

“....การยกระดับคุณภาพของการดูแลสุขภาพ
เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน
และความพึงพอใจในการใช้บริการจำเป็น
จะต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ
มีจุดเน้นที่ชัดเจน และมีความต่อเนื่องในระยะยาว
ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ
เป็น เรื่องที่มีความซับซ้อนมากกว่าการจับผิดว่า
ปัญหาเกิดขึ้นจากใครคนใดคนหนึ่ง....กว่าเกิด
จากหลากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกัน.....”

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เสด็จฯ พวงมาลัย



00003693



จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000

โทรศัพท์ : 0-2951-1286-93 โทรสาร : 0-2951-1295

e-mail address : hsri@hsri.or.th

homepage : www.hsri.or.th

คุณภาพดี คนมีหรือคนงานก็ต้องได้

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

เรารู้อะไร...

จะไปทางไหน...



จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ จเด็จ ธรรมรัชชอารี

สารบัญ

คุณภาพดี คนมีหรือคนจนก็ต้องได้	3
การดำเนินการที่ผ่านมา ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพ	4
ผลกระทบ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อคุณภาพ	10
ปัจจัยเสี่ยง ภายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือคุณภาพ	18
สำหรับอนาคต อภิปรายและข้อเสนอแนะ	25
เอกสารอ้างอิง	30

W 160 จ537ค 2547



คุณภาพดี คนมีหรือคนจนก็ต้องได้
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

4 134

คุณภาพในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

คุณภาพดี

คนมีหรือคนจนก็ต้องได้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์¹ และ จเด็จ ธรรมธัชอารี²

การดูแลสุขภาพของประชาชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ภายใต้รัฐธรรมนูญของประเทศไทย การจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งที่ท้าทายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุณภาพของบริการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จขององค์ประกอบของระบบการจัดการในด้านต่างๆ ทั้งด้านทรัพยากร การบริการ การส่งต่อและอื่นๆ ที่สะท้อนออกมาเป็นผลลัพธ์ ที่สำคัญคือ การยกระดับสุขภาพของคนไทย ตลอดจนความพึงพอใจ ของประชาชนผู้ใช้บริการ

บทความนี้นำเสนอภาพรวมของการดำเนินการด้านคุณภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ 3 - 4 ปี ที่ผ่านมาซึ่งได้ข้อมูลจากการทบทวน เอกสารวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง การศึกษาสถิติข้อมูลระดับประเทศและการสังเกตและเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้เขียนเอง รวมถึงได้นำเสนอแนวคิดในการวางระบบจัดการคุณภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการที่เห็นว่ามีมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาในระยะต่อไป

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การดำเนินการที่ผ่านมา ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพ

การยกระดับคุณภาพของบริการการดูแลสุขภาพของ คนไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องด้วยระบบและกลไกต่างๆ ตั้งแต่ก่อนจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล เช่น การจดทะเบียนและรับใบอนุญาตของผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาล การนำแนวคิด Total Quality Management มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของรัฐ การกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลคู่สัญญาในระบบประกันสังคม เป็นต้น (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2544) เมื่อรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นด้านคุณภาพ ยังคงได้รับความสำคัญแม้ว่าจะได้รับความสนใจไม่มากเท่าด้านการเงิน และงบประมาณ และมีการดำเนินการอยู่ในหลายด้าน ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ก่อนการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (พรบ. หลักประกันสุขภาพฯ) และภายหลังการตรา พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ

ระยะก่อน พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ในช่วง ปี พ.ศ.2544 - 2545 เป็นระยะเริ่มดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในขณะนั้น เรียกกันติดปากว่า **"โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค"** ความรับผิดชอบทางด้านการบริหารจัดการโครงการเป็นของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

กับคุณภาพ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการพัฒนาและกำหนดมาตรฐาน ตลอดจนแนวทางในการจัดบริการของหน่วยบริการเป็นสำคัญ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ระยะ (แนวทาง) การพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ลักษณะบริการ การจัดเครือข่าย และมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ / ศูนย์สุขภาพชุมชน และแนวทางการจัดหน่วยบริการสำหรับโรงพยาบาลคู่สัญญาภาครัฐ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544 และ 2545) โดยมาตรฐาน และแนวทางเหล่านั้นได้รับการปรับปรุงมาเป็นระยะ

การดำเนินการนำมาตรฐานและแนวทางดังกล่าวสู่การปฏิบัติส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือที่เรียกกันต่อมาว่า **ศูนย์สุขภาพชุมชน** มีการกระจายบุคลากรและทรัพยากรเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมักได้รับทรัพยากรน้อยลง ต้องมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่าย ผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ มีความตื่นตัวกับคุณภาพมากขึ้น เนื่องจากความคาดหวังของผู้รับบริการที่สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวขาดการวางแผนและติดตามประเมินศักยภาพในการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างเป็นระบบจากส่วนกลาง ความเข้าใจเกี่ยวแนวคิดด้านคุณภาพการดำเนินการเพื่อประกันคุณภาพและการประเมินระดับการปฏิบัติขึ้นอยู่กับสาธารณสุขจังหวัดที่แตกต่างกันไป (กฤษณ์ พงศ์พิรุณ, 2546) นอกจากนี้ความสับสนและไม่แน่นอนของการจัดการเชิงระบบและการเงินในช่วงเวลาดังกล่าวทำให้เกิดการชะงักงันของโรงพยาบาล ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และประดิษฐ์ วงษ์คณา รัตนกุล, 2547)

การดำเนินการด้านคุณภาพเริ่มมีแนวทางที่ชัดเจนมากขึ้น เมื่อมีการตรา พรบ.หลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งการบรรจุประเด็นด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข (นิยามตามที่ระบุไว้ใน พรบ.ดังกล่าว) โดยในมาตรา 48 กำหนดให้มี "คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข" ขึ้น และมาตรา 50 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการดังกล่าว ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพที่สำคัญ คือ

- (1) การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
- (2) การกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
- (3) การกำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย
- (4) การเสนอแนะอัตราราคากลางของโรค
- (5) การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการ
- (6) การรายงานผลการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามผล
- (7) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย ตลอดจนสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการเข้ารับบริการสาธารณสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546)

เจตนารมณ์ตามกฎหมาย ชี้ให้เห็นถึงแนวคิดที่มีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการจัดการด้านคุณภาพของบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันได้แก่ การกำหนดมาตรฐานการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน ติดตาม และกำกับควบคุมคุณภาพ การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการพัฒนา และการสร้างความมีส่วนร่วมด้านคุณภาพตลอดจนการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อประกอบ การตัดสินใจ ของประชาชน กระนั้นรูปธรรมของการปฏิบัติยังไม่ปรากฏอย่างเป็นเด่นชัด และเป็นสิ่งที่ต้องติดตามต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้มีการจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายดังกล่าว มีการดำเนินการเพื่อติดตามประเมินคุณภาพของบริการ โดยการประเมินความพึงพอใจของประชาชน โดยเอเบคโพลล์ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีการตรวจคุณภาพการรักษาพยาบาล (Medical audit) มีการตรวจด้านคุณภาพ การดูแลรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ตรวจเยี่ยมด้านคุณภาพหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็ง นอกจากนี้ สปสช.ได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการอื่นๆ อีกหลายประการ เช่น

- การจัดทำมาตรฐานหน่วยบริการ 4 ระดับ คือ มาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการตติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิระดับ เฉพาะด้าน 3 ด้าน คือ ด้านโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ
- สนับสนุนงบประมาณให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข ดำเนินโครงการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดทำแนวทาง หลักเกณฑ์การพัฒนา และการตรวจประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน และการเผยแพร่ ให้ทุกพื้นที่ใช้ปฏิบัติ (ยกเว้น กทม.)

- ร่วมกันกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการจัดทำแผนแม่บท การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจและศูนย์ อุบัติเหตุ)
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline : HSPG) ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- การจัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจัดเครือข่าย การส่งต่อในรูปแบบของ Cluster
- ร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อการพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นองค์กรภายนอก
- สนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล แก่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- แต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับจังหวัด ให้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วย บริการในจังหวัดรับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการ และทำหน้าที่ส่งเสริม ความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน
- พัฒนาเครื่องมือในการควบคุมกำกับ คุณภาพบริการและจัดทำแผน แม่บทในเรื่องดังกล่าว (Quality audit master plan)

ในส่วนของ **ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ** ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก 2 ระบบ จะพบว่ามี การดำเนินการเพื่อประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพของประชาชน ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบ ดังกล่าวอยู่บ้าง แต่พัฒนาการในระยะ 3 - 4 ปี ที่ผ่านมาไม่พบ กิจกรรมด้านการประกันคุณภาพเพิ่มเติมมากนัก สำหรับ **ระบบประกันสังคม** พบว่า ยังคงมีการติดตามประเมินคุณภาพของสถานพยาบาลคู่สัญญา โดยการเยี่ยมสำรวจ มาตรฐานโรงพยาบาลประจำปี และความพยายามผลักดันเรื่องเครื่องชี้วัดคุณภาพ

มีการปรับกลไกการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว ให้มีการปรับจำนวนเงินตาม ความเสี่ยง กรณีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังและกรณีผู้ป่วยใน มีนโยบายให้แรงจูงใจแก่ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในระบบ Hospital accreditation โดยเพิ่ม Quota ของผู้ประกันตนที่สามารถลงทะเบียนกับโรงพยาบาล ในขณะที่ ยุติการให้ข้อมูลผู้ประกันตน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งสถิติเรื่องร้องเรียน ของโรงพยาบาลผ่าน Website ของสำนักงานประกันสังคม

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีการดำเนินการร่วมกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบข้อมูล การเบิกจ่ายมีการติดตาม ตรวจสอบเวชระเบียนและการรักษายาบาล (Medical audit) โดยเฉพาะ เพื่อการ พัฒนาโปรแกรมการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการสนับสนุน การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพร้านยาเพื่อรองรับการขยายโอกาสการให้บริการ สำหรับ ข้าราชการและครอบครัวในอนาคต

ผลกระทบ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อคุณภาพ

การประเมินผลกระทบของนโยบายและการดำเนินการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อคุณภาพเป็นเรื่องที่ท้าทาย และมีความซับซ้อน ทั้งนี้สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความจำกัดของ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพที่ขาดการออกแบบการติดตามประเมินผลไว้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนความซับซ้อนของนิยามและทฤษฎีในการประเมินคุณภาพของบริการสาธารณสุขเองด้วย อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อมูลเท่าที่มีทำให้เราพอจะวิเคราะห์ผลกระทบต่อคุณภาพในเบื้องต้นได้ใน 3 ประเด็น คือ ความพึงพอใจ ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ และคุณภาพของหน่วยบริการ

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ในช่วงที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งที่สะท้อนถึงความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยและประชาชนที่มีต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547) แต่ยังคงสรุปในภาพรวมได้ยากว่าระดับความพึงพอใจดังกล่าว มากกว่าระดับที่ประชาชนมีต่อบริการสาธารณสุข

ของประเทศมาแต่เดิม เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่เทียบเคียงกันได้ในระยะก่อนและหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างกว้างขวาง ที่จัดทำโดย สปสช.ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์มหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ (2547) ในกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด ทั่วประเทศ จำนวน 6,087 คน ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2546 พบว่า **กลุ่มตัวอย่างให้คะแนน การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม เฉลี่ย 8.01 เต็ม 10** โดยประชาชน มีความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาพยาบาลร้อยละ 79.3 ความสะดวกในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาลร้อยละ 71.3 แพทย์ร้อยละ 69.7 พยาบาลร้อยละ 62.7 ยาร้อยละ 55.0 และผลการรักษาร้อยละ 63.8 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 85 เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการกำหนดให้มีสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งทำหน้าที่ติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มีการดำเนินการหลังจากนั้น โดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สังคิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ, 2547) **พบว่าความพึงพอใจของประชาชนส่วนหนึ่งที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน อาจไม่มากไปกว่าความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ประชาชนได้รับอยู่เดิม** เช่น บัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะในด้านความเชื่อมั่นในคุณภาพของยารักษาดีกว่าและการรอคอยที่นานขึ้น ซึ่งแยกประเด็นสำคัญตามความคิดเห็นของประชาชนในภาคต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพในการรักษาพยาบาล ตาม ประเด็นต่างๆ ที่แสดงความเห็นแยกเป็นรายการ

ประเด็นที่มีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาค กล่าวถึงความพึงพอใจ	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคกลาง	ภาคต่อ./น.
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	♥			
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลจากการใช้สิทธิเดิม (บัตรประกันสุขภาพ) มากกว่าการใช้สิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	♥			♥
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลตามระบบเดิมมากกว่าของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค			♥	
พึงพอใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่แตกต่างจากก่อนเริ่มดำเนินโครงการ	♥	♥		

ที่มา: สังคีต พิริยะรังสรรค์และคณะ (2547)

2. ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

การประเมินผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเชิง คุณภาพต่อสุขภาพของประชาชนในระยะสั้น เป็นเรื่องที่ประเมินได้ยาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการให้บริการทางสุขภาพรวมถึงการรักษาพยาบาลจะผ่านกลไก และระบบต่างๆ หลายขั้นตอน

และผลลัพธ์ต่อสุขภาพบางประการ ในโรคหลายโรคโดยเฉพาะในโรคเรื้อรังมักต้องใช้เวลาระยะหนึ่งกว่าจะเห็นผล นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัยแทรกแซงอีกจำนวนหนึ่ง

ฉะนั้น หากจะยังพยายามประเมินคุณภาพในเชิงผลลัพธ์ ในภาพรวม เราอาจพอจะมองจากแนวโน้มของเครื่องชี้วัดสถิติชีพของประเทศบางตัวที่มีความไวต่อการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ และสะท้อนการดูแลในระยะเฉียบพลันได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะพบว่าในระยะ 1 ปีแรกของการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครื่องชี้วัดของภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หลายตัวแสดงทิศทางไปในทางที่ไม่ดีนักเมื่อเทียบข้อมูลในปี 2545 - 2546 กับแนวโน้มในช่วงปี 2542 - 2544 เช่น อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ อัตราตายของประชากรจากอาการท้องร่วง วัณโรคทางเดินหายใจ ปอดบวม เป็นต้น เช่นเดียวกับเครื่องชี้วัดของภาวะที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงระยะยาว เช่น เนื้องอกร้ายที่ปากมดลูกที่ตับและท่อน้ำดีภายในตับ เป็นต้น ในขณะที่เครื่องชี้วัดบางตัวยังอยู่ในระดับใกล้เคียงหรือดีขึ้นเล็กน้อย เช่น ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2 อนึ่งผลกระทบ ในช่วงเวลาหลังจากนั้น และผลกระทบระยะยาว คงต้องรอข้อมูลอย่างเป็นทางการเพื่อมาประมวลภาพรวมอีกครั้งหนึ่ง

ตารางที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพภาพรวมจากสถิติชีพของประเทศ

	2542	2543	2544	2545	2546
อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (Maternal Mortality Rate)	12.3	13.2	12.9	14.7	13.7
อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (Infant Mortality Rate)	6.6	6.2	6.5	6.5	7.2
ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight)	13.5	13.2	13.1	12.5	12.1
อัตราการตาย ต่อ 100,000 ประชากร ในโรคต่อไปนี้ :					
- อากาศท้องร่วง ภาวะและลำไส้อักเสบซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	1.5	1.7	1.9	2.0	1.8
- วัณโรคทางเดินหายใจ	7.6	9.6	9.5	10.0	10.1
- ปอดบวม	14.0	13.5	15.9	18.6	21.4
- ไข้เลือดออก	0.2	0.2	0.5	0.4	0.2
- อุบัติเหตุการขนส่ง	18.9	21.4	20.8	21.5	20.4
- เนื้องอกร้ายที่ปากมดลูก	2.2	2.8	3.5	4.0	5.2
- เนื้องอกร้ายที่ตับและท่อน้ำดีในตับ	12.8	14.7	16.7	17.9	20.2

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2546) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2548 - ข้อมูลอยู่ระหว่างการรอตีพิมพ์)

หมายเหตุ (1) ข้อมูลมารดาเสียชีวิต มีโอกาสต่ำกว่าความเป็นจริง (2) ข้อมูลทารกแรกเกิดเสียชีวิต มีโอกาสต่ำกว่าความเป็นจริง ตัวเลขที่อาจเป็นไปได้ในปี 2545 ตามการประมาณการของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ที่ระดับประมาณ 20.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

ข้อมูลอื่นๆ ด้านคุณภาพที่เกี่ยวกับผลลัพธ์ต่อสุขภาพของการให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับที่มีความจำเพาะเจาะจงยังมีไม่มากนัก การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากฐานข้อมูล การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของ สปสช. และระบบประกันสังคม พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากโรคบางโรคน่าจะมีความน่าเชื่อถือ มีจำนวนข้อมูลมากเพียงพอและน่าจะสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองปัญหาคุณภาพได้ โดยเฉพาะการประเมินในระดับจังหวัดขึ้นไป แต่ขณะนี้จากข้อมูลเครื่องชี้วัดอัตราตายของบางโรคที่ติดตามได้ ยังไม่พบแนวโน้มที่มีทิศทางเกี่ยวกับผลกระทบของคุณภาพชัดเจนดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย

อัตราตายในโรงพยาบาลรายโรค (%)	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2545	รวมเฉลี่ย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI)	25.77	24.36	24.64	24.87
ภาวะหัวใจวาย (CHF)	8.35	7.20	5.74	7.13
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (GI hemorrhage)	5.49	5.34	4.91	5.26
โรคปอดบวม (Pneumonia)	9.74	9.30	9.51	9.50
ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Stroke)	19.78	17.31	17.00	17.99

ที่มา: จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาทร่าย เรืองเดช (2546)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่น่ารื่องที่ น่าสนใจเพื่อค้นหาภาวะ ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาล โดยการสุ่มตรวจเวชระเบียนของผู้ป่วยในระบบประกันสังคม ที่เข้ารับการรักษาในปี 2544 จากทั่วประเทศจำนวน 386 ราย สรุปพบมีภาวะไม่พึง ประสงค์เกิดขึ้น ร้อย ละ 9.1 ของการเข้ารับอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ร้อยละ 71.4 น่าจะเป็นภาวะไม่พึงประสงค์ที่ น่าจะสามารถป้องกันได้ (บัตพงษ์ เกษสมบุญรณ์ และคณะ, 2546) กระนั้น การศึกษาดังกล่าวถือว่าเป็นข้อมูลเบื้องต้น ซึ่งยังต้องการ การศึกษาในเชิงลึกต่อไป

3. คุณภาพของหน่วยบริการ

ในช่วงเวลา 3 - 4 ปีที่ผ่านมาการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ให้สถานพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการต่างๆ ภายใต้อัตลักษณ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีการพัฒนาคุณภาพให้มีการติดตาม ระบบจัดการคุณภาพที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (พรพ.) พบว่ามีโรงพยาบาลที่ได้รับการ รับรองคุณภาพเป็น จำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่มีโรงพยาบาลซึ่งอยู่ระหว่างการ พัฒนาที่ผ่านการประเมินในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 **อันแสดงถึงการเป็นโรงพยาบาล ที่มีกิจกรรมทบทวนในการป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และมีกิจกรรมเพื่อประกัน คุณภาพที่เข้มแข็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก** โดยเฉพาะในปี 2547 ดังแสดงในตารางที่ 4 อย่างไรก็ตามสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ยังมีสัดส่วน ที่น้อยกว่า 1 ใน 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้นการพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาลยังคงต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองโดยสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

	2543	2544	2545	2546	2547 ⁽¹⁾
โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพใหม่	4	12	13	35	25
จำนวนสะสมของโรงพยาบาลที่ได้รับการ รับรองคุณภาพ	4	16	30	64	87
จำนวนสะสมของโรงพยาบาลที่เคยได้ รับการรับรองแต่ยังไม่ได้รับการรับรองต่อ	-	-	1	1	2
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาบันได ขั้นที่ 1	-	-	-	-	308
จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาบันได ขั้นที่ 2	-	-	-	-	10

ที่มา : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (<http://www.ha.or.th>)

หมายเหตุ (1) ข้อมูลถึงเดือนกันยายน 2547

การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และ คณะ, 2547) พบว่า นโยบายและการดำเนินการภายใต้อัตลักษณ์ สุขภาพถ้วนหน้าในระยะ 2 ปีแรก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการสุขภาพในเขต กรุงเทพมหานครอย่างมาก มีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ตลอดจนหน่วยงานต้นสังกัดอย่างไม่เคยมีมาก่อน มีการพัฒนาระบบบริการแบบ เครือข่ายและการส่งต่อขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งมีพัฒนาการต่อมาเป็นอย่างดีใน หลายพื้นที่ รวมทั้งการส่งผลให้มีการพัฒนาศักยภาพของ บริการเชิงรุกของ หน่วยบริการ โดยเฉพาะในศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลหลายแห่ง

ปัจจัยเสี่ยง ภายในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าต่อคุณภาพ

แม้ว่าการประเมินเบื้องต้นในระยะสั้นพบมีสัญญาณผลกระทบของการดำเนินการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบแต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูล จึงยังคงเป็นการยากที่จะสรุปอย่างชัดเจนว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นไปในเชิงลบหรือเชิงบวกมากกว่ากัน ทั้งในด้านความพึงพอใจของประชาชนหรือผลลัพธ์ต่อสุขภาพ กระนั้นยังมีปัจจัยเชิงระบบที่สำคัญจำนวนหนึ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงที่คุกคามต่อคุณภาพของการบริการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะต้องได้รับความสนใจในการนำมาพิจารณาโดยรอบคอบต่อไป

1. ผลกระทบของความจำกัดของทรัพยากร ต่อความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพ

ทรัพยากรทั้งทางด้านการเงินและบุคลากรล้วนมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสามารถของหน่วยบริการต่างๆ ในระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ เนื่องด้วยมีผลกระทบต่อความสามารถในการจัดหาและใช้ยาเวชภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น การสรรหาและธำรงรักษาบุคลากร ให้เพียงพอกับภาระงาน การพัฒนาบุคลากรและการปรับปรุงสถานที่สิ่งแวดล้อม

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้งระบบประกันสังคม และ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ใช้กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการแบบปลายปิด และไม่ให้มีการร่วมจ่าย ของผู้ใช้บริการหรือมีแต่น้อย ซึ่งการคำนวณต้นทุนงบประมาณ เพื่อดำเนินการและชดเชยต้นทุนของการรักษาพยาบาลที่ผ่านมามีเสียงสะท้อนมาถึงความไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ให้บริการ ประสบภาวะขาดทุนเป็นแรงกดดันให้มีการควบคุมและลดต้นทุนเกิน ระดับที่สมควรอันมีผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพในระยะสั้นได้ นอกจากนี้การควบคุมต้นทุนดังกล่าวอาจปิดกั้นการใช้ทรัพยากร เพื่อการพัฒนาองค์กรและบุคลากรในระยะยาวด้วย ทั้งนี้ตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาจากการตรวจด้านคุณภาพ การดูแลรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง และการตรวจเยี่ยมด้านคุณภาพ หน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งของ สปสข. เอง พบว่ายังคงความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนยังไม่สมบูรณ์ ตลอดจนพบว่าแผนการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะเคมีบำบัดหรือรังสีรักษามีความแตกต่างกัน

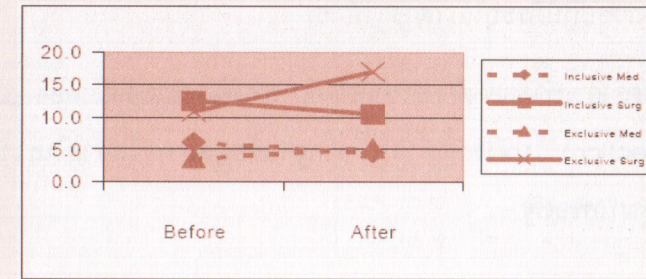
การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์เพื่อศึกษาผลกระทบทางด้านจริยธรรมของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ในช่วงปี 2546 พบว่ากลุ่มแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมากกว่า 5,465 คน ส่วนใหญ่ **มากกว่าร้อยละ 60 เห็นด้วยในหลักการ นโยบายของโครงการฯ แต่มีแนวโน้ม จะเห็นด้วยน้อยมากกับรูปแบบการดำเนินการที่ทำอยู่** (ร้อยละ 75.2) สำหรับผู้ที่ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการร้อยละ 59 ให้ข้อมูลว่าได้รับนโยบายจากผู้บริหารให้ลด ค่าใช้จ่ายยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งแพทย์จำนวนหนึ่งให้ความเห็นว่า ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาโรคที่อาจไม่เป็น ผลดีต่อผู้ป่วยได้ (คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบด้านจริยธรรมเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค, 2546)

2. อิทธิพลของกลไกการจ่ายเงินต่อพฤติกรรมบริการ

องค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการบริหารจัดการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีผลกระทบต่อคุณภาพได้มาก คือ กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมบริการของหน่วยบริการต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลไกการจ่ายเงินมีลักษณะเป็นเสมือนการเหมาบริการ เช่น การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หรือการใช้งบประมาณรวมที่จัดสรรโดยน้ำหนักคะแนน ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget allocated by relative weights based on Diagnosis-related groups) ดังที่ใช้อยู่ในปัจจุบันสัญญาณดังกล่าวอนุมานได้จากการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลโครงการ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะนำร่อง (ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโธทัย, 2545) ซึ่งพบว่า สถิติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ในพื้นที่ที่มี

กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน มีการเปลี่ยนแปลงจาก ช่วงก่อน และหลังการเริ่มต้นโครงการในทิศทางที่แตกต่างกัน ดังแสดงในภาพ ที่ 1 อย่างไรก็ตามถึงขณะนี้เรายังไม่ทราบว่าการศึกษาอย่างเป็นระบบที่เจาะจงเพียงพอ ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง ตลอดจน เหตุผลที่ส่งผลหรือผลักดันให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวโดยเฉพาะ

ภาพที่ 1 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคใน 21 จังหวัดนำร่อง



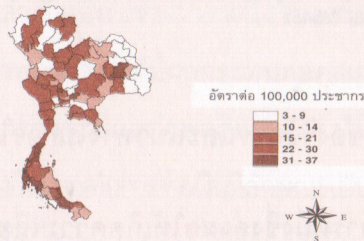
ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโธทัย (2545)

3. ความแตกต่างของวิธีการและแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพ

ปัจจัยอีกประการหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียดังกล่าวคือ **ความแตกต่างของวิธีการ และแนวทางในการให้การดูแลสุขภาพ**ที่ประชาชนได้รับ ทั้งการรักษาดูแลสุขภาพและการทำหัตถการระหว่างพื้นที่ต่างๆ ดังเช่นตัวอย่างของการคลอดบุตรโดยการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง (Cesarean section) ดังแสดงในภาพที่ 2 ความแตกต่างดังกล่าวสามารถ

เกิดได้ จากความแตกต่างของลักษณะและความรุนแรงของการเจ็บป่วย แต่บางส่วนสามารถเกิดจากการดูแลในหลายพื้นที่ที่ยังไม่ได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติด้วยสาเหตุต่างๆ กันทั้งเกินจำเป็นและน้อยกว่าที่จำเป็น ในขณะที่บางส่วนอาจเกิดจาก "ศิลปะ" ของการประกอบวิชาชีพ ซึ่งขณะนี่ยังไม่มีการศึกษาในวงกว้างในประเทศไทย ที่ระบุว่าความแตกต่างของการดูแลที่ได้รับเกิดจากปัจจัยใด ในสัดส่วนเท่าใด กระนั้นกรณีศึกษาที่ได้จากการวิจัยของผู้เขียนและคณะในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการดูแลได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติระบุไว้ (ตารางที่ 5)

ภาพที่ 2 อัตราการทำคลอดต่อประชากรโดยการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง (Cesarean section) ในจังหวัดต่างๆ จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพของรัฐ



ที่มา: จเด็จ ธรรมรัชชารีย์ และสาทร่าย เรืองเดช (2546)

ตารางที่ 5 การให้การดูแลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานในบางประเด็น ตามแนวทาง เวชปฏิบัติจากกรณีศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐแห่งหนึ่ง

คะแนนของความสำเร็จของกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในบางประเด็น(%)	ผู้ป่วยใหม่ เริ่มรักษาในปี 2543 และดูแลต่อเนื่องในปี 2544		ผู้ป่วยใหม่ เริ่มรักษาในปี 2544
	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2544
จำนวนผู้ป่วย	98 คน	87 คน (ต่อเนื่อง)	78 คน
การบันทึกการชั่งประวัติการเจ็บป่วย	13% (SD 21)	19% (SD 24)	18% (SD 23)
ข้อมูลแสดงการตรวจร่างกายระบบที่สำคัญ			
- การชั่งน้ำหนัก	97% (SD 17)	99% (SD 11)	90% (SD 26)
- ระบบประสาท	2% (SD 14)	2% (SD 15)	3% (SD 16)
- การตรวจตา	23% (SD 43)	20% (SD 40)	21% (SD 41)
- การตรวจเท้า	5% (SD 22)	6% (SD 23)	3% (SD 16)
ข้อมูลแสดงการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ			
- Fasting Blood Sugar	93% (SD 17)	95% (SD 15)	94% (SD 16)
- Renal function	41% (SD 49)	55% (SD 50)	62% (SD 49)
- Lipid profile	42% (SD 50)	31% (SD 47)	26% (SD 44)
- HbA1C	0% (SD -)	1% (SD 11)	0% (SD -)

4. ความถูกต้องของข้อมูล

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นสัญญาณของปัญหาเชิงคุณภาพคือความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งรวมถึงความถูกต้องและสมบูรณ์ของเวชระเบียน ความคาดเคลื่อนของข้อมูล จะมีผลกระทบต่อกรให้บริการแล้ว ยังส่งผลถึงการประมวลผลสถิติต่างๆ เครื่องชี้วัดทางคุณภาพตลอดจนการนำข้อมูลไปใช้ เพื่อวางแผนเชิงนโยบาย แผนพัฒนาระบบและอื่นๆ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความผิดพลาดของลกรหัสข้อมูลในฐานข้อมูลการเบิกจ่ายอาจสูงถึงร้อยละ 30 ดังแสดงในตารางที่ 6 ความคาดเคลื่อนในระดับนี้สะท้อนถึงความต้องการเชิงระบบในการแก้ไขความเสี่ยงดังกล่าวอย่างเร่งด่วน ซึ่งอาจรวมถึงระบบการทำงานอัตรากำลังคนและการพัฒนาความเชี่ยวชาญของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 6 ความถูกต้องของการลงทะเบียนข้อมูลในฐานข้อมูลการเบิกจ่าย

ผลการเปรียบเทียบ หลังตรวจสอบ	จำนวนไม่มี ข้อมูลรหัส	จำนวนมี ข้อมูลรหัส	ร้อยละความ ผิดพลาด
โรงพยาบาลศูนย์	82	176	31.78
โรงพยาบาลทั่วไป	82	257	24.19
โรงพยาบาลชุมชน	82	122	40.20
โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์	5	12	29.41
โรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรค	-	1	0.00
โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย	1	3	25.00
โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	-	3	0.00
โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพ	-	1	0.00
รวม	252	575	30.47

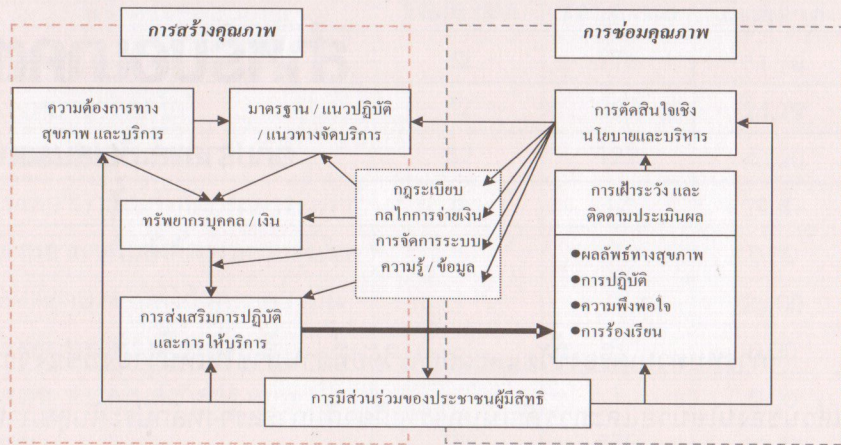
ที่มา: จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาทร่าย เรืองเดช (2546)

สำหรับอนาคต

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การทบทวนเครื่องชี้วัดและผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในส่วนของนโยบายและการดำเนินการที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพในด้านคุณภาพของการดูแลสุขภาพอยู่มาก การยกระดับคุณภาพของการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนและความพึงพอใจในการใช้บริการจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบมีจุดเน้นที่ชัดเจน และมีความต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมากกว่าการจับผิดว่าปัญหาเกิดขึ้นจากใครคนใดคนหนึ่ง ทว่าเกิดจากหลากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกัน โดยเฉพาะการบริหารจัดการ องค์ประกอบของระบบต่างๆ อย่างสมดุลและประสานเชื่อมโยง ซึ่งหากมองระบบในภาพรวมการจัดการด้านคุณภาพควรประกอบด้วยกิจกรรมทั้งเพื่อ "สร้างคุณภาพ" และ "ซ่อม คุณภาพ" แสดงได้ดังภาพที่ 3 โดยมีจุดเริ่มต้นจากความต้องการทางสุขภาพและบริการของประชาชน

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดจากการจัดการด้านคุณภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ดังนั้น จุดมุ่งหมายของการดำเนินการด้านคุณภาพ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรประกอบด้วย

1. การกำหนดความต้องการด้านทรัพยากรให้มีความเพียงพอ เพื่อให้การให้บริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการทางสุขภาพและบริการของประชาชนได้
2. การสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการให้บริการในด้านต่างๆ ตลอดจนการนำสู่การปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพของการดูแลสุขภาพ
3. การประเมินระดับของคุณภาพของการดูแลสุขภาพ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. การส่งเสริมให้หน่วยบริการมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและรอบด้าน
5. การเสริมพลังผู้บริโภคในเรื่องคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในการรับบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายและการบริหารได้อย่างชาญฉลาด

ในส่วนของการจัดการคุณภาพเชิงระบบ ต้องมีกิจกรรมที่สำคัญภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเบื้องต้นในระบบประกันสุขภาพทุกระบบอย่างเชื่อมโยงและทำงานร่วมกันอย่างมีทิศทางดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมการพัฒนา สนับสนุนและติดตามการใช้ "แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines)" หรือ "แนวทางบริการสุขภาพ (Health services practice guideline)" ที่เหมาะสม ครอบคลุมเรื่องที่จะตอบสนองความต้องการทางสุขภาพและบริการ ที่สำคัญของประชาชน ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความต้องการ และการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากรของระบบและผู้ให้บริการ ทั้งทรัพยากรบุคคลและการเงินอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจเรียกว่า "แนวทางปฏิบัติบนพื้นฐานทางทรัพยากร (Resource-based practice guideline)"

2. การติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสถานการณ์ที่แท้จริงเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นข้อมูลป้อนกลับพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาเพื่อการวางแผนเชิงระบบในการดูแลสุขภาพ โดยให้มีการวิจัยและพัฒนาระบบเครื่องมือและช่องทางในการประเมินคุณภาพ ตลอดจนคัดกรองปัญหาคุณภาพ ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Effectiveness) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Safety) การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Satisfaction) การให้การดูแลสุขภาพตามแนวทางที่เป็นที่ยอมรับ (Appropriateness) ความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (ทั้งโดยตรง และส่งต่อ) (Accessibility) และความสามารถหรือศักยภาพของผู้ให้บริการ (Competency)

การดำเนินการดังกล่าว อาจผ่านระบบการตรวจสอบคุณสมบัติและการพิจารณาให้ใบอนุญาตแก่ผู้ให้บริการ การเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินการปฏิบัติ

การทบทวนการให้บริการหรือคัดกรองปัญหา จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย การวิจัย และการสำรวจ ตลอดจนการจัดการเรื่องร้องเรียนอย่างเหมาะสม

3. ศึกษาวิจัย และผลักดันการปรับเปลี่ยนให้หน่วยบริการในระบบมีทรัพยากรและความสามารถเพียงพอต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนชี้แนะและสนับสนุนการพัฒนาาระบบส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในระดับต่างๆ ทั้งนี้หน่วยงานด้านประกันสุขภาพอาจดำเนินการเอง ดำเนินการร่วมกับฝ่ายอื่น หรือผลักดันให้ฝ่ายอื่นดำเนินการตามความเหมาะสม

4. ส่งเสริมและผลักดันให้หน่วยบริการในทุกระดับเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการมีระบบในการจัดการคุณภาพ ทั้งการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพของตนเอง ครอบคลุม การดูแลสุขภาพ การบริการ การบริหารองค์กรและวิชาชีพ

5. พัฒนาวางจรการประกันคุณภาพในภาพรวมของการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างเชื่อมโยง นำสู่การจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาระบบบริการอย่างมีทิศทาง ทั้งนี้ควรริเริ่มให้มีการวางระบบ "การซื้อบริการบนพื้นฐานของคุณภาพ" (Quality-based purchasing arrangement) ที่จะต้องมีการกำหนดและตรวจสอบมาตรฐาน ด้านคุณภาพของผู้ให้บริการในกรอบความตกลงเฉพาะเรื่องการจัดทำสัญญาการให้บริการดูแลเฉพาะเรื่องบนฐานของข้อตกลงผลการปฏิบัติงาน (Performance-based contract) การติดตามคุณภาพ ตลอดจนการให้สิ่งจูงใจเพื่อระบบการจัดการคุณภาพ

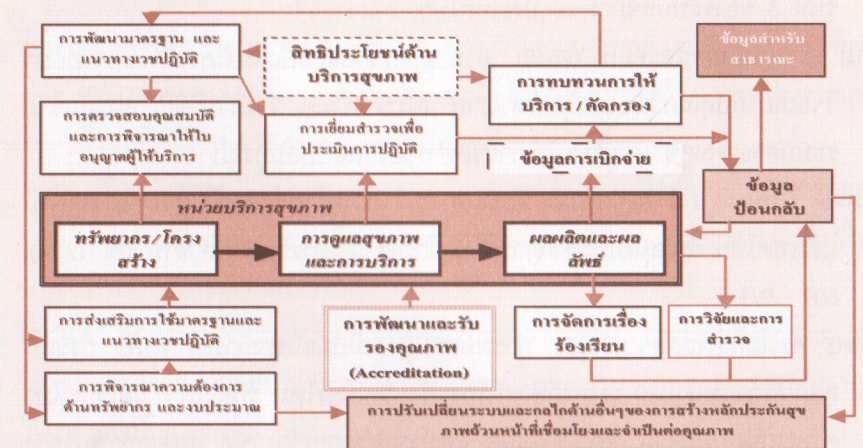
6. ศึกษาวิจัยและพัฒนาาระบบการเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพของหน่วยบริการที่เหมาะสมต่อสาธารณะ โดยให้มีระบบเลือกสรรประเด็นที่น่าสนใจ ศึกษาความเป็นได้ และรูปแบบที่เหมาะสม ตลอดจนผลกระทบและสมดุลกับ

องค์ประกอบอื่น ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเลือกหน่วยบริการอย่างชาญฉลาด เป็นแรงกระตุ้นทางอ้อมต่อหน่วยบริการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพและช่วยให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมระหว่างหน่วยบริการ

7. เชื่อมโยงข้อมูลป้อนกลับที่ได้จากการดำเนินการด้านคุณภาพทั้งหมดสู่การวางแผนขององค์ประกอบอื่นๆ ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ การคำนวณงบประมาณ การออกแบบกลไกการจ่ายเงิน การปรับโครงสร้างองค์กร ตลอดจนการออกกฎระเบียบต่างๆ

กิจกรรมข้างต้นและความเชื่อมโยงระหว่างกันสรุปได้ดังภาพที่ 3 ต่อไปนี้ สำหรับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินการดังกล่าว ตลอดจนผลลัพธ์ด้านคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องติดตามกันอย่างต่อเนื่องต่อไป

ภาพที่ 3 กิจกรรมหลักด้านคุณภาพ และความเชื่อมโยงระหว่างกัน



เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาภาพรวมและผลกระทบด้านจริยธรรมเกี่ยวกับ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (2546). สรุปผลการสำรวจการศึกษาภาพรวม และผลกระทบ ทางจริยธรรมกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค. แพทยสภา. รายงานวิจัย เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- จเด็จ ธรรมธัชอารี และสาหร่าย เรืองเดช. (2546) ตัวชี้วัดคุณภาพจากข้อมูลผู้ป่วยใน (Administrative data) กับคุณลักษณะของโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2544). ระบบประกันคุณภาพของการดูแลสุขภาพในประเทศไทย. ใน: จเด็จ ธรรมธัชอารี (บก.). ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: 187 - 197.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ. (2547). โครงการระบบบริการสุขภาพ และการเงินที่เหมาะสมในเขตกรุงเทพมหานคร และบทบาทของกรุงเทพมหานครภายใต้การปฏิรูปรุ่นที่ 3 ของระบบสุขภาพของประเทศไทย. รายงานวิจัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2548). คำถามการวิจัยและปัญหาที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพในประเทศไทย. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (อยู่ระหว่างการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์)
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ. (2546). ภาวะไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะจากการศึกษานำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 12 (4): 509 - 521.
- ศุภสิทธิ์ พรธนนารถไธย. (2545). การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต และภาพรวมการข้ามเขต กับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544 - 2545 (ครึ่งปี). ใน: วิโรจน์ ณ ระนองและคณะ. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45). รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน: ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2546). สถิติ สาธารณสุข พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2546). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547). สร้างหลักประกันบนฐานความรู้: รวบรวมผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัย อัสสัมชัญ. (2547). ความคิดเห็นของประชาชน และผู้ให้บริการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอส.พรินติ้ง.
- สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะ. (2547). โครงการวิจัยความคิดเห็น ของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกัน. กรุงเทพฯ: สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และประติษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล (2547). การประกันคุณภาพ. ใน: เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า" ภาคที่ 4 การบริหารระบบ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.