงการทำงานภายหลังจากมีการดำเนินนโยบายฯ เฉลี่ย 43 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในขณะที่ก่อนดำเนินนโยบายฯ มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 42 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเท่าเดิมในการทำงาน (ร้อยละ 86) ทำงานเกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 66) ใช้ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลภายหลังจากดำเนินนโยบายฯ โดยเฉลี่ย 21 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในขณะที่ก่อนดำเนินนโยบายฯ ใช้ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลเฉลี่ย 20 ชั่วโมง/สัปดาห์ การเปรียบเทียบการใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลก่อนและหลังใช้ระบบ FDH ใช้เวลาเท่าเดิม (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่มีภาระงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 54)

หากพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของภาระงานพบว่า ชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยทั้งก่อนและหลังดำเนินนโยบายฯ การใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลก่อนและหลังใช้ระบบ FDH และการเปลี่ยนแปลงของภาระงาน มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของการดำเนินนโยบายฯ รวมถึงพื้นที่กรุงเทพ และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ อย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) (ตารางที่ 19)

การเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงาน ด้วยวิธี mixed-effect model พบว่า ชั่วโมงทำงานปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินนโยบายฯ 1.2 ชั่วโมงโดยประมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) นอกจากนี้ การเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงานของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มที่ดำเนินนโยบายฯ ในระยะที่ 1 พบว่า ชั่วโมงการทำงานในกลุ่มที่ดำเนินการในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 กรุงเทพฯ และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) หากพิจารณาผลกระทบร่วม (interaction) พบว่า ผลกระทบร่วมของชั่วโมงการทำงานในปัจจุบันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ดำเนินการระยะที่ 3 และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่ดำเนินการในระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) การเปรียบเทียบชั่วโมงในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH ด้วยวิธี mixed-effect model พบว่าชั่วโมงการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินนโยบายฯ 1.2 ชั่วโมงโดยประมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 19)

อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจภาระงานของผู้ให้บริการพบว่า ชั่วโมงการทำงานภายหลังจากมีการดำเนินนโยบายฯ เฉลี่ย 43 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในขณะที่ก่อนดำเนินนโยบายฯ มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 42 ชั่วโมง/สัปดาห์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาเท่าเดิมในการทำงาน (ร้อยละ 77) ทำงานเกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 66) ใช้ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลภายหลังจากดำเนินนโยบายฯ โดยเฉลี่ย 20 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในขณะที่ก่อนดำเนินนโยบายฯ ใช้ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลเฉลี่ย 20 ชั่วโมง/สัปดาห์ การเปรียบเทียบการใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลก่อนและหลังใช้ระบบ FDH ใช้เวลาเท่าเดิม (ร้อยละ 69) ส่วนใหญ่มีภาระงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 54)

หากพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของภาระงานพบว่า ชั่วโมงทำงานโดยเฉลี่ยทั้งก่อนและหลัง ดำเนินนโยบายฯ และการเปลี่ยนแปลงของภาระงาน มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของการดำเนินนโยบายฯ และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ อย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) (ตารางที่ 19)

การเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงาน ด้วยวิธี mixed-effect model พบว่า ชั่วโมงทำงานปัจจุบัน เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินนโยบายฯ 1.2 ชั่วโมงโดยประมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) นอกจากนี้การเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงานของแต่ละกลุ่มเทียบกับกลุ่มที่ดำเนินนโยบายฯ ในระยะที่ 1 พบว่า ชั่วโมงการทำงานในกลุ่มที่ดำเนินการในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) หากพิจารณาผลกระทบร่วม (interaction) พบว่า ผลกระทบร่วมของชั่วโมงการทำงานในปัจจุบันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ดำเนินการระยะที่ 3 และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับพื้นที่ที่ดำเนินการในระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 20) การเปรียบเทียบชั่วโมงในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH ด้วยวิธี mixed-effect model พบว่า ชั่วโมงการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินนโยบายฯ 1.2 ชั่วโมงโดยประมาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 20)

ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารจากหน่วยงานส่วนกลาง มีความกังวลถึงสถานการณ์ในอนาคตของ รพ.สต. ถึงจำนวนผู้เข้ารับบริการที่ลดลงจากนโยบายของ สป.สช. เรื่องต้องการลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ โดยการเพิ่มหน่วยนวัตกรรมให้เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อาจส่งผลต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการใน รพ.สต. ลดลง เนื่องจากหน่วยนวัตกรรมสามารถให้บริการในลักษณะเดียวกันได้

ตารางที่ 19 ภาระงานของผู้ให้บริการจำแนกตามช่วงเวลาที่ดำเนินนโยบายฯ

| ภาระงาน                                                                                                         | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| ระยะเวลาการทำงานโดยเฉลี่ยหลังดำเนินนโยบายฯ<br>(ชั่วโมง/สัปดาห์), ค่าเฉลี่ย (SD)                                 | 47.6 (21.3)               | 43.9 (23.5)               | 43.4 (22.9)                 | 39.8 (15.0)                 | 39.5 (20.0)                    | 43.0 (22.2)              | < 0.001 <sup>K</sup> |
| ระยะเวลาการทำงานโดยเฉลี่ยก่อนดำเนินนโยบายฯ<br>(ชั่วโมง/สัปดาห์), ค่าเฉลี่ย (SD)                                 | 44.5 (20.3)               | 43.0 (22.6)               | 42.9 (22.5)                 | 39.3 (15.3)                 | 38.9 (19.5)                    | 42.1 (21.6)              | < 0.001 <sup>K</sup> |
| ความแตกต่างของระยะเวลาการทำงานระหว่างก่อน<br>และหลังดำเนินนโยบายฯ (ชั่วโมง/สัปดาห์), ค่าเฉลี่ย<br>(SD)          | 1.1 (8.2)                 | 0.4 (6.3)                 | 0.0 (7.5)                   | 0.0 (2.2)                   | 0.0 (6.5)                      | 0.2 (7.1)                | 0.004 <sup>K</sup>   |
| P-value                                                                                                         | < 0.001 <sup>W</sup>      | 0.026 <sup>W</sup>        | 0.085 <sup>W</sup>          | 0.720 <sup>W</sup>          | 0.383 <sup>W</sup>             | < 0.001 <sup>W</sup>     |                      |
| การเปรียบเทียบชั่วโมงการทำงานระหว่างก่อนและหลังดำเนินนโยบายฯ                                                    |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช้เวลา น้อยกว่าปัจจุบัน                                                                                        | 64 (13.6)                 | 40 (5.8)                  | 171 (8.0)                   | 5 (4.9)                     | 56 (6.0)                       | 336 (7.7)                | < 0.001 <sup>C</sup> |
| ใช้เวลา เท่าเดิม                                                                                                | 309 (65.9)                | 563 (81.0)                | 1,641 (76.8)                | 87 (85.3)                   | 748 (79.7)                     | 3,348 (77.1)             |                      |
| ใช้เวลามากกว่าปัจจุบัน                                                                                          | 27 (5.8)                  | 28 (4.0)                  | 126 (5.9)                   | 4 (3.9)                     | 45 (4.8)                       | 230 (5.3)                |                      |
| ไม่มีข้อมูล                                                                                                     | 69 (14.7)                 | 64 (9.2)                  | 200 (9.4)                   | 6 (5.9)                     | 89 (9.5)                       | 428 (9.9)                |                      |
| การบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยลงในโปรแกรมต่าง ๆ เช่น หมอพร้อม HosXP เพื่อส่งข้อมูลออก financial data hub (FDH) |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช่                                                                                                             | 305 (65.0)                | 417 (60.0)                | 1,503 (70.3)                | 35 (34.3)                   | 595 (63.4)                     | 2,855 (65.8)             | < 0.001 <sup>C</sup> |

| ภาระงาน                                                                                                      | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| ไม่ใช่                                                                                                       | 164 (35.0)                | 278 (40.0)                | 635 (29.7)                  | 67 (65.7)                   | 343 (36.6)                     | 1,487 (34.2)             |                      |
| ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลโดยเฉลี่ยหลังดำเนินนโยบายฯ (ชั่วโมง/สัปดาห์)                                        |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| n (%)                                                                                                        | 305 (65.0)                | 417 (60.0)                | 1,503 (70.3)                | 35 (34.3)                   | 595 (63.4)                     | 2,855 (65.8)             |                      |
| ค่าเฉลี่ย (sd)                                                                                               | 19.9 (18.9)               | 22.0 (19.7)               | 21.4 (20.9)                 | 16.1 (13.9)                 | 20.3 (18.9)                    | 21.0 (20.1)              | 0.601 <sup>K</sup>   |
| ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลโดยเฉลี่ยก่อนดำเนินนโยบายฯ (ชั่วโมง/สัปดาห์)                                        |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| n (%)                                                                                                        | 260 (55.4)                | 358 (51.5)                | 1,309 (61.2)                | 31 (30.4)                   | 512 (54.6)                     | 2,470 (56.9)             |                      |
| ค่าเฉลี่ย (sd)                                                                                               | 19.2 (19.1)               | 21.6 (20.0)               | 20.5 (20.5)                 | 16.9 (14.7)                 | 19.7 (18.6)                    | 20.3 (19.8)              | 0.785 <sup>K</sup>   |
| ความแตกต่างของระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินนโยบายฯ (ชั่วโมง/สัปดาห์)                     |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ค่าเฉลี่ย (sd)                                                                                               | 1.3 (6.3)                 | 0.4 (8.0)                 | 0.8 (6.4)                   | -0.5 (5.8)                  | 0.6 (7.4)                      | 0.7 (6.9)                | 0.317 <sup>K</sup>   |
| P-value                                                                                                      | < 0.001 <sup>W</sup>      | 0.002 <sup>W</sup>        | < 0.001 <sup>W</sup>        | 0.779 <sup>W</sup>          | < 0.001 <sup>W</sup>           | < 0.001 <sup>W</sup>     |                      |
| เปรียบเทียบการใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายและชดเชยค่าบริการสาธารณสุข ก่อนใช้ระบบ FDH กับปัจจุบัน |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช้เวลาน้อยกว่าปัจจุบัน                                                                                      | 77 (29.6)                 | 64 (17.8)                 | 266 (20.3)                  | 5 (16.1)                    | 115 (22.5)                     | 527 (21.3)               | 0.002 <sup>C</sup>   |
| ใช้เวลาเท่าเดิม                                                                                              | 149 (57.3)                | 269 (74.9)                | 918 (70.1)                  | 23 (74.2)                   | 349 (68.2)                     | 1,708 (69.1)             |                      |
| ใช้เวลามากกว่าปัจจุบัน                                                                                       | 34 (13.1)                 | 26 (7.2)                  | 126 (9.6)                   | 3 (9.7)                     | 48 (9.4)                       | 237 (9.6)                |                      |
| การเปลี่ยนแปลงของภาระงานภายหลังจากดำเนินนโยบาย ฯ                                                             |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ภาระงานลดลง                                                                                                  | 39 (8.3)                  | 45 (6.5)                  | 134 (6.3)                   | 0 (0)                       | 62 (6.6)                       | 280 (6.4)                | < 0.001 <sup>C</sup> |
| ภาระงานเท่าเดิม                                                                                              | 157 (33.5)                | 319 (45.9)                | 863 (40.4)                  | 39 (38.2)                   | 347 (37.0)                     | 1,725 (39.7)             |                      |

| ภาระงาน          | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value |
|------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------|
| ภาระงานเพิ่มขึ้น | 273 (58.2)                | 331 (47.6)                | 1,141 (53.4)                | 63 (61.8)                   | 529 (56.4)                     | 2,337 (53.8)             |         |



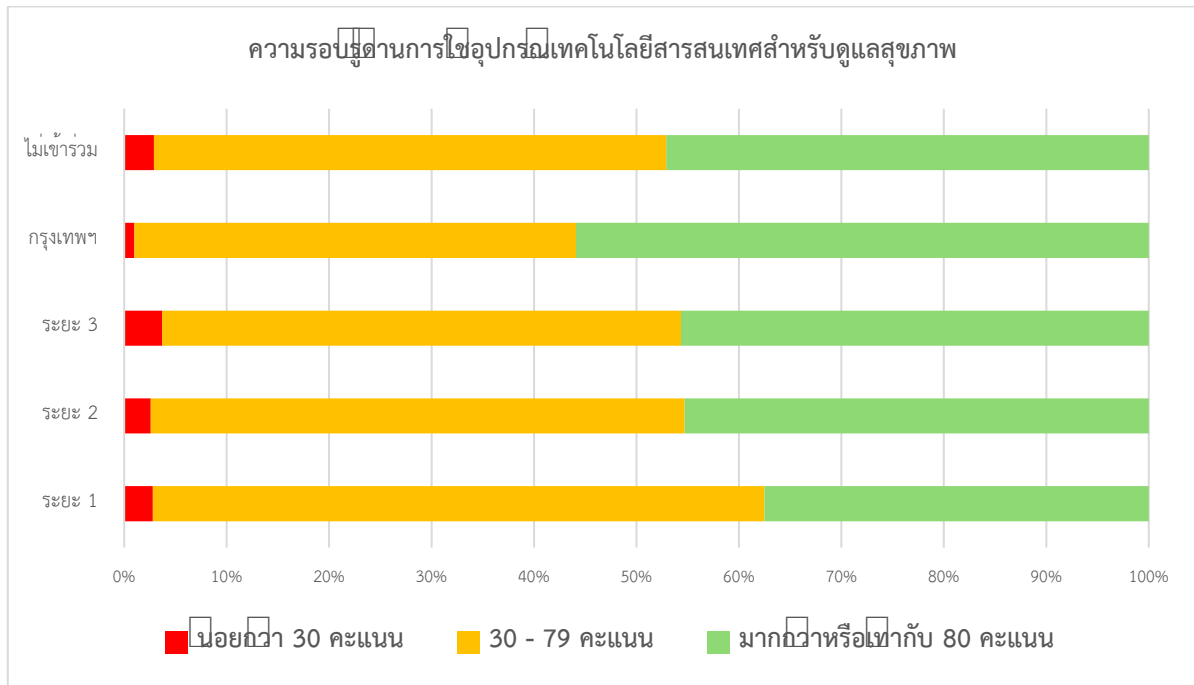
ตารางที่ 20 เปรียบเทียบชั่วโมงทำงานและชั่วโมงในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ FDH ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี mixed-effect model

|                                        | ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมง/สัปดาห์) |            |          | ระยะเวลายืนยันข้อมูลผ่านระบบ FDH (ชั่วโมง/สัปดาห์) |            |         |
|----------------------------------------|------------------------------------|------------|----------|----------------------------------------------------|------------|---------|
|                                        | estimate                           | Std. error | P-value  | estimate                                           | Std. error | P-value |
| intercept                              | 46.311                             | 1.031      |          | 18.679                                             | 1.158      |         |
| ระยะเวลา (ref=เวลาก่อนดำเนินนโยบายฯ)   |                                    |            |          |                                                    |            |         |
| เวลาหลังดำเนินนโยบายฯ                  | 1.245                              | 0.357      | < 0.001* | 1.247                                              | 0.426      | 0.003*  |
| ระยะที่เข้าร่วมนโยบายฯ (ref=ระยะที่ 1) |                                    |            |          |                                                    |            |         |
| ระยะที่ 2                              | -2.759                             | 1.333      | 0.038*   | 2.896                                              | 1.523      | 0.057   |
| ระยะที่ 3                              | -2.908                             | 1.138      | 0.011*   | 1.892                                              | 1.269      | 0.136   |
| ไม่เข้าร่วม                            | -6.802                             | 1.262      | < 0.001* | 1.004                                              | 1.423      | 0.481   |
| interaction                            |                                    |            |          |                                                    |            |         |
| เวลาหลังดำเนินนโยบายฯ* ระยะที่ 2       | -0.860                             | 0.456      | 0.060    | -0.863                                             | 0.56       | 0.123   |
| เวลาหลังดำเนินนโยบายฯ* ระยะที่ 3       | -1.251                             | 0.392      | 0.001*   | -0.436                                             | 0.467      | 0.351   |
| เวลาหลังดำเนินนโยบายฯ* ไม่เข้าร่วม     | -1.228                             | 0.433      | 0.005*   | -0.668                                             | 0.524      | 0.202   |

#### 4) ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพเฉลี่ยที่ 73 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) หากเปรียบเทียบความรอบรู้ฯ ในแต่ละพื้นที่พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) โดยผู้ให้บริการในพื้นที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 74 คะแนน ในขณะที่ผู้ให้บริการในพื้นที่ในระยะที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 71 คะแนน (ตารางที่ 21)

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ เป็น 3 ระดับพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 30-79 คะแนน (ร้อยละ 52) หากเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนผู้ให้บริการที่มีความรู้ ในระดับมาก พบว่าในพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ มีสัดส่วนผู้ให้บริการที่มีความรู้ ในระดับมากที่สุด (รูปที่ 13)



รูปที่ 13 สัดส่วนความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ จำแนกตามระดับความรู้ และพื้นที่ดำเนินนโยบายฯ

ตารางที่ 21 ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ

|                                                   | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value              |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| คะแนนรวม (เต็ม 100 คะแนน), ค่าเฉลี่ย (sd)         | 71.3<br>(19.1)            | 73.2<br>(19.5)            | 72.9 (20.3)                 | 78.9<br>(17.3)              | 74.3<br>(19.7)                 | 73.2 (19.9)              | 0.001 <sup>K</sup>   |
| สัดส่วนคะแนนความรอบรู้                            |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| < 30 คะแนน                                        | 13 (2.8)                  | 18 (2.6)                  | 79 (3.7)                    | 1 (1.0)                     | 27 (2.9)                       | 138 (3.2)                | 0.004 <sup>C</sup>   |
|                                                   |                           |                           | 1,083                       |                             |                                | 2,238                    |                      |
| 30-79 คะแนน                                       | 280 (59.7)                | 362 (52.1)                | (50.7)                      | 44 (43.1)                   | 469 (50.0)                     | (51.5)                   |                      |
|                                                   |                           |                           |                             |                             |                                | 1,966                    |                      |
| ≥ 80 คะแนน                                        | 176 (37.5)                | 315 (45.3)                | 976 (45.7)                  | 57 (55.9)                   | 442 (47.1)                     | (45.3)                   |                      |
| คะแนนเฉลี่ยรายข้อ, ค่าเฉลี่ย (sd)                 |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย  |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| หรือการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงได้ ไม่ว่าข้อมูล | 6.5 (2.4)                 | 6.7 (2.4)                 | 6.7 (2.5)                   | 7.7 (1.9)                   | 6.9 (2.4)                      | 6.8 (2.4)                |                      |
| นั้นจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ                   |                           |                           |                             |                             |                                |                          | < 0.001 <sup>K</sup> |
| ติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์     |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| เทคโนโลยีสารสนเทศได้                              | 7.3 (2.4)                 | 7.6 (2.4)                 | 7.5 (2.5)                   | 8.3 (2.0)                   | 7.6 (2.4)                      | 7.5 (2.4)                | 0.003 <sup>K</sup>   |

|                                                                                                                                            | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| สื่อสารด้วยภาพผ่านอินเทอร์เน็ต (video conference) เช่น Zoom, Webex, Microsoft Team กับบุคลากรด้านสุขภาพได้                                 | 7.1 (2.4)                 | 7.4 (2.3)                 | 7.4 (2.4)                   | 8.1 (2.0)                   | 7.6 (2.4)                      | 7.4 (2.4)                | < 0.001 <sup>K</sup> |
| บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เป็นต้น         | 7.0 (2.3)                 | 7.1 (2.3)                 | 7.2 (2.4)                   | 7.7 (2.2)                   | 7.2 (2.4)                      | 7.2 (2.4)                | 0.045 <sup>K</sup>   |
| ใช้อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชันสืบค้นข้อมูลว่า สิทธิการรักษาพยาบาลใดบ้าง ที่สามารถรับการตรวจคัดกรองโรคหรือรับวัคซีนได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย | 7.0 (2.4)                 | 7.3 (2.3)                 | 7.2 (2.4)                   | 7.9 (2.2)                   | 7.3 (2.4)                      | 7.2 (2.4)                | 0.002 <sup>K</sup>   |
| พิสูจน์และยืนยันตัวตนบนอินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง                                                       | 7.4 (2.2)                 | 7.6 (2.2)                 | 7.5 (2.3)                   | 8.0 (2.1)                   | 7.7 (2.3)                      | 7.6 (2.3)                | 0.016 <sup>K</sup>   |
| ทราบและเข้าใจสิทธิในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้เมื่อใช้อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชัน                                                | 7.5 (2.2)                 | 7.6 (2.3)                 | 7.5 (2.3)                   | 8.1 (2.1)                   | 7.7 (2.3)                      | 7.6 (2.3)                | 0.007 <sup>K</sup>   |
| มีทักษะที่จำเป็นในการประเมินแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ว่าแหล่งข้อมูลออนไลน์ใดมีความน่าเชื่อถือหรือแหล่งข้อมูลใดเป็นโฆษณาชวนเชื่อหรือข่าวปลอม   | 7.3 (2.2)                 | 7.4 (2.2)                 | 7.4 (2.3)                   | 7.9 (2.1)                   | 7.5 (2.3)                      | 7.4 (2.2)                | 0.033 <sup>K</sup>   |

|                                                                                                                             | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|
| ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการประเมิน<br>แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้และแนะนำว่า<br>ข่าวสารสุขภาพใดเป็นข่าวปลอม | 7.2 (2.1)                 | 7.3 (2.1)                 | 7.3 (2.2)                   | 7.8 (1.9)                   | 7.4 (2.2)                      | 7.3 (2.2)                | 0.032 <sup>K</sup> |
| ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์<br>เทคโนโลยีสารสนเทศทำธุรกรรมหรือการจัดการ<br>สุขภาพได้                          | 7.0 (2.1)                 | 7.2 (2.1)                 | 7.1 (2.3)                   | 7.4 (2.3)                   | 7.3 (2.2)                      | 7.2 (2.2)                | 0.061 <sup>K</sup> |

หมายเหตุ: <sup>K</sup> Kruskal wallis, <sup>C</sup> chi-square test

## 5) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต้นนโยบายฯ

คณะผู้วิจัยจำแนกประเด็นความพึงพอใจออกเป็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานภายใต้ต้นนโยบายฯ ความพึงพอใจต่อภาพรวมของต้นนโยบายฯ และความคิดเห็นด้านงบประมาณสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานภายใต้ต้นนโยบายฯ** พบว่า การสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายฯ (information) ได้รับความพึงพอใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.6 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) รองลงมาคือ ระบบการรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ภายในหน่วยงาน การเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยบนแพลตฟอร์มกลางและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้านดิจิทัลจากส่วนกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.5 คะแนน หากเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อการดำเนินนโยบายฯ ในแต่ละพื้นที่พบว่า การสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายฯ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง การกำกับติดตามและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจากส่วนกลาง ระบบการรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ และการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยบนแพลตฟอร์มกลาง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) (ตารางที่ 22)

**ความพึงพอใจต่อภาพรวมของต้นนโยบายฯ** พบว่า ประโยชน์ของต้นนโยบายฯ ต่อประชาชน มีคะแนนเฉลี่ย 7.2 คะแนน และประโยชน์ของต้นนโยบายฯ ต่อบุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 6.4 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยความพึงพอใจต่อภาพรวมของต้นนโยบายฯ พบว่า ประโยชน์ของต้นนโยบายฯ ต่อประชาชน มีคะแนนเฉลี่ย 7.2 คะแนน และประโยชน์ของต้นนโยบายฯ ต่อบุคลากรทางการแพทย์/ผู้ให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 6.4 คะแนน ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (ตารางที่ 22)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการบางส่วนพบว่า โรงพยาบาลได้เงินค่าชดเชยการให้บริการคืนกลับมาภายใน 72 ชม. และ รพ.สต. ได้รับเงินค่าชดเชยโดยไม่ต้องผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (main contractor) โดย สปสช. สนับสนุนการดำเนินนโยบายฯ โดยประกาศให้โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลการเบิกเคลมแก่ สปสช. ภายใน 24 ชม. หลังให้บริการ จะต้องได้รับค่าชดเชยกลับคืนภายใน 72 ชม. (วันทำการ) ซึ่งผู้ให้บริการมองว่าจุดนี้เป็นข้อดีที่จะทำให้ได้เงินกลับมาสู่โรงพยาบาลไวกว่าระบบการเบิกเคลมแบบเดิม นอกจากนี้ สปสช. ยังสนับสนุนการให้บริการของ รพ.สต. ที่อาจต้องให้บริการผู้รับบริการข้ามเขตตามนโยบายฯ โดยกำหนดให้ รพ.สต. สามารถเบิกชดเชยค่าบริการในรูปแบบรายบริการ (fee-schedule) โดยไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิหลักตามการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (contracting unit for primary care: CUP)

**ความคิดเห็นด้านงบประมาณสาธารณสุข** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าการดำเนินนโยบายฯ ส่งผลต่อความต้องการด้านงบประมาณสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 (ร้อยละ 33) และมีความเห็นว่า

แหล่งที่มาของงบประมาณควรมาจากการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี (ร้อยละ 54) หากเปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจด้านงบประมาณสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่พบว่า ความต้องการงบประมาณด้านสาธารณสุขในระยะ 1-3 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อนโยบายฯ

| ประเด็นความพึงพอใจ                                                                | ระยะ 1<br>n=469 | ระยะ 2<br>n=695 | ระยะ 3<br>n=2,138 | กรุงเทพฯ<br>n=102 | ไม่เข้าร่วม<br>n=938 | รวม<br>n=4,342 | p-value              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| <b>คะแนนความพึงพอใจต่อการดำเนินงานภายใต้นโยบายฯ (คะแนนเต็ม 5), ค่าเฉลี่ย (sd)</b> |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| การสื่อสารและประชาสัมพันธ์นโยบายฯ (information)                                   | 3.7 (0.8)       | 3.7 (0.9)       | 3.6 (0.9)         | 3.1 (0.9)         | 3.5 (0.9)            | 3.6 (0.9)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดำเนินงานด้าน                                       |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| ดิจิทัลจากส่วนกลาง                                                                | 3.5 (0.9)       | 3.5 (0.9)       | 3.5 (0.9)         | 3.0 (0.9)         | 3.3 (0.9)            | 3.4 (0.9)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง                                                    | 3.3 (0.9)       | 3.3 (1.0)       | 3.3 (1.0)         | 2.9 (0.9)         | 3.1 (1.0)            | 3.2 (1.0)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| การกำกับติดตามและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับจาก                                        |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| ส่วนกลาง                                                                          | 3.4 (0.9)       | 3.4 (0.9)       | 3.4 (0.9)         | 3.0 (0.9)         | 3.3 (1.0)            | 3.4 (0.9)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| ระบบการรักษาความปลอดภัยทางไซเบอร์ภายใน                                            |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| หน่วยงานเพื่อป้องกันข้อมูลรั่วไหล                                                 | 3.6 (0.8)       | 3.6 (0.9)       | 3.5 (0.9)         | 2.9 (1.0)         | 3.4 (1.0)            | 3.5 (0.9)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| การเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยบนแพลตฟอร์ม                                     |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| กลาง                                                                              | 3.5 (0.9)       | 3.5 (0.9)       | 3.5 (0.9)         | 2.8 (1.0)         | 3.4 (1.0)            | 3.5 (0.9)      | < 0.001 <sup>K</sup> |
| <b>คะแนนความพึงพอใจต่อภาพรวมของนโยบายฯ (คะแนนเต็ม 10), ค่าเฉลี่ย (sd)</b>         |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| ประโยชน์ของนโยบายฯ ต่อประชาชน                                                     | 7.1 (2.0)       | 7.2 (2.0)       | 7.2 (2.1)         | 7.1 (2.1)         | 7.2 (2.1)            | 7.2 (2.1)      | 0.683 <sup>K</sup>   |
| ประโยชน์ของนโยบายฯ ต่อบุคลากรทางการแพทย์/ผู้                                      |                 |                 |                   |                   |                      |                |                      |
| ให้บริการ                                                                         | 6.3 (2.3)       | 6.6 (2.2)       | 6.4 (2.2)         | 5.3 (2.4)         | 6.3 (2.3)            | 6.4 (2.3)      | < 0.001 <sup>K</sup> |

หมายเหตุ: <sup>K</sup> Kruskal wallis



ตารางที่ 23 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อประเด็นด้านงบประมาณสาธารณสุข

| ผลกระทบด้านงบประมาณสาธารณสุข                                                                         | ระยะ 1<br>n=469,<br>n (%) | ระยะ 2<br>n=695,<br>n (%) | ระยะ 3<br>n=2,138,<br>n (%) | กรุงเทพฯ<br>n=102,<br>n (%) | ไม่เข้าร่วม<br>n=938,<br>n (%) | รวม<br>n=4,342,<br>n (%) | p-value              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>ความต้องการงบประมาณด้านสาธารณสุขในระยะ 1-3 ปีต่อไปนี้เป็นอย่างไร</b>                              |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| ประหยัดงบประมาณลง                                                                                    | 94 (20.0)                 | 135 (19.4)                | 406 (19.0)                  | 7 (6.9)                     | 150 (16.0)                     | 792 (18.2)               | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ไม่มีผลต่องบประมาณด้านสาธารณสุข                                                                      | 36 (7.7)                  | 81 (11.7)                 | 233 (10.9)                  | 9 (8.8)                     | 99 (10.6)                      | 458 (10.5)               |                      |
| ต้องมีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขไม่เกินร้อยละ 10                                                  | 76 (16.2)                 | 113 (16.3)                | 295 (13.8)                  | 10 (9.8)                    | 116 (12.4)                     | 610 (14.0)               |                      |
| ต้องมีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขระหว่างร้อยละ 10-20                                               | 120 (25.6)                | 149 (21.4)                | 482 (22.5)                  | 25 (24.5)                   | 253 (27.0)                     | 1,029 (23.7)             |                      |
| ต้องมีการเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 20                                                  | 143 (30.5)                | 217 (31.2)                | 722 (33.8)                  | 51 (50.0)                   | 320 (34.1)                     | 1,453 (33.5)             |                      |
| <b>หากต้องเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข ควรเพิ่มจากแหล่งใด</b>                                          |                           |                           |                             |                             |                                |                          |                      |
| เพิ่มการจัดเก็บภาษี                                                                                  | 30 (6.4)                  | 53 (7.6)                  | 145 (6.8)                   | 6 (5.9)                     | 72 (7.7)                       | 306 (7.0)                | -                    |
| แบ่งเงินงบประมาณจากกระทรวงอื่น ๆ                                                                     | 186 (39.7)                | 306 (44.0)                | 932 (43.6)                  | 32 (31.4)                   | 437 (46.6)                     | 1,893 (43.6)             |                      |
| ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในระบบสาธารณสุข เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น การผ่าตัดหรือทำหัตถการเกินจำเป็น | 154 (32.8)                | 197 (28.3)                | 658 (30.8)                  | 29 (28.4)                   | 286 (30.5)                     | 1,324 (30.5)             |                      |

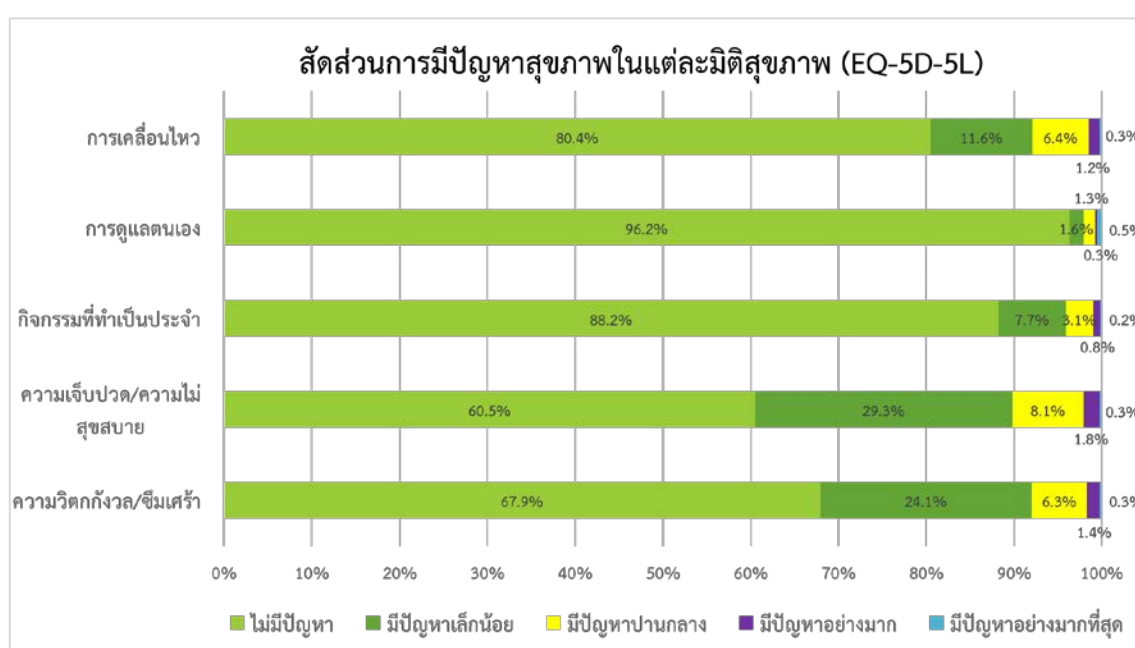
|                              | ระยะ 1     | ระยะ 2     | ระยะ 3     | กรุงเทพฯ  | ไม่เข้าร่วม | รวม      |         |
|------------------------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|----------|---------|
| ผลกระทบด้านงบประมาณสาธารณสุข | n=469,     | n=695,     | n=2,138,   | n=102,    | n=938,      | n=4,342, |         |
|                              | n (%)      | n (%)      | n (%)      | n (%)     | n (%)       | n (%)    | p-value |
|                              |            |            |            |           |             | 1,401    |         |
| ให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการ  | 149 (31.8) | 188 (27.1) | 672 (31.4) | 66 (64.7) | 326 (34.8)  | (32.3)   |         |
|                              |            |            | 1,117      |           |             | 2,310    |         |
| ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี | 286 (61.0) | 391 (56.3) | (52.2)     | 43 (42.2) | 473 (50.4)  | (53.2)   |         |

หมายเหตุ: <sup>c</sup> chi-square test

## 6) คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการ

จากการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพโดยพบว่า ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 80) ไม่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง (ร้อยละ 96) ไม่มีปัญหาด้านการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 88) ไม่มีความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบายตัว (ร้อยละ 60) ไม่มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 68) (รูปที่ 14) ค่าอัตราประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.9

หากเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าอัตราประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 24)



รูปที่ 14 แสดงสัดส่วนการมีปัญหสุขภาพในแต่ละมิติสุขภาพ (EQ-5D-5L) ของผู้ให้บริการโดยรวม

ตารางที่ 24 คุณภาพชีวิตของผู้ให้บริการจำแนกตามพื้นที่ดำเนินนโยบายฯ

| ค่า            | ระยะ 1    | ระยะ 2    | ระยะ 3    | กรุงเทพฯ  | ไม่เข้าร่วม | รวม       | p                  |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|--------------------|
| อัตราประโยชน์  | n=469     | n=695     | n=2,138   | n=102     | n=938       | n=4,342   | value              |
| ค่าเฉลี่ย (SD) | 0.9 (0.1) | 0.9 (0.1) | 0.9 (0.1) | 0.9 (0.1) | 0.9 (0.1)   | 0.9 (0.1) | 0.794 <sup>K</sup> |
| min            | 0.0       | -0.1      | -0.2      | 0.5       | 0.1         | -0.2      |                    |
| max            | 1.0       | 1.0       | 1.0       | 1.0       | 1.0         | 1.0       |                    |
| (range)        | (1.0)     | (1.1)     | (1.2)     | (0.5)     | (0.9)       | (1.2)     |                    |

หมายเหตุ: <sup>K</sup> Kruskal walli

## 4.5 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

### 4.5.1 หน่วยนวัตกรรม

จากการศึกษาพบว่าต้นทุนต่อการบริการในสถานพยาบาลมีค่าที่สูงกว่าอัตราค่าบริการที่กำหนดอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสามารถสรุปต้นทุนแต่ละประเภทดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 25 และรูปที่ 15) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อมูลส่วนใหญ่เกินร้อยละ 80 เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนวัตกรรมภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้นคลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกกายภาพบำบัดที่กว่าครึ่งยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน

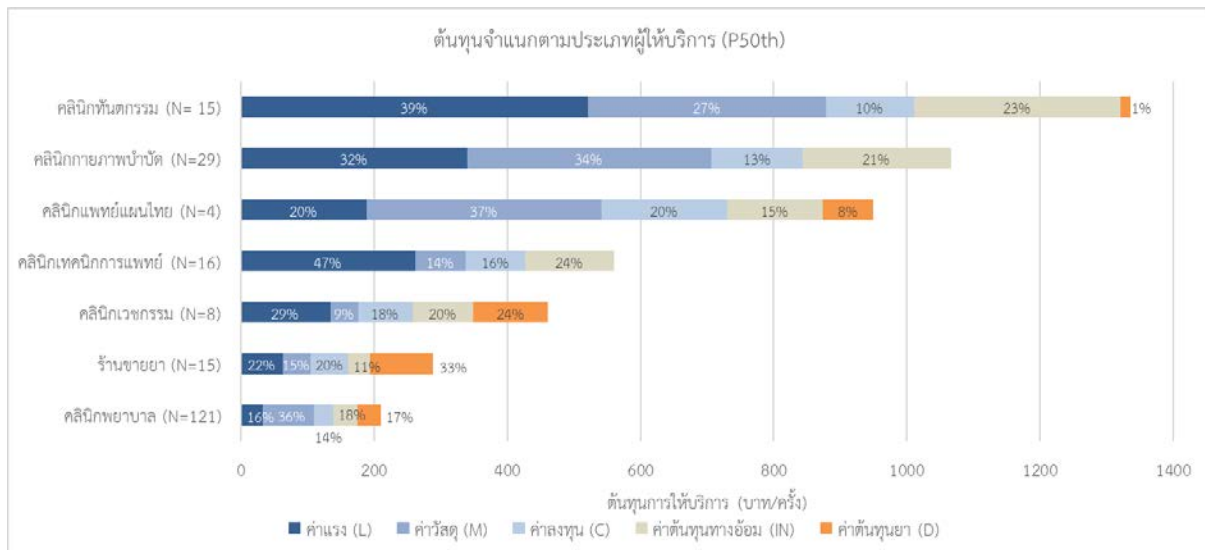
- ร้านยามีต้นทุนการบริการที่ 380 บาทต่อครั้ง มีค่ายาเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33 ของต้นทุนทั้งหมด และมีค่าแรงเป็นสัดส่วนที่รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 22 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกพยาบาลมีต้นทุนการบริการที่ 268 บาทต่อครั้ง มีค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์มีต้นทุนการบริการที่ 800 บาทต่อครั้ง มีค่าแรงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกกายภาพบำบัดมีต้นทุนการบริการที่ 1,335 บาทต่อครั้ง มีค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ของต้นทุนทั้งหมด และมีค่าแรงเป็นสัดส่วนที่รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 32 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกทันตกรรมมีต้นทุนการบริการที่ 1,882 บาทต่อครั้ง มีค่าแรงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 ของต้นทุนทั้งหมด และมีค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 27 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกเวชกรรมมีต้นทุนการบริการที่ 635 บาทต่อครั้ง มีค่าแรงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29 ของต้นทุนทั้งหมด และมีค่ายาเป็นสัดส่วนที่รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 24 ของต้นทุนทั้งหมด
- คลินิกแพทย์แผนไทยมีต้นทุนการบริการที่ 937 บาทต่อครั้ง มีค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37 ของต้นทุนทั้งหมด

ตารางที่ 25 ต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ให้บริการจำแนกตามหน่วยนวัตกรรม

| ประเภทสถานพยาบาล     | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |                     | ต้นทุนต่อบริการ (บาท/ครั้ง) |                |
|----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|----------------|
|                      | ทั้งหมด            | เข้าร่วมโครงการ (%) | ค่ามัธยฐาน [Q1-Q3]          | ค่าเฉลี่ย (SD) |
| ร้านยา               | 15                 | 13 (87%)            | 380 [290-3,084]             | 1,882 (2,844)  |
| คลินิกพยาบาล         | 121                | 112 (92%)           | 268 [133-627]               | 2,033 (6,404)  |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์ | 16                 | 15 (94%)            | 800 [440-4,025]             | 2,577 (3,472)  |
| คลินิกกายภาพบำบัด    | 29                 | 17 (59%)            | 1,335 [1,039-1,905]         | 1,851 (1,746)  |

|                   |    |          |                   |               |
|-------------------|----|----------|-------------------|---------------|
| คลินิกทันตกรรม    | 15 | 12 (80%) | 1,882 [678–3,016] | 2,247 (1,901) |
| คลินิกเวชกรรม     | 8  | 7 (88%)  | 635 [343–1,684]   | 1,107 (1,090) |
| คลินิกแพทย์แผนไทย | 4  | 2 (50%)  | 937 [677–1,537]   | 1,107 (611)   |

หมายเหตุ: Q1 หมายถึง ควอไทล์ที่หนึ่ง (quartile 1), Q3 หมายถึง ควอไทล์ที่สาม (quartile 3) และ SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)



รูปที่ 15 สัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามประเภทของต้นทุนและหน่วยนวัตกรรม

จากตารางที่ 26 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยระหว่างหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ พบว่า

- คลินิกทันตกรรม หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ย (mean) สูงกว่า (2,294.7 บาท) เทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (2,056.3 บาท) แต่ความแตกต่างไม่มาก ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ใกล้เคียงกัน แสดงถึงการกระจายตัวของต้นทุนที่ค่อนข้างสม่ำเสมอ
- คลินิกเวชกรรม หน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ยสูงกว่า (3,343.2 บาท) เทียบกับหน่วยที่เข้าร่วมโครงการ (787.7 บาท)
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ยสูงกว่า (2,729.3 บาท) เทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (289.9 บาท)
- คลินิกพยาบาล หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ย (mean) (2,119.5 บาท) สูงกว่าเทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (954.8 บาท) แต่ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในหน่วยที่เข้าร่วมโครงการสูงมาก (6,643.81 บาท) แสดงถึงการกระจายตัวของต้นทุนที่หลากหลาย ซึ่งอาจบ่งบอกถึงความหลากหลายในรูปแบบการให้บริการหรือความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการ
- ร้านยา หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำกว่า (1,757.9 บาท) เทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (2,692.2 บาท)

- คลินิกกายภาพบำบัด หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำกว่า (2,204.6 บาท) เทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (2,285.8 บาท)
- คลินิกแพทย์แผนไทย หน่วยที่เข้าร่วมโครงการมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำกว่า (864.7 บาท) เทียบกับหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ (1,364.6 บาท)

ดังนั้น หน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการบางประเภท เช่น คลินิกทันตกรรมและคลินิกพยาบาล มีต้นทุนเฉลี่ยสูงกว่า แต่ในบางประเภท เช่น ร้านยา คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกแพทย์แผนไทย กลับมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำกว่าหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ สะท้อนถึงความแตกต่างในต้นทุนตามลักษณะของหน่วยบริการและความหลากหลายในกระบวนการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้าน

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยระหว่างหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ

| พารามิเตอร์                                  | N   | mean    | SD       | median  | P25     | P75     |
|----------------------------------------------|-----|---------|----------|---------|---------|---------|
| <b>หน่วยนวัตกรรมที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ</b> |     |         |          |         |         |         |
| คลินิกทันตกรรม                               | 3   | 2,056.3 | 988.84   | 1,576.7 | 2,113.1 | 2,564.3 |
| คลินิกเวชกรรม                                | 1   | 3,343.2 | -        | 3,343.2 | 3,343.2 | 3,343.2 |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์                         | 1   | 289.9   | -        | 289.9   | 289.9   | 289.9   |
| คลินิกพยาบาล                                 | 9   | 954.8   | 1101.49  | 331.4   | 515     | 1,203.8 |
| ร้านยา                                       | 2   | 2,692.2 | 3,454.55 | 1,470.8 | 2,692.2 | 3,913.5 |
| คลินิกกายภาพบำบัด                            | 12  | 2,285.8 | 3,135.9  | 1,180.1 | 1,349   | 2,000.3 |
| คลินิกแพทย์แผนไทย                            | 2   | 1,364.6 | 848.39   | 1,064.7 | 1,364.6 | 1,664.6 |
| <b>หน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ</b>       |     |         |          |         |         |         |
| คลินิกทันตกรรม                               | 12  | 2,294.7 | 2,100.12 | 655.4   | 1,533.3 | 2,863   |
| คลินิกเวชกรรม                                | 7   | 787.7   | 658.62   | 343.5   | 591.3   | 1,036.1 |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์                         | 15  | 2,729.3 | 3,538.08 | 613.1   | 847.9   | 4,025.2 |
| คลินิกพยาบาล                                 | 112 | 2,119.5 | 6,643.81 | 132.2   | 237     | 591.6   |
| ร้านยา                                       | 13  | 1,757.9 | 2,884.26 | 188.1   | 380.4   | 3,063.8 |
| คลินิกกายภาพบำบัด                            | 17  | 2,084.5 | 2,204.63 | 994.8   | 1,292   | 1,733.8 |
| คลินิกแพทย์แผนไทย                            | 2   | 849.2   | 368.72   | 718.8   | 849.2   | 979.5   |

หมายเหตุ: N หมายถึง จำนวนตัวอย่าง, mean หมายถึง ค่าเฉลี่ย, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, median หมายถึง ค่ามัธยฐาน, P25 หมายถึง ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, P75 หมายถึง ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

ทั้งนี้ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยนวัตกรรมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ประเภท และขนาดของหน่วยนวัตกรรม ทำเลที่ตั้ง เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ใช้ การบริหารจัดการ และมาตรฐานคุณภาพของบริการ โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของต้นทุนสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรและบริหารจัดการต้นทุนในหน่วยนวัตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถนำข้อมูลนี้พัฒนาแนวทางบริหารต้นทุนให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานและลดต้นทุนในการให้บริการ

#### 4.5.2 โรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่ามียุทธศาสตร์กลุ่มตัวอย่างภายในจังหวัดน่านที่ดำเนินการนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีโครงสร้างต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 12 หน่วยต้นทุน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ 3,952,030 บาทต่อเดือน และส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ 4,311,701 บาทต่อเดือน โรงพยาบาลศูนย์มีโครงสร้างต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 34 หน่วยต้นทุน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ 8,397,603 บาทต่อเดือน และส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ 11,099,435 บาทต่อเดือน (รายละเอียดแสดงได้ดังภาคผนวก 3 สรุปต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567)

จำนวนเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอก (OPD visit) ของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่และโรงพยาบาลศูนย์ทั้งสองแห่งมีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีจำนวนเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 27,509 และ 49,170 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายเดือนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 58,333 และ 67,086 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ

ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 144 และ 88 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ และโรงพยาบาลศูนย์ มีต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 เท่ากับ 144 และ 165 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ โดยสรุปต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหลังการดำเนินนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” พบว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 88–165 บาทต่อครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินนโยบายประมาณร้อยละ 15 รายละเอียดสรุปต้นทุนรวม จำนวนการรับบริการ และต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 แสดงต้นทุนรวม จำนวนการรับบริการ และต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2567 จำแนกตามโรงพยาบาล

| ประเภทข้อมูล                                                           | โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ | โรงพยาบาลศูนย์ |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|
| <b>ต้นทุนรวมของบริการผู้ป่วยนอก (บาทต่อครั้ง)</b>                      |                         |                |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565                                                   | 3,952,030               | 8,397,603      |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567                                                   | 4,311,701               | 11,099,435     |
| <b>จำนวน OPD visit เฉลี่ยต่อเดือน (ครั้ง)*</b>                         |                         |                |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565                                                   | 27,509                  | 58,333         |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567                                                   | 49,170                  | 67,086         |
| <b>ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก (บาทต่อครั้ง)</b>              |                         |                |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565                                                   | 144                     | 144            |
| ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567                                                   | 88                      | 165            |
| <b>ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก (%)</b> | <b>-39%</b>             | <b>+15%</b>    |

\*ไม่รวม OPD visit จากการเข้ารับบริการวัคซีน covid-19



## บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา

นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสาธารณะของภาครัฐ จากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เป็นบริการสุขภาพดิจิทัล เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด อีกทั้งมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาดูแลรักษา สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาท) สามารถเลือกรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากหน่วยบริการปฐมภูมิที่นอกเหนือจากหน่วยบริการประจำได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว อีกทั้ง สปสช. มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจัดให้มีหน่วยบริการนวัตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าร่วมให้บริการประชาชนเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรงพยาบาลของภาครัฐลดความแออัด บุคลากรทางการแพทย์มีภาระลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

### ข้อค้นพบที่สำคัญ

1) นโยบายฯ เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างรวดเร็วและครอบคลุม ดังนั้นรัฐบาลควรเร่งพัฒนาระบบบริการ/ระบบสนับสนุนการให้บริการเพื่อรองรับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ รวมถึงสร้างระบบบริหารจัดการที่ช่วยให้หน่วยบริการเอกชนและหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สามารถเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพเข้าด้วยกันได้อย่างครบถ้วน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

2) นโยบายฯ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้สะดวกขึ้น ช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัวได้ นอกจากนี้ประชาชนยังมีโอกาสได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตัวเองในอนาคต อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายที่ต้องเร่งดำเนินการ ได้แก่ และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับเงื่อนไขและขอบเขตของนโยบาย การใช้เทคโนโลยีในกลุ่มเปราะบาง การใช้บริการที่มากเกินไปจนจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบตรวจจับการใช้สิทธิโดยมิชอบที่เข้มงวด และมีบทลงโทษที่จริงจัง

3) ผู้ให้บริการ/บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่านโยบายนี้มีประโยชน์ในระยะยาว แม้ว่าช่วงแรกของการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานจะมีการะงัดงายเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยบริการควรมีการเตรียมความพร้อมใน 5 ด้าน ตามหลักการ SHARE เพื่อความสำเร็จของการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการให้บริการที่ไร้รอยต่อทั้งในระดับเขต จังหวัด และหน่วยบริการ ประกอบด้วย

- S (security): เตรียมระบบความปลอดภัยข้อมูลและเพิ่มทักษะด้านความรู้ดิจิทัล (digital literacy) ให้กับผู้ใช้บริการ
- H (health electronics): จัดระบบอิเล็กทรอนิกส์ให้พร้อม ทั้งระบบยาและการนัดหมาย

- A (awareness): ประชาสัมพันธ์นโยบายและให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ให้บริการ
- R (registration): เตรียมระบบลงทะเบียนอิเล็กทรอนิกส์เพื่อพิสูจน์ตัวตน เช่น เครื่องอ่านบัตรตู้คีออส (Kiosk)
- E (equipment): วางแผนสำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีคนไข้มาก

4) การมี ‘หน่วยนวัตกรรม’ หรือคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระจายอย่างทั่วถึงทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการดูแลรักษาเบื้องต้นเพิ่มมากขึ้น ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน และสามารถเข้าถึงบริการนอกเวลาราชการได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดความแออัดและแบ่งเบาภาระงานให้กับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ โดยอัตราการชดเชยค่าบริการและระยะเวลาในการชดเชยค่าบริการของ สปสช. เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเข้าร่วมโครงการของคลินิกเอกชน อย่างไรก็ตามควรมีการกำกับติดตามคุณภาพของการให้บริการที่มีมาตรฐานและการเชื่อมโยงของระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุปนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” มีแนวโน้มที่จะสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อระบบสาธารณสุขและระบบเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตามนโยบายฯ อาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อสังคมและระบบสาธารณสุขได้เช่นกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องต้องกำกับและติดตาม และหาแนวทางการป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 28 สรุปผลการประเมินนโยบายฯ

| ผลการดำเนินนโยบายฯ | หัวข้อการประเมิน (อ้างอิงตาม TOC)          | ผลการศึกษาโดยสรุป (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคณะผู้วิจัย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| กิจกรรม            | การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและการเชื่อมต่อข้อมูล | <ul style="list-style-type: none"> <li>● หน่วยนวัตกรรมต้องมีการเตรียมพร้อมในการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา กับ สปสช. รวมถึงต้องมีการเรียนรู้ระบบบันทึกการบริการเพื่อการเบิกเคลม</li> </ul> <p><b>ปัญหา/ความท้าทาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● HIS ของแต่ละหน่วยบริการไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลในการส่งต่อและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนในระยะเริ่มต้น</li> <li>● พบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการใน กทม. ที่ใช้ระบบ health link ซึ่งแตกต่างกับจังหวัดอื่น ๆ</li> </ul> |
|                    | การพัฒนาคนและเครือข่ายการทำงาน             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สสจ. อบจ. หน่วยบริการวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีฯ</li> </ul> <p><b>ปัญหา/ความท้าทาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ให้บริการบางส่วนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของทักษะในการป้องกันและรับมือกับภัยคุกคามและมาตรฐานของระบบสารสนเทศและความปลอดภัยทางไซเบอร์</li> <li>● ขาดแคลนบุคลากรด้านเทคโนโลยีฯ</li> </ul>                                                                                                                       |
|                    | การพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สสจ. อบจ. และหน่วยบริการวางแผนการบริหารจัดการทั้งในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีฯ เพื่อรองรับระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ</li> </ul> <p><b>ปัญหา/ความท้าทาย</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| ผลการดำเนินงานนโยบายฯ | หัวข้อการประเมิน (อ้างอิงตาม TOC)                                                                                                                                         | ผลการศึกษาโดยสรุป (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคณะผู้วิจัย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย</li> <li>การจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการถ่ายโอนไปยังท้องถิ่น</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ผลผลิต                | การใช้ประโยชน์จากข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนานวัตกรรมบริการ</li> <li>จัดสรรทรัพยากร</li> <li>เพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>รูปแบบการให้บริการใหม่ ๆ ในพื้นที่ เช่น telemedicine</li> </ul> <b>ปัญหา/ความท้าทาย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยงานอื่นไม่ยอมรับและยังไม่เชื่อมั่นในความถูกต้องของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เช่น หน่วยงานเอกชนไม่ยอมรับใบรับรองแพทย์ดิจิทัล</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                       | การมีหน่วยบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาเครือข่ายบริการ</li> <li>ปรับกลไกการเบิกจ่ายให้เหมาะสม</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น</li> <li>ในบางพื้นที่มีการส่งต่อเคสหรือทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยนวัตกรรม</li> </ul> <b>ปัญหา/ความท้าทาย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในครั้งนี้อาจไม่สามารถกำหนดปรับอัตราค่าบริการให้บริการในหน่วยนวัตกรรมที่ สปสช. ได้ เพราะข้อมูลอาจยังไม่เที่ยงตรงและแม่นยำ เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านนโยบาย (จำนวนประชากรที่รับรู้บริการในหน่วยนวัตกรรมอาจไม่ทั่วถึง ทำให้จำนวนบริการอาจน้อยกว่าระยะต่อมา ซึ่งส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยเป็นอย่างมาก) ควรติดตามผลระยะยาวเพื่อให้เห็นแนวโน้มต้นทุนต่อหน่วยที่แท้จริง</li> <li>โรงพยาบาลในบางพื้นที่ไม่ส่งต่อเคสให้กับหน่วยนวัตกรรม และยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อเคสจากหน่วยนวัตกรรมไปโรงพยาบาล</li> </ul> |

| ผลการดำเนินนโยบายฯ | หัวข้อการประเมิน (อ้างอิงตาม TOC)                                                                                                                                                                                 | ผลการศึกษาโดยสรุป (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคณะผู้วิจัย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผลลัพธ์            | ระบบบริการสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้ประชาชน</li> <li>● ระบบเบิกจ่ายโปร่งใส เบิกได้ไว</li> <li>● digital and smart agency</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนสิทธิบัตรทอง</li> <li>● นโยบายฯ เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงและพัฒนาระบบข้อมูลของหน่วยบริการ</li> <li>● โรงพยาบาลได้เงินค่าชดเชยการให้บริการคืนกลับมาภายใน 72 ชม. และ รพ.สต. ได้รับเงินค่าชดเชยโดยไม่ต้องผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก</li> </ul> <p><b>ปัญหา/ความท้าทาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบบันทึกข้อมูลมีความซับซ้อน</li> <li>● พบการเบิกเคลมล่าช้าในบางหน่วยบริการ</li> <li>● ผู้ให้บริการและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ทันทั่วถึง</li> <li>● ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีฯ และการเข้าถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีฯ ที่จำกัด</li> </ul> |
|                    | ประชาชน <ul style="list-style-type: none"> <li>● สุขภาพดี มีความสุข</li> <li>● ลดการขาดงานของญาติและผู้ป่วย</li> <li>● ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน</li> <li>● ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชน</li> </ul> <p><b>ปัญหา/ความท้าทาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้รับบริการทั้งในและนอกพื้นที่นำร่องยังคงมีความเข้าใจต่อนโยบายฯ ที่คลาดเคลื่อน</li> <li>● ผู้ให้บริการและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ทันทั่วถึง</li> <li>● ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีฯ และการเข้าถึงอุปกรณ์เทคโนโลยีฯ ที่จำกัด</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |
|                    | บุคลากร                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ผู้ให้บริการโดยส่วนใหญ่มองเห็นประโยชน์ของนโยบายฯ ต่อประชาชน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| ผลการดำเนินนโยบายฯ | หัวข้อการประเมิน<br>(อ้างอิงตาม TOC)                                                                                    | ผลการศึกษาโดยสรุป (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคณะผู้วิจัย)                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความสุข</li> <li>● ภาระงานลดลง</li> <li>● ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul> | <p>ปัญหา/ความท้าทาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ภาระงานโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์</li> <li>● ผู้ให้บริการทั้งในและนอกพื้นที่นำร่องยังคงมีความเข้าใจต่อนโยบายฯ ที่คลาดเคลื่อน</li> <li>● ผู้ให้บริการและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ทันทั่วถึง</li> </ul> |

ตารางที่ 29 สรุปผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยคลินิกนวัตกรรมและโรงพยาบาล

| ประเด็น                                        | สิ่งที่ค้นพบ                                                                                                                                                                                                                                                                          | แนวทางการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม                                                                                                                                                                                                              | ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย                                                                                                                                                                                        | หมายเหตุ                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) ช่องว่างของต้นทุน (cost gap) และการเบิกจ่าย | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้นทุนการบริการในแต่ละประเภทหน่วยนวัตกรรมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทหน่วยนวัตกรรม และลักษณะการบริการ</li> <li>- ต้นทุนจริงในภาพรวมสูงกว่าการเบิกจ่ายในบางประเภทของหน่วยบริการ ทำให้หน่วยบริการต้องแบกรับภาระต้นทุนส่วนเกิน</li> </ul> | เสนอปรับอัตราเบิกจ่ายโดยอิงจากข้อมูลต้นทุนจริงและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกิน                                                                                                    | เพิ่มอัตราเบิกจ่ายสำหรับหน่วยที่มีต้นทุนสูง ทั้งนี้เสนอให้มีการวิเคราะห์ความจำเป็นของการใช้จ่ายงบประมาณ                                                                                                     | ต้องพิจารณาภาระงบประมาณในระยะยาวประกอบด้วย                                                                                                                                                                                                 |
| 2) โครงสร้างหรือองค์ประกอบของต้นทุน            | องค์ประกอบหลักของต้นทุน เช่น ค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ ค่ายา และค่าแรง มีสัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละประเภทบริการ ส่วนใหญ่ตัวผลักดันต้นทุน (cost driver) คือ ค่าแรง และค่าวัสดุอุปกรณ์                                                                                                         | เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน จัดสรรทรัพยากรและบริหารจัดการต้นทุนในหน่วยนวัตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถใช้ข้อมูลนี้พัฒนาแนวทางการบริหารต้นทุนให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท นำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน และลดต้นทุนในการให้บริการ | ปรับปรุงวางแผนจัดสรรทรัพยากร กระบวนการทำงาน และบริหารจัดการต้นทุนในหน่วยนวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถใช้ข้อมูลนี้พัฒนาแนวทางการบริหารต้นทุนให้เหมาะสมกับในแต่ละหน่วยนวัตกรรม นำไปสู่การปรับปรุง | <ul style="list-style-type: none"> <li>- คลินิกพยาบาลที่มีต้นทุนหลักอยู่ที่ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการ และการจัดซื้อเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น</li> <li>- คลินิกกายภาพบำบัด อาจพิจารณาเลือกใช้</li> </ul> |

| ประเด็น                                   | สิ่งที่ค้นพบ                                                                                                                                                        | แนวทางการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม                                                                             | ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย                                                                                                                         | หมายเหตุ                                                               |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                                                                                                                                                                     |                                                                                                              | กระบวนการทำงาน และลดต้นทุนในการให้บริการ                                                                                                     | อุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ต้นทุนต่ำ                                 |
| 3) ความแตกต่างของต้นทุนระหว่างหน่วยบริการ | บางหน่วยมีต้นทุนสูงกว่า เช่น คลินิกทันตกรรม คลินิกพยาบาล ขณะที่บางหน่วยมีต้นทุนต่ำกว่าการเบิกจ่าย เช่น ร้านยา คลินิกแพทย์แผนไทย                                     | พิจารณาจัดกลุ่มเบิกจ่ายให้เหมาะสมกับประเภทของหน่วยบริการ                                                     | ปรับปรุงแบบการเบิกจ่ายจากเหมาจ่ายเป็นตามต้นทุนที่แท้จริง                                                                                     | พัฒนาโมเดลการเบิกจ่ายตามผลลัพธ์ (outcome-based funding)                |
| 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุน                | ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของต้นทุน ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้ โดยสังเกตว่าคลินิกเอกชน ไม่สามารถจัดหาและควบคุมต้นทุนในส่วนวัสดุและอุปกรณ์ได้ | วิเคราะห์ต้นทุนเชิงลึกเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น                                                          | เพิ่มงบประมาณสนับสนุนหน่วยบริการที่มีต้นทุนสูง เช่น คลินิกทันตกรรม และขยายการเข้าถึงเทคโนโลยี ยา และวัสดุอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพและต้นทุนต่ำ | อาจจะต้องมีการดำเนินการโดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้                           |
| 5) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย  | - สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง และความจำเป็นของการเบิกจ่ายแบบยืดหยุ่น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกิน                                                                       | - นำเสนอข้อมูลผ่าน policy brief และการประชุมเชิงปฏิบัติการ<br>- นำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากการศึกษาไปประกอบกับ | - การพัฒนาโมเดลเบิกจ่ายแบบใหม่ เช่น pay-for-performance หรือ cost-based payment                                                              | อาจจะมีการลงทุนเทคโนโลยีที่สามารถจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพื่อ |



| ประเด็น | สิ่งที่ค้นพบ                                                                     | แนวทางการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม                                                   | ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย                                               | หมายเหตุ                         |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|         | - แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปหลังดำเนินนโยบาย | การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วย เพื่อออกแบบอัตราค่าบริการที่เหมาะสม | - พัฒนาและเชื่อมต่อฐานข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการ | คาดการณ์ต้นทุนแยกตามประเภทบริการ |

## บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา

การประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) เป็นการประเมินเพื่อใช้สำหรับการพัฒนานโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน หรือนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนโยบายที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนานโยบายให้เหมาะสมกับบริบทในขณะนั้นอย่างทันทางที่ การประเมินเชิงนโยบายถูกใช้เพื่อประเมินนโยบาย/โครงการของภาครัฐในหลายแห่ง เช่น การประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อประเมินผลการดำเนินนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็ก และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้นำไปสู่การเสนอนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ (27)

ประเทศออสเตรเลียนำแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนามาใช้ในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้เกิดการสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน (28) ประเทศสหรัฐอเมริกา กรมอนามัยแห่งรัฐอินเดียนาได้มีการนำแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนามาใช้เพื่อศึกษาการประสานงานกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขด้านโรคเรื้อรัง โดยนำข้อเสนอที่ได้จากประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาในระยะยาว

ความท้าทายของการประเมินเชิงพัฒนา คือ ความร่วมมือและการตอบสนองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jodie Bailie (17) ที่ศึกษาเรื่องการใช้การประเมินเชิงพัฒนาเพื่อประเมินโครงการปรับปรุงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองประเทศออสเตรเลีย จากผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการประเมินเชิงพัฒนา และการนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปใช้ต่อ หากผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญและนำข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาไปใช้ประโยชน์ต่อ ก็จะก่อให้เกิดกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายอย่างสม่ำเสมอ (feedback loop)

คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนาเพื่อประเมินผลการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่น่านองช่วง พ.ศ. 2567 โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายการดำเนินนโยบายฯ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน ระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับปฏิบัติการ จากนั้นคณะผู้วิจัยดำเนินการประเมินนโยบายฯ และสรุปผลการประเมินเพื่อเป็นข้อมูลส่งกลับไปยังผู้ดำเนินงานในพื้นที่ ผ่านการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ และผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดข้อมูลย้อนกลับและการพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างทันทางที่

คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการพัฒนาแผนภาพ TOC แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงคณะผู้วิจัยและผู้มีบทบาทในการร่วมติดตามนโยบายฯ ในหน่วยงานอื่น เพื่อวางแผนการติดตามผลการดำเนินนโยบายฯ ร่วมกัน โดยคณะผู้วิจัยมีบทบาทในการติดตามกิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ในการดำเนินนโยบายฯ ตามที่สรุปได้ในตารางที่ 28 สรุปผลการประเมินนโยบายฯ

จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายฯ ในระยะนำร่อง คณะผู้วิจัยไม่อาจสรุปได้ว่านโยบายฯ ควรขยายผลต่อไปหรือไม่ เนื่องจากผลการศึกษาทั้งในส่วนการทำ TOC รวมถึงผลการสัมภาษณ์ และการสำรวจชี้ให้เห็นว่า นโยบายสามารถสร้างให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ทั้งในด้านที่ดีและไม่ดีได้ ขึ้นอยู่กับแนวทางการดำเนินนโยบายฯ และการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการตัดสินใจพัฒนานโยบายฯ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ณ ขณะนั้น อีกทั้งการติดตามและประเมินผลการดำเนินนโยบายฯ นี้เป็นเพียงการประเมินผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นภายหลังจากที่มีการประกาศใช้นโยบายฯ ไม่เกิน 1 ปี ผลการดำเนินนโยบายฯ ที่วัดได้จากการติดตามและประเมินผลนี้จึงอาจเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต จากการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ให้บริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ เช่น ผู้นำ นโยบายและการสนับสนุนจากรัฐ ความสนใจของประชาชน หรือโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น ถึงแม้ว่านโยบายฯ จะสร้างผลในด้านดี แต่จากการติดตามและประเมินผล คณะผู้วิจัยพบว่านโยบายฯ จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานเพื่อรับมือกับความท้าทายที่เกิดขึ้น โดยคณะผู้วิจัยสรุปประเด็นนโยบายฯ ควรได้รับการปรับปรุงไว้ดังบทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

### อภิปรายการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาหลังดำเนินนโยบายฯ พบว่าประโยชน์หลักของนโยบายคือการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนสิทธิบัตรทอง ประชาชนสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงโดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวและสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านได้ ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดจำนวนครั้งในการไปหน่วยบริการ ส่งผลให้เกิดความสะดวกมากขึ้น ในด้านผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมได้รับประโยชน์จากจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้น รวมถึงรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการภายใต้นโยบายฯ นอกจากนี้ การเข้าร่วมนโยบายฯ ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการให้บริการใหม่ ๆ เช่น การติดตามอาการหลังรับบริการและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยเสริมประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน

แม้ประโยชน์ของนโยบายฯ จะชัดเจนในแง่ของการเพิ่มการเข้าถึงบริการ แต่ยังพบปัญหาในด้านมาตรฐานการให้บริการระหว่างหน่วยงานรัฐและหน่วยนวัตกรรมที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชนในการใช้บริการในหน่วยนวัตกรรม นอกจากนี้ในช่วงระยะเริ่มต้นของนโยบายฯ กระบวนการเบิกเคลมค่าบริการยังมีความล่าช้า และระบบบันทึกข้อมูลมีความซับซ้อน ส่งผลให้หน่วยบริการบางส่วนเกิดความกังวลเกี่ยวกับการได้รับค่าชดเชยบริการคืนจาก สปสช.

ในช่วงไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2567 ผู้ให้บริการในพื้นที่นำร่องให้ความเห็นว่าจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิไม่ได้แตกต่างจากก่อนมีนโยบายฯ มากนัก ประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในเดือน ม.ค. ถึง มี.ค. ของ พ.ศ. 2566 กับ พ.ศ. 2567 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการที่สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 คลี่คลายร่วมด้วย อีกทั้งอาจเป็นผลมาจากการคมนาคมในพื้นที่นำร่องไม่ได้มีขนส่งสาธารณะที่สามารถให้ประชาชนเดินทางเข้ามาในเมืองได้สะดวก อย่างไรก็ตามสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือภาระงานในด้านการเตรียมพร้อมเทคโนโลยีฯ เพื่อรองรับระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ระบบการให้บริการภายใต้นโยบายฯ และระบบการเบิกเคลมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาระงานโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในหน่วยบริการที่ดำเนินนโยบายในระยะที่ 1 ในส่วนของหน่วยนวัตกรรมต้องมีการเตรียมพร้อมในการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา กับ สปสช. รวมถึงต้องมีการเรียนรู้ระบบบันทึกรายการบริการเพื่อการเบิกเคลมกับ สปสช. เพิ่มเติม นอกจากนี้ สสจ. และ อบจ. ได้มีการวางแผนการบริหารจัดการทั้งในเรื่องวัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายฯ ภายในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างราบรื่น แสดงให้เห็นว่าระบบเทคโนโลยีฯ มีความสำคัญต่อนโยบายนี้เป็นอย่างมาก ดังนั้นการมีบุคลากรด้านเทคโนโลยีฯ ที่มีศักยภาพ ประกอบกับการมีแรงสนับสนุนจากผู้นำองค์กร ส่งผลให้หน่วยงานสามารถเตรียมพร้อมระบบเทคโนโลยีฯ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพบว่าผู้ให้บริการบางส่วนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของทักษะในการป้องกันและรับมือกับภัยคุกคาม และมาตรฐานของระบบสารสนเทศและความปลอดภัยทางไซเบอร์ของหน่วยบริการยังคงต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สอดคล้องกับการวิจัยของ อ้อมใจ รัตนานนท์ ศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (e-Health) ของสถาบันโรคทรวงอก ผลการวิจัยสรุปว่าหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จของนโยบายสุขภาพดิจิทัล คือบุคลากรทางด้านเทคโนโลยีฯ ที่มีคุณภาพและจำนวนเหมาะสมกับภาระงาน รวมถึงผู้นำองค์กรต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนนโยบาย (29)

ในปัจจุบันผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งในและนอกพื้นที่นำร่องยังคงมีความเข้าใจต่อนโยบายฯ ที่คลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อการรับบริการตามนโยบาย ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของผู้ให้บริการในการอธิบายเงื่อนไขการให้บริการและเรียนรู้ปรับตัวกับนโยบายฯ ความกังวลของผู้รับบริการในการเข้าถึงบริการภายใต้นโยบายฯ ความไม่เข้าใจในระบบแสดงผลข้อมูลประวัติสุขภาพ ฯลฯ ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากการประชาสัมพันธ์และสื่อสารนโยบายฯ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร นิพานนท์ ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารและการบริหารประเด็นเพื่อผลักดันนโยบายระบบสุขภาพมาตรฐานเดียว ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนของนโยบาย ส่งผลให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและประโยชน์จากนโยบายได้ รวมถึงการนำเสนอข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่องและขาดการมีส่วนร่วมจากประชาชนทำให้เกิดความเข้าใจผิดและความไม่เชื่อมั่นในระบบ (30)

นโยบายฯ เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงและพัฒนาระบบข้อมูลของหน่วยบริการ ซึ่งการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกสังกัดและทุกระดับเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของนโยบายฯ แม้ว่าในช่วงระยะแรกของการดำเนินนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่องพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน แต่ทางหน่วยงานส่วนกลางก็มีช่องทางให้หน่วยบริการได้แจ้งปัญหาและดำเนินการแก้ไข เพื่อให้นโยบายฯ สามารถดำเนินงานได้ทั่วประเทศอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในระบบการแสดงผลข้อมูลสุขภาพในแอปพลิเคชันหมอพร้อมหลังจาก 48 ชั่วโมงที่หน่วยบริการส่งข้อมูล ส่งผลให้ทั้งผู้ให้บริการและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ทันที ทำให้ประชาชนขาดเครื่องมือในการสนับสนุนการดูแลตนเอง และอาจส่งผลกระทบต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ผู้ให้บริการยังคงเสียเวลาขอข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทางหรือต้องซักประวัติใหม่ นอกจากนี้หากประชาชนเข้ารับบริการที่หน่วยบริการมากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน และระบบไม่สามารถแสดงผลการเข้ารับบริการได้ทันที จะส่งผลให้ระบบไม่สามารถตรวจจบการฉีดยาให้บริการได้ นำไปสู่ปัญหาการเข้ารับบริการเกินความจำเป็นในอนาคต ยิ่งไปกว่านั้นอาจเกิดปัญหาการจ่ายชดเชยค่าบริการว่าควรจะจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการใด หากมีหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่งส่งข้อมูลของผู้ป่วยคนเดียวกันที่ใช้บริการประเภทเดียวกันใน 1 วัน ดังนั้นหากในอนาคตระบบการแสดงผลข้อมูลสุขภาพสามารถแสดงผลได้รวดเร็วขึ้น อาจแก้ปัญหาดังกล่าวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nishamathi Kumaraswamy ศึกษาการตรวจจบการฉีดยาของระบบประกันสุขภาพ medicare แสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับข้อมูลการเบิกเคลมแบบทันที (real-time) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจจบการฉีดยาได้ (31)

โดยสรุป ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งในแง่ของวัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน และบุคลากร เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขเพื่อให้การขยายผลนโยบายฯ ในระยะถัดไปเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรแก้ไขปัญหาการสื่อสารระหว่างหน่วยงานกลางกับหน่วยบริการ และระหว่างหน่วยบริการกับประชาชนให้เกิดความชัดเจน ต่อเนื่อง และครอบคลุม

ผู้กำหนดนโยบายควรเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีฯ โดยจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นและเสริมสร้างความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ในทุกระดับหน่วยบริการ ควรมีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรด้าน IT ในระดับจังหวัดและหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลและบำรุงรักษาระบบ นอกจากนี้ควรเร่งประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยใช้ช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น การสื่อสารผ่านผู้นำชุมชน วิทยุท้องถิ่น หรือการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความเข้าใจในประโยชน์ของการลงทะเบียน health ID อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาจัดตั้งกลไกประสานงานระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในด้านการลงทะเบียน health ID การเชื่อมโยงข้อมูล และการแก้ไขปัญหาในระดับปฏิบัติการ รวมถึงวางระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่

## อภิปรายการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย

ต้นทุนการบริการในแต่ละประเภทหน่วยนวัตกรรมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเภทหน่วยนวัตกรรม และลักษณะการบริการ โดยพบว่าองค์ประกอบหลักของต้นทุน เช่น ค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ ค่ายา และค่าแรง มีสัดส่วนที่แตกต่างกันในแต่ละประเภทบริการ โดยร้านยามีค่ายาเป็นต้นทุนหลัก ซึ่งส่งผลให้ค่ายามีสัดส่วนสูงกว่าต้นทุนอื่น ๆ สำหรับคลินิกพยาบาลโดยมีค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด แสดงถึงการใช้วัสดุและเวชภัณฑ์เป็นส่วนประกอบสำคัญในงานบริการพยาบาล เช่น การบริการให้ยาตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการบริการพยาบาลพื้นฐาน (เช่น ทำแผล ใส่สายยางกระเพาะอาหาร เป็นต้น) สำหรับคลินิกเทคนิคการแพทย์โดยมีค่าแรงเป็นต้นทุนหลักสะท้อนถึงความซับซ้อนและความเชี่ยวชาญในงานเทคนิคการแพทย์ เช่น การเก็บส่งตรวจและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางสำหรับคลินิกกายภาพบำบัด โดยค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ และค่าแรง มีสัดส่วนสูงใกล้เคียงกัน แสดงถึงการใช้วัสดุที่ใช้เฉพาะทาง ได้แก่ แผ่นประคบร้อน-เย็น สายยางยืด เจลหรือครีมที่ใช้ในกระบวนการรักษา เป็นต้น และการให้บริการโดยบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ ฟิสิกส์สมรรถภาพ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือแก้ไขการพูด สำหรับคลินิกทันตกรรมมีต้นทุนการบริการที่สูงที่สุด โดยมีค่าแรงเป็นสัดส่วนหลัก และค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วนรอง แสดงถึงการใช้อุปกรณ์ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์เฉพาะทางที่มีต้นทุนสูง ได้แก่ การตรวจสอบสภาพช่องปากและวางแผนการรักษาและ/หรือ X-ray การเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ การอุดฟัน หินน้ำลายทั้งปาก การอุดฟัน การถอนฟัน เป็นต้น สำหรับคลินิกเวชกรรมโดยมีค่าแรง และค่ายาเป็นต้นทุนหลัก ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของบุคลากรในการบริการคำบำบัดและการบริการทางการแพทย์และการใช้ยาในงานเวชกรรมทั่วไป และสำหรับคลินิกแพทย์แผนไทยโดยค่าวัสดุและเวชภัณฑ์เป็นต้นทุนหลัก เช่น สมุนไพรที่ใช้ในบริการนวด ประคบ อบสมุนไพร และเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องในบริการแผนไทย ดังนั้น ค่าแรงและค่าวัสดุ/เวชภัณฑ์มีบทบาทสำคัญในหลายหน่วยนวัตกรรม ทั้งนี้ผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรและบริหารจัดการต้นทุนในสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

หน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการบางประเภท เช่น คลินิกทันตกรรมและคลินิกพยาบาล มีต้นทุนเฉลี่ยสูงกว่า อาจแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มคุณภาพหรือกิจกรรมที่ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานโครงการ และเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการ แต่ในหน่วยนวัตกรรมบางประเภท เช่น ร้านยา คลินิกกายภาพบำบัด และคลินิกแพทย์แผนไทย กลับมีต้นทุนเฉลี่ยต่ำกว่าหน่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการ อาจแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการบริหารจัดการที่ดีขึ้นหรือการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ความแตกต่างของต้นทุนระหว่างหน่วยบริการที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อต้นทุน เช่น บริบทพื้นที่ ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากร ขนาดและมาตรฐานของสถานประกอบการ ศักยภาพในการบริหารจัดการ และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับโครงการ และปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้าน ทั้งนี้หน่วยงานที่มีต้นทุนสูงควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม และหน่วยที่บริหารต้นทุนได้ดี สามารถเป็นตัวอย่างแนวทางลดต้นทุน

สำหรับต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยนวัตกรรมประเภทเดียวกัน แต่บริบทต่างกัน เช่น ทำเลที่ตั้ง ขนาดสถานประกอบการ และการบริหารจัดการ ยกตัวอย่าง พื้นที่ในเมืองเทียบกับพื้นที่ชนบท สปสข. ควรชดเชยด้วยอัตราเดียวกันหรือไม่ ถ้าหากชดเชยด้วยอัตราเดียวกันข้อดี คือ 1) ความเท่าเทียมและโปร่งใส ใช้หลักเกณฑ์ที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกพื้นที่ 2) ลดความซับซ้อนในการบริหารจัดการ ช่วยให้ง่ายต่อการวางแผนงบประมาณและการเบิกจ่าย 3) ส่งเสริมการพัฒนาบริการในพื้นที่ชนบท โดยหน่วยนวัตกรรมในชนบทจะได้รับการสนับสนุนในอัตราเดียวกับในเมือง ซึ่งอาจช่วยให้มีทรัพยากรเพียงพอในการพัฒนาการบริการไปยังพื้นที่ชนบท ซึ่งอาจช่วยลดช่องว่างด้านนวัตกรรมระหว่างภูมิภาคในเมืองและชนบทได้ 4) สนับสนุนการควบคุมต้นทุนในระบบ การใช้อัตราเดียวกันป้องกันการเกิดความแตกต่างที่อาจนำไปสู่การเพิ่มต้นทุนโดยไม่จำเป็นในพื้นที่ที่มีต้นทุนต่ำกว่า (32-34) ในขณะที่ข้อเสียของการชดเชยด้วยอัตราที่แตกต่างกัน คือ 1) เพิ่มความซับซ้อนในการบริหารจัดการ อาจต้องใช้การวิเคราะห์เชิงลึกในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละพื้นที่ และปรับอัตราให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ทำให้การจัดสรรงบประมาณยุ่งยากขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดพลาด 2) ความไม่เท่าเทียมกัน อาจทำให้หน่วยบริการในชนบทหรือพื้นที่ที่มีอัตราชดเชยน้อยกว่าเสียเปรียบและส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในพื้นที่เหล่านี้ลดลง 3) กระตุ้นความไม่พอใจระหว่างพื้นที่ การกำหนดอัตราชดเชยที่แตกต่างกันอาจทำให้เกิดความไม่พอใจในพื้นที่ที่ได้รับอัตราชดเชยน้อยกว่า แม้จะมีต้นทุนต่ำกว่า 4) ผลกระทบต่อการส่งเสริมบริการในชนบท หากอัตราชดเชยในชนบทต่ำกว่าในเมือง อาจลดแรงจูงใจให้บุคลากรและหน่วยนวัตกรรมเข้ามาพัฒนาบริการในพื้นที่ชนบท ดังนั้นโดยสรุป การกำหนดอัตราเดียวกันเหมาะสมในมิติของความเท่าเทียมและความง่ายในการบริหารจัดการ แต่ในมุมมองของอัตราที่แตกต่างกัน แม้จะสะท้อนต้นทุนจริงในแต่ละพื้นที่ แต่ก็อาจนำไปสู่ความซับซ้อนในการจัดการและความไม่เท่าเทียมในระบบสุขภาพ (34, 35)

### ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้อยู่ที่ระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตามผลกระทบของนโยบายฯ ในระยะยาวได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพอาจมีความลำเอียงจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเกิดจากการประสานงานของหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผู้ที่มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อนโยบายฯ มากกว่ากลุ่มที่มีความคิดเห็นเชิงลบ อีกทั้งผลการศึกษาเป็นข้อมูลเฉพาะพื้นที่นำร่องและพื้นที่คู่เทียบบางจังหวัด จึงอาจไม่สามารถสรุปผลในภาพรวมของประเทศได้อย่างครอบคลุม ยิ่งไปกว่านั้นช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลคือระยะแรกของการเริ่มดำเนินนโยบายฯ ซึ่งเป็นช่วงของการเตรียมพร้อมนโยบายฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอาจไม่มีการรับรู้นโยบายฯ มากนัก ส่งผลให้ข้อมูลอาจเกิดการสะท้อนภาพของกระบวนการเตรียมความพร้อม มากกว่าประสบการณ์การใช้บริการและการให้บริการที่แท้จริงในระยะดำเนินงาน

การเก็บข้อมูลยังเผชิญข้อจำกัดจากสถานการณ์ภาคสนาม เช่น ความไม่สะดวกของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาในการสัมภาษณ์ ทำให้ไม่สามารถสำรวจ

ความคิดเห็นได้ในทุกแง่มุม นอกจากนี้การเก็บข้อมูลยังไม่ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ ซึ่งอาจมีความคิดเห็นและประสบการณ์ที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่สะท้อนภาพรวมของประชาชนในพื้นที่อย่างครบถ้วน

สำหรับข้อจำกัดในการศึกษา การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในครั้งนี้อาจไม่สามารถกำหนดปรับอัตราชดเชยการให้บริการในหน่วยนวัตกรรมที่ สปสช. กำหนดให้มีค่าสูงหรือต่ำกว่าต้นทุนที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน เพราะข้อมูลต้นทุนของการศึกษานี้อาจยังมีความไม่เที่ยงตรงและแม่นยำ เนื่องจากเป็นระยะเปลี่ยนผ่านนโยบาย (จำนวนประชากรที่รับรู้บริการในหน่วยนวัตกรรมอาจไม่ทั่วถึง ทำให้จำนวนบริการอาจน้อยกว่าระยะต่อมา ซึ่งจำนวนบริการส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วยเป็นอย่างมาก) และส่งผลให้จำนวนตัวอย่างในการศึกษานี้ยังน้อยอยู่อีกทั้งเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังที่ไม่ครอบคลุมฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากกรอบเวลาในการศึกษาไม่ครอบคลุมระยะเวลา 1 ปี ทำให้ผลการศึกษาสสะท้อนสถานการณ์บางส่วนเท่านั้น ไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ทั้งหมดได้ในแต่ละเดือน ควรติดตามผลระยะยาวเพื่อให้เห็นแนวโน้มต้นทุนต่อหน่วยที่แท้จริง เนื่องจากการแปรผันของการใช้ทรัพยากรและการใช้บริการมีความสัมพันธ์กับช่วงเวลาต่าง ๆ ในแต่ละเดือน เช่น หน่วยนวัตกรรมบางแห่งมีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากจำนวนการเข้าใช้บริการ (visit) ของผู้ป่วยที่ต่ำกว่าในเดือนดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Singh et al., 2007 และ Haimovich et al., 2017 (36, 37) ที่พบว่า ฤดูกาลและเดือนมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งการเก็บข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมฤดูกาลอาจทำให้การประเมินทรัพยากรทางการแพทย์ในบางช่วงเวลาไม่สมบูรณ์หรือไม่สะท้อนสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตามหลักการชดเชยค่าบริการในหน่วยนวัตกรรม อาจไม่จำเป็นต้องสะท้อนต้นทุนทั้งหมดของหน่วยนวัตกรรม เช่น อาจไม่จำเป็นต้องชดเชยงบลงทุนในสิ่งปลูกสร้างและการตกแต่งสิ่งปลูกสร้างซึ่งนับเป็นสัดส่วนต้นทุนที่สูง ในกรณีค่าลงทุนซึ่งนับเป็นสัดส่วนร้อยละ 14-20 ของต้นทุนต่อหน่วย ฯลฯ ในการนี้คณะผู้วิจัยเสนอให้ สปสช. พิจารณาทำข้อตกลงกับหน่วยนวัตกรรมถึงประเภทของต้นทุนที่ สปสช. ควรให้การชดเชย เป็นต้น สำหรับข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการเก็บตัวอย่าง การใช้แนวทางการคำนวณต้นทุนแบบภาพรวม (หรือที่เรียกว่า top-down costing) ช่วยลดความซับซ้อนในการเก็บข้อมูล เนื่องจากการคำนวณต้นทุนโดยใช้ข้อมูลในระดับภาพรวมที่ไม่ได้เจาะจงถึงบริการแต่ละประเภท ซึ่งทำให้สะดวกและรวดเร็วในการคำนวณและเก็บข้อมูล ประหยัดเวลาและทรัพยากรในการเก็บข้อมูล แนวทางนี้อาจไม่สามารถสะท้อนต้นทุนรายบริการที่ตรงกับอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนดในประกาศของ สปสช. ได้ เนื่องจากต้นทุนในรูปแบบภาพรวมอาจไม่สามารถประเมินการใช้ทรัพยากรได้อย่างแม่นยำ และไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างหรือความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับบริการแต่ละประเภท หากทำเช่นนั้นต้องใช้รูปแบบการเก็บข้อมูลตามรูปแบบการให้บริการของแต่ละหน่วยนวัตกรรมซึ่งมีรายละเอียดยิบย่อย ซับซ้อน และใช้เวลามาก ทำให้ยากต่อการเก็บข้อมูลทั้งผู้เก็บข้อมูลและผู้ให้ข้อมูล อีกทั้งผลการศึกษาดังกล่าวอาจเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงในบางกรณี เนื่องจากวัสดุสิ้นเปลืองบางอย่างไม่สามารถระบุราคาได้อย่างถูกต้องและชัดเจน



การใช้ bottom-up costing หรือการคำนวณต้นทุนจากระดับบริการจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของแต่ละบริการได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ได้จากต้นทุนต่อหน่วยแตกต่างกันและมีการกระจายข้อมูลค่อนข้างสูง สังเกตได้จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง สาเหตุเกิดจากข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และในบางพื้นที่ที่มีข้อมูลต้นทุนในการลงทุนสูงมาก แต่จำนวนการเข้าใช้บริการกลับน้อยในเดือนนั้น ในทางกลับกันบางพื้นที่มีต้นทุนการลงทุนต่ำกว่า แต่จำนวนการเข้าใช้บริการกลับต่ำกว่าในเดือนเดียวกัน แม้จะเป็นประเภทหน่วยนวัตกรรมเดียวกันก็ตาม และจำนวนการเข้าใช้บริการที่แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละพื้นที่ และแต่ละประเภทของหน่วยนวัตกรรมนั้นในเดือนที่เก็บข้อมูล ทั้งนี้อาจสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าขั้นตอนทางการแพทย์มีต้นทุนต่อหน่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งเน้นให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างต้นทุนและอัตราค่าบริการ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการได้ (38) ดังนั้นการนำเสนอข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในภาพรวมจึงอาจไม่เพียงพอต่อการผลักดันนโยบาย จึงควรมีการศึกษาที่ละเอียดยิ่งขึ้น สำหรับข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างและอคติจากการให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง หากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุมผู้ใช้บริการทุกกลุ่มที่อาจมีพฤติกรรมการใช้บริการที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินต้นทุนที่ผิดพลาด อาจทำให้ข้อมูลต้นทุนต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงได้ ซึ่งอาจเกิดจากอคติหลายรูปแบบ เช่น การตอบแบบสอบถามที่มีแรงจูงใจที่จะตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง (incentives to misrepresented responses) อคติที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นของฝ่ายเดียว (political economy) อคติจากการเรียกคืนข้อมูล (recall bias) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลการศึกษา (39-41)

ดังนั้นในการศึกษาในอนาคตอาจใช้เทคนิค cheap talk-ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เช่น การเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง หรือแบบสามเส้า (triangulation) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาปัจจัยหลายด้านในการกำหนดอัตราค่าเช่า เช่น ความซับซ้อนของบริการ ความหลากหลายในกระบวนการทำงาน และทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละพื้นที่ สิ่งที่การศึกษานี้ชี้แนะคือควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอ และให้ความสำคัญกับการศึกษาต้นทุนเชิงลึกในระดับที่สามารถปรับอัตราค่าเช่าการให้บริการในหน่วยนวัตกรรมที่ สปสข. กำหนดรายกิจกรรมได้ ไม่ใช่เพียงภาพรวม และควรให้ความสำคัญกับหน่วยนวัตกรรมที่ต้นทุนต่อหน่วยสูง และยินดีให้ข้อมูลที่ไม่มียอด

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์แยกประเภทระหว่างหน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ แต่ผลลัพธ์ไม่เป็นดังที่คาดหวังเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอาจไม่เพียงพอหรือไม่หลากหลายพอที่จะสะท้อนความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างกลุ่มหน่วยนวัตกรรมทั้งสอง และมีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นว่าการเข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อต้นทุนต่อหน่วย แต่ยังคงเกิดจากปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อต้นทุนต่อหน่วย เช่น ขนาดหน่วยนวัตกรรม การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวก ประเภทของบริการ ข้อมูลประชากรของผู้ป่วย ระดับความซับซ้อนของกรณีการรักษา จำนวน ตำแหน่งพนักงานและเงินเดือนพนักงาน ลักษณะ

ของพื้นที่ (ต้นทุนในเขตเมืองอาจสูงกว่าพื้นที่ชนบท ความแปรผันของจำนวนผู้รับบริการ (หน่วยนวัตกรรมที่มีผู้รับบริการน้อยอาจมีต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่าหน่วยนวัตกรรมที่มีจำนวนผู้รับบริการมาก) และระดับการบริหารจัดการ (การจัดการทรัพยากรในแต่ละสถานพยาบาล เช่น การใช้บุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพหรือการจัดซื้อจัดจ้าง) และการปฏิบัติตามกฎระเบียบและนโยบายอาจเพิ่มต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากต้องมีการกระบวนการหรือมาตรฐานการบริหารเพิ่มเติม เป็นต้น (2, 42, 43)

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าโรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 ซึ่งสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 0.3–8.1 (44) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นสำหรับการเตรียมความพร้อมของระบบสารสนเทศและเครือข่ายต่าง ๆ ให้สามารถรองรับกับการให้บริการตามนโยบายฯ จะเห็นได้ว่าต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 60-90 และในส่วนของจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นเช่นกันที่ประมาณร้อยละ 15 เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงอีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคเฉพาะทางพิเศษ การดำเนินนโยบายดังกล่าวจึงส่งผลให้มีผู้ป่วยนอกสิทธิการรักษาเข้ามาใช้บริการมากขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์นั้นจะแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรที่น้อยกว่า รวมไปถึงความสามารถในการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ทำให้การดำเนินนโยบายฯ อาจไม่ส่งผลหรือเป็นปัจจัยหลักในการเปลี่ยนแปลงไปของต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก

ทั้งนี้การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเริ่มดำเนินนโยบายฯ มีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำเพราะมีปัจจัยมากมายที่ส่งผลต่อต้นทุน รวมไปถึงระยะเวลาการดำเนินนโยบายฯ ดังกล่าวยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นปฏิบัติเป็นระยะเวลาเพียง 9 เดือน ทำให้ความพร้อมและความสมบูรณ์ของแหล่งข้อมูลยังมีความไม่แน่นอนสูง แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้วิธีการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) ที่เป็นการศึกษาเพื่อมุ่งเน้นไปจุดที่ควรปรับปรุงและพัฒนา นโยบายต่าง ๆ ที่กำลังดำเนินการ (45) การวิจัยวิธีดังกล่าวต้องการข้อมูลที่รวดเร็ว เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการตอบโต้กับบริบทของสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้ง การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการในครั้งนี้จึงสามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของต้นทุนจากการดำเนินนโยบายฯ ของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่หน่วยงานที่บริหารวางแผนจัดการงบประมาณเพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงทางการเงินของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ ทั้งนี้ยังสามารถนำไปต่อยอดการศึกษาด้านทุนการให้บริการในอนาคตได้ เมื่อนโยบายถูกนำไปปฏิบัติเต็มรูปแบบแหล่งข้อมูลจะมีความพร้อมและมีความสมบูรณ์ การศึกษาเพิ่มเติมกลุ่มโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นจะสามารถได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการที่แม่นยำและสมบูรณ์มากขึ้น

## บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ใน พ.ศ. 2567 อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลและหน่วยบริการนวัตกรรมการเข้าร่วมการดำเนินนโยบายในจังหวัดนาร่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพต่าง ๆ จากการศึกษาคณะผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะตามประเด็น ดังนี้

1. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ควรเร่งสร้างกลไกและระบบอภีบาลที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด รวมถึงหน่วยบริการเอกชน เพื่อความเชื่อมโยงของข้อมูลที่สมบูรณ์และเกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การจัดทำพระราชบัญญัติระบบสุขภาพดิจิทัล
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เร่งเชื่อมโยงข้อมูลการเข้ารับบริการให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้เกิดระบบการตรวจสอบที่สามารถป้องกันพฤติกรรมการใช้สิทธิโดยทุจริต (ซอปปิงยา) ของผู้ใช้สิทธิบางส่วน
3. สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการตรวจสอบก่อนและหลังการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพสามารถกำกับและติดตามการเบิกจ่ายค่าชดเชย เพื่อให้หน่วยบริการสามารถตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายและได้รับชดเชยค่าบริการที่ถูกต้องและรวดเร็ว อันจะเป็นการสร้างเชื่อมั่นให้กับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน
4. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP) เพื่อให้เกิดการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายแบบแยกเป็นรายการบริการ (fee schedule) ในกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอกที่อยู่นอกเขตการให้บริการ
5. สปสช. ควรทบทวนและปรับปรุงอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่หน่วยนวัตกรรมการที่เหมาะสมและยั่งยืน
6. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาชุดสื่อมาตรฐานและแนวทางการสื่อสารแก่ประชาชนที่เป็นเอกภาพ เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อนโยบายในแนวทางเดียวกัน
7. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดการความรู้ ที่รวบรวมแนวทางปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการสื่อสารนโยบายที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล และสามารถสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเป็นระบบ
8. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายกรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
9. กระทรวงสาธารณสุขร่วมวางแผนพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรให้กับโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) โดยเฉพาะด้านมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์

10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ สปสช. เขต พัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพ การกำกับติดตามและประเมินผล และพัฒนาการจัดระบบเครือข่ายปฐมภูมิรับ-ส่งต่อผู้รับบริการในพื้นที่และนอกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการส่งต่อบริการอย่างต่อเนื่องและลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ

## บทที่ 8 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ฉบับที่ 2) เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ได้ขยายการดำเนินงานตามนโยบายฯ ทั่วประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) อย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายฯ เป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งนี้ควรพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้

1. การศึกษารูปแบบและกลไกการประเมินและกำกับติดตามคุณภาพของการให้บริการ รวมถึงกลไกการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการทั้งในสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัด และหน่วยนวัตกรรมทุกประเภท
2. การศึกษาระบบกลไกการคลังและรูปแบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสม ภายใต้หลักการที่ทำให้ประชาชนมีอิสระในการเลือกรับบริการและเป็นผู้ได้รับประโยชน์สูงสุด
3. การศึกษารูปแบบและประสิทธิภาพการตรวจสอบและป้องกันการทุจริตในการให้บริการ (fraud detection) ของหน่วยบริการในปัจจุบัน เพื่อเสนอรูปแบบและกลไกการตรวจสอบการทุจริตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. การศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีรูปแบบการบริการ การบริหารจัดการ และลักษณะทางประชากรที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ เช่น คนจนเมือง
5. การศึกษาปัจจัยที่ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ เช่น การเข้าร่วมนโยบายฯ ของหน่วยงานเอกชน และการนำเทคโนโลยีและระบบดิจิทัลมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุข (digital transformation) เป็นต้น
6. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการเพิ่มเติม สำหรับประเภทการบริการยังไม่ครอบคลุมในการศึกษาที่ผ่านมา เช่น บริการ health rider, บริการรับยาที่ร้านยาในรูปแบบ model ต่าง ๆ และการให้บริการ telemedicine เป็นต้น
7. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการลงทุนภายใต้นโยบายฯ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (social return on investment หรือ SROI)

ภาคผนวก

## ภาคผนวก 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

### 1) ผู้รับบริการสาธารณสุข

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ รวมจำนวนทั้งสิ้น 132 คน โดยผู้รับบริการในการศึกษาส่วนนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- **กลุ่มที่ 1** ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่เข้าร่วมนโยบายฯ หมายถึง ประชาชนที่มี Health ID และเคยใช้บริการภายใต้นโยบายฯ
- **กลุ่มที่ 2** ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่ไม่เคยเข้าร่วมนโยบายฯ หมายถึง ประชาชนในพื้นที่นำร่องที่ยังไม่มี Health ID หรือมี Health ID แล้ว แต่ไม่เคยใช้บริการภายใต้นโยบายฯ ซึ่งรวมถึงประชาชนสิทธิข้าราชการ และประกันสังคม
- **กลุ่มที่ 3** ประชาชนในพื้นที่คู่เทียบ หมายถึง ประชาชนในจังหวัดอื่นนอกพื้นที่นำร่อง

### ตารางที่ 30 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มประชาชน

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล<br>กลุ่มประชาชน | ในพื้นที่นำร่อง (คน) |                    | พื้นที่คู่เทียบ<br>(คน) | รวม<br>(คน) |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|-------------|
|                                             | เข้าร่วมนโยบายฯ      | ไม่เข้าร่วมนโยบายฯ |                         |             |
| อายุ (ปี)                                   |                      |                    |                         |             |
| 18-27                                       | 0                    | 2                  | 2                       | 4           |
| 28-43                                       | 17                   | 17                 | 10                      | 44          |
| 44-59                                       | 14                   | 16                 | 17                      | 47          |
| 60 ปีขึ้นไป                                 | 16                   | 8                  | 13                      | 37          |
| เพศ                                         |                      |                    |                         |             |
| ชาย                                         | 16                   | 15                 | 10                      | 41          |
| หญิง                                        | 31                   | 28                 | 32                      | 91          |
| วุฒิการศึกษา                                |                      |                    |                         |             |
| ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ม.6                      | 32                   | 23                 | 26                      | 81          |
| ปริญญาตรี                                   | 7                    | 15                 | 9                       | 31          |
| ปวช./ปวส.                                   | 5                    | 5                  | 3                       | 13          |
| สูงกว่าป.ตรี                                | 1                    | 0                  | 2                       | 3           |
| ไม่ทราบ                                     | 2                    | 0                  | 2                       | 4           |
| จังหวัด                                     |                      |                    |                         |             |

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล<br>กลุ่มประชาชน | ในพื้นที่นาร่อง (คน) |                    | พื้นที่คู่เทียบ<br>(คน) | รวม<br>(คน) |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|-------------|
|                                             | เข้าร่วมนโยบายฯ      | ไม่เข้าร่วมนโยบายฯ |                         |             |
| แพร่                                        | 11                   | 14                 | 0                       | 25          |
| ร้อยเอ็ด                                    | 13                   | 14                 | 0                       | 27          |
| เพชรบุรี                                    | 11                   | 6                  | 0                       | 17          |
| นราธิวาส                                    | 12                   | 9                  | 0                       | 21          |
| อุดรดิตถ์                                   | 0                    | 0                  | 12                      | 12          |
| ขอนแก่น                                     | 0                    | 0                  | 6                       | 6           |
| ประจวบคีรีขันธ์                             | 0                    | 0                  | 13                      | 13          |
| นครศรีธรรมราช                               | 0                    | 0                  | 11                      | 11          |
| <b>อำเภอ</b>                                |                      |                    |                         |             |
| เขตเมือง                                    | 16                   | 14                 | 11                      | 41          |
| นอกเขตเมือง                                 | 31                   | 29                 | 31                      | 91          |
| <b>ระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการ (km)</b>    |                      |                    |                         |             |
| น้อยกว่า 1 กิโลเมตร                         | 1                    | 2                  | 0                       | 3           |
| 1-20 กิโลเมตร                               | 36                   | 30                 | 29                      | 95          |
| 21-40 กิโลเมตร                              | 7                    | 8                  | 7                       | 22          |
| 41-60 กิโลเมตร                              | 1                    | 1                  | 3                       | 5           |
| 61-80 กิโลเมตร                              | 0                    | 0                  | 0                       | 0           |
| 81-100 กิโลเมตร                             | 1                    | 1                  | 0                       | 2           |
| 100 กิโลเมตร ขึ้นไป                         | 1                    | 0                  | 0                       | 1           |
| ไม่ทราบ                                     | 0                    | 1                  | 3                       | 4           |
| <b>สิทธิการรักษา</b>                        |                      |                    |                         |             |
| ข้าราชการ                                   | 0                    | 12                 | 4                       | 16          |
| บัตรทอง                                     | 47                   | 11                 | 37                      | 95          |
| ประกันสังคม                                 | 0                    | 20                 | 1                       | 21          |
| <b>ประเภทผู้ป่วย</b>                        |                      |                    |                         |             |
| ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี                      | 9                    | 7                  | 6                       | 22          |
| ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง                 | 9                    | 7                  | 6                       | 22          |
| ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็ก<br>โรคหายาก         | 3                    | 3                  | 1                       | 7           |
| ผู้ป่วยโรคไต                                | 8                    | 4                  | 8                       | 20          |



| ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล<br>กลุ่มประชาชน | ในพื้นที่นาร่อง (คน) |                    | พื้นที่คู่เทียบ<br>(คน) | รวม<br>(คน) |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------|-------------|
|                                             | เข้าร่วมนโยบายฯ      | ไม่เข้าร่วมนโยบายฯ |                         |             |
| ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์                         | 5                    | 8                  | 6                       | 19          |
| ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ<br>ผ่าตัดต่อกระดูก  | 3                    | 3                  | 5                       | 11          |
| ผู้ป่วยที่เป็นคนพิการ                       | 4                    | 6                  | 5                       | 15          |
| ผู้ป่วยมะเร็ง                               | 6                    | 5                  | 5                       | 16          |

## 2) ผู้ให้บริการสาธารณสุข

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่มและสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในกลุ่มผู้ให้บริการ จากหน่วยงาน 47 แห่ง ทั้งใน สสจ. อบจ. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงหน่วยนวัตกรรมทั้ง 7 ประเภท รวมจำนวนผู้ให้บริการที่เข้าร่วมให้ข้อมูลทั้งสิ้น 219 คน

ตารางที่ 31 ประเภทและจำนวนหน่วยงานและผู้ให้ข้อมูลตามลักษณะหน่วยงาน

| ประเภทหน่วยงาน                            | พื้นที่นำร่อง      |                          |                    |                          | พื้นที่คู่เทียบ |    |
|-------------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|----|
|                                           | เข้าร่วมนโยบายฯ    |                          | ไม่เข้าร่วมนโยบายฯ |                          |                 |    |
|                                           | หน่วยงาน<br>(แห่ง) | ผู้ให้<br>ข้อมูล<br>(คน) | หน่วยงาน<br>(แห่ง) | ผู้ให้<br>ข้อมูล<br>(คน) |                 |    |
| <b>ภาครัฐ</b>                             |                    |                          |                    |                          |                 |    |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)           | 4                  | 17                       | n/a                | n/a                      | 4               | 11 |
| องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)           | 4                  | 8                        | n/a                | n/a                      | 2               | 7  |
| โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)                     | 1                  | 10                       | n/a                | n/a                      | 2               | 6  |
| โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)                    | 3                  | 22                       | n/a                | n/a                      | 2               | 8  |
| โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)                     | 4                  | 20                       | n/a                | n/a                      | 3               | 13 |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) | 8                  | 21                       | n/a                | n/a                      | 6               | 14 |
| <b>ภาคเอกชน</b>                           |                    |                          |                    |                          |                 |    |
| คลินิกเวชกรรม                             | 1                  | 1                        | 1                  | 1                        | 1               | 2  |
| คลินิกการพยาบาล                           | 6                  | 8                        | 1                  | 1                        | 4               | 4  |
| คลินิกทันตกรรม                            | 4                  | 4                        | 1                  | 1                        | 2               | 2  |
| คลินิกกายภาพบำบัด                         | 3                  | 5                        | 2                  | 2                        | 4               | 4  |
| คลินิกเทคนิคการแพทย์                      | 4                  | 6                        | -                  | -                        | 2               | 3  |
| คลินิกแพทย์แผนไทย                         | 1                  | 1                        | 2                  | 2                        | 1               | 2  |
| ร้านยา                                    | 4                  | 5                        | 4                  | 4                        | 4               | 4  |

|     |    |     |    |    |    |    |
|-----|----|-----|----|----|----|----|
| รวม | 47 | 128 | 11 | 11 | 37 | 80 |
|-----|----|-----|----|----|----|----|

## ภาคผนวก 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากผลการวิจัยเชิงปริมาณ

### 1) ผู้รับบริการสาธารณสุข

ผู้รับบริการสาธารณสุขจำนวน 1,618 คน ที่ตอบแบบสอบถามระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 แบ่งเป็นผู้รับบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำร่อง (ร้อยเอ็ด นครราชสีมา แพร่ และ เพชรบุรี) จำนวน 803 คน และ พื้นที่คู่เทียบ (ขอนแก่น สงขลา ประจวบคีรีขันธ์ และอุตรดิตถ์) 815 คน กลุ่มตัวอย่างมี อายุโดยเฉลี่ย 46 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86) มีสถานภาพสมรส/ แต่งงาน/มีคู่ (ร้อยละ 71) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ คือระดับมัธยมปลาย/ปวช. (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 81) ร้อยละ 85 ทำงาน และเป็นประเภทรับจ้างทั่วไป / ผู้ใช้แรงงาน เป็นส่วนใหญ่ รายได้ครัวเรือนของผู้รับบริการเฉลี่ย 27,296 บาท และมีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 10,035 บาท ผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 7) และกว่า 1 ใน 4 ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตใน การดำรงชีวิตประจำวัน (ตารางที่ 32) แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามพื้นที่ สัมภาษณ์

### 2) ผู้ให้บริการสาธารณสุข

ผู้ให้บริการสาธารณสุขจำนวน 4,342 คน ที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2567 จาก 65 จังหวัดทั่วประเทศ สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่ที่เริ่มดำเนิน นโยบายฯ ออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ระยะที่ 1 (n=469) ระยะที่ 2 (n=695) ระยะที่ 3 (n=2,138) กรุงเทพฯ (n= 102) และพื้นที่ที่ยังไม่เข้าร่วมนโยบายฯ (n=938) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 40 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อย ละ 81) เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 42) อายุงานเฉลี่ย 15 ปี ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสังกัดภาครัฐ (ร้อย ละ 99) ระยะเวลาการเข้าร่วมนโยบายฯ เฉลี่ย 6 เดือน เหตุผลส่วนใหญ่ที่ยังไม่ดำเนินนโยบายฯ คือ กำลัง เตรียมเข้าร่วมในระยะถัดไป (ร้อยละ 7) (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 32 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม

| ข้อมูล                    | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นาร่อง<br>(n=803), n(%) | พื้นที่คูเทียบ<br>(n=815), n(%) | p-value             |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (sd) | 45.8 (14.0)                | 44.5 (13.7)                    | 47.0 (14.3)                     | <0.001 <sup>W</sup> |
| กลุ่มอายุ                 |                            |                                |                                 |                     |
| 18 – 24 ปี                | 106 (6.6)                  | 59 (7.3)                       | 47 (5.8)                        | 0.012 <sup>C</sup>  |
| 25 – 39 ปี                | 462 (28.6)                 | 251 (31.3)                     | 211 (25.9)                      |                     |
| 40 – 54 ปี                | 587 (36.3)                 | 288 (35.9)                     | 299 (36.7)                      |                     |
| 55 – 75 ปี                | 463 (28.6)                 | 205 (25.5)                     | 258 (31.7)                      |                     |
| เพศ                       |                            |                                |                                 |                     |
| ชาย                       | 695 (43.0)                 | 342 (42.6)                     | 353 (43.3)                      | 0.763 <sup>F</sup>  |
| หญิง                      | 922 (57.0)                 | 460 (57.3)                     | 462 (56.7)                      |                     |
| เพศทางเลือก               | 1 (0.1)                    | 1 (0.1)                        | 0 (0.0)                         |                     |
| ศาสนา                     |                            |                                |                                 |                     |
| พุทธ                      | 1,395 (86.2)               | 604 (75.2)                     | 791 (97.1)                      | <0.001 <sup>F</sup> |
| คริสต์                    | 1 (0.1)                    | 0 (0.0)                        | 1 (0.1)                         |                     |
| อิสลาม                    | 222 (13.7)                 | 199 (24.8)                     | 23 (2.8)                        |                     |
| สถานภาพสมรส               |                            |                                |                                 |                     |
| โสด                       | 347 (21.4)                 | 181 (22.5)                     | 166 (20.4)                      | 0.045 <sup>C</sup>  |
| สมรส/แต่งงาน/มีคู่        | 1,149 (71.0)               | 551 (68.6)                     | 598 (73.4)                      |                     |

| ข้อมูล                               | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นำร่อง<br>(n=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(n=815), n(%) | p-value             |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| หม้าย                                | 65 (4.0)                   | 42 (5.2)                       | 23 (2.8)                         |                     |
| แยกกันอยู่/หย่า                      | 57 (3.5)                   | 29 (3.6)                       | 28 (3.4)                         |                     |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>           |                            |                                |                                  |                     |
| ไม่เคยเรียนหนังสือ                   | 30 (1.9)                   | 22 (2.7)                       | 8 (1.0)                          | 0.003 <sup>C</sup>  |
| ระดับประถมศึกษา                      | 378 (23.4)                 | 170 (21.2)                     | 208 (25.5)                       |                     |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น                | 336 (20.8)                 | 171 (21.3)                     | 165 (20.2)                       |                     |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.          | 551 (34.1)                 | 278 (34.6)                     | 273 (33.5)                       |                     |
| อนุปริญญา/ปวส./ปวท.                  | 157 (9.7)                  | 91 (11.3)                      | 66 (8.1)                         |                     |
| ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า            | 166 (10.3)                 | 71 (8.8)                       | 95 (11.7)                        |                     |
| <b>สิทธิ/สวัสดิการรักษายาบาลหลัก</b> |                            |                                |                                  |                     |
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ        | 1316 (81.3)                | 683 (85.1)                     | 633 (77.7)                       |                     |
| สิทธิประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน     | 195 (12.1)                 | 86 (10.7)                      | 109 (13.4)                       |                     |
| สิทธิสวัสดิการข้าราชการ              | 49 (3.0)                   | 13 (1.6)                       | 36 (4.4)                         |                     |
| สิทธิอื่นๆ /จ่ายเอง                  | 58 (3.6)                   | 21 (2.6)                       | 37 (4.5)                         |                     |
| <b>ลักษณะงานปัจจุบัน</b>             |                            |                                |                                  |                     |
| ว่างงาน / ไม่ทำงาน                   | 259 (16.0)                 | 100 (12.5)                     | 159 (19.5)                       | <0.001 <sup>C</sup> |
| นักเรียน/นักศึกษา                    | 50 (3.1)                   | 24 (3.0)                       | 26 (3.2)                         |                     |
| รับจ้างทั่วไป / ผู้ใช้แรงงาน         | 567 (35.0)                 | 325 (40.5)                     | 242 (29.7)                       |                     |
| เกษตรกรรวม (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน)        | 207 (12.8)                 | 119 (14.8)                     | 88 (10.8)                        |                     |

| ข้อมูล                                                               | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นำร่อง<br>(n=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(n=815), n(%) | p-value             |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| ข้าราชการ/ลูกจ้าง หน่วยงานรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ             | 61 (3.8)                   | 26 (3.2)                       | 35 (4.3)                         |                     |
| พนักงาน/ลูกจ้าง หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ                                | 233 (14.4)                 | 89 (11.1)                      | 144 (17.7)                       |                     |
| จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานและมีรายได้, ค่าเฉลี่ย (sd)            | 2.3 (0.96)                 | 2.2 (0.93)                     | 2.5 (0.97)                       | <0.001 <sup>W</sup> |
| จำแนกตามกลุ่ม                                                        |                            |                                |                                  |                     |
| 1-2 คน                                                               | 1071 (66.2)                | 590 (73.5)                     | 481 (59.0)                       | <0.001 <sup>F</sup> |
| 3-5 คน                                                               | 538 (33.3)                 | 209 (26.0)                     | 329 (40.4)                       |                     |
| >5 คน                                                                | 9 (0.6)                    | 4 (0.5)                        | 5 (0.6)                          |                     |
| รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท), ค่าเฉลี่ย (sd)                        | 27,295.8 (19,379.9)        | 22,769.5 (15,200.2)            | 31,755.5 (21,870.6)              | <0.001 <sup>W</sup> |
| รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท), ค่าเฉลี่ย (sd)                          | 10,034.7 (10,302.8)        | 9,188.8 (8,094.0)              | 10,868.2 (12,038.0)              | <0.001 <sup>W</sup> |
| การใช้โทรศัพท์มือถือ                                                 |                            |                                |                                  |                     |
| ไม่ใช้โทรศัพท์                                                       | 119 (7.4)                  | 59 (7.3)                       | 60 (7.4)                         | 0.986 <sup>C</sup>  |
| ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน (smart phone)                                   | 1,350 (83.4)               | 671 (83.6)                     | 679 (83.3)                       |                     |
| ใช้โทรศัพท์ฟิเจอร์โฟน (feature phone)                                | 149 (9.2)                  | 73 (9.1)                       | 76 (9.3)                         |                     |
| ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน                                |                            |                                |                                  |                     |
| ไม่ใช้                                                               | 372 (23.0)                 | 172 (21.4)                     | 200 (24.5)                       | 0.136 <sup>C</sup>  |
| ใช้                                                                  | 1,246 (77.0)               | 631 (78.6)                     | 615 (75.5)                       |                     |
| ค่าบริการอินเทอร์เน็ตและ/หรือ โทรศัพท์มือถือต่อเดือน, ค่าเฉลี่ย (sd) | 240.6 (176.3)              | 240.6 (168.6)                  | 240.6 (183.7)                    | 0.448 <sup>W</sup>  |
| ใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ในการดำรงชีวิตประจำวัน                 |                            |                                |                                  |                     |
| ไม่ใช้                                                               | 598 (37.0)                 | 305 (38.0)                     | 293 (36.0)                       | 0.397 <sup>C</sup>  |

| ข้อมูล | ทั้งหมด<br>(N=1,618), n(%) | พื้นที่นำร่อง<br>(n=803), n(%) | พื้นที่คู่เทียบ<br>(n=815), n(%) | p-value |
|--------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------|
| ใช้    | 1,020 (63.0)               | 498 (62.0)                     | 522 (64.0)                       |         |

หมายเหตุ: <sup>(C)</sup> Chi-square test, <sup>(F)</sup> Fisher's exact test, <sup>(W)</sup> Wilcoxon rank-sum test

ตารางที่ 33 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม

| ข้อมูลทั่วไป                               | ทั้งหมด<br>(N=4,342),<br>n(%) | ระยะ 1<br>(n=469),<br>n(%) | ระยะ 2<br>(n=695),<br>n(%) | ระยะ 3<br>(n=2,138),<br>n(%) | กรุงเทพฯ<br>(n=102),<br>n(%) | ยังไม่เข้าร่วม<br>(n=938), n(%) | p-value              |
|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (SD)                  | 39.7 (10.3)                   | 38.9 (8.8)                 | 38.5 (10.1)                | 39.8 (10.7)                  | 43.0 (9.4)                   | 40.5 (10.3)                     | < 0.001 <sup>κ</sup> |
| กลุ่มอายุ (ปี)                             |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| 18-29 ปี                                   | 867 (20.0)                    | 77 (16.4)                  | 159 (22.9)                 | 458 (21.4)                   | 9 (8.8)                      | 164 (17.5)                      | < 0.001 <sup>c</sup> |
| 30-39 ปี                                   | 1,396 (32.2)                  | 200 (42.6)                 | 234 (33.7)                 | 640 (29.9)                   | 27 (26.5)                    | 295 (31.4)                      |                      |
| 40-49 ปี                                   | 1,153 (26.6)                  | 132 (28.1)                 | 177 (25.5)                 | 546 (25.5)                   | 40 (39.2)                    | 258 (27.5)                      |                      |
| 50-59 ปี                                   | 859 (19.8)                    | 57 (12.2)                  | 114 (16.4)                 | 460 (21.5)                   | 23 (22.5)                    | 205 (21.9)                      |                      |
| มากกว่าเท่ากับ 60 ปี                       | 51 (1.2)                      | 1 (0.2)                    | 7 (1.0)                    | 27 (1.3)                     | 3 (2.9)                      | 13 (1.4)                        |                      |
| ไม่มีข้อมูล                                | 16 (0.4)                      | 2 (0.4)                    | 4 (0.6)                    | 7 (0.3)                      | 0 (0)                        | 3 (0.3)                         |                      |
| เพศ                                        |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| ชาย                                        | 765 (17.6)                    | 60 (12.8)                  | 126 (18.1)                 | 381 (17.8)                   | 14 (13.7)                    | 184 (19.6)                      | -                    |
| หญิง                                       | 3,532 (81.3)                  | 405 (86.4)                 | 561 (80.7)                 | 1735 (81.2)                  | 85 (83.3)                    | 746 (79.5)                      |                      |
| เพศทางเลือก                                | 34 (0.8)                      | 4 (0.9)                    | 7 (1.0)                    | 17 (0.8)                     | 1 (1.0)                      | 5 (0.5)                         |                      |
| ไม่ระบุ                                    | 11 (0.3)                      | 0 (0)                      | 1 (0.1)                    | 5 (0.2)                      | 2 (2.0)                      | 3 (0.3)                         |                      |
| ตำแหน่งงานในปัจจุบัน                       |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| แพทย์                                      | 89 (2.0)                      | 7 (1.5)                    | 8 (1.2)                    | 40 (1.9)                     | 14 (13.7)                    | 20 (2.1)                        | < 0.001 <sup>c</sup> |
| ทันตแพทย์/ผู้ช่วยทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันต | 201 (4.6)                     | 24 (5.1)                   | 32 (4.6)                   | 86 (4.0)                     | 15 (14.7)                    | 44 (4.7)                        |                      |
| สาธารณสุข                                  |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |



| ข้อมูลทั่วไป                                                                        | ทั้งหมด<br>(N=4,342),<br>n(%) | ระยะ 1<br>(n=469),<br>n(%) | ระยะ 2<br>(n=695),<br>n(%) | ระยะ 3<br>(n=2,138),<br>n(%) | กรุงเทพฯ<br>(n=102),<br>n(%) | ยังไม่เข้าร่วม<br>(n=938), n(%) | p-value              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| เภสัชกร/ผู้ช่วยเภสัชกร                                                              | 162 (3.7)                     | 15 (3.2)                   | 33 (4.7)                   | 69 (3.2)                     | 14 (13.7)                    | 31 (3.3)                        |                      |
| นักเทคนิคการแพทย์                                                                   | 101 (2.3)                     | 6 (1.3)                    | 15 (2.2)                   | 58 (2.7)                     | 0 (0)                        | 22 (2.3)                        |                      |
| พยาบาล/ พยาบาลเทคนิค/ ผู้ช่วยพยาบาล                                                 | 1,838 (42.3)                  | 310 (66.1)                 | 296 (42.6)                 | 878 (41.1)                   | 46 (45.1)                    | 308 (32.8)                      |                      |
| นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด                                                         | 75 (1.7)                      | 10 (2.1)                   | 9 (1.3)                    | 38 (1.8)                     | 0 (0)                        | 18 (1.9)                        |                      |
| แพทย์แผนไทย                                                                         | 82 (1.9)                      | 6 (1.3)                    | 14 (2.0)                   | 40 (1.9)                     | 0 (0)                        | 22 (2.3)                        |                      |
| นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข                                                     | 818 (18.8)                    | 30 (6.4)                   | 134 (19.3)                 | 427 (20.0)                   | 1 (1.0)                      | 226 (24.1)                      |                      |
| นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน/พนักงานฝ่ายสนับสนุน<br>(การเงินและบัญชี/งานประกัน/งานธุรการ) | 417 (9.6)                     | 33 (7.0)                   | 73 (10.5)                  | 183 (8.6)                    | 10 (9.8)                     | 118 (12.6)                      |                      |
| ผู้บริหารองค์กร ได้แก่ ผอ.โรงพยาบาล ผอ.รพ.สต.                                       | 115 (2.6)                     | 5 (1.1)                    | 10 (1.4)                   | 57 (2.7)                     | 0 (0)                        | 43 (4.6)                        |                      |
| อื่น ๆ                                                                              | 444 (10.2)                    | 23 (4.9)                   | 71 (10.2)                  | 262 (12.3)                   | 2 (2.0)                      | 86 (9.2)                        |                      |
| อายุงาน (ปี), ค่าเฉลี่ย (SD)                                                        | 15.2 (10.9)                   | 14.6 (9.4)                 | 14.5 (10.8)                | 14.9 (11.1)                  | 15.5 (10.9)                  | 16.4 (11.1)                     | 0.002 <sup>κ</sup>   |
| กลุ่มอายุงาน (ปี)                                                                   |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| < 5 ปี                                                                              | 904 (20.8)                    | 79 (16.8)                  | 164 (23.6)                 | 474 (22.2)                   | 20 (19.6)                    | 167 (17.8)                      | < 0.001 <sup>c</sup> |
| 5-10 ปี                                                                             | 866 (19.9)                    | 68 (14.5)                  | 148 (21.3)                 | 453 (21.2)                   | 25 (24.5)                    | 172 (18.3)                      |                      |
| 11-20 ปี                                                                            | 1,202 (27.7)                  | 196 (41.8)                 | 186 (26.8)                 | 533 (24.9)                   | 25 (24.5)                    | 262 (27.9)                      |                      |
| >20 ปี                                                                              | 1,346 (31.0)                  | 124 (26.4)                 | 195 (28.1)                 | 668 (31.2)                   | 32 (31.4)                    | 327 (34.9)                      |                      |
| ไม่มีข้อมูล                                                                         | 24 (0.6)                      | 2 (0.4)                    | 2 (0.3)                    | 10 (0.5)                     | 0 (0)                        | 10 (1.1)                        |                      |

| ข้อมูลทั่วไป                                           | ทั้งหมด<br>(N=4,342),<br>n(%) | ระยะ 1<br>(n=469),<br>n(%) | ระยะ 2<br>(n=695),<br>n(%) | ระยะ 3<br>(n=2,138),<br>n(%) | กรุงเทพฯ<br>(n=102),<br>n(%) | ยังไม่เข้าร่วม<br>(n=938), n(%) | p-value              |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| <b>ประเภทหน่วยบริการ</b>                               |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| <b>สังกัดภาครัฐ</b>                                    | 4,329 (99.7)                  | 467 (99.6)                 | 693 (99.7)                 | 2,133 (99.8)                 | 99 (97.1)                    | 937 (99.9)                      | -                    |
| รพ.ศูนย์                                               | 266 (6.1)                     | 26 (5.6)                   | 5 (0.7)                    | 114 (5.3)                    | 10 (10.1)                    | 111 (11.8)                      | < 0.001 <sup>c</sup> |
| รพ.ทั่วไป                                              | 939 (21.7)                    | 238 (51.0)                 | 80 (11.5)                  | 480 (22.5)                   | 3 (3.0)                      | 138 (14.7)                      |                      |
| รพ.ชุมชน                                               | 1,781 (41.1)                  | 172 (36.8)                 | 461 (66.5)                 | 805 (37.7)                   | 2 (2.0)                      | 341 (36.4)                      |                      |
| รพ.สต                                                  | 1,078 (24.9)                  | 30 (6.4)                   | 127 (18.3)                 | 642 (30.1)                   | 5 (5.1)                      | 274 (29.2)                      |                      |
| อื่นๆ                                                  | 265 (6.1)                     | 1 (0.2)                    | 20 (2.9)                   | 92 (4.3)                     | 79 (79.8)                    | 73 (7.8)                        |                      |
| <b>สังกัดภาคเอกชน</b>                                  | 13 (0.3)                      | 2 (0.4)                    | 2 (0.3)                    | 5 (0.2)                      | 3 (2.9)                      | 1 (0.1)                         | -                    |
| ร้านยา                                                 | 5 (38.5)                      | 0 (0)                      | 0 (0)                      | 4 (80.0)                     | 1 (33.3)                     | 0 (0)                           |                      |
| คลินิกพยาบาล                                           | 2 (15.4)                      | 0 (0)                      | 1 (50.0)                   | 0 (0)                        | 1 (33.3)                     | 0 (0)                           |                      |
| คลินิกเวชกรรม                                          | 2 (15.4)                      | 0 (0)                      | 0 (0)                      | 1 (20.0)                     | 1 (33.3)                     | 0 (0)                           |                      |
| คลินิกทันตกรรม                                         | 2 (15.4)                      | 1 (50.0)                   | 1 (50.0)                   | 0 (0)                        | 0 (0)                        | 0 (0)                           |                      |
| คลินิกการแพทย์แผนไทย                                   | 2 (15.4)                      | 1 (50.0)                   | 0 (0)                      | 0 (0)                        | 0 (0)                        | 1 (100.0)                       |                      |
| <b>ระยะเวลาที่ดำเนินนโยบาย (เดือน), ค่าเฉลี่ย (SD)</b> | 5.9 (3.1)                     | 7.5 (2.8)                  | 6.6 (2.9)                  | 5.5 (2.9)                    | 2.9 (3.2)                    | 5.6 (3.4)                       | < 0.001 <sup>k</sup> |
| <b>เหตุผลที่ไม่ได้ดำเนินนโยบายฯ</b>                    |                               |                            |                            |                              |                              |                                 |                      |
| กำลังเตรียมเข้าร่วมในระยะถัดไป                         | 323 (7.4)                     | 0 (0)                      | 6 (0.9)                    | 53 (2.5)                     | 14 (13.7)                    | 250 (26.7)                      | -                    |
| ไม่จำเป็นต้องเข้าร่วม                                  | 5 (0.1)                       | 0 (0)                      | 0 (0)                      | 3 (0.1)                      | 0 (0)                        | 2 (0.2)                         |                      |
| ไม่ต้องการเข้าร่วม                                     | 11 (0.3)                      | 0 (0)                      | 0 (0)                      | 1 (0.0)                      | 2 (2.0)                      | 8 (0.9)                         |                      |

| ข้อมูลทั่วไป | ทั้งหมด<br>(N=4,342),<br>n(%) | ระยะ 1<br>(n=469),<br>n(%) | ระยะ 2<br>(n=695),<br>n(%) | ระยะ 3<br>(n=2,138),<br>n(%) | กรุงเทพฯ<br>(n=102),<br>n(%) | ยังไม่เข้าร่วม<br>(n=938), n(%) | p-value |
|--------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------|
| เหตุผลอื่น ๆ | 33 (0.8)                      | 0 (0)                      | 1 (0.1)                    | 14 (0.7)                     | 2 (2.0)                      | 16 (1.7)                        |         |
| ไม่มีข้อมูล  | 3,970 (91.4)                  | 469 (100.0)                | 688 (99.0)                 | 2,067 (96.7)                 | 84 (82.4)                    | 662 (70.6)                      |         |

หมายเหตุ: <sup>c</sup> *Chi-square test*, <sup>k</sup> *Kruskal-wallis test*

ภาคผนวก 3 สรุปต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลศูนย์จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ตารางที่ 34 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จำแนกตามประเภทต้นทุน ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

| ชื่อหน่วยต้นทุน        | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |             |
|------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|-------------|
|                        | Labor costs*       | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs |
| ห้องตรวจโรคเด็ก        | 52,486             | 1,921          | 29,209        | 83,615      | 10,648               | 22,021         | 3,023         | 35,692      |
| ห้องตรวจปฐมภูมิ        | 334,399            | 962            | 18,092        | 353,453     | 43,848               | 62,404         | 12,303        | 118,555     |
| ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ | 645,457            | 31,428         | 62,458        | 739,343     | 91,891               | 110,164        | 27,622        | 229,677     |
| คลินิกมะเร็ง           | 189,923            | 0              | 17,164        | 207,087     | 18,664               | 12,485         | 4,011         | 35,160      |
| ห้องตรวจโรคจักษุ       | 128,941            | 3,642          | 59,433        | 192,015     | 27,797               | 39,838         | 7,473         | 75,108      |
| ห้องตรวจโรคหู คอ จมูก  | 172,457            | 4,218          | 23,358        | 200,032     | 18,764               | 21,817         | 5,211         | 45,792      |
| ห้องตรวจนรีเวช         | 173,484            | 18,945         | 30,884        | 223,313     | 14,395               | 21,460         | 4,155         | 40,010      |
| ห้องตรวจสูติกรรม (ANC) | 144,327            | 2,620          | 9,952         | 156,898     | 11,017               | 15,564         | 3,305         | 29,886      |
| ห้องตรวจศัลยกรรม       | 239,698            | 4,224          | 19,463        | 263,384     | 29,218               | 47,126         | 8,174         | 84,519      |
| ห้องตรวจโรคกระดูก      | 231,184            | 17,437         | 18,799        | 267,420     | 31,562               | 40,416         | 9,444         | 81,422      |
| ห้องตรวจจิตเวช         | 257,529            | 2,923          | 10,099        | 270,551     | 28,793               | 23,412         | 8,241         | 60,447      |
| คลินิกนอกเวลา          | 134,201            | 0              | 0             | 134,201     | 6,590                | 15,439         | 2,420         | 24,449      |
| รวม                    | 2,704,084          | 88,319         | 298,910       | 3,091,313   | 333,187              | 432,147        | 95,383        | 860,717     |

\*รวมค่าเสี่ยงภัยโควิด ยอดรวมทั้ง รพ. ประมาณ 400,000 บาท

ตารางที่ 35 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จำแนกตามประเภทต้นทุน  
ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

| ชื่อหน่วยต้นทุน        | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                        | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| ห้องตรวจโรคเด็ก        | 55,635             | 15,587         | 25,134        | 96,356      | 23,748               | 6,653          | 10,729        | 41,130       |
| ห้องตรวจปฐมภูมิ        | 358,245            | 12,096         | 27,351        | 397,693     | 120,163              | 4,057          | 9,174         | 133,394      |
| ห้องตรวจโรคอายุรศาสตร์ | 661,709            | 31,127         | 84,944        | 777,780     | 205,560              | 9,670          | 26,388        | 241,617      |
| คลินิกมะเร็ง           | 224,945            | 14,087         | 30,001        | 269,034     | 38,192               | 2,392          | 5,094         | 45,677       |
| ห้องตรวจโรคจักษุ       | 143,677            | 9,568          | 57,739        | 210,984     | 56,200               | 3,743          | 22,585        | 82,528       |
| ห้องตรวจโรคหู คอ จมูก  | 185,808            | 4,137          | 22,345        | 212,289     | 42,535               | 947            | 5,115         | 48,597       |
| ห้องตรวจนรีเวช         | 200,483            | 7,964          | 25,894        | 234,342     | 35,920               | 1,427          | 4,639         | 41,986       |
| ห้องตรวจสูติกรรม (ANC) | 150,450            | 7,799          | 7,546         | 165,795     | 28,658               | 1,485          | 1,437         | 31,581       |
| ห้องตรวจศัลยกรรม       | 241,185            | 43,493         | 20,053        | 304,732     | 77,395               | 13,957         | 6,435         | 97,787       |
| ห้องตรวจโรคกระดูก      | 238,962            | 22,783         | 15,451        | 277,196     | 72,758               | 6,937          | 4,704         | 84,399       |
| ห้องตรวจจิตเวช         | 280,507            | 6,771          | 9,719         | 296,996     | 62,671               | 1,513          | 2,171         | 66,355       |
| คลินิกนอกเวลา          | 129,456            | 0              | 0             | 129,456     | 23,585               | 0              | 0             | 23,585       |
| รวม                    | 2,871,061          | 175,413        | 326,178       | 3,372,651   | 799,392              | 48,840         | 90,818        | 939,050      |

\*ประมาณการเฉลี่ยร้อยละ 30 จากต้นทุนทางตรง เนื่องจากยังไม่มีรายงานฉบับสมบูรณ์จำแนกตามหน่วยต้นทุน

ตารางที่ 36 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์จำแนกตามประเภทต้นทุน ของ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

| ชื่อหน่วยต้นทุน                                | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|------------------------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                                | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| ธุรการและบริหารทั่วไปของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก OPD | 2,814              | 87,503         | 93,988        | 184,305     | 13,700               | 3,040          | 5,021         | 21,761       |
| งานอาชีวเวชกรรมใน รพ. (คลินิกโรคจากการทำงาน)   | 188,227            | 2,627          | 1,697         | 192,552     | 6,165                | 3,537          | 1,249         | 10,951       |
| งานคลินิก ARI (Acute Respiratory Infection)    | 335,272            | 19,749         | 3,564         | 358,585     | 11,418               | 6,263          | 1,737         | 19,418       |
| ห้องตรวจ OPD กุมารเวชกรรม                      | 356,318            | 0              | 29,248        | 385,566     | 20,006               | 22,857         | 5,390         | 48,254       |
| งานคลินิกสุขภาพเด็กดี                          | 52,210             | 0              | 4,277         | 56,486      | 2,098                | 3,877          | 138           | 6,112        |
| คลินิกเบาหวานเด็ก                              | 43,457             | 0              | 2,185         | 45,642      | 1,587                | 2,019          | 120           | 3,725        |
| งาน OPD อายุรกรรม                              | 355,411            | 15             | 3,924         | 359,351     | 24,009               | 11,899         | 8,300         | 44,208       |
| ห้องตรวจ อายุรกรรมประสาทและลมชัก, ไทรอยด์      | 143,871            | 0              | 1,280         | 145,151     | 9,419                | 4,539          | 3,227         | 17,185       |

| ชื่อหน่วยต้นทุน                   | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|-----------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                   | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| งานคลินิกพิเศษ (วันโรค/ฟ้าใส)     | 70,973             | 0              | 4,847         | 75,820      | 3,420                | 4,949          | 358           | 8,727        |
| งานคลินิกเท้า                     | 148,878            | 0              | 10,145        | 159,023     | 8,783                | 5,990          | 2,628         | 17,401       |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจไต)       | 116,624            | 0              | 1,426         | 118,049     | 15,570               | 4,927          | 2,542         | 23,040       |
| คลินิกโรคระบบต่อมไร้ท่อ (ผู้ใหญ่) | 20,832             | 0              | 1,212         | 22,044      | 1,166                | 1,436          | 108           | 2,711        |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจเบาหวาน)  | 202,271            | 0              | 2,139         | 204,410     | 16,765               | 7,647          | 3,318         | 27,731       |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจโรคข้อ)   | 88,767             | 0              | 1,212         | 89,978      | 9,593                | 3,606          | 1,113         | 14,313       |
| งานคลินิกพิเศษ (ติดเชื้อ/วันใหม่) | 69,295             | 1,768          | 5,638         | 76,702      | 4,787                | 5,610          | 803           | 11,200       |
| งานให้คำปรึกษา                    | 297,076            | 2,258          | 5,060         | 304,394     | 8,484                | 4,244          | 2,644         | 15,372       |
| ห้องตรวจ OPD ตา                   | 451,098            | 0              | 275,230       | 726,329     | 22,060               | 22,232         | 4,804         | 49,097       |
| ห้องตรวจ OPD หู คอ จมูก           | 268,950            | 1,688          | 42,942        | 313,580     | 16,626               | 13,959         | 4,850         | 35,435       |
| ห้องตรวจ OPD นรีเวชกรรม           | 271,570            | 500            | 13,573        | 285,643     | 25,282               | 29,869         | 9,426         | 64,577       |
| งานฝากครรภ์ (OPD สูติกรรม)        | 256,665            | 15,766         | 11,196        | 283,627     | 14,905               | 13,047         | 3,840         | 31,793       |
| งานคลินิกวัยใส (OPD สูติกรรม)     | 46,111             | 0              | 949           | 47,060      | 2,341                | 1,043          | 1,175         | 4,558        |
| ห้องตรวจ OPD ศัลยกรรม             | 698,999            | 0              | 37,608        | 736,608     | 41,774               | 44,878         | 8,010         | 94,662       |
| ห้องตรวจ OPD ศัลยกรรมกระดูก       | 444,195            | 21,779         | 22,701        | 488,675     | 27,887               | 24,113         | 9,418         | 61,419       |
| ห้องตรวจ OPD จิตเวช               | 404,843            | 18,892         | 26,932        | 450,668     | 17,066               | 12,509         | 2,996         | 32,571       |
| คลินิกยาเสพติด                    | 155,919            | 0              | 1,140         | 157,060     | 4,700                | 2,552          | 480           | 7,731        |
| คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น     | 169,787            | 0              | 0             | 169,787     | 5,140                | 1,520          | 529           | 7,189        |



| ชื่อหน่วยต้นทุน                     | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|-------------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                     | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| ธุรการและบริหารทั่วไปของงานมะเร็ง   | 61,524             | 18,224         | 1,540         | 81,287      | 8,733                | 5,301          | 2,750         | 16,785       |
| หน่วยเคมีบำบัด OPD day care         | 316,092            | 15,061         | 27,477        | 358,630     | 21,235               | 28,334         | 3,578         | 53,148       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็ง           | 42,218             | 10,997         | 1,618         | 54,833      | 3,722                | 910            | 1,579         | 6,211        |
| ห้องตรวจ OPD งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ | 562,162            | 4,853          | 7,891         | 574,906     | 15,220               | 11,620         | 2,073         | 28,913       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็ง อายุรกรรม | 84,326             | 2,034          | 1,540         | 87,899      | 5,020                | 4,185          | 1,175         | 10,380       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็งโรคเลือด   | 61,203             | 2,034          | 6,158         | 69,395      | 4,611                | 6,321          | 503           | 11,435       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็งนรีเวช     | 50,100             | 2,034          | 1,540         | 53,674      | 2,295                | 2,215          | 231           | 4,741        |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกศัลยกรรมมะเร็ง   | 64,415             | 2,034          | 1,540         | 67,989      | 2,564                | 2,308          | 339           | 5,211        |
| รวม                                 | 6,899,662          | 142,315        | 559,425       | 7,601,402   | 384,450              | 320,316        | 91,435        | 796,201      |

ตารางที่ 37 แสดงโครงสร้างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยรายเดือนของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามประเภทต้นทุน ของ  
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

| ชื่อหน่วยต้นทุน                                | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|------------------------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                                | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| ธุรการและบริหารทั่วไปของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก OPD | 38,370             | 3,207          | 99,560        | 141,137     | 7,691                | 3,793          | 7,921         | 19,405       |

| ชื่อหน่วยต้นทุน                              | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|----------------------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                              | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| งานอาชีพเวชกรรมใน รพ. (คลินิกโรคจากการทำงาน) | 198,486            | 27,133         | 3,218         | 228,837     | 6,653                | 2,884          | 2,230         | 11,767       |
| งานคลินิก ARI (Acute Respiratory Infection)  | 66,079             | 0              | 4,696         | 70,775      | 12,849               | 5,385          | 2,808         | 21,041       |
| ห้องตรวจ OPD กุมารเวชกรรม                    | 361,924            | 0              | 48,405        | 410,329     | 23,593               | 23,616         | 9,620         | 56,830       |
| งานคลินิกสุขภาพเด็กดี                        | 63,342             | 0              | 5,635         | 68,977      | 2,607                | 3,843          | 189           | 6,639        |
| คลินิกเบาหวานเด็ก                            | 46,010             | 0              | 2,878         | 48,889      | 1,800                | 1,874          | 147           | 3,821        |
| งาน OPD อายุรกรรม                            | 368,943            | 34             | 75,464        | 444,441     | 27,455               | 10,582         | 14,789        | 52,825       |
| ห้องตรวจ อายุรกรรมประสาทและลมชัก , ไทรอยด์   | 158,004            | 0              | 1,505         | 159,509     | 10,768               | 4,010          | 5,738         | 20,516       |
| งานคลินิกพิเศษ (วัณโรค/ฟ้าใส)                | 76,320             | 599            | 6,386         | 83,305      | 4,192                | 4,829          | 548           | 9,569        |
| งานคลินิกเท้า                                | 153,667            | 563            | 21,384        | 175,614     | 10,094               | 4,958          | 4,612         | 19,664       |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจไต)                  | 107,979            | 0              | 1,878         | 109,857     | 17,253               | 3,368          | 4,251         | 24,872       |
| คลินิกโรคระบบต่อมไร้ท่อ (ผู้ใหญ่)            | 19,515             | 0              | 1,597         | 21,111      | 1,404                | 1,350          | 153           | 2,907        |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจเบาหวาน)             | 224,166            | 266            | 4,374         | 228,806     | 18,989               | 5,409          | 5,601         | 29,999       |
| งานคลินิกพิเศษ (ห้องตรวจโรคข้อ)              | 100,923            | 0              | 1,597         | 102,519     | 10,828               | 2,554          | 1,751         | 15,133       |
| งานคลินิกพิเศษ (ติดเชื้อ/วันใหม่)            | 74,976             | 3,903          | 7,203         | 86,082      | 5,587                | 4,920          | 1,307         | 11,815       |
| งานให้คำปรึกษา                               | 292,657            | 3,365          | 6,150         | 302,172     | 10,250               | 3,865          | 4,708         | 18,823       |

| ชื่อหน่วยต้นทุน                     | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|-------------------------------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                                     | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| ห้องตรวจ OPD ตา                     | 491,429            | 0              | 441,708       | 933,137     | 26,285               | 22,506         | 8,097         | 56,887       |
| ห้องตรวจ OPD หู คอ จมูก             | 181,889            | 84             | 61,959        | 243,932     | 18,660               | 15,180         | 8,197         | 42,036       |
| ห้องตรวจ OPD นรีเวชกรรม             | 295,135            | 561            | 20,482        | 316,177     | 28,943               | 33,844         | 14,438        | 77,225       |
| งานฝากครรภ์ (OPD สูติกรรม)          | 189,091            | 8,715          | 21,765        | 219,571     | 14,942               | 14,197         | 3,844         | 32,984       |
| งานคลินิกวัยใส (OPD สูติกรรม)       | 53,195             | 3,392          | 1,972         | 58,558      | 2,876                | 1,446          | 2,184         | 6,505        |
| ห้องตรวจ OPD ศัลยกรรม               | 812,519            | 773            | 75,014        | 888,306     | 49,134               | 38,772         | 13,373        | 101,279      |
| ห้องตรวจ OPD ศัลยกรรมกระดูก         | 356,373            | 0              | 29,912        | 386,285     | 30,896               | 26,420         | 16,726        | 74,043       |
| ห้องตรวจ OPD จิตเวช                 | 598,131            | 22,222         | 38,749        | 2,795,033   | 22,163               | 10,939         | 4,943         | 38,045       |
| คลินิกยาเสพติด                      | 36,560             | 24,490         | 1,503         | 62,553      | 2,006                | 1,499          | 240           | 3,745        |
| คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น       | 50,860             | 3,435          | 2,029         | 56,323      | 9,233                | 2,504          | 4,736         | 16,473       |
| ธุรการและบริหารทั่วไปของงานมะเร็ง   | 350,513            | 25,783         | 37,587        | 413,883     | 24,675               | 27,766         | 5,040         | 57,481       |
| หน่วยเคมีบำบัด OPD day care         | 54,995             | 11,683         | 6,390         | 73,068      | 3,703                | 1,282          | 2,780         | 7,765        |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็ง           | 664,977            | 10,633         | 18,395        | 694,005     | 19,026               | 10,373         | 3,296         | 32,695       |
| ห้องตรวจ OPD งานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ | 4,240              | 70,654         | 10,542        | 85,436      | 3,398                | 370            | 444           | 4,212        |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็ง อายุรกรรม | 74,257             | 1,669          | 2,029         | 77,954      | 5,006                | 3,520          | 1,833         | 10,359       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็งโรคเลือด   | 65,486             | 1,669          | 8,114         | 75,269      | 5,346                | 5,942          | 740           | 12,028       |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกมะเร็งนรีเวช     | 52,190             | 1,669          | 2,029         | 55,888      | 2,536                | 1,994          | 302           | 4,831        |
| ห้องตรวจ OPD คลินิกศัลยกรรมมะเร็ง   | 68,330             | 1,669          | 2,029         | 72,027      | 2,850                | 2,107          | 496           | 5,453        |

| ชื่อหน่วยต้นทุน | Direct costs (THB) |                |               |             | Indirect costs (THB) |                |               |              |
|-----------------|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|---------------|--------------|
|                 | Labor costs        | Material costs | Capital costs | Total costs | Labor costs          | Material costs | Capital costs | Total costs* |
| รวม             | 6,751,528          | 228,169        | 1,074,137     | 10,189,764  | 443,691              | 307,896        | 158,084       | 909,671      |

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. SmartHealth ID ระบบเชื่อมโยงและให้บริการข้อมูลสุขภาพ 2566 [Available from: <https://smarthealth.moph.go.th/th/about>.
2. Liu Y, Kong Q, Yuan S, Van de Klundert J. Factors influencing the choice of health system access level in China: a systematic review. The Lancet. 2018;392:S39.
3. อاطر รวีไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ศักดิโสภาคการพิมพ์; 2561.
4. คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2564. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ2564.
5. Scott AM, Clark J, Greenwood H, Krzyzaniak N, Cardona M, Peiris R, et al. Telehealth v. face-to-face provision of care to patients with depression: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine. 2022;52(14):2852-60.
6. "VR Therapy -Metaverse" ทางเลือกยุคดิจิทัล ช่วยบำบัดจิตเวช: ไทยพีบีเอส (Thai PBS); 2566 [Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/323545>.
7. Wannachaiyakul S, Thapinta D, Sethabouppha H, Thungjaroenkul P, Likhitsathian S. Randomized controlled trial of computerized cognitive behavioral therapy program for adolescent offenders with depression. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2017;21(1):32-43.
8. DMIND ในแอป “หมอพร้อม” ช่วยคัดกรอง “ซึมเศร้า” เห็นผล เกือบ 2 แสนคน: สถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย กรมประชาสัมพันธ์; 2565 [Available from: <https://nbt2hd.prd.go.th/th/content/category/detail/id/2153/iid/250833>.
9. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562: กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ; 2562 [Available from: <https://phc.moph.go.th/พระราชบัญญัติระบบสุขภาพ/>.
10. Spaulding R, Belz N, DeLurgio S, Williams AR. Cost savings of telemedicine utilization for child psychiatry in a rural Kansas community. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association. 2010;16(8):867-71.
11. คู่มือ ทีมหมอครอบครัวมีอาชีพ: มุลนิธิแพทย์ชนบท; 2558 [Available from: [https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/22khuumuue\\_thiim\\_hmkhrbkhrawmuueaachiiph.pdf#page=6.00](https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/22khuumuue_thiim_hmkhrbkhrawmuueaachiiph.pdf#page=6.00).

12. ยกระดับบัตรทอง รักษาทุกโรงพยาบาลปฐมภูมิ ThaiHealth Official: มติชน; 2563 [Available from: <https://www.thaihealth.or.th/ยกระดับบัตรทอง-รักษาทุก/>].
13. บอร์ด สปสช. เห็นชอบขยายทั่วประเทศ "รักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้": สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [Available from: [https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News\\_3421](https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3421)].
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร 2564 2564 [Available from: [https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id\\_project=60#:~:text=15%2C933,พยากรณ์%20](https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60#:~:text=15%2C933,พยากรณ์%20) สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
15. BBC Thai. เปิดบันทึกถอดบทเรียนภาวะ "Work ไร้ Balance" ในวงการแพทย์ไทย 2566 [Available from: <https://www.bbc.com/thai/articles/cnd9yrwnxyo>].
16. Patton MQ. Developmental evaluation : applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: Guilford Press; 2011. xxi, 375 p. p.
17. Bailie J, Laycock AF, Peiris D, Bainbridge RG, Matthews V, Cunningham FC, et al. Using developmental evaluation to enhance continuous reflection, learning and adaptation of an innovation platform in Australian Indigenous primary healthcare. Health research policy and systems. 2020;18:1-11.
18. อธิเจต มงคลโสฬศ, กานต์ชนก ศิริสอน, แพรวา กุลรัตน์นาม. Policy Brief: ฉบับที่ 107: ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) มองเป้าหมายระยะยาวสู่สิ่งที่ต้องทำในตอนนี้ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; เข้าถึง 19 มกราคม 2567 [Available from: <https://www.hitap.net/documents/182186>].
19. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, พัทธรา สีนหวรงค์, อารยา ญาณพิบูลย์, กุณที พลรักดี, อรรถวิทย์ ยางธิสาร, et al. การประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2564.
20. Breuer E, Comas-Herrera A, Docrat S, Freeman E, Schneider M and the STRiDE team. STRiDE Theory of Change Workshops: Guidance and Resources. LSE, London: Care Policy and Evaluation Centre; 2019.
21. Anderson A. The Community Builder's Approach to Theory of Change A Practical Guide to Theory Development: The Aspen Institute; 2005.
22. Oberlack C, Breu T, Giger M, Harari N, Herweg K, Mathez-Stiefel S-L, et al. Theories of change in sustainability science: Understanding how change happens. GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society. 2019;28:106-11.
23. Rogers P. Theory of Change. Florence: UNICEF Office of Research; 2014.

24. Sharma M, Teerawattananon Y, Luz A, Li R, Rattanavipapong W, Dabak S. Institutionalizing Evidence-Informed Priority Setting for Universal Health Coverage: Lessons From Indonesia. *Inquiry*. 2020;57:46958020924920.
25. World Health Organization. Country Office for M. Midterm review of maternal and child health voucher scheme. Yangon: World Health Organization. Country Office for Myanmar; 2014 2014.
26. Creese AL, Parker D. Cost analysis in primary health care : a training manual for programme managers / edited by Andrew Creese and David Parker. Geneva: World Health Organization; 1994.
27. Kanjanapong S. การประเมินผลและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนา งานสาธารณสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้. *Journal of Health Science of Thailand*. 2023;32(4):656-70.
28. Laycock A, Bailie J, Matthews V, Cunningham F, Harvey G, Percival N, et al. A developmental evaluation to enhance stakeholder engagement in a wide-scale interactive project disseminating quality improvement data: study protocol for a mixed-methods study. *BMJ open*. 2017;7(7):e016341.
29. Rattananont O, Wongthongdee S. THE POLICY IMPLEMENTATION OF E-HEALTH IN CENTRAL CHEST INSTITUTE OF THAILAND. *Journal of Politics and Governance*. 2024;14(1):33-44.
30. สุภาพร นิภานนท์. กลยุทธ์ การ สื่อสาร และ การ บริหาร ประเด็น เพื่อ ผลัก ดัน นโยบาย ระบบ สุขภาพ มาตรฐาน เดียว. *SIAM COMMUNICATION REVIEW*. 2017;16(21):157-70.
31. Kumaraswamy N, Markey MK, Ekin T, Barner JC, Rascati K. Healthcare fraud data mining methods: A look back and look ahead. *Perspectives in health information management*. 2022;19(1).
32. Bryce B-A. Rural Proofing: Lessons from OECD countries and potential application to health. 2024.
33. Liang H, Huang J. Examining Urban-Rural Public Service Equalization and Common Prosperity in China: A Data-Driven Study on Regional Disparity. *Journal of Electrical Systems*. 2024;20(3):87-99.
34. Shin J, Newman GD, Park Y. Urban versus rural disparities in amenity proximity and housing price: the case of integrated urban–rural city, Sejong, South Korea. *Journal of Housing and the Built Environment*. 2024;39(2):727-47.
35. de Oliveira BV, Gonçalves E, Taveira JG. Innovation and wage inequalities: Evidence from Brazilian regions. *Growth and Change*. 2024;55(3):e12733.

36. Haimovich JS, Venkatesh AK, Shojaee A, Coppi A, Warner F, Li S-X, et al. Discovery of temporal and disease association patterns in condition-specific hospital utilization rates. *PloS one*. 2017;12(3):e0172049.
37. Singh GP, Chavan B, Arun P, Sidana A. Seasonal pattern of psychiatry service utilization in a tertiary care hospital. *Indian Journal of Psychiatry*. 2007;49(2):91-5.
38. Sugiyarti AT, Nuryadi N, Sandra C. Analisis biaya satuan (unit cost) dengan metode activity based costing (abc)(studi kasus di Poli Mata RSD Balung Kabupaten Jember). *Pustaka Kesehatan*. 2013;1(1):7-14.
39. Goedert N. Political scandal and bias in survey responses. *PS: Political Science & Politics*. 2014;47(4):813-8.
40. Hassan E. Recall bias can be a threat to retrospective and prospective research designs. *The Internet Journal of Epidemiology*. 2006;3(2):339-412.
41. Lu H, Fowkes T, Wardman M, editors. The influence of SP design on the incentive to bias in responses. *European Transport Conference, Strasbourg, France; 2006*.
42. Bahuguna P, Guinness L, Sharma S, Chauhan AS, Downey L, Prinja S. Estimating the unit costs of healthcare service delivery in India: addressing information gaps for price setting and health technology assessment. *Applied health economics and health policy*. 2020;18(5):699-711.
43. Bautista-Arredondo S, Pineda-Antunez C, Cerecero-Garcia D, Cameron DB, Alexander L, Chiwevu C, et al. Moving away from the "unit cost". Predicting country-specific average cost curves of VMMC services accounting for variations in service delivery platforms in sub-Saharan Africa. *Plos one*. 2021;16(4):e0249076.
44. ทศพร วิมลเก็จ. ต้นทุนต่อหน่วยของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชุดโครงการการศึกษาาระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2003.
45. Patton MQ, Mckegg K, Wehipeihana N. State of the art and practice of developmental evaluation. *Developmental evaluation exemplars*. 2016:1-24.