

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย

“30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

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

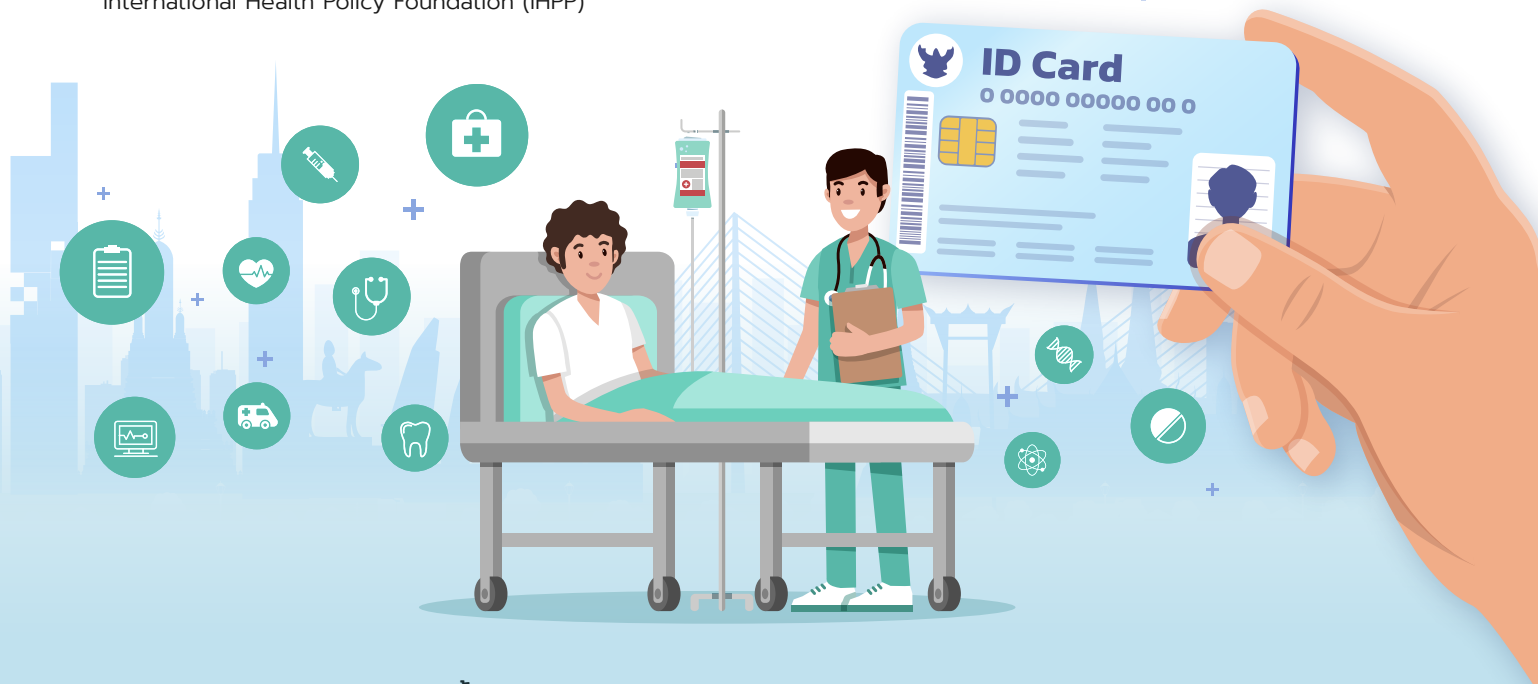
มิถุนายน 2568

โดย

ดร. ปริญญ์พร กิ่งแก้ว และคณะผู้วิจัย
Pritaporn Kingkaew, et al.

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และ
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

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



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข





รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

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

โดย

ดร. ภญ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว และคณะผู้วิจัย
Pritaporn Kingkaew, et al.

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และ
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

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

มิถุนายน 2568

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายชื่อคณะผู้วิจัย

ดร. ภาณุ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว	Pritaporn Kingkaew
นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์	Anond Kulthanmanusorn
ดร. ภาณุ.ขวัญพุกธา อรุณประเสริฐ	Kwanputtha Arunprasert
นางสาววิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร	Vilawan Luankongsomchit
ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล	Nitichen Kittiratchakool
นางสาวพรอูมา ราศรี	Pornuma Rasri
นางสาวศุภสุดา โพธิ์โสริย์	Supasuda Posoree
นางสาวปภาดา ราญอรอน	Papada Ranron
นางสาวนิชาต์ มุลคำ	Nicha Moonkham
นางนุชพงศ์ จงโชติชัชวาลย์	Nuchapong Jongchotchatchawal
นางสาวศรวณีย์ อวนศรี	Sonvanee uansri
นางสาวศิริกัลยาณี สุขจจารี	Sirikanlaya Sujjacharee
นางสาวพิสภาสินี พิศาลสินธุ์	Pispasinee Pisansin
รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานูวัฒน์ชัย	Wanrudee Isaranuwatthai
ดร. นพ.ยศ ตีระวัตตานานนท์	Yot Teerawattananon

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.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์	Jaruayporn Srisasalux

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกภาคส่วนที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการลงพื้นที่เก็บข้อมูล ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และขอขอบพระคุณกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลการดำเนินนโยบายฯ และสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (สรท.) ที่สนับสนุนข้อมูลต้นทุนโรงพยาบาล รวมถึงคณะผู้วิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่เอื้อเพื่อโอกาสในการร่วมเรียนรู้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคณะที่ปรึกษาทุกท่าน สำหรับข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยให้มีความครบถ้วนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และการสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการประเมินและข้อเสนอแนะในรายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายฯ ให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายภาครัฐจากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด และมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาดูแลทาง สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี อีกทั้งประชาชนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาท) สามารถเลือกรับบริการสุขภาพปฐมภูมิจากหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ และคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการดำเนินงานในลักษณะนำร่อง 3 ระยะ โดยกรุงเทพมหานครเริ่มดำเนินการตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ในวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นจังหวัดที่ 46 ที่เข้าร่วมโครงการ แต่เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีข้อจำกัดในการให้บริการภายในโรงพยาบาลรับส่งต่อ ส่งผลให้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ จะให้บริการได้เพียงเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกเวชกรรม 7 ประเภท ทำให้รูปแบบของนโยบายในกรุงเทพมหานครแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ

โครงการนี้ใช้แนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อพัฒนานโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงานที่เป็นนโยบายเกิดขึ้นใหม่ มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ต่อยอดการดำเนินงานจากพื้นที่นำร่องระยะที่ 1 และพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ โดยคณะผู้วิจัยและผู้ทำงานจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันทั่วถึงตลอดระยะเวลาการประเมิน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เป็นส่วนหนึ่งในคณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ ผู้ดำเนินนโยบายในพื้นที่ และนักวิชาการที่ร่วมประเมินผลนโยบาย กลไกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เกิดข้อมูลย้อนกลับ (feedback loop) เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินนโยบาย และหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนานโยบายในช่วงต้นของการดำเนินงาน

การศึกษาส่วนนี้มีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น การตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของหน่วยบริการเอกชน ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) ทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อตอบโจทย์ดังกล่าวจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 75 คน โดยการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึก และผู้รับบริการจำนวน 701 คน โดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) ด้วยแบบสอบถามมีโครงสร้าง

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะสั้น

- 1) สปสช. ควรร่วมกับผู้พัฒนาระบบข้อมูล ศึกษาความต้องการและปัญหาการใช้งานระบบเพื่อแก้ไขปัญหาที่หน่วยบริการพบ ไม่ว่าจะเป็นระบบส่งข้อมูลของคลินิกเทคนิคการแพทย์ การปรับระบบงานภายใน Amed ให้ตอบสนองต่อการใช้งานจริงของคลินิกเวชกรรม หรือการปรับรูปแบบการคีย์ข้อมูลยาให้สอดคล้องกับความต้องการของร้านขายยาและคลินิกเวชกรรม
- 2) สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ ที่เป็นผู้พัฒนาระบบ Health Link ควรเพิ่มการรับรู้ของหน่วยบริการนวัตกรรมต่อระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ รวมถึงศึกษาความต้องการใช้งานของหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละประเภทมีความจำเป็นและต้องการที่จะใช้ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยแตกต่างกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะยาว

- 1) สปสช. ควรออกแบบระบบข้อมูลที่ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยการขยายระบบงานของโปรแกรมที่ใช้อยู่ให้ครอบคลุมบริการที่มีในหน่วยบริการประเภทนั้น ๆ เพื่อให้ลดจำนวนโปรแกรมที่แต่ละหน่วยบริการต้องใช้ เช่น ยุติการใช้งานระบบ e-claim ที่ใช้เบิกค่าบริการเยี่ยมบ้านและบริการทางพยาบาล และขยายระบบงานดังกล่าวไปในโปรแกรม Amed หรือ Krungthai digital health
- 2) สปสช. ควรเพิ่มตัวเลือกระบบข้อมูลที่สามารถใช้ได้ครบวงจรในหน่วยบริการนวัตกรรมทุกประเภท
 - a. สนับสนุนให้ผู้พัฒนาระบบข้อมูล Amed และ Krungthai digital health ขยายระบบงานของตนโดยให้ขยายระบบงาน P&P ไปในโปรแกรม Amed และขยายระบบงานตรวจรักษาโรคทั่วไปในโปรแกรม Krungthai digital health เพื่อให้หน่วยบริการมีตัวเลือกโปรแกรมที่จะใช้งานได้
 - b. กำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานที่หน่วยบริการต้องส่งเพื่อเบิกจ่ายให้หน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลของตนเองส่งข้อมูลผ่านระบบที่ตนเองใช้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ระบบข้อมูลที่ สปสช. กำหนดเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่าย

- 1) สปสช. ควรทบทวนอัตราค่าจ่ายให้เหมาะสมกับต้นทุนบริการที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรค รวมถึงทบทวนเงื่อนไขการให้บริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควรพิจารณาอัตราจ่ายในบริการและกลุ่มโรคเดียวกันให้เหมาะสมและเป็นธรรมระหว่างหน่วยบริการในแต่ละประเภท
- 2) สปสช. ควรร่วมกับสภาวิชาชีพ ทบทวนรายการบริการให้ครอบคลุมความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ให้บริการ รวมถึงร่วมกันกำหนดแนวทางการให้บริการที่เป็นมาตรฐานและมีรายละเอียดชัดเจนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่

- 3) สปสช. ควรพัฒนารูปแบบและอัตราการจ่ายชดเชยที่เหมาะสมสำหรับคลินิกนวัตกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การจ่ายที่วัดผลลัพธ์ (outcome) การให้บริการเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้สำหรับบริการเหล่านี้ได้
- 4) สปสช. ควรสื่อสารนโยบายด้านการจ่ายชดเชยตั้งแต่เงื่อนไขการให้บริการ อัตราจ่าย วิธีการเบิกจ่าย ระบบส่งข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบการเบิกจ่ายกับหน่วยบริการเอกชนทุกประเภทให้ชัดเจนและควรแจ้งหน่วยบริการล่วงหน้าหากจะเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติใด

Abstract

The “30 Baht Treatment Anywhere with One ID Card” policy, a cornerstone of the Ministry of Public Health’s 2024 strategic plan, aims to transform Thailand’s health service system through nationwide data integration. The policy seeks to improve access to high-quality primary care, reduce waiting times, and empower beneficiaries of the Universal Coverage Scheme (UCS) to receive services at both public health facilities and registered private “innovation clinics.” Bangkok, as the 46th participating province (Phase 3), presents a distinct implementation context. Constraints related to referral hospitals have limited-service provision primarily to seven types of innovation primary care units.

This study employs a Developmental Evaluation (DE) framework, which is well suited to complex and evolving policy environments. Through a co-creation approach and continuous feedback loops, researchers worked closely with the National Health Security Office (NHSO), the Ministry of Public Health, professional councils, and local stakeholders to support real-time policy refinement. A mixed-methods research design was used, comprising qualitative data from 75 service providers and stakeholders collected through focus group discussions and in-depth interviews, as well as quantitative data from face-to-face interviews with 701 service users.

Policy Recommendations for Information System Development

Short-term Recommendations:

1. The National Health Security Office (NHSO) should collaborate with system developers to assess user requirements and operational challenges in order to address technical issues encountered by service units. This includes improving data submission systems for medical technology laboratories, aligning internal workflows within the Amed platform with actual clinical practices, and modifying drug data entry formats to meet the needs of both pharmacies and medical clinics.

2. The Big Data Institute (BDI), as the developer of the Health Link system, should enhance awareness and understanding of the health data exchange system among “Innovation Clinics.” In addition, BDI should assess the specific usage requirements of different service unit types, recognizing that each has distinct clinical priorities and data needs related to patient medical records.

Long-term Recommendations:

1. The NHSO should develop provider-centric information systems by expanding the functionality of existing platforms to cover the full range of services provided by each unit type. This approach would reduce the need for multiple systems per unit; for instance, by phasing out the E-claim system for home visits and nursing services and integrating these functions into Amed or Krungthai Digital Health.

2. The NHSO should offer comprehensive information system options for all types of innovation clinics by:

- Supporting developers of Amed and Krungthai Digital Health to expand system workflows, specifically integrating Health Promotion and Prevention (P&P) services into Amed, and general outpatient services into Krungthai Digital Health, to enhance flexibility in software selection.
- Establishing standardized reimbursement datasets that allow service units with their own internal information systems to submit claims directly through their existing platforms, without being limited to NHSO-mandated software.

Policy Recommendations for Reimbursement and Payment Systems

1. The NHSO should review reimbursement rates to ensure they are appropriate the varying costs of treating different diseases and regularly update service conditions to respond to user needs. Payment rates for the same service or disease group should also be assessed to ensure fairness and equity across different provider types.

2. The NHSO should collaborate with professional councils to review the scope of covered services, ensuring alignment with public health needs and provider capacity. This collaboration should also result in clear, standardized service guidelines that are feasible for local implementation.

3. The NHSO should develop appropriate reimbursement models and rates for innovation clinics providing chronic disease management or rehabilitative services, ensuring that care meets professional standards. Outcome-based payment mechanisms should be considered as a primary approach to these services.

The NHSO must clearly communicate all reimbursement-related policies, including service conditions, payment rates, claiming procedures, data submission systems, and audit processes, to all types of private service units. Additionally, service providers should be informed well in advance of any changes to operational guidelines.

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ

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

ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในอนาคต

ผลการศึกษาเบื้องต้นได้ถูกจัดทำเป็นเอกสารเชิงนโยบาย (policy brief) เพื่อเผยแพร่ผลงานแก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการนำเสนอผลการศึกษาระดับ จำนวน 2 ฉบับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการเผยแพร่งานวิจัยผ่านสื่อออนไลน์

ลำดับ	วันที่เผยแพร่	ชื่อข่าว/บทความ	ภาพประกอบ
1)	เมษายน พ.ศ. 2568	policy brief ฉบับที่ 198: “30 บาทรักษาทุกที่” กับความเหลื่อมล้ำของกลไกการจ่ายค่าบริการ	
2)	เมษายน พ.ศ. 2568	policy brief ฉบับที่ 199: ใช้ได้ดีจริงหรือยัง? ระบบข้อมูลสุขภาพในหน่วยนวัตกรรม	

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลงานวิจัยของโครงการได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านนโยบายสาธารณะ และการพัฒนาชุมชน และสังคม โดยการนำเสนอผลการศึกษาและการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาการดำเนินงานของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยผลการศึกษาเบื้องต้นของงานวิจัยถูกนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ผ่านการประชุมต่าง ๆ โดยนำเสนอผลการศึกษาในประเด็นผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบาย ทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำนวน 1 ครั้ง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

การประชุม	วัน/เดือน/ปี	สรุปการนำเสนอ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ประชุมคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระบบกำกับติดตามและประเมินผลคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน			
ครั้งที่ 1/2568	12 มีนาคม พ.ศ. 2568	<p>ความคืบหน้าการดำเนินและผลลัพธ์การกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะที่ 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบเครือข่ายส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลยังมีช่องว่าง ต้องการบูรณาการ ยิงขาดรูปธรรมของเครือข่ายวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และระหว่างหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิในพื้นที่ ของกลไก ได้แก่ 1) การส่งต่อผู้ป่วย 2) การกำกับคุณภาพ 3) การปรึกษาและสร้างสมรรถนะ ▪ ระยะเวลาเดินทางไปรับบริการที่หน่วยนวัตกรรมของผู้รับบริการในพื้นที่กรุงเทพฯ ไม่ต่างจากไปรับบริการที่โรงพยาบาล แต่มีระยะเวลาบริการที่หน่วยนวัตกรรมที่สั้นกว่า ▪ ผู้รับบริการในกรุงเทพฯ ที่ใช้บริการคลินิกทันตกรรมและคลินิกเทคนิคการแพทย์มีค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิโดยเฉลี่ย 347 และ 151 บาทตามลำดับ ▪ หน่วยบริการนวัตกรรมกังวลเรื่องความยั่งยืนว่านโยบายจะยังดำเนินการต่อได้หรือไม่เนื่องจาก <ul style="list-style-type: none"> ○ มีกรณีที่ สปสช. เรียกเงินคืนจากหน่วยนวัตกรรม (เป็นความเข้าใจผิด แท้จริงแล้วมีสาเหตุจากการทุจริตของหน่วยนวัตกรรม) ○ สปสช. ไม่มีเป้าหมายการขยายจำนวนหน่วยบริการนวัตกรรม ทำให้มองว่าค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องแล้ว สปสช. จะลดการจ่ายค่าบริการภายหลัง 	-

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบข้อมูล	ค
ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะสั้น	ค
ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะยาว.....	ค
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่าย	ค
Abstract	จ
บทสรุปเพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะ	ช
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	ซ
สารบัญ.....	1
สารบัญตาราง.....	3
สารบัญรูปภาพ	4
บทที่ 1 บทนำ	5
1.1 หลักการและเหตุผล.....	5
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	8
2.1 การจัดการระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร: แนวคิด Bangkok Health Zoning.....	8
2.2 นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" และความเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ...	10
2.3 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพในกรุงเทพมหานคร	11
2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	11
การประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation)	11
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน.....	13
3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)	13
3.2 รูปแบบการวิจัย (research design).....	13
3.2.1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ.....	16
3.2.2. การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ.....	20
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	24

4.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ	24
4.1.1. ความคาดหวังต่อนโยบายฯ.....	24
4.1.2. การนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติและการปรับตัวของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ..	25
4.1.3. ผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินนโยบายฯ.....	31
4.1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	43
4.2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลลัพธ์จากนโยบายฯ ต่อผู้รับบริการ.....	44
4.2.1 การรับรู้และความเข้าใจต่อนโยบาย.....	44
4.2.2 ทักษะและความคาดหวังต่อนโยบาย	44
4.2.3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการสาธารณสุข.....	45
4.2.4 ประเภทบริการและต้นทุนเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยในการรับบริการ	45
4.2.5 ความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ.....	45
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา.....	70
บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา	71
อภิปรายการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	71
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	72
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบข้อมูล	72
ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะสั้น	72
ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะยาว.....	72
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่าย	72
เอกสารอ้างอิง	74

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปการเผยแพร่งานวิจัยผ่านสื่อออนไลน์	ซ
ตารางที่ 2	สรุปการนำเสนอผลการดำเนินงานแก่กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	ฅ
ตารางที่ 3	สรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา	15
ตารางที่ 4	จำนวนหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามพื้นที่และประเภทบริการ	18
ตารางที่ 5	จำนวนผู้ให้ข้อมูลของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ	19
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนตัวอย่างกลุ่มผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)	21
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนตัวอย่างจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)	21
ตารางที่ 8	กิจกรรมบริการและเงื่อนไขและอัตราการเบิกจ่ายบริการสำหรับหน่วยบริการนวัตกรรมตามโครงการ	33
ตารางที่ 9	ตัวอย่างบริการและอัตราจ่ายชดเชยในหน่วยบริการที่แตกต่างกัน	36
ตารางที่ 10	ระบบที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของหน่วยนวัตกรรมแต่ละประเภท	38
ตารางที่ 11	ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม	47
ตารางที่ 12	แสดงข้อมูลการรับรู้ต่อยุทธศาสตร์ “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว” และความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ	51
ตารางที่ 13	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ	53
ตารางที่ 14	ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข	57
ตารางที่ 15	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุข	61
ตารางที่ 16	ความรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ	65
ตารางที่ 17	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ	68

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	แสดงวงจรการทำงานภายใต้กรอบการประเมินผลเชิงพัฒนา.....	13
รูปที่ 2	ต้นทุนรวมของผู้รับบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทต้นทุนและพื้นที่ศึกษา	56
รูปที่ 3	สัดส่วนผู้รับบริการที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำแนกตามระดับความรอบรู้และพื้นที่ศึกษา.....	64

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครอยู่ภายใต้การกำกับของกรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นหลัก โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 69 แห่งภายใต้สำนักอนามัยเป็นหน่วยบริการด้านหน้า ทำหน้าที่ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ศูนย์บริการสาธารณสุขมีบทบาทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนในต่างจังหวัด แต่ไม่มีหอผู้ป่วยใน ห้องคลอด หรือห้องฉุกเฉิน ในบางพื้นที่มีศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทและศักยภาพใกล้เคียงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ปัจจุบันมีจำนวน 77 แห่งก็กระจายตัวไม่ครอบคลุมในพื้นที่ ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุขต้องรองรับประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบที่มากกว่าศักยภาพที่มีและขาดเครือข่ายการทำงานในระดับพื้นที่ต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยเหตุนี้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน กทม. จึงต้องอาศัยความร่วมมือกับภาคเอกชน เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับประชาชนในพื้นที่

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2546 คลินิกอบอุ่นเข้ามามีบทบาทในด้านการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้คลินิกชุมชนอบอุ่นทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยนอก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งต่อผู้ป่วยซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อในพื้นที่ภายใต้การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับคลินิกฯ ในฐานะหน่วยบริการประจำ และคลินิกฯ ตามจ่ายค่าบริการที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการทำงานในช่วงแรกเน้นการทำงานกับประชากรบัตรทองที่ขึ้นทะเบียนในคลินิก แยกส่วนจากศูนย์บริการสาธารณสุข ต่อมาใน พ.ศ. 2563 ภายหลังที่ สปสช. ยกเลิกสัญญากับคลินิกชุมชนอบอุ่น จากการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่าบริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สปสช. ได้ปรับปรุงแบบการจัดเครือข่ายบริการใหม่ให้คลินิกอบอุ่น เป็นหนึ่งในเครือข่ายการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นแม่ข่าย และคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นลูกข่าย อย่างไรก็ตามการทำงานยังมีข้อจำกัดเนื่องจากศักยภาพของคลินิกชุมชนอบอุ่น เน้นการบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ไม่มีศักยภาพด้านอื่น เช่น ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทำให้ในพื้นที่ กทม. บริการดังกล่าวเข้าถึงได้ยากสำหรับประชาชน

นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" และการเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นยกระดับการให้บริการในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สะดวกต่อประชาชนมากขึ้น ในกรุงเทพมหานครนโยบายดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2564 โดยใช้ชื่อว่า OP Anywhere ที่นำร่องในบางเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตามในกรุงเทพมหานครดำเนินการเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อมารัฐบาลพรรคเพื่อไทยได้ต่อยอดนโยบายดังกล่าวโดยสนับสนุนให้คลินิกเอกชนและร้านขายยาเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยใช้คำเรียกรวมว่า “คลินิกนวัตกรรม” ไม่เพียงแต่คลินิกเวชกรรมที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นเท่านั้น โดยคลินิกนวัตกรรมที่เข้ามาสู่ระบบ ประกอบไปด้วย คลินิกเวชกรรม (รวมถึงคลินิกโทรเวชกรรม) คลินิกทันตกรรม ร้านขายยา คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเทคนิค

การแพทย์ และคลินิกแพทย์แผนไทย สำหรับหน่วยบริการในระบบที่มีอยู่เดิม (หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และโรงพยาบาลรับส่งต่อ) นโยบาย OP Anywhere ได้ขยายให้ผู้รับบริการไปใช้บริการได้ในหน่วยบริการทุกระดับไม่จำกัดเพียงบริการระดับปฐมภูมิต่างนั้น

การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ (health information exchange: HIE)

กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนในการจัดการระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากความหลากหลายของประชากรและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่ต้องการการออกแบบระบบสุขภาพที่เหมาะสม นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" และแนวคิด Bangkok Health Zoning เป็นความพยายามสำคัญในการลดข้อจำกัด กระจายทรัพยากร และเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผ่านโครงการ Sandbox ราชพิพัฒน์ Model ที่นำเทคโนโลยีและระบบปฐมภูมิมาเชื่อมโยงหน่วยบริการเพื่อลดภาระประชาชน อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายในการจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และความยั่งยืนของระบบในระยะยาว การประเมินผลเชิงนโยบายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ความเหมาะสมของการจัดสรรทรัพยากร และรวบรวมข้อเสนอแนะที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครให้มีความครอบคลุม เท่าเทียม และสามารถรองรับประชาชนในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ (health information exchange: HIE) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลด้านบริหารจัดการ 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

การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการประเมินผลการดำเนินงานของนโยบายดังกล่าวในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินนโยบาย รวมถึงบทเรียนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้การขับเคลื่อนเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก

- 1) เพื่อวิเคราะห์นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น การตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของหน่วยบริการเอกชน ความพึงพอใจของประชาชน และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 การจัดการระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร: แนวคิด Bangkok Health Zoning

กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความซับซ้อนในการจัดการระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากลักษณะประชากรที่มีความหลากหลาย ทั้งด้านเชื้อชาติ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ระบบส่งต่อผู้ป่วย และโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุม เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แนวคิด Bangkok Health Zoning หรือเขตสุขภาพกรุงเทพมหานครได้ถูกพัฒนาขึ้น โดยมีเป้าหมายสำคัญในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีความเท่าเทียมและครอบคลุม โดยเน้นการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจในลักษณะโซนสุขภาพ (health zone) เพื่อให้การจัดการบริการสุขภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม (2) วัตถุประสงค์หลักของ Bangkok Health Zoning ได้แก่ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ (ให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานที่ตั้งของหน่วยบริการ) กระจายทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม (ลดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่) สร้างระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน (เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเอกชน และหน่วยบริการอื่น ๆ เพื่อให้บริการสุขภาพแบบครบวงจร) และสนับสนุนการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ (ให้ผู้จัดการโซนสุขภาพมีอิสระในการบริหารจัดการบริการให้สอดคล้องกับลักษณะของประชากรและความต้องการในพื้นที่)

โครงสร้างการจัดการในแต่ละโซนสุขภาพของกรุงเทพมหานครถูกแบ่งออกเป็น 7 โซนสุขภาพ ได้แก่ กรุงเทพฯ กลาง, กรุงเทพฯ เหนือ, กรุงเทพฯ ตะวันออก, กรุงเทพฯ ใต้, กรุงเทพมหานครเหนือ กรุงเทพมหานครใต้ และกรุงเทพฯ ชั้นใน โดยในแต่ละโซนมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพและการทำงานร่วมกัน โดยบทบาทสำคัญในโครงสร้างแต่ละโซนสุขภาพ ได้แก่ 1) health zone manager โรงพยาบาลหลักในโซนที่มีบทบาทบริหารจัดการหน่วยบริการในเขตสุขภาพนั้น ๆ ทั้งการกระจายทรัพยากร การวางแผนบริการ และการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในโซน 2) mentor manager โรงพยาบาลพี่เลี้ยงที่ให้การสนับสนุนศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการในพื้นที่ โดยเน้นการให้คำปรึกษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการจัดการระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และ 3) area manager ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการปฐมภูมิ ประสานงานกับโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้การบริการในระดับพื้นที่มีความสอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

แนวคิด Bangkok Health Zoning ยังได้รับการสนับสนุนผ่านระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น ระบบ model 5 ซึ่งเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนผ่านโครงการ telemedicine และการเยี่ยมบ้านแบบออนไลน์ (urban medicine homecare) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางได้

กรณีศึกษา sandbox ราชพิพัฒน์ model เกิดขึ้นจากนโยบาย "9 ด้าน 9 ดี" ของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานครให้ครอบคลุมและทั่วถึงผ่านความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในสังกัด สำนักการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย สำนักงานเขต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สถานพยาบาลเอกชน และเครือข่ายภาคประชาชน ซึ่งโครงการสำคัญใน sandbox ราชพิพัฒน์ model ได้แก่

1. พัฒนา excellent center เวชศาสตร์เขตเมือง ควบคุมการดูแลคนเมือง โดยพัฒนาระบบบริการสาขาต่าง ๆ ให้ประชาชนได้รับบริการต่าง ๆ ทัวถึงและเข้าถึงง่ายมากขึ้น เช่น service plan โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น
2. เปิดศูนย์เวชศาสตร์เขตเมืองราชพิพัฒน์เพื่อการฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง เป็นแห่งแรกของกรุงเทพมหานคร และสร้างความเข้มแข็งระดับชุมชน โดยเปิด community IMC บ้านผู้สูงอายุหรือศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุชุมชน เพื่อสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเข้มแข็ง เปิดโครงการ pre-school บ้านเด็กเล็ก กรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้น และโครงการนักสืบฝุ่นโดยติดตั้งเครื่องวัด PM2.5 ไว้ในชุมชนทั้ง 5 เขต ติดตามหาสาเหตุของฝุ่นเพื่อป้องกันแก้ไข เป็นต้น
3. เปิดศูนย์สนับสนุนเวชศาสตร์เขตเมือง หรือศูนย์สนับสนุนบริการคนเมือง สร้างบริการให้ระบบปฐมภูมิเข้มแข็งโดยใช้หลัก hi-touch และ hi-tech ประกอบด้วย ระบบเทคโนโลยี และระบบบริการขนส่งสาธารณสุขโครงการที่ใช้ระบบเทคโนโลยี ประกอบด้วย
 - 3.1. urban medicine support center ประชาชนสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพ 24 ชั่วโมงผ่านระบบโทรศัพท์ VDO call center โดย scan QR code ใน Facebook โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
 - 3.2. telemedicine ประชาชนสามารถปรึกษา รักษา กับแพทย์ผ่านระบบรักษาทางไกล และใช้ระบบส่งยาไปที่บ้านหรือรับยาที่ร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอนาคต
 - 3.3. telemedicine consult ระบบปรึกษาการรักษาระหว่างพยาบาลและแพทย์ที่คลินิกอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลเหมือนทำให้คนไข้ได้รับการรักษา กับแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น และลดการส่งต่อการที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
 - 3.4. urban medicine home care ระบบเยี่ยมบ้านและฝากร่างกาย online เพื่อให้แพทย์พยาบาลที่คลินิกอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ได้ติดตามอาการคนไข้หลังการรักษา ร่วมกัน และถ้าผู้ป่วยพบปัญหาสามารถโทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ได้ 24 ชั่วโมง ลดการส่งต่อที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
 - 3.5. รถ telemedicine-ambulance รับการประสานงานจากศูนย์เอราวัณและเพิ่มช่องทางการติดต่อฉุกเฉินให้ประชาชน เพิ่มอุปกรณ์ที่ทันสมัยให้แพทย์รักษาผู้ป่วยได้ถึงที่เกิดเหตุและบนรถฉุกเฉิน
 - 3.6. รถ motor lance หน่วยเคลื่อนที่เร็วเพื่อประเมินปฐมพยาบาลและกู้ชีวิตรักษาทันทีที่เกิดเหตุ เข้าถึงชุมชนได้ง่ายรวดเร็วมากขึ้นโดยเฉพาะชุมชนที่รถฉุกเฉินเข้าถึงยากและการจราจรติดขัด
 - 3.7. รถ commulance เหมือนศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เจ้าหน้าที่และรถสามารถเข้าไปบริการผู้ป่วยถึงชุมชนด้วยอุปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถเจาะเลือด ตรวจร่างกาย เอกซเรย์และปรึกษาแพทย์ได้ด้วยระบบเทคโนโลยี และใช้ระบบส่งยาไปที่บ้านหรือรับยาที่ร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ในอนาคต
 - 3.8. รถรับส่งผู้สูงอายุและผู้พิการ
 - 3.9. รถโดยสาร ชุมชน-โรงพยาบาล

2.2 นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" และความเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ถือเป็นนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความซับซ้อนในโครงสร้างระบบบริการสุขภาพมากกว่าพื้นที่อื่น ด้วยความหลากหลายของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และความหนาแน่นของประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรุงเทพมหานครได้ดำเนินนโยบายเครือข่ายบริการ model 5 โดยพัฒนาแนวทางการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกสหวิชาชีพ และร้านขายยา เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย นอกจากนี้ยังมีนโยบาย OP anywhere ที่อนุญาตให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใดก็ได้ โดยหวังจะให้เกิดการเชื่อมโยงระบบบริการในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามแม้ว่านโยบายดังกล่าวจะเริ่มเห็นการขยายตัวของหน่วยบริการนวัตกรรมและคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน อีกทั้งการจัดตั้งเครือข่ายบริการตามนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งแบ่งกรุงเทพมหานครออกเป็น 7 โซน โดยมีโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของแต่ละโซน และศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้จัดการระดับเขต ยังเผชิญกับความท้าทายในการบูรณาการงานระหว่างหน่วยบริการ

กรุงเทพมหานครเริ่มดำเนินการตามนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" ในวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นจังหวัดที่ 46 ที่เข้าร่วมโครงการ แต่เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีข้อจำกัดในการให้บริการภายในโรงพยาบาลรับส่งต่อ ส่งผลให้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ จะให้บริการได้เพียงเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือคลินิกนวัตกรรม 7 ประเภท ทำให้รูปแบบของนโยบายในกรุงเทพมหานครแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ

นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" เป็นการพัฒนาต่อยอดจากนโยบาย "30 บาทรักษาทุกโรค" โดยเพิ่มความยืดหยุ่นและลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่ถือสิทธิบัตรทอง ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ในหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และใช้เพียงบัตรประชาชนเป็นหลักฐานในการรับสิทธิ เป้าหมายของนโยบายดังกล่าว คือ ลดภาระการเดินทางของประชาชนช่วยให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการที่สะดวกใกล้บ้าน ลดความยุ่งยากในการเดินทาง ลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ กระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุม เพิ่มโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม (3) รูปแบบการดำเนินงานในกรุงเทพมหานคร นโยบายนี้เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2567 โดยเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการนวัตกรรม และการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพในภาครัฐและเอกชน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น ร้านขายยาคุณภาพ คลินิกเวชกรรม และหน่วยบริการทางเลือกใหม่ที่มี 7 นวัตกรรม (4) ดังนี้ 1) คลินิกเวชกรรม ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ 2) คลินิกทันตกรรม ให้บริการสุขภาพช่องปาก เช่น อุดฟัน ถอนฟัน 3) ร้านยาคุณภาพ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยา และจ่ายยาเบื้องต้น 4) คลินิกกายภาพบำบัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กล้ามเนื้อและระบบประสาท 5) คลินิกพยาบาล บริการดูแลแผลและตรวจรักษาเบื้องต้น เช่น ไข้ ปวดท้อง 6) คลินิกแพทย์แผนไทย บริการนวด ประคบสมุนไพร และฟื้นฟูผู้ป่วย และ 7) คลินิกเทคนิคการแพทย์ บริการตรวจแล็บ เช่น ตรวจเลือด น้ำตาล นอกจากนี้ สปสช. ยังพัฒนานวัตกรรมบริการเพิ่มเติมในกรุงเทพมหานครอีก 10 ประเภท เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มในพื้นที่ ดังนี้ การแพทย์ทางไกลพร้อมจัดส่งยา ให้บริการปรึกษาสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ พร้อมส่งยาถึงบ้าน บริการเจาะเลือดที่บ้านเหมาะสำหรับผู้ป่วยติดเตียงหรือติดบ้าน รถทันตกรรมเคลื่อนที่ให้บริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ห่างไกล รถเวชกรรมเคลื่อนที่บริการรักษาโรคเบื้องต้นในชุมชน ระบบแพทย์ทางไกลในโรงเรียน

ให้คำปรึกษาสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันในโรงพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพในห้างสรรพสินค้า ให้บริการตรวจสุขภาพในสถานที่ที่ประชาชนเข้าถึงง่าย สถานีสุขภาพ (health station) บริการสุขภาพผ่านตู้ telemedicine ในชุมชน หน่วยบริการในสถานีบริการน้ำมันเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หน่วยบริการบนสถานีรถไฟฟ้าและสนามบินรองรับประชาชนที่เดินทาง และหน่วยบริการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติช่วยผู้ป่วยโรคไตที่ต้องการการฟอกไต เป็นต้น

2.3 การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพในกรุงเทพมหานคร

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมได้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพในระดับประเทศ โดยจัดตั้ง “องค์กรภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศ” ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “โครงการพัฒนาเพิ่มคุณภาพการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล” เพื่อการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากระเบียนข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic personal health record: PHR) ของแต่ละฝ่ายระหว่างกันและพัฒนาเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ big data ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเครือข่ายสาธารณสุขไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ health link (5) ทั้งนี้ health link ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้มาตรฐานความปลอดภัยระดับสากล ได้แก่ ระบบ e-KYC, การเข้ารหัสข้อมูลในระบบ, ข้อมูลสุขภาพเก็บแยกส่วน, ใช้ Cloudflare ปกป้องเครื่องแม่ข่าย, รับส่งข้อมูล, ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO27001 ระบบบริหารจัดการ ความปลอดภัยของข้อมูล และแพทย์เท่านั้นที่เข้าดูข้อมูลได้

ผู้รับบริการที่ใช้ health link สามารถกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ (6) โดยประชาชนที่สนใจเข้าร่วมในระบบ health link สามารถทำได้โดยลงทะเบียนสมัคร health link ได้ฟรี ในแอปพลิเคชัน 'เป่าตัง' หรือสมัครผ่านเว็บไซต์ www.healthlink.go.th/portal โดยยืนยันตัวตนผ่านแอปฯ ThaiD ของกรมการปกครอง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ health link เพียง 300 กว่าแห่งและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับโครงการ health link

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผลเชิงพัฒนา (developmental evaluation)

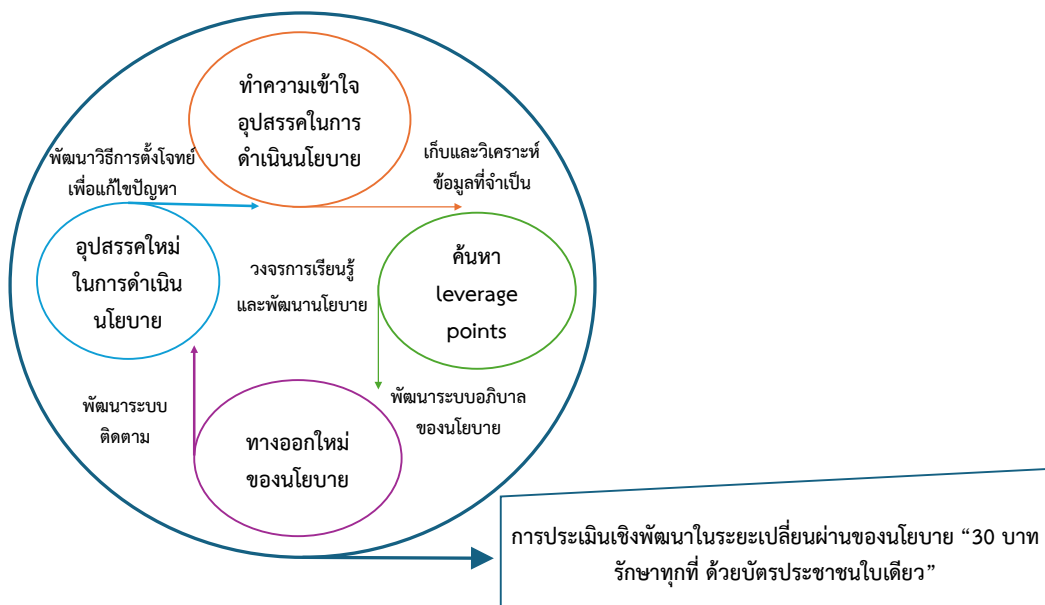
การประเมินผลเชิงพัฒนาเป็นการประเมินเพื่อใช้สำหรับการพัฒนา (developmental purpose) นโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน หรือนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนโยบายที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง (complex and dynamic) โดยผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันท่วงที (timely feedback) ตลอดระยะเวลาการประเมินผลเชิงพัฒนา (7) ยกตัวอย่างเช่น การประเมินโครงการปรับปรุงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองประเทศออสเตรเลีย เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปัญหาจากการส่งผ่านองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งกระบวนการนี้ดำเนินงานในลักษณะวงจรการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการตอบสนองและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง (8) หรือการประเมินเชิงพัฒนาสำหรับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) (9) โดยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ช่วยให้ กสศ. รวมถึงภาคีเครือข่ายมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจน และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานรวมถึงการติดตามผลการ

ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ หรือการประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (10) ในระหว่างการดำเนินการโครงการนำร่อง จากการทบทวนดังกล่าว การประเมินเชิงพัฒนา จึงถือเป็นแนวทางการดำเนินงานที่เป็นกลไกสำคัญเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนและผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลาย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลเชิงพัฒนา เพราะคณะผู้วิจัยมี**สมมติฐานสำคัญ**ได้แก่ 1) นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลที่ต้องดำเนินงานอย่างไม่มีทางเลือก 2) นโยบายนี้จะมีการพัฒนาเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการดำเนินงานโดยยังไม่มีข้อสรุปของนโยบายอย่างตายตัวในขั้นตอนแรก โดยในช่วงหนึ่งปีแรกของการดำเนินนโยบายคาดว่าจะมีอุปสรรคและต้องหาทางออกใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลาเป็นวงจรดังรูปที่ 1 3) ผู้กำหนดนโยบายมีความคาดหวังที่จะใช้ประโยชน์จากการติดตามประเมินผลนี้ในทุกช่วงของการดำเนินนโยบาย กล่าวคือคณะผู้วิจัยจะต้องทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่นำร่อง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะแสดงรายละเอียดในส่วนถัดไป เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินนโยบาย เพื่อค้นหาทางออกและนำไปสู่ข้อเสนอแนะกับผู้กำหนดนโยบาย ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานเพื่อให้ทราบอุปสรรคใหม่หรืออุปสรรคเดิมที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในแต่ละช่วงเวลาเป็นวงจร



รูปที่ 1 แสดงวงจรการทำงานภายใต้กรอบการประเมินผลเชิงพัฒนา

3.2 รูปแบบการวิจัย (research design)

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

กระทรวงสาธารณสุข การสังเกตการณ์ประชุมผู้บริหารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติรายสัปดาห์จากคณะผู้บริหาร สปสช. โดยมีข้อมูลนำเข้าจากคณะผู้วิจัยนี้และทีมวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการประเมินนโยบายนี้พร้อมกัน เช่น ทีมนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้รับมอบหมายจาก สปสช. ในการทำการประเมินผลของนโยบายนี้เช่นกัน ทั้งนี้ทีมวิจัยทั้งสอง คือ จาก HITAP/IHPF และทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะมีการประชุมร่วมกันเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแบ่งปันข้อมูลและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการประเมินผล รวมถึงการเก็บข้อมูล และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากสองทีมจะทำให้ นโยบายนี้มีเอกภาพและนำไปปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” นี้ ตารางที่ 3 แสดงสรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

ตารางที่ 3 สรุประเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

วัตถุประสงค์เฉพาะ	ระเบียบวิธีวิจัย	ผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง
<p>1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร</p> <p>2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น การตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของหน่วยบริการเอกชน ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ</p> <p>3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่กรุงเทพมหานคร</p>	<p>การศึกษาเชิงคุณภาพแบบรายกรณี (case study research) ที่เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์กลุ่มในประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง</p>	<p>ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้บริหารและผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกนวัตกรรม และร้านขายยาประเภทละ 3 แห่ง (เขตละ 1 แห่ง) แห่งละ 1-2 คน 2) ผู้บริหารศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง (เขตละ 1 แห่ง) แห่งละ 2 คน (ผู้อำนวยการ และ/หรือ หัวหน้าพยาบาล และ/หรือ หัวหน้างานอนามัยชุมชน) <p>ผู้ให้บริการระดับตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้บริหารโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครจากหลากหลายสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) แห่งละ 1 คน
<p>4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”</p>	<p>การศึกษาเชิงปริมาณ ด้วยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face to face interview) สำหรับผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (structure interview) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของวิธีการสุ่มแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น</p>	<p>ผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ผู้รับบริการที่ใช้บริการสาธารณสุข 100 คน ต่อโซน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 700 คน

ทั้งนี้รายละเอียดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) แบ่งตามวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล 2 รูปแบบ ดังนี้

3.2.1. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2.1.1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบรายกรณี (case study research) ที่มุ่งศึกษาสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินนโยบายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงที่มีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่ซับซ้อน มีความหลากหลายของประชากรและความต้องการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน การดำเนินนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" ในกรุงเทพมหานครจึงมีความท้าทาย ทั้งในแง่การบูรณาการระบบบริการ การเข้าถึงของประชาชน และบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพของเมืองหลวง คณะผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลการดำเนินนโยบายจากผู้ให้บริการทั้งระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ อันประกอบด้วยหน่วยบริการนวัตกรรม คลินิกชุมชนอบอุ่น และศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการระดับตติยภูมิในสังกัดต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.2.1.2. กลุ่มเป้าหมาย

คณะผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ให้ข้อมูล) ด้วยวิธีการเลือกแบบผสมผสาน โดยพิจารณาจาก 1) คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารหรือผู้ให้บริการที่เป็นพนักงานประจำ และเป็นผู้ที่เข้าใจกระบวนการให้บริการ สามารถอธิบายสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างก่อนและหลังมีนโยบายได้ 2) ลักษณะของหน่วยบริการ ได้แก่ ต้นสังกัด ประเภทของบริการ และประสบการณ์การให้บริการตามนโยบายฯ ไม่น้อยกว่า 1 เดือน เพื่อให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์จากผู้ให้บริการในหลากหลายกลุ่มตามความซับซ้อนของระบบสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้จำนวนประชากรและลักษณะพื้นที่อาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการภายใต้ต้นนโยบายนี้ การเก็บข้อมูลจากบริบทที่หลากหลายเกินไปอาจทำให้ยากต่อการรวบรวมและสรุปผล คณะผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจาก 3 เขตสุขภาพกรุงเทพมหานคร (Bangkok Health Zoning) ได้แก่ บางขุนเทียน บางกะปิ คลองเตย ซึ่งพิจารณาจาก 3 เกณฑ์หลักดังต่อไปนี้

1) มีความหลากหลายของประเภทหน่วยนวัตกรรมในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 4 ประเภท จากทั้งหมด 7 ประเภท (พิจารณาเฉพาะหน่วยนวัตกรรมที่ส่งข้อมูลเบิกจ่ายกับ สปสช. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567)

2) ความหลากหลายของพื้นที่ด้านความหนาแน่นของประชากร (11) โดยจะเรียง 50 เขตตามจำนวนประชากรต่อพื้นที่ แล้วแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ หนาแน่นน้อย หนาแน่นปานกลาง หนาแน่นมาก และเลือกมาประเภทละ 1 เขต

3) ที่ตั้งของพื้นที่ตามนโยบาย Bangkok Health Zoning โดยจะพิจารณาให้เขตที่ได้รับคัดเลือกกระจายไปใน 3 กลุ่มเขตจากทั้งหมด 7 กลุ่มเขต

เมื่อเก็บข้อมูลไประยะหนึ่งคณะผู้วิจัยขยายพื้นที่การเก็บข้อมูลไปยังเขตสุขภาพข้างเคียงเพิ่มเติม เนื่องจากหน่วยบริการในพื้นที่เป้าหมายเดิมปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือไม่มีการให้บริการของหน่วยบริการบางประเภทในพื้นที่เดิม

เนื่องจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ในกรุงเทพมหานครไม่มีผลบังคับใช้ต่อหน่วยบริการในระดับตติยภูมิ (ผู้รับบริการไม่สามารถ walk-in เข้าไปรับบริการที่หน่วยบริการตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยไม่มีใบส่งตัวได้) คณะผู้วิจัยจึงกำหนดผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิแบบเจาะจง เป็นผู้บริหารของหน่วยบริการแทนผู้ให้บริการ เพื่อมุ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นผลกระทบจากการมีนโยบาย ความคาดหวัง รวมถึงโอกาสในการพัฒนาโยบายและเครือข่ายการให้บริการระหว่างหน่วยบริการในแต่ละระดับ/สังกัด และเพื่อให้ข้อมูลสะท้อนความคิดเห็นจากหน่วยบริการในหลายสังกัด คณะผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิจากโรงพยาบาลสังกัดต่าง ๆ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และโรงพยาบาลสังกัดเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.2.1.3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจำนวน 75 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 มีรายละเอียดดังนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึก

คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) โดยมีแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนมุมมอง ประสบการณ์ และข้อเสนอแนะได้อย่างลึกซึ้ง ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ประกอบด้วย ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนทั้งคลินิกชุมชนอบอุ่นและหน่วยบริการนวัตกรรม รวมจำนวนหน่วยบริการทั้งสิ้น 32 แห่ง มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 58 คน (ตารางที่ 4) การนัดหมายสัมภาษณ์ดำเนินการล่วงหน้าโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมอย่างเป็นทางการจากผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีต่อราย โดยมีคณะผู้วิจัย 1 คน ทำหน้าที่ดำเนินการสัมภาษณ์ และมีคณะผู้วิจัย 2 คน ทำหน้าที่จดบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อถอดบทสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเน้นการสร้างบรรยากาศที่ไว้วางใจและเคารพความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการ

การสัมภาษณ์กลุ่ม

คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) แบบออนไลน์ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 4 คน และกลุ่มผู้บริหารในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 18 คน (ตารางที่ 5) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นที่ละคนโดยไม่เน้นการถกเถียงหรือโต้ตอบกันโดยตรง การสัมภาษณ์แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที มีการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม และบันทึกเสียงเพื่อใช้ในการถอดบทสัมภาษณ์ พร้อมทั้งการจดบันทึกภาคสนามประกอบ และทวนสอบข้อมูลที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์ภายหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น

ตารางที่ 4 จำนวนหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามพื้นที่และประเภทบริการ

Bangkok Health Zoning	ประเภทหน่วยบริการ	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	หน่วยบริการ (แห่ง)
กรุงเทพฯ ใต้	คลินิกเทคนิคการแพทย์	1	1
	คลินิกเวชกรรม	4	2
	คลินิกกายภาพบำบัด	1	1
	คลินิกชุมชนอบอุ่น	2	1
	คลินิกทันตกรรม	1	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข	1	1
	กรุงเทพฯ ตะวันตก	คลินิกเวชกรรม	2
กรุงเทพฯ ตะวันตก	คลินิกแพทย์แผนไทย	1	1
	หน่วยบริการในสถานบริการน้ำมัน	3	1
	คลินิกชุมชนอบอุ่น	1	1
	คลินิกทันตกรรม	3	1
	ร้านขายยา	1	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข	2	1
	กรุงเทพฯ เหนือ	คลินิกเทคนิคการแพทย์	2
กรุงเทพฯ เหนือ	คลินิกเวชกรรม	3	1
	คลินิกแพทย์แผนไทย	1	1
	คลินิกกายภาพบำบัด	2	1
	กรุงเทพฯ กลาง	คลินิกเทคนิคการแพทย์	3
กรุงเทพฯ กลาง	คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	1	1
	กรุงเทพฯ ชั้นใน	คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	1
กรุงเทพฯ ตะวันออก	คลินิกแพทย์แผนไทย	1	1
	หน่วยบริการโทรเวชกรรมในชุมชน	5	1
	คลินิกกายภาพบำบัด	2	1
	คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	1	1
	คลินิกชุมชนอบอุ่น	3	1
	คลินิกทันตกรรม	3	1
	ศูนย์บริการสาธารณสุข	1	1
	ร้านขายยา	2	2
ตั้งอยู่ในหลายพื้นที่	คลินิกโทรเวชกรรม	2	1
	ร้านขายยา (แบบเครื่อ)	1	1
รวม		57	32

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ให้ข้อมูลของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ

สังกัด	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลกลาง	1
	โรงพยาบาลตากสิน	1
	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	1
	โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ	2
	โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี	1
	โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	2
	โรงพยาบาลสิรินธร	1
	โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน	1
	โรงพยาบาลรัตนประชารักษ์	1
	โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร	1
กระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาลเลิดสิน	1
	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	2
	โรงพยาบาลราชวิถี	1
เอกชน	โรงพยาบาลอนันต์พัฒนา 2	1
เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย		1
รวม		18

3.2.1.4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่มจะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis) ซึ่งมุ่งเน้นการสกัดประเด็นหลัก (themes) และหัวข้อย่อย (sub-themes) ที่สะท้อนประสบการณ์ มุมมอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ในบริบทของกรุงเทพมหานคร คณะผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลจากการถอดเทปคำสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมและบริบทของข้อมูล รวมถึงสร้างรหัสเบื้องต้น (initial coding) จากคำหรือวลีที่สะท้อนแนวคิดหรือประเด็นสำคัญ จากนั้นจัดกลุ่มและสังเคราะห์ประเด็นที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2.1.5. การควบคุมคุณภาพงานวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลกับแหล่งข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่าง (data triangulation) เช่น ข้อมูลจากผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมในแต่ละเขตสุขภาพ การวิเคราะห์เอกสารประกอบ รวมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลบางรายภายหลังการสัมภาษณ์ (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบผู้บันทึกและสรุปผลข้อมูล (investigator triangulation) ที่ให้คณะผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คนเป็นผู้จัดบันทึก อ่านถอดเทป และสรุปผล

3.2.1.6. จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สคม. 042/2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (รหัสโครงการ E022hh67_EXP) การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยของ Declaration of Helsinki และกระบวนการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการนี้โดยเคร่งครัด ซึ่งในการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านได้รับหนังสือแจ้งข้อมูลรายละเอียดของโครงการ และได้แสดงความยินยอมด้วยการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนให้ข้อมูล

3.2.2. การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.2.1. กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับบริการสาธารณสุขในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

- **เกณฑ์การคัดเลือก:** ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้
- **เกณฑ์การคัดออก:** ผู้ที่มีความประสงค์หยุดให้ข้อมูล หรือขอลอนตัวออกจากโครงการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเหตุผลส่วนตัว
- **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

μ = mean

$z_{1-\beta}$ = desire power

σ = variance

โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($1-\beta$) ที่ 0.20 และระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ที่ร้อยละ 95 ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่เคยมีการสำรวจความพึงพอใจจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงกำหนดให้ระดับความพึงพอใจที่ต้องการคือเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 100 คน ต่อโซน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 700 คน (รายละเอียดตามตารางที่ 6 และตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนตัวอย่างกลุ่มผู้รับบริการจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)

พื้นที่	โรงพยาบาลรัฐ (คน)	ศูนย์บริการฯ (คน)	ร้านยา (คน)	คลินิกชุมชน อบอุ่น (คน)	รวม (คน)
Bangkok Health Zone 1	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 2	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 3	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 4	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 5	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 6	30	30	20	20	100
Bangkok Health Zone 7	30	30	20	20	100
รวม	210 (30%)	210 (30%)	140 (20%)	140 (20%)	700

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนตัวอย่างจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)

Health Zone	เขต	สถานบริการสาธารณสุข
โซน 1 กรุงเทพฯ ตะวันตก	เขตทวีวัฒนา เขตตลิ่งชัน เขตบางแค เขตภาษีเจริญ เขตหนองแขม เขตบาง บอน เขตบางขุนเทียน	- รพ. ผู้สูงอายุบางขุนเทียน/รพ. ราช พิพัฒน์ - ศบส. 48 นาควัชรอุทิศ/ศบส. 65 บางบอน - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น
โซน 2 กรุงเทพฯ ฝั่งธนบุรี	เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ เขตคลองสาน เขตธนบุรี เขตจอมทอง	- รพ. ตากสิน/รพ. ศิริราช - ศบส. 30 วัดเจ้าอาวม/ศบส. 33 วัดหงส์รัตนาราม - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น
โซน 3 กรุงเทพฯ ใต้	เขตปทุมวัน เขตสาทร เขตบางรัก เขตวัฒนา เขตคลองเตย เขตพระโขนง เขตยานนาวา เขตบางคอแหลม เขตราชพฤกษ์บูรณะ เขตทุ่งครุ	- รพ. เลิดสิน/รพ. จุฬาลงกรณ์ - ศบส. 10 สุขุมวิท - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น
โซน 4 กรุงเทพฯ ชั้นใน	เขตบางซื่อ เขตบางพลัด เขตดุสิต เขตพระนคร	- รพ. วชิรพยาบาล - ศบส. 6 สโม่สรวัฒนธรรมหญิง - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น

Health Zone	เขต	สถานบริการสาธารณสุข
โซน 5 กรุงเทพฯ กลาง	เขตสัมพันธวงศ์ เขตพญาไท เขตราชเทวี เขตดินแดง เขตห้วยขวาง เขตวังทองหลาง	- รพ. กลาง - ศบส. 25 ห้วยขวาง/ศบส. 15 ลาดพร้าว - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น
โซน 6 กรุงเทพฯ เหนือ	เขตดอนเมือง เขตสายไหม เขตหลักสี่ เขตบางเขน เขตจตุจักร เขตลาดพร้าว	- รพ. ภูมิพลอดุลยเดช/รพ. มงกุฎวิวัฒนะ - ศบส. 24 บางเขน/ศบส. 51 จตุจักร - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น
โซน 7 กรุงเทพฯ ตะวันออก	เขตหนองจอก เขตคลองสามวา เขตมีนบุรี เขตลาดกระบัง เขตคันนายาว เขตสะพานสูง เขตประเวศ เขตบางนา เขตสวนหลวง เขตบางกะปิ เขตบึงกุ่ม	- รพ. สิรินคร/รพ. บางนากรุงเทพมหานคร - ศบส. 35 หัวหมาก/ศบส. 50 บึงกุ่ม - ร้านยา - คลินิกชุมชนอบอุ่น

3.2.2.2. การเก็บข้อมูล

เป็นการสำรวจจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) ด้วยแบบสอบถามมีโครงสร้าง แบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1: ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพครั้งล่าสุด (ลักษณะบริการสุขภาพ ประเภทสถานพยาบาลที่รับบริการ ระยะทาง วิธีการเดินทาง ระยะเวลารอคอย ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักส่วนเพิ่ม ค่ารักษาพยาบาล นอกเหนือจากสิทธิ และ informal care) ความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ (scale 1-10) การรับรู้ต่อนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” (การรับรู้ การยอมรับ ความเข้าใจ) ส่วนที่ 2: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 3: ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ (digital health literacy) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2568

3.2.2.3. การวิเคราะห์ข้อมูล

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 ต่อผู้รับบริการ คณะผู้วิจัยใช้สถิติอนุमानสำหรับทดสอบสมมติฐานตัวแปรจัดกลุ่มวิเคราะห์ด้วย การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher’s exact test) ตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบปกติวิเคราะห์ด้วย t-test และตัวแปรต่อเนื่องที่กระจายแบบไม่ปกติวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon rank-sum test, Kruskal–Wallis test และวิเคราะห์สถิติพหุ

ตัวแปรด้วย การทดสอบตัวแบบเชิงเส้นน้อยทั่วไป (generalized linear model, GLM) การประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด (ordinary least squares: OLS), mixed-effects model

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครอบคลุมประเด็นสำคัญทั้งสิ้น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งจำแนกตามประเด็น ได้แก่ ความคาดหวังต่อนโยบาย การนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติและการปรับตัวของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินนโยบายฯ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ และส่วนที่ 2: การศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ต่อผู้รับบริการ

4.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ

4.1.1. ความคาดหวังต่อนโยบายฯ

ผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัยโดยส่วนใหญ่ทั้งจากกลุ่มหน่วยนวัตกรรม ศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการตติยภูมิ สะท้อนเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขที่มีร่วมกัน คือ กรุงเทพมหานครมีระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการมีนโยบายฯ อาจช่วยสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิและการบริการเชิงรุก (หน่วยนวัตกรรมเคลื่อนที่เชิงรุก เช่น บริการการแพทย์ทางไกล บริการเจาะเลือดที่บ้านผู้ป่วย รถทันตกรรมเคลื่อนที่ รถคลินิกเวชกรรมเคลื่อนที่) มากขึ้น อันจะนำไปสู่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นของประชาชนในสังคมเมือง

ผู้ให้ข้อมูลจากทุกกลุ่มยังมีความคาดหวังต่อนโยบายฯ ที่สอดคล้องกันเกี่ยวกับการมีระบบตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินนโยบายฯ ที่ชัดเจน เพื่อวัดผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากนโยบาย และใช้ผลการประเมินเพื่อการปรับปรุงนโยบาย (evidence-based policy) ในอนาคต มากกว่าการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลทางการเมืองหรือผลประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจากทุกกลุ่มยังคาดหวังที่จะเห็น ระบบข้อมูลที่แม่นยำ เสถียร และเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วย ลดความซ้ำซ้อนและความผิดพลาดในกระบวนการรักษา และอาจนำไปสู่หลักฐานที่ใช้เพื่อปรับปรุงนโยบายและเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้ตอบเจตจำนงประชาชนและผู้ให้บริการได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง เนื่องจากรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่หลากหลาย การไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการ และการอ้างอิงหลักการใช้ข้อมูลที่แตกต่างกันของหน่วยบริการ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไปในส่วนของปัญหาและอุปสรรค (12)

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหน่วยนวัตกรรมสะท้อนความคาดหวังต่อนโยบายฯ ที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น คือ ความคาดหวังต่อความชัดเจนและความต่อเนื่องของนโยบาย เพื่อให้หน่วยบริการสามารถวางแผนพัฒนาการดำเนินงานได้อย่างมั่นใจ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน และการบริหารจัดการบุคลากร นอกจากนี้การชดเชยค่าบริการที่เพียงพอและให้การชดเชยอย่างต่อเนื่องก็เป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายประจำของหน่วยนวัตกรรม เช่น ค่าจ้างบุคลากร การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการบริหารจัดการหน่วยบริการที่ต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น หากนโยบายมีการหยุดชะงักหรือเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย และประชาชนในพื้นที่ห่างไกลที่ต้องพึ่งพาโครงการนี้เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และอาจสร้างภาระเพิ่มเติมให้กับหน่วยบริการที่ต้องปรับตัวตาม

ความคาดหวังของผู้ให้ข้อมูลสามารถสะท้อนความต้องการและความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อนโยบายฯ ได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีเป้าหมายร่วมกันและมองเห็นโอกาสที่เกิดขึ้นจากการมีอยู่ของนโยบาย

ฯ ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนและพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกัน

"คาดหวังว่าประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยไม่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือค่าใช้จ่าย" (ผู้ให้ข้อมูล: เจ้าของคลินิกชุมชนอบอุ่น 1)

"เราคาดหวังว่าจะมีระบบข้อมูลที่ใช้งานง่าย เชื่อมต่อได้รวดเร็ว และช่วยลดภาระของบุคลากร" (ผู้ให้ข้อมูล: เจ้าของคลินิกชุมชนอบอุ่น 2)

"คาดหวังว่างบประมาณจะสามารถรองรับการดำเนินงานในระยะยาวได้ และเพียงพอต่อการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ" (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้จัดการคลินิกเวชกรรม)

"การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดบ่อยครั้งทำให้เราต้องปรับตัวอยู่เสมอ บางครั้งไม่มีความชัดเจน ทำให้กระทบต่อการวางแผน" (ผู้ให้ข้อมูล: เจ้าของคลินิกเวชกรรม 2)

4.1.2. การนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติและการปรับตัวของหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

4.1.2.1. หน่วยนวัตกรรม

“หน่วยบริการนวัตกรรม” หรือ “หน่วยนวัตกรรม” เป็นชื่อเรียกของหน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชน (คลินิก) ที่เข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ หน่วยนวัตกรรมให้บริการครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือบริการสุขภาพในชุมชน/บ้าน ซึ่งรายละเอียดการให้บริการแตกต่างกันไปในแต่ละประเภทของหน่วยบริการตามที่ สปสช. กำหนด

การร่วมให้บริการของหน่วยบริการภาคเอกชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้ามีจุดเริ่มต้นมาตั้งแต่ก่อนมีนโยบายฯ ที่ สปสช. ประกาศให้คลินิกทันตกรรมสามารถเข้าร่วมเป็น “หน่วยร่วมบริการ” เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนสิทธิบัตรทองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 นโยบายร่วมให้บริการของภาคเอกชนถูกขยายไปยังหน่วยบริการวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ (ระดับเขต) ของกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดให้ศูนย์บริการสาธารณสุขมีบทบาทเป็นแม่ข่ายทำหน้าที่ในการกำกับดูแลการทำงานของหน่วยบริการเครือข่ายในพื้นที่ และกำหนดให้คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกสหวิชาชีพ และร้านขายยา เป็น “หน่วยบริการรับส่งต่อเฉพาะด้าน” มีบทบาทเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระบบบริการในระดับพื้นที่และให้บริการร่วมกันแบบสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตามการทำงานรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงก่อนมีนโยบายฯ ยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เนื่องจากขาดระบบสนับสนุนการทำงานแบบเครือข่าย เช่น ขาดการสนับสนุนเชิงนโยบาย และกลไกการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการสหวิชาชีพยังไม่จูงใจทำให้มีหน่วยบริการสหวิชาชีพเข้าร่วมเครือข่ายน้อย การมีนโยบายฯ จึงช่วยส่งเสริมให้หน่วยบริการสหวิชาชีพมีบทบาทมากขึ้น

จากความพยายามอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ทำให้หน่วยนวัตกรรมในโครงการวิจัยนี้เข้าร่วมให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้าในระยะเวลาที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการใน

ฐานะคู่สัญญา กับ สปสช. ตั้งแต่ก่อนมีนโยบายฯ หรือเข้าร่วมตั้งต้นนโยบายเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 2) หน่วยบริการที่กลับมาเข้าร่วมอีกครั้ง (เคยเข้าร่วมในอดีตและกลับมาเข้าร่วมอีกครั้งในฐานะหน่วยนวัตกรรม) เนื่องจากเล็งเห็นว่ามาตรการดำเนินงานภายใต้ต้นนโยบายฯ มีประสิทธิภาพ ลดความยุ่งยากลง และเอื้อต่อการให้บริการของหน่วยนวัตกรรมมากขึ้น เช่น การปรับเงื่อนไขการส่งต่อผู้ป่วยจากระบบเดิมที่ต้องการมีการส่งต่อเคสจากโรงพยาบาลมายังคลินิกเท่านั้น ตอนนี้ปรับเป็นให้ประชาชนใช้เพียงบัตรประชาชนเพื่อเข้ารับบริการ (ไม่ต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาล) และ 3) หน่วยบริการที่ตัดสินใจเข้าร่วมหลังจากมีการประกาศนโยบายฯ (เข้าร่วมในฐานะหน่วยนวัตกรรม) กรณีนี้มีทั้งหน่วยบริการใหม่ และหน่วยบริการเดิมที่รับรู้การมีอยู่ของนโยบายเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ยังไม่เคยเข้าร่วมให้บริการมาก่อน ซึ่งประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลอาจส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อม การปรับตัว และการรับมือกับปัญหาอุปสรรคที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีการรายงานผลในส่วนอื่น ๆ ต่อไป

■ สาเหตุที่ตัดสินใจเข้าร่วมให้บริการภายใต้ต้นนโยบายฯ

จากการสัมภาษณ์หน่วยนวัตกรรมที่เข้าร่วมให้บริการภายใต้ต้นนโยบายฯ พบว่ามี 5 เหตุผลหลัก ที่เป็นแรงจูงใจสำคัญในการเข้าร่วม ได้แก่

- 1) **ประโยชน์ต่อประชาชน** ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการเพิ่มขึ้นของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและมีคุณภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ แรงงานในพื้นที่ห่างไกล ผู้ป่วยโรกระบบประสาทหรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง
- 2) **การสนับสนุนระบบสุขภาพ** ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้าน
- 3) **โอกาสทางธุรกิจ** การเข้าร่วมให้บริการภายใต้ต้นนโยบายฯ ช่วยเปิดโอกาสให้หน่วยบริการเพิ่มรายได้และขยายฐานลูกค้า คลินิกบางแห่งตัดสินใจเข้าร่วมให้บริการเพราะเล็งเห็นโอกาสที่จะเพิ่มรายได้และฐานลูกค้าในระยะยาว
- 4) **การสร้างความมั่นคงด้านอาชีพ** เช่น การรองรับบุคลากรที่ถูกเลิกจ้างและสร้างงานใหม่
- 5) **การพัฒนาวิชาชีพ** เพื่อเพิ่มประสบการณ์ในสายงาน

■ การปรับตัวของหน่วยนวัตกรรมเพื่อเข้าร่วมนโยบายฯ

หน่วยนวัตกรรมจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการภายใต้ต้นนโยบายฯ ให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มให้บริการ ผ่านระบบขึ้นทะเบียนแบบครบวงจร (one stop service; OSS) ของ สปสช. ซึ่งเป็นระบบขึ้นทะเบียนหน่วยนวัตกรรมแบบออนไลน์ที่ผู้ใช้งานสามารถสมัคร ตรวจสอบ แก้ไขข้อมูล และติดตามสถานะการขอขึ้นทะเบียนได้ตลอด 24 ชั่วโมง การมีระบบ OSS ช่วยลดการใช้เอกสารกระดาษและประหยัดเวลาผู้ลงทะเบียน แต่อย่างไรก็ตาม การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยนวัตกรรมจำเป็นต้องมีการเตรียมเอกสารประกอบจำนวนมากเพื่อประกอบการขึ้นทะเบียน เช่น ใบอนุญาตและเอกสารยืนยันที่ตั้ง ผู้ขอขึ้นทะเบียนต้องอัปโหลดและกรอกข้อมูลรายละเอียดในช่องทางออนไลน์ รวมทั้งต้องยืนยันตัวตนผ่านระบบดิจิทัล เช่น OTP และลายเซ็นดิจิทัล ผู้ขอขึ้นทะเบียนที่ไม่มีประสบการณ์ในการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา กับ สปสช. หรือไม่คุ้นชินกับการทำงานในระบบอิเล็กทรอนิกส์อาจต้องใช้เวลาและทรัพยากรที่มากกว่าหน่วยบริการที่คุ้นชินกับระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านเทคนิคต่าง ๆ ที่เจอ เช่น ระบบขึ้นทะเบียนล่ม หรือเอกสารไม่สมบูรณ์ ถึงแม้ สปสช. จะมีคู่มือการใช้งาน (user manual) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนแล้วก็ตาม

ขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเอกชนในระบบ OSS ผู้ขอขึ้นทะเบียนจะต้องสมัครสมาชิกและยืนยันตัวตนด้วย OTP จากนั้นกรอกข้อมูลและแนบเอกสารเพื่อขอขึ้นทะเบียน ประกอบด้วย 1) เลือกประเภทหน่วยบริการที่ต้องการขึ้นทะเบียน เช่น คลินิกเวชกรรม ร้านยา หรือคลินิกเฉพาะทาง 2) ระบุที่ตั้งและช่องทางติดต่อของหน่วยบริการ และ 3) กรอกข้อมูลผู้มีอำนาจและผู้ดำเนินการ พร้อมแนบเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ใบประกอบวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ หรือเภสัชกร) สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เอกสารยืนยันที่ตั้งหน่วยบริการ หลังจากกรอกข้อมูลทั้งหมดเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ขอขึ้นทะเบียนจะสามารถติดตามสถานะคำขอในระบบ OSS ได้ หากคำขอได้รับการอนุมัติ ผู้ขอขึ้นทะเบียนจะต้องวางหลักประกัน เช่น การโอนเงินสดเข้าบัญชีธนาคารที่ระบุในการขึ้นทะเบียน หรือการใช้ e-LG (electronic letter of guarantee) ผ่านธนาคารที่รองรับการลงนามในสัญญาผ่านระบบ OSS จากนั้นผู้ขอขึ้นทะเบียนต้องลงนามเป็นคู่สัญญาในการให้บริการกับ สปสช. โดยใช้ OTP หรือลายเซ็นดิจิทัล ระบบจะแจ้งผลการอนุมัติ และส่งสำเนาสัญญาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไปยังอีเมลของผู้ขอขึ้นทะเบียนพร้อมรหัสหน่วยบริการ (service code) เพื่อใช้ในการให้บริการ

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนและการได้รับอนุมัติให้เป็นหน่วยนวัตกรรมใช้เวลานาน และมีหลายขั้นตอน เช่น การสัมภาษณ์ การแก้ไขเอกสาร กระบวนการอนุมัติ ทำให้เกิดความล่าช้าในบางกรณี ทำให้ในช่วงแรกที่เปิดทำการหน่วยบริการที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถเบิกจ่ายจาก สปสช. ได้ ซึ่งส่งผลให้หน่วยบริการบางแห่งต้องบริหารจัดการด้านการเงินและการดำเนินงานอย่างเข้มงวดระหว่างรอการอนุมัติ เช่น ใช้เงินทุนหมุนเวียนจากการให้บริการคนไข้ด้วยเงินสดเพื่อเป็นทุนสำหรับค่าใช้จ่ายประจำ เช่น ค่าจ้างบุคลากรและค่าสาธารณูปโภค ยังไม่รวมถึงเงินลงทุนเพื่อเปิดคลินิก เช่น การจัดหาอุปกรณ์ใหม่ การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน และการอบรมบุคลากร ส่งผลให้การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของโครงการเป็นไปอย่างราบรื่น แต่หน่วยบริการที่มีการวางแผนล่วงหน้า เช่น การสำรองงบประมาณและการเตรียมข้อมูลที่ครบถ้วน สามารถลดผลกระทบจากความล่าช้าและความไม่แน่นอนในกระบวนการนี้ได้

"ในขั้นตอนแรก เราต้องส่งข้อมูลและถ่ายวิดีโอสัมภาษณ์หัวหน้างานเพื่อยืนยันความพร้อมใช้เวลา 2-3 เดือนก่อนจะได้รับการอนุมัติ หมายเลข 5 หลักยังไม่สามารถใช้งานได้ทันที ต้องรอเข้าสู่ระบบในเดือนตุลาคม ทั้งหมดนี้ทำให้การเปลี่ยนแปลงใช้เวลานานกว่าที่คาดไว้"
(ผู้ให้ข้อมูล: พยาบาลและผู้จัดการคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ 1)

"ระหว่างรอการอนุมัติ ต้องใช้เงินทุนหมุนเวียนจากการให้บริการคนไข้ด้วยเงินสด ต้องประคองการทางการเงินตลอด 4-5 เดือน โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 15,000-20,000 บาท" (ผู้ให้ข้อมูล: พยาบาลและผู้จัดการคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ 1)

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการขึ้นทะเบียนเพื่อเข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ เป็นขั้นตอนสำคัญที่หน่วยบริการต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มให้บริการ ซึ่งการลงทะเบียนด้วยระบบ OSS มีทั้งจุดเด่นในเรื่องความสะดวก และข้อท้าทายที่ต้องแก้ไขเพื่อรองรับการขยายตัวของนโยบายฯ ในอนาคต

นอกจากการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแล้ว หน่วยนวัตกรรมจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ อันรวมไปถึงระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการ และด้านบุคลากรให้เพียงพอต่อการให้บริการภายใต้ นโยบายฯ หน่วยบริการที่เคยมีประสบการณ์เข้าร่วมให้บริการภายใต้

นโยบายฯ อื่น ๆ ของ สปสช. สามารถปรับตัวได้เร็วกว่าหน่วยบริการที่ไม่เคยมีประสบการณ์ โดยเฉพาะการปรับตัวด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เนื่องจากสามารถเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยจากระบบเดิม (ที่เคยเข้าร่วมนโยบายอื่น) มาใช้เพื่อยืนยันสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลในระบบใหม่ภายใต้นโยบายนี้ได้ ทำให้หน่วยบริการสามารถให้บริการโดยประหยัดเวลาในการกรอกข้อมูลและให้บริการได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตามการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างระบบเดิมกับระบบใหม่ต้องการความแม่นยำสูง หากข้อมูลผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน เช่น ชื่อหรือที่อยู่ไม่ตรงกัน ระบบอาจปฏิเสธข้อมูล ทำให้ต้องกลับไปแก้ไขซ้ำ ส่งผลให้เสียเวลาและเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากร จากการเก็บข้อมูลพบว่า หน่วยบริการต้องแก้ปัญหาการส่งข้อมูลให้ถูกต้องโดยเพิ่มขึ้นตอนการยืนยันตัวตนของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยยืนยันตัวตนผ่านมือถือ

"เพิ่มขึ้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรองรับระบบใหม่ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการหรือเวลาให้บริการ การลงทะเบียนทำได้ง่ายและสามารถคัดลอกข้อมูลจากระบบเดิมมาใส่ในระบบใหม่ได้ ทำให้การปรับตัวไม่ยุ่งยาก" (ผู้ให้ข้อมูล: แพทย์แผนไทยและเจ้าของคลินิกแพทย์แผนไทย 2)

"การลงทะเบียนต้องตรวจสอบชื่อและที่อยู่ให้ตรงกับระบบ สปสช. หากข้อมูลผิดต้องแก้ไขใหม่ทั้งหมด ซึ่งเสียเวลา แต่เราสามารถใช้อีเมลเพื่อดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว หลังจากขอรหัสผ่านเน็ตบุ๊ก" (ผู้ให้ข้อมูล: คลินิกกายภาพบำบัด 1)

อีกประเด็นหนึ่งที่หน่วยบริการต้องปรับตัว คือ การเรียนรู้และใช้งานระบบดิจิทัล เช่น ระบบ AMED แอปพลิเคชันสำหรับการลงทะเบียน หรือการจัดการข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต หน่วยบริการที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการใช้งานระบบดิจิทัลมาก่อน อาจต้องใช้เวลามากขึ้นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีและเรียนรู้ระบบใหม่ ทำให้กลุ่มเป้าหมายต้องวางแผนงานรวมถึงงบประมาณในการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน และสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านและความเข้าใจเกี่ยวกับระบบใหม่ของนโยบายฯ เช่น การลงทะเบียนออนไลน์และการใช้ QR code ในการยืนยันตัวตน การพัฒนาทักษะเหล่านี้ไม่เพียงช่วยให้บุคลากรปรับตัวเข้ากับระบบใหม่ได้เร็วขึ้น แต่ยังลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน และช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยอีกด้วย

"เราส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเกี่ยวกับระบบ QR code และการใช้งานแอปพลิเคชันของโครงการ เพื่อให้สามารถช่วยผู้ป่วยลงทะเบียนได้ง่ายขึ้น ลดปัญหาข้อมูลผิดพลาด และเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ" (ผู้ให้ข้อมูล: เจ้าของคลินิกกายภาพบำบัด 1)

หลายหน่วยบริการพบว่า หลังจากเข้าร่วมนโยบายฯ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากร หรือคลินิกบางแห่งต้องปรับวันทำงานของบุคลากรให้เพิ่มขึ้น เช่น เพิ่มวันทำงานจาก 4 วันต่อสัปดาห์ เป็น 6 วันต่อสัปดาห์หลังจากเข้าร่วมนโยบายฯ เพื่อรองรับจำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวันหยุดที่มีความต้องการมาก ขณะที่หน่วยบริการบางแห่งเลือกที่จะปรับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรเดิมโดยไม่เพิ่มจำนวน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรเพิ่มเติม

"บุคลากรเพิ่มจาก 5 คนเป็น 9 คน หลังเข้าร่วมโครงการ 30 บาท ประกอบด้วยทันตแพทย์ 3 คน ผู้ช่วย 4 คน และเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ 2 คน ...เพิ่มวันทำงานของหมอจาก 4 วันต่อ

สัปดาห์เป็น 6 วัน เพื่อตอบสนองความต้องการของคนไข้ที่เพิ่มขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้จัดการคลินิกทันตกรรม 2)

“เราแบ่งงานในทีมเดิมให้ชัดเจนมากขึ้น เช่น แยกการทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ออกแบบการรักษา และดูแลข้อมูลผู้ป่วย พร้อมกับอบรมให้ทีมเข้าใจระบบใหม่ของโครงการอย่างครบถ้วน” (ผู้ให้ข้อมูล: แพทย์แผนไทยและเจ้าของคลินิกแพทย์แผนไทย 2)

4.1.2.2. ศูนย์บริการสาธารณสุข

ในอีกด้านหนึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครยังคงมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้จัดการพื้นที่สุขภาพ (area health manager) โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่ โดยเฉพาะในด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน รวมถึงการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกชุมชนอบอุ่นแต่ละแห่ง ในด้านการเชื่อมโยงการให้บริการ พบว่ามีการประสานการส่งต่อผู้รับบริการระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชนอบอุ่น เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปทำแผลที่คลินิกชุมชนอบอุ่นในวันที่ศูนย์บริการสาธารณสุขปิด หรือการรับส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่คลินิกชุมชนอบอุ่นไม่สามารถให้บริการได้

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดในการกำกับดูแลการให้บริการผู้ป่วยนอกของคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยในกรณีที่เกิดข้อร้องเรียนจากชุมชนเกี่ยวกับการให้บริการ ศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้เพียงการแจ้งและขอความร่วมมือจากหน่วยบริการเครือข่ายเท่านั้น สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านอำนาจและกลไกการกำกับดูแลในระดับพื้นที่

“ในเครือข่ายของเรานัดคุยกันระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่นและศูนย์บริการสาธารณสุข เพราะเราต้องจัดสรรงบประมาณ แบ่งพื้นที่ทำงานด้าน PP เลยต้องนัดคุยกัน แต่ในส่วนของงบ OP เองเราก็ชี้แจงกับคลินิกไปว่ามันมีปัญหาที่ผู้รับบริการมาร้องเรียนว่าต้องเสียค่าบริการ หรือคลินิกไม่ส่งตัว เลย feedback กลับไป แต่เราไม่สามารถบังคับเค้าได้ ได้แต่ให้ข้อมูลอย่างเดียว” แพทย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 1

ในส่วนของการทำงานร่วมกับหน่วยบริการอื่น ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เกสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีการทำงานร่วมกับร้านขายยาชุมชนอบอุ่น ภายใต้โครงการเครือข่ายร้านขายยาของสำนักอนามัย ซึ่งดำเนินการมาก่อนการกำหนดนโยบายหน่วยบริการนวัตกรรม อย่างไรก็ตามหน่วยบริการนวัตกรรมประเภทอื่นยังไม่มีรูปแบบความร่วมมือที่ชัดเจน และผู้ให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้ข้อมูลยังไม่รับรู้ถึงการมีอยู่ของหน่วยบริการนวัตกรรมในพื้นที่ แม้ว่าจะมีหน่วยบริการหลายประเภทตั้งอยู่ในพื้นที่ก็ตาม ประเด็นดังกล่าวสะท้อนถึงการขาดการสื่อสารและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการประจำในระดับพื้นที่

“ถ้าเป็นหน่วยนวัตกรรมยังไม่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับหน่วยนวัตกรรม ส่วนใหญ่ทำร่วมกับคลินิกชุมชนอบอุ่น ในเรื่องของการแบ่งพื้นที่ให้รับผิดชอบ” พยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 2

ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า การปรับเปลี่ยนนโยบายการให้บริการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้ให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขต้องปรับตัวตามนโยบายในแต่ละครั้ง แม้ว่ารูปแบบการให้บริการแก่ผู้รับบริการจะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่การเปลี่ยนแปลงของแนวทางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่งผลให้หน่วยบริการต้องปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานอยู่ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องปกติของการทำงานในบริบทพื้นที่กรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สร้างภาระให้แก่ผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด คือการชี้แจงนโยบายที่มีลักษณะเร่งด่วนและกระชั้นชิด ซึ่งไม่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมทั้งในระดับหน่วยบริการและระดับผู้รับบริการ

“ของ กทม. จะมีการประชุมของ สปสช. เขต 13 ค่อนข้างบ่อย ตั้งแต่เปลี่ยนนโยบายโมเดล 5 ฉะนั้นพอนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่เข้ามา เราก็ใช้คำว่า เปลี่ยนอีกแล้ว เพราะว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สปสช. เขต 13 เปลี่ยนนโยบายบ่อยมากตั้งแต่เรื่องของโมเดล 5 มาแล้ว จุดที่เราอยู่หน้าจุดบริการเราต้องบอกประชาชนว่า วันนี้เป็นแบบนี้ ไม่รู้ว่าวันหน้าจะเป็นแบบไหน เพราะนโยบายมาแล้วให้ทำเลย ไม่เคยมีเวลาให้เราเตรียมพร้อมเลย” แพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 1

4.1.2.3. หน่วยบริการตติยภูมิ

กรุงเทพมหานครมีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศ และมีความท้าทายจากสังกัดที่หลากหลายของหน่วยบริการ ทำให้ยากต่อการสั่งการแบบรวมศูนย์และยากต่อการขอความร่วมมือจากหน่วยบริการในพื้นที่ กรุงเทพมหานครจึงเป็นพื้นที่เดียวในประเทศไทยที่ประกาศใช้นโยบายฯ เฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคู่สัญญา กับ สปสช. เท่านั้น ผู้รับบริการไม่สามารถ walk-in เข้าไปรับบริการที่หน่วยบริการตติยภูมิในพื้นที่ กรุงเทพมหานครโดยไม่มีใบส่งตัวได้

ผู้แทนจากหน่วยบริการตติยภูมิที่เข้าร่วมให้ข้อมูลในโครงการวิจัยทั้งหมดให้ความเห็นตรงกันว่า **นโยบายฯ ควรมุ่งผลักดันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนมากกว่าการเปิดให้ประชาชนเข้าถึงบริการทุกระดับได้อย่างอิสระ** เนื่องจากการเข้าถึงบริการได้อย่างอิสระอาจทำให้เกิดการเข้ารับบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นมากขึ้น ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง เวชภัณฑ์ งบประมาณ ไม่ถูกใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือศัลยกรรมสูงในการรักษา ซึ่งอาจทำให้ระบบสาธารณสุขไทยย้อนกลับไปก่อนหน้าที่จะมีระบบบริการปฐมภูมิ

“ผมคิดว่าทุกอย่างมันควร depend on ความจำเป็นทางการแพทย์ เพราะบ้านเราเนียไม่ได้มีทรัพยากรทางด้านสุขภาพแบบไม่จำกัด เพราะฉะนั้นหากไม่มีการจัดสรรการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างดีพอเนี่ย เราจะได้ประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพที่เรามีเนี่ยลดน้อยลงนะครับ อันนั้นคืออันที่หนึ่ง ถ้ามว่าการเข้าถึงจะดีขึ้นไหม้ยี้ คำถามคือ ความเข้าถึงเนี่ย โดยไม่ต้องขึ้นกับความจำเป็นหรือการเข้าถึงเนี่ยมันต้องขึ้นกับความจำเป็นด้วย หากว่าการเข้าถึงเนี่ยเป็นไปเพื่อความสะดวกโดยอย่างเดียวโดยบอกว่าไม่ต้องมีความจำเป็นอะไรอะ อยากเมื่อไหร่ก็มา อยากเมื่อไหร่ก็มา ผมคิดว่าไม่ถูกต้องนะครับ” (ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU1 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด อว.)

“ในกรุงเทพฯ ก็ไม่มีใครอยากไปที่คลินิกกัญช้ายะ เพราะว่าการพร้อมของแพทย์ เครื่องไม่เครื่องมืออะไรมันไม่มี เพราะฉะนั้นถ้าสมมติไม่ต้องใช้ใบส่งตัวไปที่ไหนก็ได้ ฟรีได้เลย เนี่ย ขึ้นไปจนถึงตติยภูมิ แบบที่ตอนแรกทำเหมือนกับฟิอาร์ไว้ มันทำลายนะคะ นอกจากอย่างที่ท่านผู้อธิบายสองท่านพูดไปแล้วเนี่ย มันทำลาย gate keeper ที่เราพยายามจะสร้างความเข้มแข็ง ไม่งั้นเราจะมีคลินิกชุมชนอบอุ่น มีอะไรต่อมีอะไรเนี่ยเยอะเยอะไปเพื่ออะไรให้มันยุ่ง เพราะที่ตรงเนี่ย ไม่มีคนใช้คนไหนอยากไป เมื่อย่างปืบก็จะต้องมา รู้สึกป่วยนิดหน่อยก็มาโรงพยาบาล ความแออัดที่โรงพยาบาลจะต้องรับเนี่ยมันมหาศาลแล้ว”
(ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU2 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด สธ.)

■ การปรับตัวของหน่วยบริการตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้วยเงื่อนไขที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าไปรับบริการที่หน่วยบริการตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยไม่มีใบส่งตัวได้ จึงทำให้หน่วยบริการที่อยู่นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) กระทรวงกลาโหม และหน่วยงานเอกชน ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการให้บริการภายใต้นโยบายฯ มากนัก มีเพียงการนำหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลมาคัดกรองคนไข้เบื้องต้นก่อนพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อป้องกันปัญหาผู้รับบริการแออัดที่แผนกการให้บริการเฉพาะทาง

จากประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พ.ศ. 2567 เล่ม 141 ตอนพิเศษ 165 ง ให้มีผลบังคับใช้นโยบายในจังหวัดกรุงเทพมหานครตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จึงส่งผลให้โรงพยาบาลสังกัด สธ. ในพื้นที่ กทม. ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลราชวิถี ที่แม้จะไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดหมาย (walk in case) ตามนโยบายฯ แต่ก็ต้องพัฒนาระบบบันทึกและเชื่อมต่อข้อมูลเช่นเดียวกันกับหน่วยบริการในพื้นที่นาร่อง เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่เข้าร่วมนโยบายฯ และส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลของภาครัฐหรือ สธ. เช่น FDH, PHR dashboard, หมอพร้อมสแตชัน รวมถึงมีการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนสำหรับผู้ให้และผู้รับบริการ (provider ID และ health ID)

4.1.3. ผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินนโยบายฯ

การมีนโยบายฯ ทำให้ประชาชนในหลายพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการขยายจุดให้บริการของหน่วยนวัตกรรมและหน่วยนวัตกรรมเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ที่มีผู้ใช้สิทธิบัตรทอง เช่น การติดตั้งตู้โทรเวชกรรมตามชุมชน การขยายจุดให้บริการโทรเวชกรรมไปยังห้องพยาบาลในโรงเรียนมัธยม เพื่อเพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้คุ้มต่ออัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการที่ สปสช. กำหนด

ในมุมมองของหน่วยนวัตกรรม การเข้าร่วมให้บริการภายใต้นโยบายฯ ช่วยเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการ นอกจากนี้การเข้าร่วมนโยบายฯ ส่งผลให้หน่วยนวัตกรรมต้องพัฒนาหน่วยบริการให้ได้คุณภาพตามข้อกำหนดของ สปสช. และสภาวิชาชีพ ทำให้หน่วยบริการมีความน่าเชื่อถือ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชนมากขึ้น

อย่างไรก็ตามนโยบายฯ ก็สามารถสร้างผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการให้บริการได้เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการที่หน่วยนวัตกรรมบางแห่งปรับวิธีการให้บริการเพื่อจำกัดต้นทุนให้สอดคล้องกับค่าชดเชยการให้บริการที่ สปสช. กำหนด เช่น คลินิกแพทย์แผนไทยลดระยะเวลาการให้บริการจาก 1 ชั่วโมงเป็น 30-45 นาที คลินิกเวชกรรมปรับการนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังจาก 1 เดือน เป็น 2 สัปดาห์ หรือคลินิกเทคนิคการแพทย์ไม่ให้บริการเจาะเลือดที่บ้านเนื่องจากเบิกค่าเดินทางได้ 80 บาท/ครั้ง การปรับวิธีการให้บริการหรือเลือกที่จะให้/ไม่ให้บริการบางอย่างอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพของประชาชน ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยบริการตติยภูมิแสดงความกังวลต่อประเด็นคุณภาพการให้บริการ และ

เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบคุณภาพการให้บริการและการทุจริตที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายฯ อย่างเข้มงวด

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยบริการตติยภูมิมองว่า หน่วยนวัตกรรมสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในเบื้องต้นให้กับประชาชนได้ แต่ไม่สามารถช่วยลดปัญหาความแออัดของหน่วยบริการตติยภูมิได้ เนื่องจากการให้บริการของหน่วยนวัตกรรมในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มากพอ ไม่มีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ และมาตรฐานการให้บริการที่ไม่เท่ากันระหว่างหน่วยบริการ (เช่น ค่าอ้างอิงที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์จากคลินิกเทคนิคการแพทย์ที่ใช้ค่าอ้างอิงไม่เท่ากับโรงพยาบาล) ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการตติยภูมิยังคงไม่แตกต่างจากเดิม

“ในส่วนของของแล็บเนี่ย มาตรฐานของแล็บที่เป็นแล็บนอกเนี่ย มันมีการตรวจ หรือรับรองมาตรฐานหรือไม่ อย่างไรนะครับอันดับแรก อันดับที่สองก็คือ ค่าปกติ หรือค่ามาตรฐานเนี่ย ของแล็บแต่ละแห่ง หรือแต่ละโรงพยาบาล บางครั้งเนี่ย มันมีความคลาดเคลื่อน หรือมีความไม่ได้ตรงกันอยู่นะครับ” (ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU3 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด กทม.)

▪ ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการตามนโยบายฯ

1) อัตราเบิกจ่ายไม่สะท้อนต้นทุนการให้บริการจริง การเบิกจ่ายล่าช้า

หน่วยนวัตกรรมหลายแห่งสะท้อนว่าอัตราการชดเชยค่าบริการและเงื่อนไขการให้บริการที่กำหนดไม่สะท้อนต้นทุนการให้บริการและความจำเป็นทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยระยะกลางบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการกายภาพบำบัดมากกว่า 20 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน ในขณะที่เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการระบุให้เบิกได้ไม่เกิน 20 ครั้ง/ราย ค่าใช้จ่ายของคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ 30 บาท/ครั้ง ไม่เพียงพอต่อราคาอุปกรณ์ที่หน่วยบริการจัดซื้อได้ หรือการจำกัดการให้บริการทันตกรรมได้เพียง 3 ครั้ง/คน/ปี ทำให้ไม่สามารถรักษาปัญหาในช่องปากให้ผู้รับบริการบางรายได้ครบถ้วน ยิ่งไปกว่านั้น บางเงื่อนไขการให้บริการยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติ เช่น คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่กำหนดอัตราจ่ายของการทำแผลตามความซับซ้อนของเคส ผู้ให้บริการต้องตีความขนาดและความรุนแรงของแผลเอง ซึ่งอาจถูกเรียกเงินค่าชดเชยบริการคืนหากผู้ตรวจสอบจาก สปสช. ตีความขนาดและความรุนแรงของแผลไม่ตรงกับผู้ให้บริการ (ตารางที่ 8 และตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 กิจกรรมบริการและเงื่อนไขและอัตราค่าบริการเบิกจ่ายบริการสำหรับหน่วยบริการนวัตกรรมตามโครงการ

ประเภทหน่วยบริการ	บริการ	อัตราจ่าย	เงื่อนไขการให้บริการ
คลินิกเวชกรรม	1. ค่าบริการตรวจวินิจฉัย/ให้คำปรึกษา 2. ค่าบริการตรวจวินิจฉัย/การบำบัดรักษาให้คำปรึกษา/ค่ายาและเวชภัณฑ์	100 บาท/ครั้ง และ 320 บาท/ครั้ง	
คลินิกเวชกรรม (telemedicine)	ให้บริการใน 42 โรคที่กำหนด	1. บริการตรวจวินิจฉัยและให้คำปรึกษา 100 บาท/ครั้ง 2. บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา ค่ายา และค่าเวชภัณฑ์ 150 บาท/ครั้ง 3. บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ และค่าจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 200 บาท/ครั้ง	ให้บริการ 10-15 นาทีต่อครั้ง และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับบริการ
คลินิกทันตกรรม	1. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และวางแผนการรักษา และ x-ray (ถ้ามี) 2. เคลือบหลุมร่องฟัน 3. เคลือบฟลูออไรด์ 4. ชูดหินน้ำลายทั้งปาก 5. อุดฟัน 6. ถอนฟัน	1. บริการในคลินิกเหมาจ่าย 700 บาท/ครั้ง 2. บริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่เหมาจ่าย 500 บาท/ครั้ง	1. บริการในคลินิกไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี 2. บริการรถทันตกรรมเคลื่อนที่ไม่เกิน 2 ครั้ง/คน/ปี สำหรับงานอนามัยโรงเรียน ออกหน่วยในเรือนจำ หรือในชุมชน และต้องทำหนังสือแจ้ง สปสช. ก่อนให้บริการ

คลินิกแพทย์แผนไทย	บริการนวด ประคบ อบสมุนไพรสำหรับรักษา ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคสันนิบาต และฟื้นฟูสมรรถภาพมารดาหลังคลอด	จ่ายแบบเหมาจ่ายในอัตรา 200 บาท ต่อครั้งบริการ	ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ 5 ครั้งภายใน 3 เดือน สำหรับมารดาหลังคลอด
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพ่นและฉีดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. การให้บริการพยาบาลพื้นฐาน ได้แก่ ทำแผล ล้างและเช็ดตา ล้างจมูก ใส่สายสวนอาหารหรือสายสวนปัสสาวะ 3. บริการเยี่ยมบ้าน 4. บริการรักษาโรคเบื้องต้น ตามที่สภาวิชาชีพกำหนด 5. บริการ P&P ได้แก่ บริการฝากครรภ์ จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด จ่ายถุงยางอนามัย ทดสอบการตั้งครรภ์ ตรวจหลังคลอด แจกยาเม็ดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าหัตถการทางพยาบาล 30-110 บาท/ครั้ง ตามชนิดหัตถการ 2. ค่าทำแผล 80-320 บาท/ครั้ง ตามลักษณะแผล 3. ค่าเยี่ยมบ้าน 400, 600 หรือ 800 บาท/ครั้ง ตามความซับซ้อนของผู้รับบริการ 4. ค่าบริการรักษาโรคเบื้องต้น 150 บาท/ครั้ง 5. ค่าบริการ P&P ตามรายการที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการเยี่ยมบ้านกำหนดให้เยี่ยมไม่เกิน 4-8 ครั้ง/ปี ตามความซับซ้อนของผู้รับบริการ 2. บริการคัดกรองโรคตามสิทธิประโยชน์แต่ละรายการของกลุ่มวัย
คลินิกเทคนิคการแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 22 รายการ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2. บริการ P&P ที่จ่ายตามรายการบริการ เช่น คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) คัดกรองไวรัสตับอักเสบบีซี (anti HCV) คัดกรองไวรัสเอชพีวี (HPV DNA test) คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (fit test) ตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ 3. บริการเก็บส่งตรวจที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการจ่ายตามราคาที่กำหนด 2. ค่าบริการเก็บส่งตรวจที่บ้านเหมาจ่าย 80 บาท/ครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการเจาะเลือดผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามใบสั่งแพทย์ 2. บริการคัดกรองโรคตามสิทธิประโยชน์แต่ละรายการของกลุ่มวัย

คลินิก กายภาพบำบัด	บริการกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือที่บ้านในกรณีที่มี ข้อจำกัดการเดินทาง ในผู้ป่วยระยะกลาง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ - โรคหลอดเลือดสมอง - บาดเจ็บทางศีรษะและสมอง - บาดเจ็บทางไขสันหลัง - ผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหักไม่รุนแรง	1. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ กายภาพบำบัด จ่ายตามจริงไม่เกิน 450 บาท/ครั้ง 2. การให้บริการที่บ้าน ของผู้ป่วย ระยะกลาง กรณีผู้รับบริการมี ข้อจำกัดในการเดินทาง จ่ายตาม จริงไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง	ให้บริการต่อเนื่องกันไม่เกิน 20 ครั้งภายใน 6 เดือน
ร้านขายยา	1. จ่ายยาตามอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 32 อาการ 2. จ่ายยาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หน่วย บริการส่งต่อมารับยา 3. บริการ P&P ได้แก่ จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด รวมถึงยา คุมกำเนิดฉุกเฉิน จ่ายถุงยางอนามัย จ่ายยาเม็ดธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก แจกชุดตรวจด้วยตนเอง เช่น ชุดตรวจ ปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ ชุดตรวจไวรัสเอชพีวี (HPV DNA test) ชุดตรวจไวรัสเอชไอวี (HIV self-test) ชุดตรวจ คัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ	1. ค่าจ่ายยาตามอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 180 บาท/ครั้ง 2. ค่าจ่ายยาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยโรค เรื้อรัง 70-90 บาท ตามรูปแบบการ จัดการคลังยา และเบิกจ่ายตาม รายการ (ถ้าร้านขายยาจัดหา เอง) 3. ค่าบริการ P&P ตามรายการที่ กำหนด	1. การจ่ายยาตามอาการ ต้องติดตามผู้ป่วยที่รับ ยา 3 วันหลังให้บริการ 2. บริการ P&P ตามเงื่อนไข แต่ละรายการของกลุ่ม วัย

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (13)

ตารางที่ 9 ตัวอย่างบริการและอัตราจ่ายชดเชยในหน่วยบริการที่แตกต่างกัน

ตัวอย่างบริการ	ประเภทหน่วยบริการ	อัตราจ่าย
บริการเยี่ยมบ้าน	คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	400, 600 หรือ 800 บาท/ครั้ง ตามความซับซ้อนของผู้ป่วย
	คลินิกชุมชนอบอุ่น	150 หรือ 500 บาท/ครั้ง ตามความซับซ้อนของผู้ป่วย
บริการนัด ออ ประคบสมุนไพร	คลินิกแพทย์แผนไทย	200 บาท/ครั้ง
	หน่วยบริการในระบบปกติ	ระหว่าง 100-500 บาท/ครั้ง ตามหัตถการ
ตรวจรักษาโรคทั่วไป	คลินิกเวชกรรม	320 บาท/ครั้ง
	คลินิกเวชกรรมทางไกล	150 หรือ 200 บาท/ครั้ง ตามวิธีจัดส่งยา
	ร้านขายยา	180 บาท/ครั้ง
	คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	150 บาท/ครั้ง
	หน่วยบริการในระบบปกติ	กรณีข้ามจังหวัด - 0.5 บาท/point ตามรายการ fee schedule - 70 บาท/ครั้ง (รพ.สต. ที่ไม่มีแพทย์ประจำ) กรณีจังหวัดเดียวกัน - ตกลงอัตราจ่ายกันเองในจังหวัด

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (14)

หน่วยนวัตกรรมสะท้อนว่า สปสช. สามารถปรับเปลี่ยนบริการให้ครอบคลุมมากกว่ารายการที่ สปสช. กำหนด ตัวอย่างเช่น คลินิกกายภาพบำบัดสามารถให้บริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะกลาง นอกเหนือจาก 4 กลุ่มโรคที่กำหนดได้ เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หรือให้บริการกายภาพบำบัดแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยที่ปวดจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คลินิกเทคนิคการแพทย์สะท้อนว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียง 22 รายการไม่ครอบคลุมรายการที่แพทย์สั่งตรวจเป็นประจำ หรือคลินิกแพทย์แผนไทยเสนอให้เพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คลินิกนวัตกรรมสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ โดยให้สอดคล้องกับรายการยาสมุนไพรที่ สปสช. กำหนดให้โรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ที่ให้บริการแพทย์แผนไทยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้

หน่วยนวัตกรรมให้ข้อมูลถึงความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณของ สปสช. ที่ทำให้หน่วยบริการต้องใช้งบประมาณสำรองเพื่อดำเนินการระหว่างรอการชดเชยค่าบริการ ซึ่งสร้างความเสี่ยงต่อความมั่นคงทางการเงินของหน่วยบริการขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัด หน่วยบริการหลายแห่งจึงเรียกร้องให้ สปสช. จ่ายค่าชดเชยบริการอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา เพื่อช่วยลดภาระทางการเงินและเพิ่มความมั่นคงในระบบการดำเนินงานในระยะยาว

“การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้าทำให้เราต้องใช้งบสำรอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารงานในระยะยาว” (ผู้ให้ข้อมูล: พยาบาลและเจ้าของคลินิก 1)

“เราอยากให้งบประมาณมีความสม่ำเสมอและทันเวลา เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูล: เจ้าของคลินิกทันตกรรม 1)

2) โปรแกรมบันทึกข้อมูล ทั้งข้อมูลสุขภาพและข้อมูลการชดเชยค่าบริการ มีจำนวนเยอะเกินไป ไม่เสถียร ไม่ตอบโจทย์ผู้ใช้งาน และไม่มีผู้ช่วยเหลือหน่วยบริการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที หน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยนวัตกรรมต้องบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกค่าชดเชยบริการผ่านโปรแกรมที่ สปสช. กำหนดซึ่งแตกต่างกันไปตามประเภทบริการและประเภทหน่วยนวัตกรรม นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมสำหรับตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ และโปรแกรมสำหรับส่งเอกสารเพื่ออุทธรณ์กรณีที่ถูกปฏิเสธการเบิกจ่าย (ตารางที่ 10) หน่วยบริการหลายแห่งสะท้อนว่าการที่หน่วยบริการต้องใช้หลายโปรแกรมเพื่อให้บริการ ทำให้การลงบันทึกข้อมูลในช่วงเริ่มให้บริการติดขัดเพราะตามไม่ทันระบบ หน่วยบริการต้องใช้เวลาในการปรับตัวนานเพื่อเรียนรู้การใช้งานและกรอกข้อมูลในแต่ละระบบ หลายระบบใช้ข้อมูลซ้ำซ้อนกันทำให้เสียเวลาในการกรอกข้อมูลโดยไม่จำเป็น ยกตัวอย่างเช่น คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ต้องใช้ 4 โปรแกรมสำหรับให้บริการ และอีก 2 โปรแกรม เพื่อตรวจสอบข้อมูลการโอนเงินของ สปสช.

“หลายระบบมากไปก็คือ เป็ดสิทธิ์ก็จะเป็น KTB รักษา ก็จะเป็นเป็น DentCloud เช็คผลการโอนก็จะเป็น Seamless ... มันเยอะเกิน” (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้จัดการคลินิกทันตกรรม 1)

“ค่อนข้างยากสำหรับการลงใหม่ครั้งแรก โปรแกรมแต่ละโปรแกรมต้องสมัครแยก” (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้จัดการคลินิกทันตกรรม 2)

โปรแกรมที่ สปสช. กำหนดให้ใช้ยังไม่ตอบโจทย์การใช้งานจริงของผู้ให้บริการ เช่น โปรแกรม Amed ที่แม่ สปสช. ออกแบบมาให้ใช้งานได้ตั้งแต่ลงทะเบียนผู้ป่วยจนถึงส่งข้อมูล แต่ไม่สามารถใช้งานในระบบงานที่คลินิกเวชกรรมต้องการได้ (เช่น การพิมพ์ใบสั่งยา สติ๊กเกอร์ยา ใบรับรองแพทย์ หรือประวัติผู้ป่วย เพื่อนำมาเก็บไว้ในเวชระเบียน) ทำให้คลินิกต้องใช้งานควบคู่กับระบบข้อมูลที่ใช้ในคลินิกอีกระบบ ไม่สามารถจัดการได้หมดในระบบเดียว ซึ่งต่างจากการส่งข้อมูลแบบเดิมที่ใช้ระบบ e-claim ที่สามารถดึงข้อมูลจากระบบข้อมูลของคลินิกเพื่อนำส่งให้ สปสช. ในระบบได้เลย หรือระบบบันทึกข้อมูลของคลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีรายการยาไม่ครอบคลุมตามประกาศของสภาการพยาบาลที่กำหนดให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้บริการได้ หรือระบบบันทึกข้อมูลสำหรับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่บางรายการได้ผลการตรวจมากกว่า 1 ค่า แต่ระบบของ สปสช. ให้กรอกข้อมูลเพียงค่าเดียว ทำให้หาก สปสช. ต้องการจะนำข้อมูลไปใช้งานต่อหรือเชื่อมโยงข้อมูลไปหน่วยบริการอื่นจะไม่สามารถได้ผลตรวจที่ครบถ้วน

“ผล CBC (complete blood count) มันมีประมาณ 20 ตัว แต่เราคีย์แค่ตัวเดียวเพื่อเบิก... คีย์ตัวเดียวเป็น WBC ... ผล UA (urinalysis) คีย์ตัวเดียวเป็น WBC เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูล: นักเทคนิคการแพทย์คลินิกเทคนิคการแพทย์ 2)

ตารางที่ 10 ระบบที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของหน่วยนวัตกรรมแต่ละประเภท

ประเภทหน่วยบริการ นวัตกรรม	โปรแกรมที่ใช้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย			โปรแกรมที่ใช้ตรวจสอบ การเบิกจ่าย	โปรแกรมที่ใช้ยุทธวิธี การเบิกจ่าย		
	จำนวน	ระบบที่ใช้	การใช้งาน				
คลินิกพยาบาล	4	AMED	ส่งข้อมูลการรักษาโรค เบื้องต้น	<ul style="list-style-type: none"> Smart Money Transfer Seamless for DMIS 	<ul style="list-style-type: none"> On screen review eMA Client 		
		Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลการบริการ P&P				
		e-claim	ส่งข้อมูลการเยี่ยมบ้านและ หัตถการทางพยาบาล				
		New Authen Code	เปิดสิทธิการให้บริการ				
ร้านขายยา	2	AMED	ส่งข้อมูลการรักษาโรค เบื้องต้น	<ul style="list-style-type: none"> Smart Money Transfer Seamless for DMIS 	<ul style="list-style-type: none"> On screen review eMA Client 		
		Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลการบริการ P&P				
คลินิกเวชกรรม	2	AMED	ส่งข้อมูลการรักษาโรค เบื้องต้น			<ul style="list-style-type: none"> Smart Money Transfer Seamless for DMIS 	<ul style="list-style-type: none"> On screen review eMA Client
		Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลการบริการ P&P				
คลินิกทันตกรรม	2	Dentcloud	บันทึกข้อมูลการให้บริการ ในคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> Smart Money Transfer Seamless for DMIS 	<ul style="list-style-type: none"> On screen review eMA Client 		
		Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลการบริการรถทัน- ตกรรมเคลื่อนที่ และส่ง ข้อมูลเบิกจ่ายในคลินิก				

ประเภทหน่วยบริการ นวัตกรรม	โปรแกรมที่ใช้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย			โปรแกรมที่ใช้ตรวจสอบ การเบิกจ่าย	โปรแกรมที่ใช้ยุทธวิธี การเบิกจ่าย
	จำนวน	ระบบที่ใช้	การใช้งาน		
คลินิกกายภาพบำบัด	2	Disability portal	ส่งข้อมูลบริการ Intermediate care		
		New Authen Code	เปิดสิทธิการใช้บริการ		
คลินิกเทคนิคการแพทย์	1	Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลบริการ Lab 22 รายการ และบริการ P&P		
คลินิกแพทย์แผนไทย	1	Krungthai Digital Health	ส่งข้อมูลการบริการแพทย์ แผนไทย		

ที่มา: ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (12)

นอกจากระบบข้อมูลที่หลากหลายและไม่ตอบโจทย์ผู้ใช้งานจริงแล้ว ระบบข้อมูลของ สปสช. ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบันทึกข้อมูลเดิมของหน่วยบริการได้ ทำให้หน่วยบริการต้องทำงานซ้ำซ้อนเพื่อบันทึกข้อมูลในระบบของหน่วยบริการเอง และบันทึกข้อมูลซ้ำเพื่อส่งเบิกค่าชดเชยการให้บริการกับ สปสช. หน่วยบริการบางแห่งที่มีกำลังทรัพย์เลือกที่จะลงทุนปรับระบบข้อมูลเดิมของหน่วยบริการให้สามารถเชื่อมต่อข้อมูลกับระบบของ สปสช. อย่างไรก็ตามเมื่อ สปสช. มีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมข้อมูลหรือโครงสร้างข้อมูล หน่วยบริการก็ต้องลงทุนเพิ่มเพื่อปรับตัวตาม ซึ่งหน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก ไม่มีทุนสำรอง หรือไม่มีระบบบริการแบบเครือข่าย (สาขา) จะไม่สามารถลงทุนเพื่อปรับระบบข้อมูลได้ และต้องจำยอมใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลที่มีหลายโปรแกรมต่อไป นอกจากนี้ในช่วงที่มีการเข้าใช้งานของผู้ให้บริการจำนวนมาก ระบบมักไม่เสถียรและพบปัญหาทางเทคนิคในการบันทึกข้อมูล เช่น การอัปเดตข้อมูลที่ล่าช้า การเชื่อมโยงข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลหลายครั้ง

“Amed จะพิมพ์สติ๊กเกอร์กับใบยาไม่ได้ทำให้ต้องใช้ 2 ระบบควบคู่กัน (ระบบ Amed และ HIS ของคลินิก) ตอนจะเพิ่มข้อมูลจาก Hospital OS ไป Amed จะใช้วิธีการคี้อข้อมูลเข้าระบบใหม่เพราะยังไม่สามารถเชื่อมข้อมูลถึงกันได้” (ผู้ให้ข้อมูล: นักวิชาการสาธารณสุขคลินิกเวชกรรม 4)

“การเข้าร่วมโครงการ สปสช. บริษัทต้องทำโปรแกรมใหม่เพื่อรองรับงานนี้ซึ่งลงทุนไปเยอะมาก และต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็วว่าจะลงทุนหรือไม่และเราก็ตัดสินใจตั้งแต่วันแรกเลยว่าเราจะลงทุน เพราะเรามองว่าโครงการมันดีและมันน่าจะยั่งยืน แล้วมันเข้ากับร้านยาของเราเลยตัดสินใจลงทุนไป มันเป็นเงินลงทุนก้อนใหญ่มาก” (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหารร้านขายยาเครือข่าย 1)

“ระบบใหม่ที่นำมาใช้บางครั้งยังไม่เสถียร ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเสียเวลาแก้ไขข้อมูลซ้ำซ้อน” (ผู้ให้ข้อมูล: นักวิชาการสาธารณสุข 2)

เมื่อหน่วยบริการทั้งระดับหน่วยนวัตกรรมและตติยภูมิ (โรงพยาบาลสังกัด สธ. ที่ต้องส่งข้อมูลเข้า FDH) พบปัญหาการบันทึกและส่งข้อมูล หน่วยบริการไม่สามารถติดต่อกับทางหน่วยงานส่วนกลาง และได้รับความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาทางเทคนิคได้อย่างทันที แม้ว่า สปสช. และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จะมีกลุ่ม Line Open Chat เพื่อให้หน่วยบริการแจ้งปัญหาการใช้งานโปรแกรม แต่พบว่าการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นไปได้ยากและใช้เวลานาน ทำให้ต้องหาทางแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตัวเอง ในหลายครั้งเมื่อหน่วยบริการไม่สามารถแก้ปัญหาได้ หน่วยบริการก็จะขาดสภาพคล่องทางการเงินเนื่องจากข้อมูลการขอชดเชยค่าบริการไม่ผ่านการตรวจสอบ (ติด cancel หรือติด C) ในปริมาณมาก

“ถ้าเกิดอย่างนี้ (ข้อมูลไม่สามารถเบิกเคลมได้) ไปเรื่อย ๆ อันนี้ไม่ใช่เฉพาะเกิดในพวกเรา (โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์) นะคะ แต่อ่านอยู่ในกลุ่มไลน์ของพวกเขา สป. (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เนี่ย เค้าก็จะบ่นอย่างนี้มากเลยว่า สภาพคล่องเค้าไม่มี เพราะว่าเงินเนี่ยมันคงค้างอยู่จากการที่ระบบ FDH เนี่ยมันนำเข้าข้อมูลของของหน่วยบริการไม่ได้ อันเนี่ยเป็นประเด็นหลักอะค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU5 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด สธ.)

“อยากให้มีคนที่ตอบขั้นตอนของการทำตั้งแต่เริ่มแรก เพราะว่า สปสช. จะต้องให้กรอกข้อมูลแล้วส่งเคลม ... ต้องไปขอรหัสที่ one stop service จำชื่อโปรแกรมไม่ได้ แต่ว่ามันหลายขั้นตอนกว่าจะผ่านทั้งหมด ... ไม่ก็สอนวิธีการใช้ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงจนจบว่าเราควรทำอะไร เราถึงขั้นตอนนี้เราต้องทำอะไรต่อ ประมาณนั้น เกี่ยวกับเรื่องลงทะเบียนครั้งแรก” (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้จัดการคลินิกทันตกรรม 2)

3) ข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการไม่เชื่อมโยงกัน

การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการข้ามสังกัดยังคงเป็นความท้าทายสำคัญในการดำเนินนโยบายฯ ซึ่งขณะที่โครงการวิจัยเก็บข้อมูล ยังไม่พบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการผ่านระบบ health link ทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิ หรือการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ

ในพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ health link ที่ใช้หลักการฐานความยินยอม (consent) ในการเชื่อมโยงข้อมูล ในขณะที่ในพื้นที่นาร่องที่ดำเนินนโยบายฯ ไปแล้วใช้ระบบการบันทึกข้อมูลบนเครือข่ายระบบคลาวด์ (cloud) และใช้หลักการฐานภารกิจของรัฐ (public task) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหน่วยบริการตติยภูมิให้ความเห็นว่า หากต้องการให้ทุกหน่วยบริการเชื่อมโยงข้อมูลในหลักการฐานภารกิจของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดคำจำกัดความที่ชัดเจนของการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพให้เป็นการใช้ประโยชน์เพื่อสาธารณะอย่างแท้จริง และต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act; PDPA) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหน่วยบริการตติยภูมิยังเสนอว่า หน่วยงานต้นสังกัดควรหารือถึงแนวทางในการออกนโยบายที่ชัดเจนร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการเชื่อมต่อข้อมูลข้ามสังกัดและปรับหลักการใช้ข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งควรมีการจัดอบรมบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในตัวนโยบายฯ และทำให้เกิดการใช้ประโยชน์จากนโยบายฯ ตามเป้าหมายที่รัฐกำหนดไว้

“ผมคิดว่าต้องมา define ก่อนว่า คำว่า public task เนี่ย หมายความว่าอะไร เป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ หรือเป็นไปเพื่อประโยชน์ของ local hospital local doctor หรืออะไรอื่น ๆ ถ้าเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ ผมเข้าใจว่าสามารถใช้แบบนี้ได้ เพราะ PDPA เนี่ยจะอนุญาต ยกเว้นให้ในกรณีที่เป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ แต่คำถามคือ สิ่งที่เราทำอยู่เนี่ย มันใช่ประโยชน์สาธารณะมั๊ยนะครับ ผมพยายามตีความว่า มันน่าจะหมายถึงเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะนะครับ เช่น เพื่อจะได้รวบรวมสถิติโรคต่าง ๆ เพื่อใช้วางแผนทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าบอกว่าเป็นการดูแลแบบ case by case visit by visit ครั้ง by ครั้ง เนี่ย ผมคิดว่าไม่ใช่แล้วครับ อันนี้ไม่น่าจะเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะละ เป็นไปเพื่อประโยชน์ของหน่วยงานเจาะจง ครั้งนั้น เวลานั้น และคนไข้คนนั้น ซึ่งกรณีอย่างเจ็ยผมเข้าใจว่านี่ PDPA ไม่ได้นะครับ” (ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU1 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด อว.)

ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้หลายท่านจะคาดหวังให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ แต่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มหน่วยบริการตติยภูมิมีความกังวลหากต้องเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับหน่วยบริการต่างสังกัด เนื่องจากแต่ละหน่วยบริการมี HIS ที่แตกต่างกัน และไม่มั่นใจในระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลในหน่วย

บริการสังกัดอื่น หากระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลบกพร่อง อาจทำให้ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยรั่วไหลได้

“ถ้าจะถามว่ามันไปเชื่อมเลยเพื่อจะให้ข้อมูลเค้า (หน่วยนวัตกรรม) เข้ามาเนี่ย โดยส่วนตัวเองก็ยังไม่สบายใจนะคะเรื่องความปลอดภัย อันนี้ต้องยอมรับว่าเราก็ไม่รู้ว่ HIS ของเราเนี่ยเข้มแข็งขนาดไหน ที่จะไม่ถูกแฮ็กเข้ามา อะไรอย่างเงี้ยนะคะ เพราะฉะนั้นโดยส่วนตัวแล้วไม่อยากจะให้เป็นแบบนี้ล่ะคะ” (ผู้ให้ข้อมูล: BK-PU4 ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัด สธ.)

จากการลงพื้นที่พบว่าหน่วยนวัตกรรมส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักโปรแกรม health link หน่วยนวัตกรรมที่รู้จัก health link ไม่ใช้งานโปรแกรม เนื่องจากไม่เข้าใจวิธีใช้งาน และบางมุมสะท้อนว่าโปรแกรมนี้อาจไม่เหมาะกับผู้มารับบริการที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือซึ่งพบมากในผู้มารับบริการกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะจะต้องมีการยืนยันให้ความยินยอมดูประวัติการรักษาจากผู้มารับบริการผ่านรหัส OTP ซึ่งมีความยุ่งยากสำหรับผู้มารับบริการที่ไม่คล่องต่อการใช้โทรศัพท์

หน่วยนวัตกรรมเข้าถึงข้อมูลได้เพียงประวัติการใช้บริการของผู้รับบริการจากระบบยืนยันตัวตนเท่านั้น ไม่สามารถดูข้อมูลประวัติการรักษาย้อนหลังได้ เมื่อถามความเห็นของผู้ให้บริการในหน่วยนวัตกรรมต่อความสำคัญของการเข้าถึงประวัติการรักษาย้อนหลังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในหน่วยนวัตกรรมบางส่วน (ร้านขายยาคลินิกเวชกรรมแผนไทย หรือคลินิกแพทย์) ไม่ต้องการเข้าถึงประวัติการรักษา เนื่องจากบริการของหน่วยนวัตกรรมเป็นบริการพื้นฐานทั่วไป ในขณะที่ผู้ให้บริการจากหน่วยนวัตกรรมอีกส่วนหนึ่ง (คลินิกการพยาบาล คลินิกกายภาพบำบัด) มองว่าการเข้าถึงประวัติการรักษาจะทำให้วางแผนการให้บริการได้สะดวกมากขึ้น

4) ประชาชนมีความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับนโยบายฯ

ปัญหาการประชาสัมพันธ์นโยบายฯ ยังคงมีมาต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นนโยบายฯ ในเดือนมกราคม 2567 จนขยายมายังพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้รับบริการยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสิทธิการรักษาและเงื่อนไขการเข้ารับบริการภายใต้นโยบายฯ เช่น การคิดว่าผู้ป่วยสามารถเลือกรับยาได้ทันทีโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ การไม่ทราบว่าจะต้องยืนยันสิทธิก่อนใช้บริการ หรือหน่วยนวัตกรรมสามารถให้บริการครอบคลุมทุกประเภทของการรักษา ซึ่งหากผู้รับบริการไม่ได้รับบริการตามที่คาดหวังหรือเข้าใจ อาจส่งผลให้เกิดการร้องเรียนการให้บริการของหน่วยบริการได้

“บางครั้งเราต้องอธิบายขั้นตอนและสิทธิการรักษาให้ประชาชนเข้าใจ ซึ่งใช้เวลานานและกระทบต่อกระบวนการทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูล: พยาบาลและผู้จัดการคลินิก 2)

ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขสะท้อนว่า การให้บริการภายหลังการประกาศใช้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ไม่มีความแตกต่างจากการให้บริการที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญ โดยมองว่านโยบายดังกล่าวไม่ได้ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจัดบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในทางปฏิบัติ จำนวนผู้รับบริการไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการประกาศใช้นโยบาย

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งมาจากการประกาศใช้นโยบายโมเดล 5 หน่วยบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้รับบริการที่ต้องการใบส่งตัวต้องกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้นสังกัด และเข้ารระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ

แม้ว่านโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” จะเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการใดก็ได้ก็ตาม ในทางปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ประชาชนสิทธิบัตรทองในกรุงเทพมหานครยังคงต้องรับบริการตามแนวทางของนโยบายโมเดล 5 เป็นหลัก ส่งผลให้บทบาทของศูนย์บริการสาธารณสุขในฐานะหน่วยบริการประจำพื้นที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ

“ผม ตอนนี่ไม่ได้แตกต่างกันเท่าไร เพราะก่อนหน้านี้ของ สปสช. มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาจาก model 5 ที่สามารถรักษาปฐมภูมิก็ได้ หน่วยบริการประจำก็ได้ ทำให้คนไข้มาที่ศูนย์ปริมาณเยอะมากเพราะว่าไม่ไปใช้ที่คลินิก และต่อมาก็ปรับเปลี่ยนว่าคนไข้ถ้าส่งตัวต้องไปที่หน่วยปฐมภูมิเท่านั้น และการรับยาเรื้อรังก็ต้องกลับไปใช้ที่หน่วยปฐมภูมิ ทำให้ปริมาณคนไข้ลดลงไป แต่รับยาทั่วไปก็รับยาได้”

แพทย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 1

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานยังสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านกลไกการจ่ายเงิน โดยศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ได้ในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง ส่งผลให้ขอบเขตการให้บริการโดยเฉพาะการจ่ายยาทำได้อย่างจำกัด แม้ศูนย์บริการสาธารณสุขจะให้บริการแก่ประชาชนในเครือข่ายของตนเองก็ตาม ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลต่อความยืดหยุ่นในการจัดบริการและการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในทางปฏิบัติ

ด้านการสื่อสารนโยบาย ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนว่า การประชาสัมพันธ์นโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางในบางครั้งขาดรายละเอียดที่เพียงพอ ส่งผลให้ประชาชนเกิดความคาดหวังต่อการใช้บริการที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานจริง โดยเฉพาะชื่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” ซึ่งทำให้ประชาชนคาดหวังว่าสามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการทุกประเภทได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ในขณะที่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลรับส่งต่อในกรุงเทพมหานครยังคงใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางเดิม ผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่าผู้รับบริการบางส่วนคาดหวังว่าจะได้รับบริการทุกอย่างจากหน่วยบริการในโครงการ โดยไม่คำนึงถึงความจำเป็นทางการแพทย์และศักยภาพของหน่วยบริการ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานต้องรับภาระในการอธิบายและจัดการความคาดหวังของผู้รับบริการเพิ่มเติม

“ในความรู้สึกของคนไข้ พอเราบอกว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เขาจะมีความรู้สึกว่าเขาต้องได้ทุกอย่าง ทุกอย่าง ทุกที่ เขาจะไม่เข้าใจข้อมูลเรื่องข้อจำกัด ไม่เข้าใจคำว่าปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ไม่เข้าใจศักยภาพของสถานบริการ ดังนั้นเวลาไปที่ไหน เขาไม่รู้ด้วยซ้ำว่าศักยภาพของสถานบริบาลนั้นทำได้แค่ไหน ถ้าเป็นคนที่มาด้วยความคาดหวังสูง ก็จะมีปัญหาว่า เอาไม่ได้หรอก ทำไม่ได้ ะไรอย่างนี้” แพทย์ศูนย์บริการสาธารณสุข 1

4.1.4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานี้ทำให้สามารถสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ได้ดังนี้

- 1) ความเข้าใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับและทุกภาคส่วน ดังจะเห็นได้จากปัญหาการไม่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการในแต่ละสังกัด ที่เกิดจากความไม่เข้าใจเป้าหมายร่วมกัน และปัญหาประชาชนเข้าใจผิดเกี่ยวกับนโยบายฯ

- 2) **ช่วงเวลาสำหรับเปลี่ยนผ่านระบบ (transformation gap)** การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพให้สะดวกและมีประสิทธิภาพผ่านการใช้เทคโนโลยีในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพเป็นจุดมุ่งหมายหลักของนโยบายฯ ดังนั้นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบดิจิทัล (digital transformation) จึงเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายฯ ซึ่ง digital transformation เป็นกระบวนการที่นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องใช้เวลาในการปรับตัว ทั้งในด้านการวางระบบเทคโนโลยีและการพัฒนาบุคลากรให้สามารถใช้ระบบเทคโนโลยีทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ
- 3) **ความพร้อมของผู้รับบริการในการใช้เทคโนโลยี** การใช้งานระบบเทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้รับบริการจำเป็นต้องมีความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีและให้ความร่วมมือด้วยเช่นกัน เช่น ผู้รับบริการต้องมีสมาร์ทโฟนและสามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันได้ จึงจะสามารถดูข้อมูลประวัติสุขภาพ และเกิดเครื่องมือในการสนับสนุนให้สามารถดูแลตนเอง (self-care) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายฯ

4.2 การศึกษาเชิงปริมาณ: ผลลัพธ์จากนโยบายฯ ต่อผู้รับบริการ

ผู้รับบริการสาธารณสุขจำนวน 701 คน ที่ตอบแบบสอบถามระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 53 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/มีคู่ (ร้อยละ 67) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 32) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 95) ร้อยละ 33 ไม่ทำงาน/ว่างงาน รองลงมาร้อยละ 29 รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน และร้อยละ 28 ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ และรายได้ครัวเรือนของผู้รับบริการเฉลี่ย 29,418 บาท และมีรายได้ส่วนตัวต่อเดือนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 8,193 บาท ผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 6) และกว่า 1 ใน 4 ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน (ตารางที่ 11) แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามพื้นที่สัมภาษณ์

4.2.1 การรับรู้และความเข้าใจต่อนโยบาย

ผู้รับบริการในพื้นที่กทม. ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.7) เคยได้ยินนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลกับนโยบายฯ (ร้อยละ 98.7) แต่บางส่วนเท่านั้น (ร้อยละ 74) มีความเข้าใจต่อหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยงานนวัตกรรมที่เข้าร่วมนโยบายฯ โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวและไม่เสียค่าใช้จ่าย บางส่วนยังมีความเข้าใจผิดเรื่องประเภทของหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายนี้

4.2.2 ทศนคติและความคาดหวังต่อนโยบาย

ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้รับบริการเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.7) เห็นด้วยกับนโยบายนี้ โดยสาเหตุ 3 อันดับแรกที่คนส่วนใหญ่เห็นด้วย คือ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75) เพิ่มความสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 51) และสามารถเลือกสถานพยาบาลได้เอง (ร้อยละ 46) ทั้งนี้ผู้รับบริการส่วนน้อยเกิดความกังวล (ร้อยละ 1.8) โดยกังวลเรื่องคุณภาพของบริการที่จะได้รับ เรื่องการรอคิวในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางและโอกาสที่ภาครัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอ

4.2.3 ความพึงพอใจต่อการรับบริการสาธารณสุข

ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่านโยบายฯ ช่วยให้ผู้มีสิทธิ 30 บาท เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น เนื่องจากสามารถเลือกรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้านได้ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยนวัตกรรมหรือโรงพยาบาลของรัฐ โดยมีคะแนนความพึงพอใจต่อการรับบริการสาธารณสุขเฉลี่ยเท่ากับ 8.7 จาก 10 คะแนน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การรับบริการจากภาคเอกชน เวลาที่ใช้ในการรับบริการที่น้อยกว่า 90 นาที และวิธีการเดินทาง ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลการรับรู้ต่อนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว” และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

4.2.4 ประเภทบริการและต้นทุนเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยในการรับบริการ

จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้รับบริการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย โดยมีต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่ลดลง ผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) มีค่าใช้จ่ายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ค่าเดินทางไป-กลับ ค่าอาหารส่วนเพิ่มและค่ารักษาพยาบาลส่วนเพิ่ม โดยเฉลี่ยรวม 122 บาทต่อครั้ง ซึ่งมีระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.3 กิโลเมตร และใช้เวลาทั้งสิ้น 77 นาที ในการรับบริการ ซึ่งรวมระยะเวลาเดินทางไป-กลับ การรอคอย ไปจนถึงการรักษาเสร็จสิ้น หากพิจารณาค่าเสียโอกาสจากการขาดงานของผู้รับบริการ พบว่าโดยเฉลี่ยมีค่าเสียโอกาสอยู่ที่ 116 บาทต่อครั้ง ผู้รับบริการร้อยละ 34 มีญาติมาดูแลด้วย ดังนั้นหากพิจารณาด้านทุนการดูแลแบบไม่เป็นทางการจากญาติโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 53 บาทต่อครั้ง โดยสรุปต้นทุนรวมซึ่งรวมทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขอยู่ที่ 290 บาทต่อครั้ง (ตารางที่ 14)

รูปที่ 2 แสดงสัดส่วนและองค์ประกอบของต้นทุนรวมจำแนกตามพื้นที่ศึกษา ซึ่งกว่าร้อยละ 60 เป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากการดูแลแบบไม่เป็นทางการของญาติและต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการขาดงานสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ พื้นที่ศึกษา การเดินทางมากกว่า 5 กิโลเมตร ใช้รถจักรยานยนต์/รถยนต์ หรือรถสาธารณะในการเดินทาง และการรับบริการที่มากกว่า 90 นาทีต่อครั้ง (ตารางที่ 15)

4.2.5 ความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

จากการสำรวจพบว่าผู้รับบริการบางส่วนไม่ได้ใช้โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 6) และกว่า 1 ใน 4 ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ 34 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) มีคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน หากพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบาย พบว่าผู้รับบริการบางส่วน (ร้อยละ 32) ไม่มั่นใจว่าจะสามารถติดตั้งแอปพลิเคชันได้หรือพิสูจน์และยืนยันตัวตนบนแอปพลิเคชันด้วยตนเองได้และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (ตารางที่ 16) ดังนั้นบริการดิจิทัลสุขภาพไม่ว่าจะเป็น การนัดหมายออนไลน์ การแพทย์ทางไกล การใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันหมอมพร้อมเพื่อเข้าดูประวัติสุขภาพ ยังจำกัดอยู่ในผู้รับบริการกลุ่มที่เข้าถึงโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สาย สามารถติดตั้งแอปพลิเคชันหมอมพร้อมได้ ดังนั้นผู้รับบริการบางส่วนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจไม่สามารถรับประโยชน์จากระบบสุขภาพดิจิทัลได้อย่างเต็มที่ เมื่อแบ่งกลุ่มผู้รับบริการตามระดับความรอบรู้ 5 ระดับควินไทล์ (quintile) พื้นที่นำร่องมี

สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความรอบรู้เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าพื้นที่คู่แข่ง (รูปที่ 3) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน การใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	ทั้งหมด (N=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (sd)	52.7 (15.35)	49.4(17.15)	58.8(14.09)	50.9(11.14)	57.1(16.50)	49.1(15.70)	52.4(13.31)	47.1(14.92)
กลุ่มอายุ								
18-24 ปี	35(5.0)	14(12.6)	6(3.1)	2(2.5)	3(5.0)	3(6.7)	2(2.5)	5(3.8)
25-39 ปี	117(16.7)	18(16.2)	15(7.7)	13(16.3)	7(11.7)	10(22.2)	12(15.0)	42(32.3)
40-54 ปี	193(27.5)	30(27.0)	36(18.5)	30(37.5)	14(23.3)	14(31.1)	30(37.5)	39(30.0)
55-75 ปี	356(50.8)	49(44.1)	138(70.8)	35(43.8)	36(60.0)	18(40.0)	36(45.0)	44(33.8)
เพศ								
ชาย	238(34.0)	40(36.0)	67(34.4)	26(32.5)	18(30.0)	14(31.1)	26(32.5)	47(36.2)
หญิง	463(66.0)	71(64.0)	128(65.6)	54(67.5)	42(70.0)	31(68.9)	54(67.5)	83(63.8)
ศาสนา								
คริสต์	1(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	0(0.0)
พุทธ	686(97.9)	111(100.0)	195(100.0)	78(97.5)	58(96.7)	42(93.3)	79(98.8)	123(94.6)
อิสลาม	14(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.5)	2(3.3)	2(4.4)	1(1.3)	7(5.4)
สถานภาพสมรส								
สมรส/แต่งงาน/มีคู่	469(66.9)	64(57.7)	135(69.2)	56(70.0)	36(60.0)	30(66.7)	62(77.5)	86(66.2)
หม้าย	76(10.8)	12(10.8)	26(13.3)	10(12.5)	10(16.7)	4(8.9)	5(6.3)	9(6.9)
แยกกันอยู่/หย่า	23(3.3)	4(3.6)	3(1.5)	4(5.0)	4(6.7)	3(6.7)	3(3.8)	2(1.5)
โสด	133(19.0)	31(27.9)	31(15.9)	10(12.5)	10(16.7)	8(17.8)	10(12.5)	33(25.4)

ข้อมูล	ทั้งหมด (N=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
ระดับการศึกษาสูงสุด								
ไม่เคยเรียนหนังสือ	10(1.4)	1(0.9)	7(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.5)
ระดับประถมศึกษา	220(31.4)	43(38.7)	83(42.6)	18(22.5)	23(38.3)	16(35.6)	19(23.8)	18(13.8)
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	194(27.7)	17(15.3)	53(27.2)	34(42.5)	16(26.7)	9(20.0)	29(36.3)	36(27.7)
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	149(21.3)	30(27.0)	22(11.3)	17(21.3)	13(21.7)	11(24.4)	20(25.0)	36(27.7)
อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	85(12.1)	12(10.8)	18(9.2)	9(11.3)	3(5.0)	6(13.3)	6(7.5)	31(23.8)
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	43(6.1)	8(7.2)	12(6.2)	2(2.5)	5(8.3)	3(6.7)	6(7.5)	7(5.4)
สิทธิ/สวัสดิการรักษายาบาลหลัก								
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	668(95.3)	104(93.7)	193(99.0)	80(100.0)	57(95.0)	45(100.0)	80(100.0)	109(83.8)
จ่ายเงินเอง/ไม่ใช่สวัสดิการรักษายาบาล	33(4.7)	7(6.3)	2(1.0)	0(0.0)	3(5.0)	0(0.0)	0(0.0)	21(16.2)
ลักษณะงานปัจจุบัน								
ว่างงาน/ไม่ทำงาน	232(33.1)	33(29.7)	79(40.5)	17(21.3)	22(36.7)	14(31.1)	27(33.8)	40(30.8)
นักเรียน/นักศึกษา	22(3.1)	9(8.1)	4(2.1)	1(1.3)	2(3.3)	2(4.4)	2(2.5)	2(1.5)
รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน	201(28.7)	41(36.9)	55(28.2)	28(35.0)	7(11.7)	17(37.8)	18(22.5)	35(26.9)
เกษตรกรกรรม (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) หรือ ประมง	2(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)
พนักงาน/ลูกจ้าง หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ	45(6.4)	2(1.8)	2(1.0)	5(6.3)	2(3.3)	1(2.2)	7(8.8)	26(20.0)
ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ	199(28.4)	26(23.4)	55(28.2)	29(36.3)	26(43.3)	11(24.4)	26(32.5)	26(20.0)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ทำงานและมี รายได้, ค่าเฉลี่ย (sd)	2.8(1.35)	3.0(1.48)	2.8(1.32)	3.0(1.42)	2.7(1.36)	2.7(1.60)	2.7(1.08)	2.8(1.30)

ข้อมูล	ทั้งหมด (N=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
จำแนกตามกลุ่ม								
1-2 คน	358(51.1)	50(45.0)	101(51.8)	39(48.8)	35(58.3)	26(57.8)	42(52.5)	65(50.0)
3-5 คน	248(35.4)	45(40.5)	68(34.9)	25(31.3)	19(31.7)	13(28.9)	32(40.0)	46(35.4)
>5 คน	95(13.6)	16(14.4)	26(13.3)	16(20.0)	6(10.0)	6(13.3)	6(7.5)	19(14.6)
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท), ค่าเฉลี่ย (sd)	29417.5(12 728.96)	27774.8(14 421.90)	29504.6(14 783.35)	30908.8(10 151.16)	28285.0(12 330.65)	28055.6(11 596.86)	30316.3(11 616.41)	30213.1(10 292.59)
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท), ค่าเฉลี่ย (sd)	8192.6(703 1.36)	7836.9(805 1.02)	7414.1(713 4.63)	8528.8(537 1.75)	7533.3(667 4.81)	8815.6(681 8.19)	8352.5(664 1.11)	9447.7(724 6.04)
การใช้โทรศัพท์มือถือ								
1. ไม่ใช้โทรศัพท์	41(5.8)	8(7.2)	22(11.3)	0(0.0)	4(6.7)	1(2.2)	2(2.5)	4(3.1)
2. ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน (smart phone) หมายถึง โทรศัพท์มือถือที่มี ระบบปฏิบัติการ เช่น Android, iOS, Windows Mobile เป็นต้น สามารถติดตั้ง แอปพลิเคชัน	591(84.3)	94(84.7)	151(77.4)	74(92.5)	47(78.3)	40(88.9)	72(90.0)	113(86.9)
3. ใช้โทรศัพท์ฟีเจอร์โฟน (feature phone) หมายถึง โทรศัพท์มือถือพื้นฐานที่ สามารถรับสาย-โทรออก รับส่งข้อความ ฟัง เพลง ได้เท่านั้น	69(9.8)	9(8.1)	22(11.3)	6(7.5)	9(15.0)	4(8.9)	6(7.5)	13(10.0)
ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน								
ไม่ใช้	176(25.1)	31(27.9)	59(30.3)	16(20.0)	21(35.0)	9(20.0)	15(18.8)	25(19.2)

ข้อมูล	ทั้งหมด (N=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
ใช้	525(74.9)	80(72.1)	136(69.7)	64(80.0)	39(65.0)	36(80.0)	65(81.3)	105(80.8)
ค่าบริการอินเทอร์เน็ตและ/หรือ โทรศัพท์มือถือต่อเดือน, ค่าเฉลี่ย (sd)	235.1(220. 13)	229.8(221. 34)	226.7(226. 53)	217.2(176. 68)	218.5(211. 81)	262.8(232. 41)	249.9(189. 54)	252.3(250. 56)
ใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน								
ไม่ใช้	238(34.0)	37(33.3)	78(40.0)	20(25.0)	27(45.0)	14(31.1)	24(30.0)	38(29.2)
ใช้	463(66.0)	74(66.7)	117(60.0)	60(75.0)	33(55.0)	31(68.9)	56(70.0)	92(70.8)

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลการรับรู้ก่อนนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประจำตัวประชาชนใบเดียว” และความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ

ข้อมูล	ทั้งหมด (n=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
เคยได้ยินนโยบายฯ								
เคย	699(99.7)	110(99.1)	195(100.0)	80(100.0)	60(100.0)	44(97.8)	80(100.0)	130(100.0)
ไม่เคย	2(0.3)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	0(0.0)
เห็นด้วยกับนโยบายฯ								
เห็นด้วย	699(99.7)	111(100.0)	194(99.5)	80(100.0)	60(100.0)	45(100.0)	80(100.0)	129(99.2)
ไม่เห็นด้วย	2(0.3)	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)
ความกังวลจากนโยบายฯ								
กังวล	9(1.3)	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	8(6.2)
ไม่กังวล	692(98.7)	111(100.0)	194(99.5)	80(100.0)	60(100.0)	45(100.0)	80(100.0)	122(93.8)
ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่สามารถรับบริการตามนโยบายฯ								
เข้าใจถูกต้อง	521(74.3)	88(79.3)	155(79.5)	51(63.8)	47(78.3)	41(91.1)	60(75.0)	79(60.8)
เข้าใจผิด	180(25.7)	23(20.7)	40(20.5)	29(36.3)	13(21.7)	4(8.9)	20(25.0)	51(39.2)
สถานะการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน								
ทำแล้วด้วยตนเอง	336(47.9)	45(40.5)	73(37.4)	47(58.8)	24(40.0)	20(44.4)	47(58.8)	80(61.5)
ทำแล้วด้วยความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล	365(52.1)	66(59.5)	122(62.6)	33(41.3)	36(60.0)	25(55.6)	33(41.3)	50(38.5)
ประเภทของบริการสุขภาพที่มารับบริการ								
รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย/โรคทั่วไป	158(22.5)	37(33.3)	22(11.3)	18(22.5)	25(41.7)	13(28.9)	20(25.0)	23(17.7)

ข้อมูล	ทั้งหมด (n=701), n(%)	โซน 1 (n=111), n(%)	โซน 2 (n=195), n(%)	โซน 3 (n=80), n(%)	โซน 4 (n=60), n(%)	โซน 5 (n=45), n(%)	โซน 6 (n=80), n(%)	โซน 7 (n=130), n(%)
การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง	26(3.7)	7(6.3)	5(2.6)	2(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	3(3.8)	9(6.9)
รับยาตามใบสั่งยา	65(9.3)	18(16.2)	8(4.1)	9(11.3)	5(8.3)	9(20.0)	11(13.8)	5(3.8)
บริการส่งเสริมสุขภาพ	32(4.6)	2(1.8)	9(4.6)	1(1.3)	1(1.7)	2(4.4)	2(2.5)	15(11.5)
บริการทันตกรรม	77(11.0)	21(18.9)	12(6.2)	12(15.0)	11(18.3)	0(0.0)	11(13.8)	10(7.7)
การเจาะเลือดเพื่อติดตามการรักษาโรคเรื้อรัง	102(14.6)	8(7.2)	37(19.0)	16(20.0)	6(10.0)	8(17.8)	5(6.3)	22(16.9)
ฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด	10(1.4)	0(0.0)	1(0.5)	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	3(3.8)	5(3.8)
กายภาพบำบัด นวด	141(20.1)	5(4.5)	81(41.5)	11(13.8)	2(3.3)	0(0.0)	13(16.3)	29(22.3)
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	15(2.1)	3(2.7)	7(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(6.7)	2(2.5)	0(0.0)
การใช้เวลารอและรับบริการสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งก่อนหน้า								
ใช้เวลาเหมือนครั้งก่อน ๆ	504(71.9)	63(56.8)	133(68.2)	70(87.5)	45(75.0)	39(86.7)	62(77.5)	92(70.8)
ใช้เวลานานกว่าเดิม	143(20.4)	32(28.8)	52(26.7)	8(10.0)	11(18.3)	4(8.9)	12(15.0)	24(18.5)
ใช้เวลาน้อยกว่าเดิม	54(7.7)	16(14.4)	10(5.1)	2(2.5)	4(6.7)	2(4.4)	6(7.5)	14(10.8)
ความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ								
คะแนนเฉลี่ย (SD)	8.7(1.28)	8.6(1.22)	9.2(0.98)	8.6(1.50)	8.8(0.93)	9.0(1.15)	8.7(1.10)	8.3(1.62)
จำแนกตามกลุ่ม								
พึงพอใจน้อย (คะแนน 1-6)	49(7.0)	8(7.2)	3(1.5)	9(11.3)	0(0.0)	2(4.4)	3(3.8)	24(18.5)
พึงพอใจปานกลาง (คะแนน 7-8)	202(28.8)	36(32.4)	43(22.1)	24(30.0)	22(36.7)	10(22.2)	29(36.3)	38(29.2)
พึงพอใจมาก (คะแนน 9-10)	450(64.2)	67(60.4)	149(76.4)	47(58.8)	38(63.3)	33(73.3)	48(60.0)	68(52.3)

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการรับบริการสุขภาพ

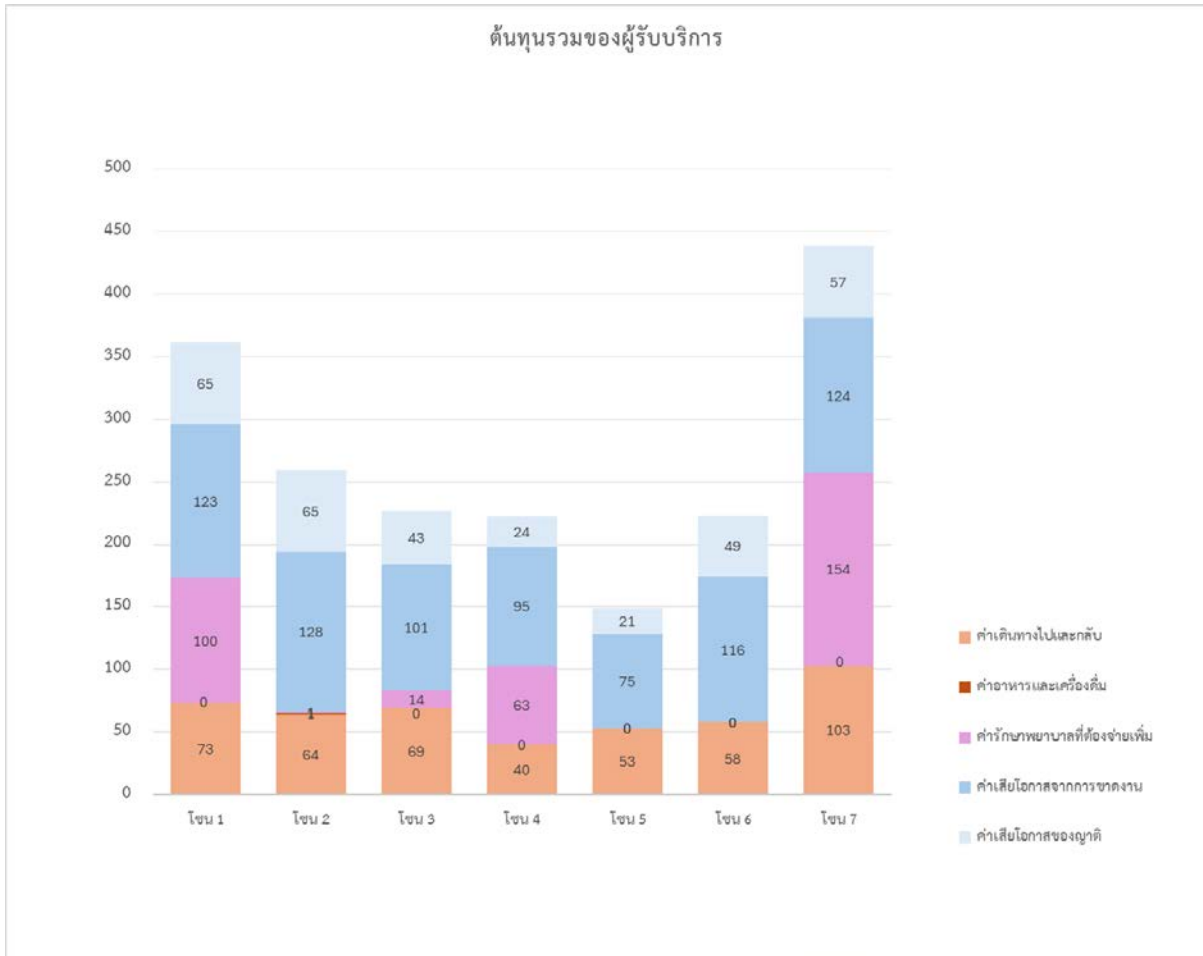
ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Exp(Estimate)	95% CI	p-value	Exp(Estimate)	95% CI	p-value
โซน (อ้างอิง=โซน 1)						
โซน 2	1.067	1.029-1.106	<0.001	1.066	1.029-1.104	<0.001
โซน 3	1.000	0.957-1.045	0.992	0.999	0.957-1.043	0.973
โซน 4	1.027	0.979-1.078	0.280	1.018	0.971-1.068	0.461
โซน 5	1.043	0.989-1.100	0.119	1.032	0.980-1.087	0.234
โซน 6	1.013	0.970-1.059	0.556	1.008	0.965-1.052	0.729
โซน 7	0.965	0.928-1.003	0.072	0.962	0.925-1.000	0.053
ผู้ให้บริการ (อ้างอิง=ภาครัฐ)						
เอกชน	1.045	1.019-1.072	<0.001	1.027	1.001-1.054	0.042
ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่ผิด (อ้างอิง=ไม่ใช่)						
ใช่	1.035	1.008-1.063	0.010			
อายุ (ปี)						
	1.000	0.999-1.001	0.598			
เพศ (อ้างอิง=ชาย)						
หญิง	1.028	1.003-1.053	0.028			
ศาสนา (อ้างอิง=อื่น ๆ)						
พุทธ	1.017	0.939-1.103	0.675			
สถานภาพสมรส (อ้างอิง=โสด)						
สมรส/แต่งงาน/มีคู่	1.033	1.002-1.064	0.037			
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า	1.041	0.999-1.084	0.055			

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Exp(Estimate)	95% CI	p-value	Exp(Estimate)	95% CI	p-value
ระดับการศึกษาสูงสุด(อ้างอิง=ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปวท.)						
ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา	1.029	1.004-1.056	0.023			
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.024	0.975-1.076	0.337			
สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=จ่ายเงินเอง/ไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาล)						
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1.056	1.000-1.116	0.052			
ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร)						
ว่างงาน/นักเรียน	1.035	1.006-1.066	0.018	1.042	1.013-1.071	0.004
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ/ หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ	1.045	0.993-1.099	0.091	1.085	1.032-1.141	0.001
ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่นๆ	1.025	0.994-1.057	0.117	1.020	0.990-1.051	0.185
รายได้เฉลี่ยทั้งครัวเรือน						
	1.000	1.000-1.000	0.099			
การใช้โทรศัพท์มือถือ (อ้างอิง=ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน)						
ใช้โทรศัพท์ฟิเจอร์โฟน	1.015	0.976-1.056	0.451			
ไม่ใช้โทรศัพท์	1.021	0.971-1.073	0.421			
ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน (อ้างอิง=ใช้)						
ไม่ใช้	1.022	0.994-1.049	0.119			
ค่าบริการอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์มือถือ (ต่อเดือน)						
	1.000	1.000-1.000	0.636			
ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง= ≥5 กิโลเมตร)						
<5 กิโลเมตร	1.000	0.974-1.028	0.979			

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Exp(Estimate)	95% CI	p-value	Exp(Estimate)	95% CI	p-value
ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที) (อ้างอิง=>90 นาที)						
≤90 นาที	1.056	1.026-1.087	<0.001	1.053	1.024-1.084	<0.001
วิธีเดินทางมายังสถานพยาบาล (อ้างอิง= รถจักรยานยนต์/รถยนต์)						
ขนส่งสาธารณะ/อื่น ๆ	1.004	0.972-1.037	0.805	0.987	0.956-1.019	0.437
เดิน/รถจักรยาน	1.060	1.030-1.092	<0.001	1.041	1.010-1.072	0.008

Statistical Analysis: log regression, n=701

**Bayesian information criterion (BIC) = 2446.1*



รูปที่ 2 ต้นทุนรวมของผู้รับบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภทต้นทุนและพื้นที่ศึกษา

ตารางที่ 14 ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุข

ข้อมูล	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
มีค่าใช้จ่ายจาก การรับบริการ สาธารณสุข								
มี	508(72.5)	85(76.6)	132(67.7)	57(71.3)	34(56.7)	30(66.7)	53(66.3)	117(90.0)
ไม่มี	193(27.5)	26(23.4)	63(32.3)	23(28.8)	26(43.3)	15(33.3)	27(33.8)	13(10.0)
ค่าใช้จ่ายจากการ รับบริการ สาธารณสุขรวม								
(บาท/ครั้ง), ค่าเฉลี่ย (SD)	121.7(263.40)	173.1(409.72)	66.0(84.62)	83.0(126.94)	102.2(285.54)	52.7(61.47)	58.3(68.62)	257.2(374.84)
ค่าเดินทางไป- กลับ	69.8(87.89)	73.2(93.87)	63.9(82.85)	68.6(83.13)	39.7(55.66)	52.7(61.47)	58.3(68.62)	103.4(111.57)
ค่าอาหารส่วนเพิ่ม จากปกติ	0.3(5.33)	0.0(0.00)	1.2(10.08)	0.0(0.00)	0.0(0.00)	0.0(0.00)	0.0(0.00)	0.0(0.00)
ค่ารักษาพยาบาล ที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม	51.5(243.28)	99.8(399.01)	0.9(10.17)	14.4(97.17)	62.5(279.47)	0.0(0.00)	0.0(0.00)	153.7(351.89)
วิธีการเดินทางมา สถานพยาบาล								
รถจักรยานยนต์	255(36.4)	54(48.6)	45(23.1)	39(48.8)	19(31.7)	15(33.3)	26(32.5)	57(43.8)

ข้อมูล	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
รถยนต์	191(27.2)	27(24.3)	54(27.7)	17(21.3)	9(15.0)	7(15.6)	21(26.3)	56(43.1)
เดิน	125(17.8)	19(17.1)	40(20.5)	16(20.0)	16(26.7)	9(20.0)	20(25.0)	5(3.8)
รถจักรยาน	18(2.6)	1(0.9)	8(4.1)	2(2.5)	3(5.0)	2(4.4)	2(2.5)	0(0.0)
รถไฟฟ้า/รถไฟ ใต้ดิน	10(1.4)	0(0.0)	5(2.6)	0(0.0)	4(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)
อื่น ๆ	103(14.7)	10(9.0)	44(22.6)	6(7.5)	9(15.0)	12(26.7)	11(13.8)	11(8.5)
ระยะทางจากบ้าน ถึงสถานพยาบาล (กิโลเมตร), ค่าเฉลี่ย (SD)	3.3(4.08)	2.9(3.24)	3.4(5.48)	3.2(3.76)	2.1(2.60)	2.8(2.92)	2.6(2.79)	4.6(3.74)
ระยะเวลาสำหรับการ เดินทาง (รวม ระยะเวลาเดินทาง ไป-กลับ) (นาที), ค่าเฉลี่ย (SD)	19.7(13.61)	16.4(8.78)	21.1(19.39)	19.7(12.07)	17.2(10.33)	16.8(7.99)	20.2(10.44)	22.4(11.05)
ระยะเวลาสำหรับการ รับบริการ สุขภาพ (รวม ระยะเวลาการรอ คอยและการรักษา)	57.7(51.36)	65.8(72.82)	64.2(48.05)	47.6(45.20)	46.8(33.46)	33.6(31.24)	57.5(44.33)	60.5(50.68)

ข้อมูล	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
จนเสร็จสิ้น) (นาที), ค่าเฉลี่ย (SD)								
ระยะเวลารวมการ เดินทางและ ระยะเวลาสำหรับ การรับบริการ สุขภาพ (นาที), ค่าเฉลี่ย (SD)	77.4(59.18)	82.1(78.06)	85.3(61.48)	67.4(52.97)	64.0(39.11)	50.4(35.79)	77.7(48.54)	82.9(57.24)
ต้นทุนการดูแล แบบไม่เป็น ทางการ	52.8(99.80)	64.9(108.34)	65.2(123.36)	43.1(91.03)	24.3(54.31)	20.7(40.34)	48.4(84.90)	57.1(92.60)
มีญาติ/ผู้ดูแลเพื่อ พามารับบริการ								
มี	235(33.5)	50(45.0)	65(33.3)	20(25.0)	12(20.0)	10(22.2)	26(32.5)	52(40.0)
ไม่มี	466(66.5)	61(55.0)	130(66.7)	60(75.0)	48(80.0)	35(77.8)	54(67.5)	78(60.0)
จำนวนญาติ/ ผู้ดูแล (คน), ค่าเฉลี่ย (SD)	0.4(0.55)	0.5(0.50)	0.4(0.68)	0.3(0.47)	0.2(0.40)	0.2(0.42)	0.3(0.47)	0.4(0.54)
ค่าเสียโอกาสจาก การขาดงานของ	115.6 (88.40)	122.7(116.60)	127.5(91.85)	100.6(79.13)	95.5(58.42)	75.3(53.46)	116.1(72.51)	123.9(85.51)

ข้อมูล	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
ผู้รับบริการ (บาท), ค่าเฉลี่ย (SD)								
ต้นทุนรวมของ ผู้รับบริการ (บาท), ค่าเฉลี่ย (SD)	290.1 (326.53)	360.6 (474.94)	258.6 (241.42)	226.8 (229.55)	222.0 (301.01)	148.7 (114.94)	222.8 (179.53)	438.1 (397.91)

ตารางที่ 15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนของผู้รับบริการสาธารณสุข

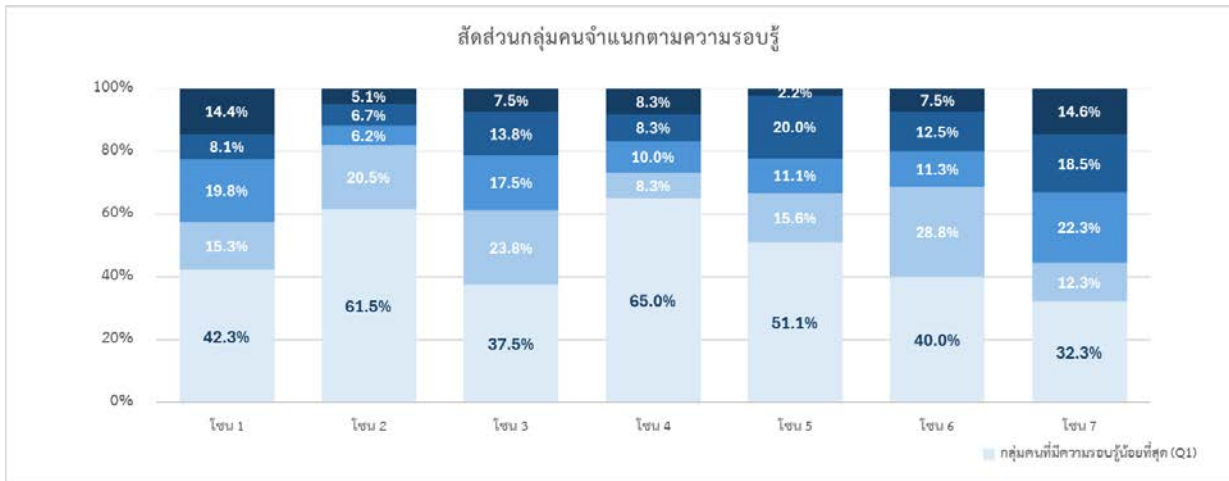
ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Estimate	95% CI	p-value	Estimate	95% CI	p-value
โซน (อ้างอิง=โซน1)						
โซน 2	-0.332	-0.535-- 0.130	0.001	0.039	-0.091-- 0.168	0.560
โซน 3	-0.464	-0.714-- 0.214	<0.001	-0.166	-0.325-- 0.007	0.040
โซน 4	-0.485	-0.758-- 0.212	<0.001	-0.262	-0.435-- 0.089	0.003
โซน 5	-0.886	-1.187-- 0.585	<0.001	-0.271	-0.462-- 0.080	0.005
โซน 6	-0.482	-0.732-- 0.232	<0.001	-0.131	-0.289-- 0.028	0.106
โซน 7	0.195	-0.025-- 0.415	0.083	-0.022	-0.165-- 0.122	0.765
ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง=<5 กิโลเมตร)						
≥5 กิโลเมตร	0.884	0.740-- 1.027	<0.001	0.437	0.335-- 0.539	<0.001
วิธีเดินทางมายังสถานพยาบาล (อ้างอิง=เดิน/รถจักรยาน)						
ขนส่งสาธารณะ/อื่น ๆ	1.009	0.811-- 1.207	<0.001	0.648	0.510-- 0.786	<0.001

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Estimate	95% CI	p-value	Estimate	95% CI	p-value
รถจักรยานยนต์/รถยนต์	1.382	1.231- 1.533	<0.001	1.034	0.924- 1.143	<0.001
ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที) (อ้างอิง=≤90นาที)						
>90 นาที	0.841	0.684- 0.997	<0.001	0.838	0.732- 0.944	<0.001
สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=จ่ายเงินเอง/ไม่ใช่สวัสดิการรักษายาบาล)						
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	-1.542	-1.832-- 1.253	<0.001	-1.655	-1.854-- 1.457	<0.001
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้ให้บริการ	<0.000	0.000- 0.000	0.081			
อายุ (ปี)	-0.002	-0.006- 0.002	0.388			
ศาสนา (อ้างอิง=อื่น ๆ)						
พุทธ	0.212	-0.253- 0.677	0.372			
สถานภาพสมรส (อ้างอิง=โสด)						
สมรส/แต่งงาน/มีคู่	-0.201	-0.376-- 0.026	0.024			
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า	-0.133	-0.369- 0.103	0.271			
ระดับการศึกษาสูงสุด (อ้างอิง=ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา)						

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Estimate	95% CI	p-value	Estimate	95% CI	p-value
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.434	0.139- 0.728	0.004			
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ อนุปริญญา/ปวส./ปวท.	0.125	-0.020- 0.270	0.090			
ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/ เกษตรกรกรรม)						
ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่น ๆ	0.095	-0.079- 0.270	0.283	0.170	0.062- 0.278	0.002
พนักงาน/ลูกจ้าง หน่วยงานเอกชน/มูลนิธิ	0.660	0.372- 0.948	<0.001	0.202	0.015- 0.388	0.034
ว่างงาน/นักเรียน	0.366	0.202- 0.531	<0.001	0.299	0.197- 0.400	<0.001

Statistical Analysis: Generalized Linear Model(γ), $n=701$

*Bayesian information criterion (BIC) = 8594.5



รูปที่ 3 สัดส่วนผู้รับบริการที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจำแนกตามระดับความรู้และพื้นที่ศึกษา

ตารางที่ 16 ความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ

สถานการณ์/ประเด็น	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
คะแนนรวม	34.0(21.56)	36.4(23.30)	27.4(19.13)	37.1(19.69)	27.7(21.90)	32.6(19.72)	35.6(19.51)	42.3(22.82)
สัดส่วนคะแนนความรอบรู้								
คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50	536(76.5)	84(75.7)	170(87.2)	58(72.5)	50(83.3)	33(73.3)	61(76.3)	80(61.5)
คะแนนรวม 51-80	152(21.7)	25(22.5)	23(11.8)	21(26.3)	10(16.7)	12(26.7)	18(22.5)	43(33.1)
คะแนนรวมมากกว่า 80	13(1.9)	2(1.8)	2(1.0)	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.3)	7(5.4)
สัดส่วนผู้ที่ตอบว่ามั่นใจกับสถานการณ์และไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (>1)								
ใช้อินเทอร์เน็ตค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงได้ ไม่ว่าจะข้อมูลนั้นจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ	477(68.0)	74(66.7)	116(59.5)	64(80.0)	31(51.7)	31(68.9)	61(76.3)	100(76.9)
ติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศได้	477(68.0)	74(66.7)	116(59.5)	64(80.0)	31(51.7)	31(68.9)	61(76.3)	100(76.9)
สื่อสารด้วยภาพผ่านอินเทอร์เน็ต (video conference) เช่น Zoom, WebEx, Microsoft Team กับบุคลากรด้านสุขภาพได้	457(65.2)	71(64.0)	107(54.9)	63(78.8)	29(48.3)	29(64.4)	62(77.5)	96(73.8)
บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์	468(66.8)	73(65.8)	115(59.0)	64(80.0)	30(50.0)	29(64.4)	61(76.3)	96(73.8)

สถานการณ์/ประเด็น	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น การ ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทานยา เป็นต้น								
ใช้อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชัน ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิรักษา การ ตรวจคัดกรองโรค หรือการรับวัคซีน ใดโดยไม่มีค่าใช้จ่ายได้บ้าง	475(67.8)	74(66.7)	115(59.0)	64(80.0)	31(51.7)	30(66.7)	61(76.3)	100(76.9)
พิสูจน์และยืนยันตัวตนบน อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชันที่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้	476(67.9)	74(66.7)	116(59.5)	63(78.8)	31(51.7)	31(68.9)	61(76.3)	100(76.9)
ทราบและเข้าใจสิทธิในการเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้เมื่อเข้า อินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชัน	476(67.9)	74(66.7)	116(59.5)	63(78.8)	31(51.7)	31(68.9)	61(76.3)	100(76.9)
มีทักษะที่จำเป็นในการประเมิน แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ว่า แหล่งข้อมูลออนไลน์ใดมีความ น่าเชื่อถือหรือแหล่งข้อมูลใดเป็น โฆษณาชวนเชื่อหรือข่าวปลอม	468(66.8)	73(65.8)	115(59.0)	63(78.8)	31(51.7)	30(66.7)	61(76.3)	95(73.1)
ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการ ประเมินแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่	467(66.6)	72(64.9)	115(59.0)	63(78.8)	31(51.7)	30(66.7)	61(76.3)	95(73.1)

สถานการณ์/ประเด็น	ทั้งหมด	โซน 1	โซน 2	โซน 3	โซน 4	โซน 5	โซน 6	โซน 7
	(n=701), n(%)	(n=111), n(%)	(n=195), n(%)	(n=80), n(%)	(n=60), n(%)	(n=45), n(%)	(n=80), n(%)	(n=130), n(%)
น่าเชื่อถือได้และแนะนำว่าข่าวสารสุขภาพใดเป็นข่าวปลอม								
ให้คำแนะนำกับคนอื่น เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในการทำธุรกรรมหรือการจัดการสุขภาพได้	467(66.6)	72(64.9)	115(59.0)	63(78.8)	31(51.7)	30(66.7)	61(76.3)	95(73.1)

ตารางที่ 17 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับดูแลสุขภาพ

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Estimate	95% CI	p-value	Estimate	95% CI	p-value
โชน (อ้างอิง=โชน 1)						
โชน 2	-0.283	-0.437--0.130	<0.001	-0.165	-0.255--0.076	<0.001
โชน 3	0.018	-0.172-0.207	0.853	-0.034	-0.145-0.077	0.546
โชน 4	-0.272	-0.479--0.065	0.010	-0.174	-0.294--0.054	0.005
โชน 5	-0.110	-0.339-0.118	0.343	-0.157	-0.289--0.025	0.020
โชน 6	-0.021	-0.211-0.168	0.826	-0.057	-0.168-0.054	0.316
โชน 7	0.150	-0.018-0.317	0.079	0.032	-0.066-0.129	0.527
ระดับการศึกษาสูงสุด (อ้างอิง=ไม่เคยเรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา)						
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./อนุปริญญา/ปวส./ปวท. ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.780	0.685-0.874	<0.001	0.273	0.201-0.345	<0.001
	0.910	0.718-1.102	<0.001	0.371	0.240-0.501	<0.001
การใช้โทรศัพท์มือถือ (อ้างอิง=ไม่ใช้โทรศัพท์)						
ใช้โทรศัพท์ฟิเจอร์โฟน	0.059	-0.156-0.274	0.590			
ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน	1.345	1.169-1.521	<0.001			
ใช้อินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวัน (อ้างอิง=ไม่ใช้)						
ใช้	1.358	1.279-1.438	<0.001	0.620	0.505-0.735	<0.001
ใช้บริการธุรกรรมการเงินออนไลน์ (อ้างอิง=ไม่ใช้)						
ใช้	1.181	1.108-1.254	<0.001	0.545	0.440-0.649	<0.001
ความเข้าใจต่อหน่วยบริการที่ผิด (อ้างอิง=ไม่ใช้)						
ใช้	-0.123	-0.237--0.009	0.035			

ปัจจัย	Univariate model			Adjusted model*		
	Estimate	95% CI	p-value	Estimate	95% CI	p-value
เพศ (อ้างอิง=ชาย)						
หญิง	0.021	-0.084-0.127	0.691	0.082	0.021-0.143	0.008
อายุ (ปี)	-0.033	-0.035--0.030	<0.001			
ระยะทาง (กิโลเมตร) (อ้างอิง= ≥5 กิโลเมตร)						
<5 กิโลเมตร	-0.046	-0.163-0.071	0.440			
ใช้เวลาเพื่อรับบริการสุขภาพ (นาที) (อ้างอิง= >90 นาที)						
≤90 นาที	0.255	0.132-0.379	<0.001	0.112	0.041-0.184	0.002
สวัสดิการรักษายาบาล (อ้างอิง=จ่ายเงินเอง/ไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาล)						
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	-0.546	-0.779--0.313	<0.001			
ศาสนา (อ้างอิง=พุทธ)						
อื่นๆ	0.407	0.062-0.752	0.021			
สถานภาพสมรส (อ้างอิง=หม้าย/แยกกันอยู่/หย่า)						
โสด	0.868	0.702-1.035	<0.001	0.247	0.139-0.355	<0.001
สมรส/แต่งงาน/มีคู่	0.634	0.495-0.772	<0.001	0.114	0.025-0.202	0.012
ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน (อ้างอิง=ว่างงาน/นักเรียน)						
รับจ้างทั่วไป/ผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกรกรรม	0.512	0.396-0.628	<0.001			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/องค์กรอิสระ/หน่วยงานเอกชน/ มูลนิธิ	0.865	0.666-1.065	<0.001			
ธุรกิจส่วนตัว/ผู้ประกอบการ/อื่น ๆ	0.450	0.334-0.567	<0.001			
รายได้เฉลี่ยทั้งครัวเรือน	<0.001	0.000-0.000	<0.001	<0.001	0.000-0.000	<0.001

Statistical Analysis: Generalized linear model(gamma), n=701

*Bayesian information criterion (BIC) = 5371.2

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่สำคัญ

วิเคราะห์สถานการณ์ของระบบข้อมูลในหน่วยบริการนวัตกรรม

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบข้อมูลที่ใช้ในหน่วยบริการนวัตกรรมพบว่าปัญหาหลักอยู่ 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) การออกแบบระบบไม่ยึดผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง ระบบข้อมูลที่หลากหลายแยกส่วนกันตามหน่วยงาน ภายใน สปสช. ที่ดูแลโครงการหรือระบบงานนั้น ๆ ส่งผลให้หน่วยบริการต้องใช้งานหลายระบบ ตั้งแต่ 5-8 ระบบ ไม่รวมระบบข้อมูลให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ใช้อยู่เดิมในหน่วยบริการ แม้ระบบต่าง ๆ จะไม่ซ้ำซ้อนกันแต่เป็นภาระต่อการจัดการ
- 2) ผู้ใช้งานขาดระบบข้อมูลทางเลือกที่ตอบสนองความต้องการ เนื่องจาก สปสช. กำหนดระบบข้อมูลที่ต้องใช้สำหรับส่งข้อมูลเบิกจ่ายในแต่ละบริการ เพียง 1 ระบบ เช่น บริการที่เบิกจ่ายได้ใน AMED จะไม่สามารถเบิกจ่ายได้ใน Krungthai digital health อาจส่งผลให้ผู้พัฒนาระบบขาดแรงจูงใจต่อการพัฒนาระบบให้เสถียร แก้ไขปัญหาหน้างานอย่างทันเวลา หรือพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งาน
- 3) การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการยังไม่ถูกให้ความสำคัญ แม้ว่าในพื้นที่กรุงเทพมหานครจะให้เชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบ health link มาตั้งแต่เริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ ในกรุงเทพมหานคร ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่รู้ถึงระบบเชื่อมโยงข้อมูล health link ผู้ให้บริการที่รู้จักโปรแกรมดังกล่าวส่วนใหญ่ก็ไม่ใช้งาน รวมถึงผู้ให้บริการไม่เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ

บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา

อภิปรายการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

อภิปรายผลการศึกษาเชิงคุณภาพของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ

นโยบายฯ มีวัตถุประสงค์หลักคือช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งในมุมมองของทั้งผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่นำร่อง ยกเว้น กทม. พบว่าหลังจากดำเนินนโยบายฯ มาระยะหนึ่ง ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้องใช้ใบส่งตัวเมื่อต้องการรักษาที่โรงพยาบาลศัลยกรรมสูง เพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการเนื่องจากไม่ต้องเดินทางไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขอใบส่งตัว

ในส่วนของ การรักษาปฐมภูมิ หน่วยนวัตกรรมช่วยให้เพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้มากขึ้น เห็นได้จากจำนวนผู้เข้ารับบริการและรายได้ของหน่วยนวัตกรรมที่เพิ่มขึ้น ผู้รับบริการเลือกเข้ารับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้านได้ ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการเดินทาง และสามารถเข้ารับบริการนอกเวลาราชการหรือในเวลาที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามผู้บริหารโรงพยาบาลตติยภูมิใน กทม. ให้ความเห็นว่าหน่วยนวัตกรรมไม่สามารถแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษบา สงวนประสิทธิ์ (15) ศึกษากระบวนการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ยังคงมีปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มั่นใจในคุณภาพ มาตรฐาน และศักยภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

นอกจากนี้เงื่อนไขการให้บริการของคลินิกกายภาพและคลินิกเทคนิคการแพทย์ ส่งผลให้หน่วยนวัตกรรมไม่สามารถรับผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดหมายล่วงหน้าหรือเคสใหม่ (walk-in case) ได้ ดังนั้นในบางจังหวัดในพื้นที่นำร่องจึงมีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐและหน่วยนวัตกรรม และยังพบการพัฒนากระบวนการให้บริการแบบเครือข่ายของหน่วยนวัตกรรมประเภทคลินิกการพยาบาลโดยการแบ่งคลัสเตอร์ (พื้นที่ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ) และพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยนวัตกรรม หรือระหว่างหน่วยนวัตกรรมกับ รพ.สต./รพช. โดยส่วนมากมาจากความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่รู้จักกันอยู่แล้ว และ/หรือการสร้างช่องทางสื่อสารโดยหน่วยงานส่วนกลางระดับจังหวัด ทำให้เกิดการรวมกลุ่มและการช่วยเหลือกันของผู้ให้บริการ แต่ด้วยในพื้นที่ กทม. มีหน่วยบริการหลากหลายสังกัด และมีเงื่อนไขการส่งต่อผู้ป่วยที่แตกต่างจากพื้นที่นำร่อง รวมถึงหน่วยบริการภาครัฐขาดความมั่นใจในมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการเอกชน จึงทำให้ยังไม่พบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการข้ามสังกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anna Maresso (16) ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการดูแลสุขภาพ: บทเรียนการบริหารจัดการจากการระบาดของ COVID-19 ผลการศึกษาพบว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนถือเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินนโยบายสุขภาพ หากหน่วยบริการภาครัฐขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการหน่วยบริการเอกชน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการข้ามสังกัด

บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ใน พ.ศ. 2567-2568 อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล และหน่วยบริการนวัตกรรมที่เข้าร่วมการดำเนินนโยบายในจังหวัดน่าน้อง องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น และสภาวิชาชีพต่าง ๆ จากการศึกษาคณะผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะตามประเด็น ดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะสั้น

- 1) สปสช. ควรร่วมกับผู้พัฒนาระบบข้อมูล ศึกษาความต้องการและปัญหาการใช้งานระบบเพื่อแก้ไขปัญหาที่หน่วยบริการพบ ไม่ว่าจะเป็นระบบส่งข้อมูลของคลินิกเทคนิคการแพทย์ การปรับระบบงานภายใน Amed ให้ตอบสนองต่อการใช้งานจริงของคลินิกเวชกรรม หรือการปรับรูปแบบการคีย์ข้อมูลยาให้สอดคล้องกับความต้องการของร้านขายยาและคลินิกเวชกรรม
- 2) สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ ที่เป็นผู้พัฒนาระบบ health link ควรเพิ่มการรับรู้ของหน่วยบริการนวัตกรรมต่อระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ รวมถึงศึกษาความต้องการใช้งานของหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ เนื่องจากหน่วยบริการแต่ละประเภทมีความจำเป็นและต้องการที่จะใช้ข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วยแตกต่างกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบายระยะยาว

- 1) สปสช. ควรออกแบบระบบข้อมูลที่ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยการขยายระบบงานของโปรแกรมที่ใช้อยู่ให้ครอบคลุมบริการที่มีในหน่วยบริการประเภทนั้น ๆ เพื่อให้ลดจำนวนโปรแกรมที่แต่ละหน่วยบริการต้องใช้ เช่น ยุติการใช้งานระบบ e-claim ที่ใช้เบิกค่าบริการเยี่ยมบ้านและบริการทางพยาบาล และขยายระบบงานดังกล่าวไปในโปรแกรม Amed หรือ Krungthai digital health
- 2) สปสช. ควรเพิ่มตัวเลือกระบบข้อมูลที่สามารถใช้ได้ครบวงจรในหน่วยบริการนวัตกรรมทุกประเภท
 - a. สนับสนุนให้ผู้พัฒนาระบบข้อมูล Amed และ Krungthai digital health ขยายระบบงานของตน โดยให้ขยายระบบงาน P&P ไปในโปรแกรม Amed และขยายระบบงานตรวจรักษาโรคทั่วไปในโปรแกรม Krungthai digital health เพื่อให้หน่วยบริการมีตัวเลือกโปรแกรมที่จะใช้งานได้
 - b. กำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานที่หน่วยบริการต้องส่งเพื่อเบิกจ่ายให้หน่วยบริการที่มีระบบข้อมูลของตนเองส่งข้อมูลผ่านระบบที่ตนเองใช้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ระบบข้อมูลที่ สปสช. กำหนดเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบเบิกจ่าย

- 1) สปสช. ควรทบทวนอัตราค่าจ่ายให้เหมาะสมกับต้นทุนบริการที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรค รวมถึงทบทวนเงื่อนไขการให้บริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ควร

พิจารณาอัตราจ่ายในบริการและกลุ่มโรคเดียวกันให้เหมาะสมและเป็นธรรมระหว่างหน่วยบริการในแต่ละประเภท

- 2) สปสช. ควรร่วมกับสภาวิชาชีพ ทบทวนรายการบริการให้ครอบคลุมความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และให้สอดคล้องกับศักยภาพของผู้ให้บริการ รวมถึงร่วมกันกำหนดแนวทางการให้บริการที่เป็นมาตรฐานและมีรายละเอียดชัดเจนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่
- 3) สปสช. ควรพัฒนารูปแบบและอัตราการจ่ายชดเชยที่เหมาะสมสำหรับคลินิกนวัตกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ การจ่ายที่วัดผลลัพธ์ (outcome) การให้บริการเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้สำหรับบริการเหล่านี้ได้
- 4) สปสช. ควรสื่อสารนโยบายด้านการจ่ายชดเชยตั้งแต่เงื่อนไขการให้บริการ อัตราจ่าย วิธีการเบิกจ่ายระบบส่งข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบการเบิกจ่าย กับหน่วยบริการเอกชนทุกประเภทให้ชัดเจนและควรแจ้งหน่วยบริการล่วงหน้าหากจะเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติใด

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. SmartHealth ID ระบบเชื่อมโยงและให้บริการข้อมูลสุขภาพ 2566 [Available from: <https://smarthealth.moph.go.th/th/about>].
2. วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย. Bangkok Health Zoning พลิกโฉมระบบสุขภาพ กทม. (อินเทอร์เน็ต) 2566 [cited 2568 5 มกราคม]. Available from: <https://theactive.thaipbs.or.th/read/bangkok-health-zoning>.
3. Factsheet: พามารู้จัก 8 เรื่องน่ารู้ “30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2567 [cited 2568 2 มกราคม]. Available from: <https://www.hitap.net/documents/191725>
4. ผ่านโค้งแรก 30 บาทรักษาทุกที่ ลดแออัดในโรงพยาบาลได้ ประชาชนรับบริการร้านยา-คลินิกเอกชนมากขึ้น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อินเทอร์เน็ต); 2567 [cited 2568 5 มกราคม]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/4511#:~:text>.
5. Health Link แพลตฟอร์มเชื่อมข้อมูลสุขภาพ สู่ "Big Data" ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพธุรกิจ. 2565 17 มีนาคม 2565.
6. สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. Health Link: แพลตฟอร์มเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของคนไทย 2565 [Available from: <https://www.depa.or.th/th/article-view/health-link>].
7. Patton Michael Q. Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. New York: Guilford Press; 2011.
8. 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):45.
9. อธิเจต มงคลโสฬศ, กานต์ชนก ศิริสอน, แพรวา กุศลธนาม. Policy Brief: ฉบับที่ 107: ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) มองเป้าหมายระยะยาวสู่สิ่งที่ต้องทำในตอนนี้ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; [Available from: <https://www.hitap.net/documents/182186>].
10. รุ่งนภา คำผาง, ตันติเวสส ศ, พัทธรา ลีฬหรวงศ์, อารยา ญาณพิบูลย์, กุณที พลรักดี, อรรถวิทย์ ยางธิสาร, et al. การประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
11. กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ. สถิติกรุงเทพมหานคร 2565: กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ; 2565 [Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/pipd/page/sub/26222/สถิติกรุงเทพมหานคร-2565>].
12. โปรแกรมเบิกจ่ายหน่วยนวัตกรรม 7 แห่ง: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อินเทอร์เน็ต); 2567 [cited 2568 2 มกราคม]. Available from: <https://www.nhso.go.th/page/Innovation-unit>.
13. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายบริการสาธารณสุขภายใต้งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, (2567).

14. ขอเชิญชวนคลินิกทันตกรรมเอกชนสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (อินเทอร์เน็ต); 2567 [cited 2568 2 มกราคม]. Available from: <https://bkk.nhso.go.th/main/shownews.php?newsid=4492>
15. บุชบา สวงนประสิทธิ์, นันทิยา ปรีชาเสถียร, เกตุนรินทร์ บุญคล้าย, อารีย์ แสงรัศมี. ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองเพื่อการเข้าถึงบริการ: การทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมเชิงบรรยายอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(3):166-74.
16. Maresso A, Waitzberg R, Tille F, Litvinova Y, Pastorino G, Nathan N, et al. Engaging the private sector in delivering health care and goods: Governance lessons from the COVID-19 pandemic [Internet]. 2023.