

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาและจัดทำข้อเสนอ
เพื่อพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

A Study and Proposal for Developing Vertical Health
Services Purchasing Arrangement for
the National Health Security Office

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

โครงการศึกษาและจัดทำข้อเสนอ เพื่อพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

A Study and Proposal for Developing Vertical Health Services Purchasing
Arrangement for the National Health Security Office

จิรุตม์	ศรียัตน์บัลล์
สุรียัตน์	งามเกียรติไพศาล
ภาวีกา	ศรียัตน์บัลล์
อรอุมา	ช่วยเรื่อง

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(สปสช.)

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พฤษภาคม 2551

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นอย่างสูงที่ได้ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี ทั้งในรูปแบบของเอกสาร การให้สัมภาษณ์ และฐานข้อมูลบางกรณีที่เป็นที่สามารถจัดเตรียมให้ได้ภายในเวลาที่กำหนด ด้วยเจตคติร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบการซื้อบริการของ สปสช. เอง ทำให้งานวิจัยนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยบริการระดับต่างๆ ในเครือข่ายของ สปสช. ที่เป็นองค์กรที่ให้ข้อมูลในส่วนของหน่วยบริการอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมาและสร้างสรรค์ ทำให้คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลในมุมมองของผู้ให้บริการที่เป็นประสบการณ์ของการทำงานจริงที่ต้องเผชิญอยู่ทุกวัน ส่วนหนึ่งด้วยจิตใจที่ปรารถนาดีร่วมกันที่จะพัฒนาบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการสำหรับโครงการนี้ ตลอดจนร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการสนับสนุนทุนวิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีระบบและกลไกของการซื้อบริการดูแลสุขภาพที่มีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการแยกตามประเภทของบริการไปซึ่งดำเนินการไม่เหมือนกัน วิธีการซื้อบริการแต่ละแบบที่ สปสช. นำมาใช้น่าจะมีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกัน ซึ่งล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการที่ประชาชนจะได้รับ ตลอดจนประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรด้วย

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิด รูปแบบ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ของ สปสช. ในปัจจุบัน ศึกษาเหตุผลการดำเนินการ และหลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณีเพื่อการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งจากประสบการณ์ของต่างประเทศที่มีการเผยแพร่ไว้ในวารสารวิชาการหรือแหล่งข้อมูลอื่น พัฒนาหลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการ กรอบข้อกำหนดสำหรับบริการสุขภาพและองค์กร กรอบระบบและกลไกในการจัดการ และระบบและกลไกในการติดตามประเมินผลสำหรับการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง และประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง โดยมีระยะเวลาทั้งหมดในการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2550 ถึงเดือนเมษายน 2551 รวม 11 เดือน ทั้งนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ที่ สปสช. ดำเนินการอยู่ โดยใช้การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ระบบ

ระยะที่ 2 การประเมินความพร้อมของระบบและกลไกของ สปสช. ตลอดจนหน่วยบริการในการปฏิบัติตามข้อเสนอระบบการซื้อบริการแบบ Disease management เพื่อประเมินผลที่จะได้ ตลอดจนปรับแต่งข้อเสนอและรายละเอียดข้อกำหนดต่างๆ ที่วางไว้ โดยนำต้นแบบที่ได้จากข้อเสนอแนะในการวิจัยระยะที่ 1 สร้างเป็นรูปแบบจำลอง ลงไปเก็บข้อมูลความคิดเห็นในหน่วยงานต่างๆ ของ สปสช. ทั้งในส่วนกลางและเขตพื้นที่ ตลอดจนขอความคิดเห็นจากหน่วยบริการในระดับต่างๆ ด้วย

ผลการวิจัยพบว่า สปสช. มีวิธีการซื้อบริการสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งหากผู้วิจัยจะจัดเป็นระบบ เพื่อการทำความเข้าใจกับภาพรวมทั้งหมดอย่างชัดเจนขึ้น น่าจะสามารถแบ่งระบบการซื้อบริการสุขภาพของ สปสช. เป็น 2 ระบบใหญ่ คือ

1. ระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐาน (Basic care purchasing)
2. ระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง (Vertical purchasing arrangement, VPA) ซึ่งหมายถึง การทำสัญญาซื้อบริการที่แยกออกจากสัญญาซื้อบริการพื้นฐาน โดยมีการกำหนดกลุ่มผู้รับบริการเป้าหมายที่ชัดเจน (Well-defined customer group) มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องสำหรับหน่วยบริการโดยเฉพาะ (Service provider requirements) แยกกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanisms) วิธีการเบิกจ่าย (Billing) และการบริหารจัดการระบบ (System administration) ที่ดำเนินการโดย สปสช. ส่วนกลาง

ข้อมูลจากการวิจัยทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ชี้ให้เห็นปัญหาและอุปสรรคของระบบการซื้อบริการแนวตั้งในภาพรวมทั้งหมด จัดได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ปัญหาเชิงหลักการและแนวคิดของระบบการซื้อบริการ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่ชัดเจน หรือไม่สอดคล้องกันของหลักการหรือแนวคิดของระบบการซื้อบริการที่ใช้โดยทีมงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของ สปสช. ทำให้การวางแผนและตัดสินใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบซื้อบริการของ สปสช. ไม่เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการทำงาน
- ปัญหาจากการออกแบบระบบและกลไกของระบบซื้อบริการ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่ชัดเจนหรือความไม่สมบูรณ์ในการออกแบบระบบและกลไกของการซื้อบริการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติต่างๆ งบประมาณ กลไกการจ่ายเงิน การสื่อสารและระบบสารสนเทศ ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เมื่อมีการนำไปปฏิบัติจริง
- ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการนำระบบสู่การปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิบัติหรือนำระบบหรือแนวทางที่ออกแบบไว้สู่การปฏิบัติ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเป็นผลจากข้อจำกัดของระบบบริหารจัดการภายในของ สปสช. ความไม่พร้อมขององค์ประกอบสำคัญในระบบที่จำเป็น เช่น ระบบสารสนเทศหรือหน่วยบริการ หรือปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ค้นพบจากการศึกษา จุดมุ่งหมายเชิงระบบของการพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดังเป็นไปเพื่อประเด็นต่อไปนี้

- เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ
- สร้างมาตรฐานของการดูแล
- พัฒนาความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ
- กระตุ้นหรือส่งเสริมการป้องกันโรค ชะลอการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อน
- ตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
- เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- ประสิทธิภาพของการจัดการระบบผ่านระบบสารสนเทศ

เมื่อพิจารณาลักษณะของบริการสุขภาพและจุดมุ่งหมายของระบบการซื้อบริการ การซื้อบริการสุขภาพแนวดังน่าจะแบ่งเป็น 5 ระบบ คือ

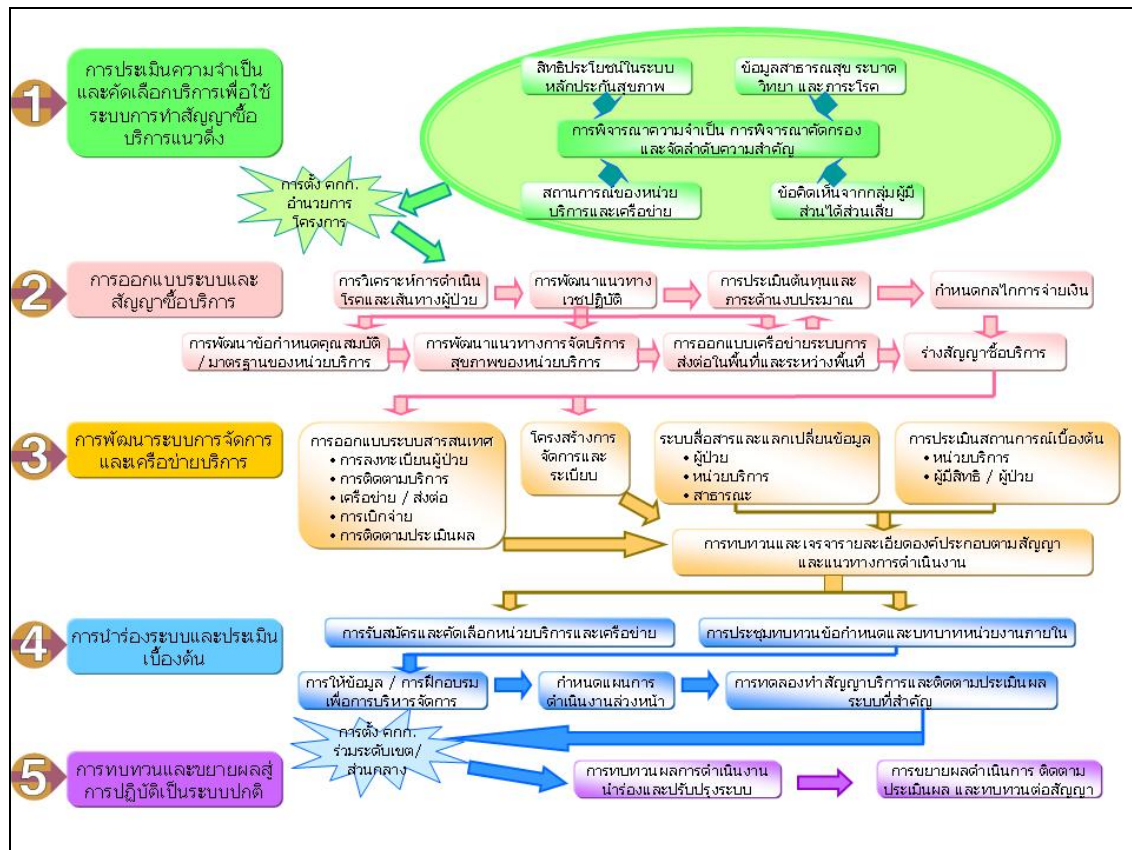
- 1) ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเรื้อรัง
- 2) ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเฉียบพลันหรือหัตถการค่าใช้จ่ายสูง
- 3) ระบบการซื้อบริการแนวดังสำหรับโครงการควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ
- 4) ระบบการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ
- 5) ระบบการซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จุดเน้นของการจัดการระบบซื้อบริการแนวดังควรครอบคลุม การบริการเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การใช้แนวทางเวชปฏิบัติและแนวทางการให้บริการ มาตรฐานของหน่วยบริการ การสร้างเครือข่ายและระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง การเชื่อมโยงด้วยระบบสารสนเทศ กลไกการจ่ายเงินที่จูงใจและส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการ ระบบติดตามและทบทวนผลการดำเนินการ การจัดการให้เกิดประสิทธิภาพจากขนาด (Economy of Scale) การตอบสนองความต้องการระดับเขตพื้นที่ และการสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามระบบ

การพิจารณาคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการเพื่อการซื้อบริการแนวดิ่ง สามารถพิจารณาได้จากหลักเกณฑ์ใหญ่ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับภาระโรค ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้มาก หากไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี กลุ่มโรคที่มีการใช้บริการผู้ป่วยในมาก หรือต้องนอนโรงพยาบาลนาน กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก เป็นภาระสำหรับระบบบริการ ในขณะที่สามารถดำเนินการป้องกันโรคในระดับต่างๆ ได้ และกลุ่มโรคหรือภาวะที่ขนาดของปัญหาหรือผลกระทบของปัญหามีต่อชุมชนมาก ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งต้องการระบบในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการขยายการเข้าถึงบริการ หรือศักยภาพในการบริการอย่างสำคัญ
- 2) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับช่องว่างหรือโอกาสพัฒนาของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคที่ระบบการดูแลที่ดีที่สามารถควบคุมการลุกลามหรือรักษาโรคได้ จะสามารถป้องกันหรือลดการใช้บริการหรือการใช้บริการในระบบได้ เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือบริการผู้ป่วยใน ส่งผลต่อการลดต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบได้ในภาพรวม กลุ่มโรคที่ต้องอาศัยการดูแลหรือการฟื้นฟูร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ/หรือเป็นเครือข่าย ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพของการดูแล กลุ่มโรคที่ปัจจุบันมีความแตกต่างของการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในระบบบริการของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มโรคหรือภาวะทางสุขภาพที่หากกระบวนการดูแลได้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง จะช่วยเพิ่มประสิทธิผล และทำให้ลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสำคัญ กลุ่มโรคหรือการรักษาที่ยาหรือวัสดุทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานเดียวกันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และอำนวยความสะดวกให้การเข้าถึงบริการทำได้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น และกลุ่มโรคหรือหัตถการที่มีวิธีการรักษาเป็นเทคโนโลยีใหม่ มีต้นทุนสูงขึ้นกว่าเดิม ต้องการการกำกับดูแลและการประเมินผลเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิมก่อนที่จะเป็นวิธีการมาตรฐานทั่วไปที่จะใช้ในประเทศ
- 3) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ของการนำระบบสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ และทรัพยากรที่มี ศักยภาพและความพร้อมของระบบงานของ สปสช. ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมของประชาชน

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับต้นแบบของระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง ให้ประกอบด้วยระบบงาน 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการแนวดิ่ง (2) การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ (3) การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ (4) การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น และ (5) การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ ซึ่งในขั้นตอนหลักจะมีขั้นตอนย่อยที่สำคัญแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



Executive Summary

Since its establishment, the National Health Security Office (NHSO) has been developing a variety of systems and mechanisms for purchasing health care. The purchasing operations vary by types of health services with differing advantages and limitations. They affect access to care, quality of care and resource efficiency.

This study, therefore, aimed to examine current concepts, models, along with problems and obstacles of vertical purchasing arrangements of NHSO. In addition, it intended to explore reasons behind health care purchasing initiatives and criteria for selecting conditions suitable for vertical purchasing arrangement from foreign experiences published in academic journals or other sources. The study purposes also included developing recommended purchasing models comprising appropriate selection criteria, disease or service groups, requirements for health services and organizations, systems and mechanisms framework, and systems and mechanisms for monitoring and evaluation for vertical health care purchasing arrangement. And, finally, it planned to assess feasibility of the recommended model. The 11-month study period was from June 2007 until April 2008, and could be divided into two phases:

Phase 1 Collection of preliminary data and details of operating vertical health care purchasing arrangement of NHSO by document review, stakeholder interviews and system analysis.

Phase 2 Assessment of systems and mechanisms of NHSO, as well as contracted providers, according to a proposed "Disease management" purchasing model in order to explore results and adjust the models and requirements proposed using results from the phase 1 of the project.

The study findings suggest that NHSO has many health care purchasing approaches. They can be organized into two major systems:

1. **Basic care purchasing**
2. **Vertical purchasing arrangement (VPA)**, comprising purchasing contracts that are separately done from basic care purchasing by well-defined customer groups, service provider requirements, payment mechanisms, billing and system administration operated by the central office of NHSO.

Findings from the phase 1 and phase 2 of this study show three groups of problems and obstacles in vertical purchasing systems:

- Principle-level and conceptual problems of the health care purchasing systems: unclear and inconsistent principles or concepts applied by NHSO teams and staffs lead

to inconsistent planning and decision making, as well as problems and obstacles in operations.

- Problems in designs of systems and mechanisms of health care purchasing: Unclear and defective system design and mechanisms, particularly practice guidelines, budgets, payment mechanisms, communications and information systems. These adversely impact actual practices.
- Deployment problems: problems in deployment and implementation of design systems and practice guidelines. These were caused by limitations of internal management systems of NHSO, inadequate supports from information systems, providers or other external factors, such as beneficiaries' behaviors.

Taking into account all study findings, therefore, the system purposes for developing health care purchasing may include:

- Increase ability to access services
- Create care standards
- Improve continuity of care
- Stimulate and promote disease prevention, delay disease progression and complications
- Respond to specific requirements of target populations
- Enhance efficiency in resource utilization
- Increase management efficiency using information systems

Considering characteristics of health services and purposes of purchasing systems, health care purchasing can be divided into five systems:

- 1) Disease management system for chronic diseases
- 2) Disease management system for acute diseases and high-cost procedures
- 3) Vertical purchasing arrangement for health-risk control projects
- 4) Purchasing systems for health promotion and disease prevention services provided by health care providers
- 5) Purchasing systems for emergency medical services

Management of the vertical purchasing arrangement should emphasize proactive services to reach target populations, application of clinical practice guidelines and health services guidelines, provider standards, strong networking and referral systems, information system linkages, attractive payment which also provides incentives for efficiency, monitoring and performance reviews, economy of scale, responses to local needs, and participation. All may differ by systems.

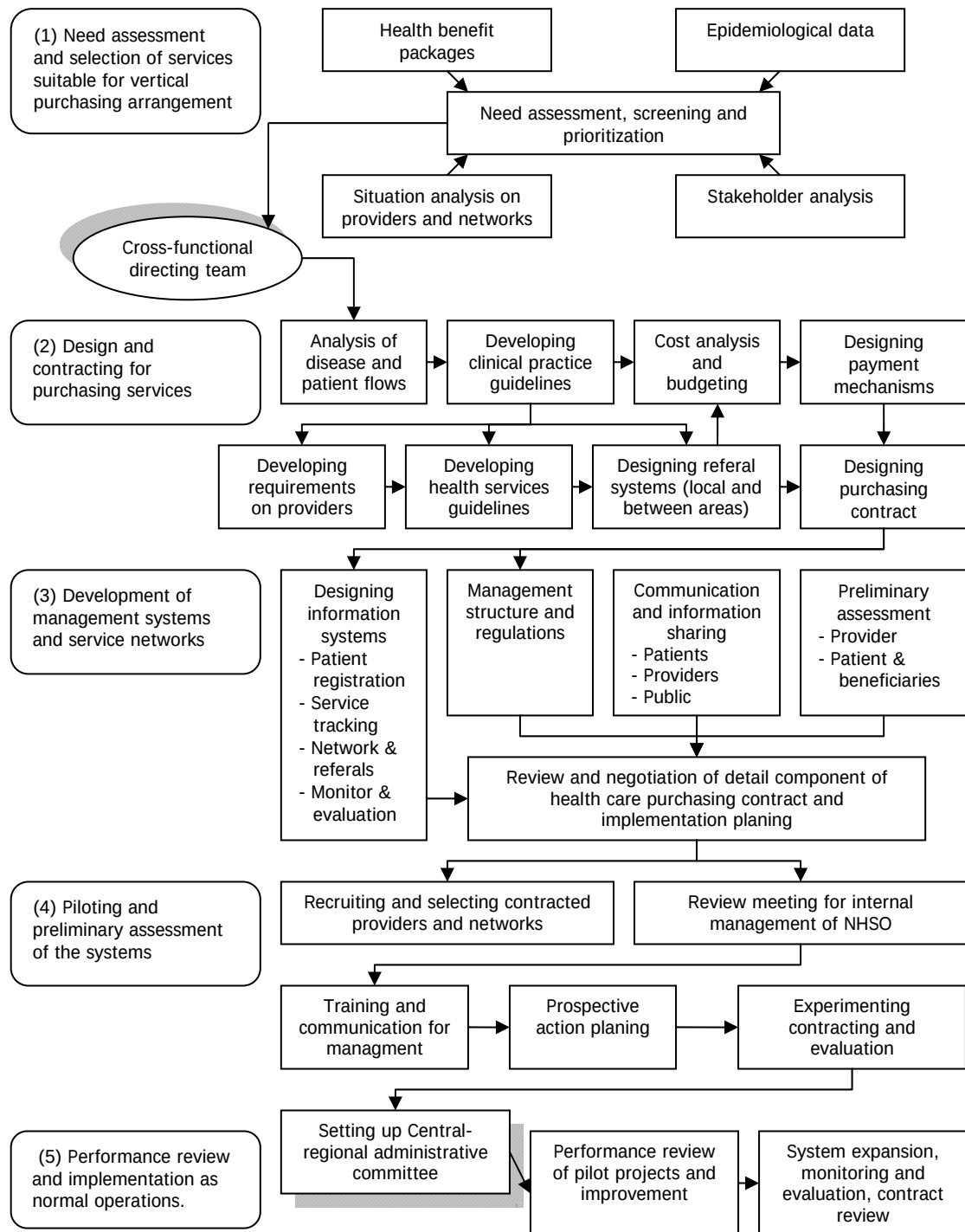
Selection criteria for suitable conditions, disease groups and service types for vertical purchasing arrangement consist of three categories:

- 1) Criteria related to burden of diseases, including high-cost care, diseases with high probability for emergency care in case of poor controls, diseases with high utilization of inpatient services or extended length of stay, chronic diseases or conditions that need long-term care, diseases that outcomes or complications can significantly affect quality of life, preventable high-burdening diseases, diseases with high community impacts which require special attention and management

- 2) Criteria related to national opportunities for improvement, including diseases that quality care can control disease progression or cure, prevent or reduce service utilization, including emergency services and inpatient care, which can decrease cost of patient care, disease groups that require multi-disciplinary team and networks of care to increase access and quality of care, disease groups with significant practice variations, diseases or health conditions that community participation in health care can enhance effectiveness and significantly reduce requirement for medical resources, diseases that standardized treatment approaches can increase resource efficiency, access and effectiveness, and diseases or procedures with cost-increasing new technology which requires close monitoring and evaluation against existing ones before becoming standard practices.

- 3) Criteria related to feasibility of implementation, including budget and resources factors, readiness and capacity of NHSO's work systems, readiness of health services systems, as well as socio-cultural aspects of the population.

The study team, therefore, propose the prototype model for vertical health care purchasing arrangement that consists of five major steps, including (1) Need assessment and selection of services suitable for vertical purchasing arrangement, (2) Design and contracting for purchasing services, (3) Development of management systems and service networks, (4) Piloting and preliminary assessment of the systems, and (5) Performance review and implementation as normal operations. Details of all steps are shown in the following picture:



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iii
Executive summary	vii
สารบัญ	xi
สารบัญตาราง	xii
สารบัญภาพ	xiii
บทที่ 1	1
ที่มา วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและระเบียบวิธีวิจัย	1
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	3
กรอบแนวคิดและนิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย	4
ระเบียบวิธีวิจัย	4
วิธีการดำเนินโครงการ	5
บทที่ 2	10
สรุปประเด็นสำคัญจากผลการศึกษา ระยะที่ 1	10
2.1 สรุปผลการศึกษา ระยะที่ 1	10
• การทบทวนวรรณกรรมที่สำคัญ	
• การออกแบบการซื้อบริการแนวตั้ง	
• การจัดการระบบในภาคปฏิบัติ	
• สรุปปัญหาและอุปสรรคที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ	
2.2 ข้อเสนอของการพัฒนาสำหรับระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	53
บทที่ 3	63
ผลการศึกษาระยะที่ 2: การพัฒนาตัวอย่างการจัดซื้อบริการแนวตั้งและผลการประเมินปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพื้นที่	63
3.1 ต้นแบบการจัดซื้อบริการแนวตั้งที่นำเสนอในพื้นที่	63
3.2 ผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพื้นที่	83
3.3 ผลการศึกษาการจัดซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	90
บทที่ 4	99
บทวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะต้นแบบระบบการจัดซื้อบริการแนวตั้ง	99
4.1 บทวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย	99
4.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต้นแบบระบบการจัดซื้อบริการแนวตั้ง	107
4.3 ต้นแบบระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	113

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1.1	การดำเนินโครงการระยะที่ 1	5
ตารางที่ 1.2	การเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในส่วนกลาง	7
ตารางที่ 1.3	หน่วยบริการกรณีตัวอย่าง และประเด็นที่รวบรวมข้อมูลความคิดเห็น	8
ตารางที่ 2.1	การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง Purchaser strategies to influence quality of care: from rhetoric to global applications	11
ตารางที่ 2.2	การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง The quality of health purchasing	14
ตารางที่ 2.3	การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง Contracting for Palliative Care	27
ตารางที่ 2.4	ประสบการณ์ของ CMS ประเทศสหรัฐอเมริกา	37
ตารางที่ 2.5	การวิเคราะห์ด้านการออกแบบระบบ	42
ตารางที่ 2.6	โครงการภายใต้การจัดการของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ	46
ตารางที่ 3.1	เครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	71
ตารางที่ 3.2	เครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการเบาหวาน	81
ตารางที่ 4.1	การวิเคราะห์โครงการซื้อบริการที่ถือได้ว่าเป็นการซื้อบริการแนวดิ่งที่มีการดำเนินการอยู่	100
ตารางที่ 4.2	กรอบแนวคิดทั่วไประหว่างระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานและระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง	102
ตารางที่ 4.3	ปัญหาเชิงหลักการและแนวคิดของระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง และผลกระทบที่เกิดขึ้น	104
ตารางที่ 4.4	ปัญหาจากการออกแบบระบบและกลไกของระบบการซื้อบริการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น	105
ตารางที่ 4.5	ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการนำสู่การปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้น	106
ตารางที่ 4.6	จุดมุ่งหมายที่สำคัญของระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง 5 รูปแบบ	109
ตารางที่ 4.7	ความสำคัญในเชิงสัมพัทธ์ของจุดเน้นของการจัดการของระบบการซื้อบริการ 5 ระบบ	110
ตารางที่ 4.8	ข้อเสนอแนะน้ำหนักความสำคัญจากการประเมินตามข้อมูลผลการวิจัยเพื่อพิจารณากรณีที่จะนำระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่งมาใช้ใน 4 ระบบ	112
ตารางที่ 4.9	กรอบเครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง	124

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1.1	กรอบแผนแม่บทด้านคุณภาพ	2
ภาพที่ 1.2	กรอบแนวคิด	4
ภาพที่ 2.1	กรอบแนวคิดต้นแบบของการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	54
ภาพที่ 3.1	กรอบแนวคิดของระบบการจัดซื้อบริการแนวตั้ง	63
ภาพที่ 3.2	ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ	64
ภาพที่ 3.3	ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ	66
ภาพที่ 3.4	ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ	68
ภาพที่ 3.5	ขั้นตอนที่ 4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น	69
ภาพที่ 3.6	ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ	70
ภาพที่ 3.7	แนวทางการบริหารจัดการโรคเบาหวานในโครงการนำร่อง	73
ภาพที่ 3.8	ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ	74
ภาพที่ 3.9	ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ	76
ภาพที่ 3.10	ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ	78
ภาพที่ 3.11	ขั้นตอนที่ 4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น	79
ภาพที่ 3.12	ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ	80
ภาพที่ 4.1	กรอบแนวคิดในการพิจารณาการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	107
ภาพที่ 4.2	กรอบแนวคิดเชิงกระบวนการของการจัดการซื้อบริการแนวตั้งที่เป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ	113

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีวิจัย

หลักการและเหตุผล

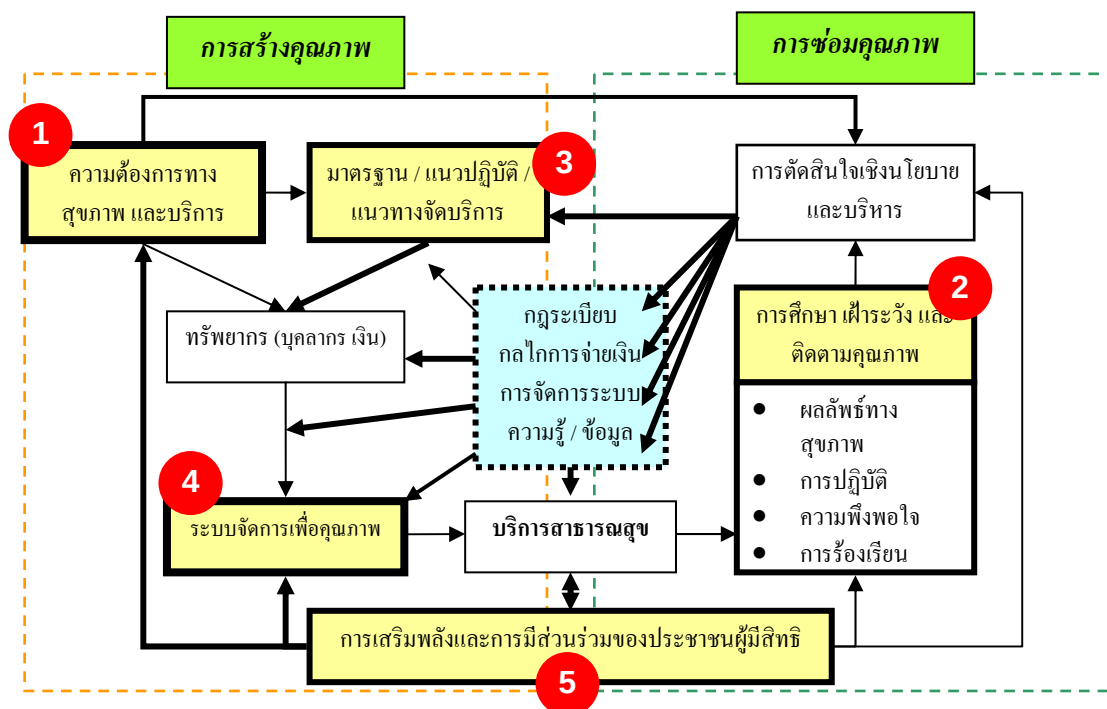
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการดูแลสุขภาพแทนประชาชน (Health care purchaser) ที่สำคัญและดูแลกลุ่มประชากรที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ การดูแลให้ประชาชนสามารถเข้าถึง และได้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นพันธกิจที่สำคัญขององค์กร หากอ้างอิงจากร่างยุทธศาสตร์และแผนแม่บทที่ผู้วิจัยและคณะ ที่ได้พัฒนาให้ไว้เป็นต้นแบบไว้ให้กับ สปสช.¹ ประเด็นสำคัญของการปฏิบัติงานด้านการจัดการคุณภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายด้านคุณภาพที่วางไว้ สรุปความให้สอดคล้องกับบทบาทตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และองค์ความรู้ที่ได้ประมวลไว้ข้างต้นแล้ว อาจนำเสนอเป็นกรอบได้ดังนี้

- 1) สปสช. มีภารกิจที่ทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับ บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ผ่านการดำเนินงาน ระบบ กระบวนการและกลไกต่าง ๆ ในฐานะที่หน่วยงานทำหน้าที่ซื้อและจัดหาบริการสาธารณสุขแทนประชาชน
- 2) สปสช. มีภารกิจในการพัฒนาตนเองให้ เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการคุณภาพของ ตนเองที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้แน่ใจว่า สปสช. จะเป็นหน่วยงานที่ ให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข ด้วยหลักธรรมาภิบาล
- 3) สปสช. มีภารกิจที่จะปฏิบัติงานในแนวทางที่ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายสุขภาพและ สาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพของประชาชนอันเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพของระบบ สาธารณสุขของประเทศในภาพรวม

เพื่อบรรลุภารกิจดังกล่าว ยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญของ สปสช. น่าจะได้แก่ การพัฒนาระบบการจัดการเพื่อเชื่อมโยงกันระหว่างกลไกและระบบที่เกี่ยวข้องการให้บริการสาธารณสุขให้เกิดคุณภาพ นั่นคือ การมีทรัพยากรที่เพียงพอ (กลไกและวงเงินการจ่ายเงิน) หน่วยบริการมีคุณสมบัติและความสามารถเพียงพอ เพื่อให้มีการให้บริการการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และบริการมีข้อกำหนดที่ชัดเจน โดยเสนอแผนงานทั้งหมดไว้ 5 แผนงานดังภาพที่ 1 ทั้งนี้มีหนึ่งในแผนงานหลัก คือ แผนงานด้านการพัฒนาระบบการจัดการ เพื่อคุณภาพบริการสาธารณสุข

¹ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องมือวัดคุณภาพของบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2548.

ภาพที่ 1.1 กรอบแผนแม่บทด้านคุณภาพ



แผนงานด้านการพัฒนาระบบการจัดการเพื่อคุณภาพบริการสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีระบบการจัดการเพื่อการซื้อหรือจัดหาบริการสาธารณสุขที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ของระบบและกลไกในซื้อบริการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในระบบบริการสาธารณสุข มีระบบในการสร้างแรงจูงใจอย่างเหมาะสมให้แก่หน่วยบริการในการให้บริการที่มีคุณภาพ และจัดระบบการจัดการภายในองค์กรของ สปสช. ให้มีคุณภาพ เป็นระบบ มีธรรมาภิบาล คล่องตัว มีระบบประเมินตนเองและผลกระทบของนโยบายตลอดจนความริเริ่มต่างๆ และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับมหภาค และเป็นต้นแบบการพัฒนาองค์กรอื่นๆ และกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญตามแผนงานดังกล่าว คือ การจัดรูปแบบการทำสัญญาบริการสุขภาพบนพื้นฐานข้อกำหนดทางคุณภาพ (Quality-based purchasing arrangement – QuBPA) ซึ่งควรเป็นกลไกการจัดซื้อที่สำคัญของหน่วยงานผู้ซื้อบริการ

ที่ผ่านมา สปสช. มีระบบและกลไกของการซื้อบริการดูแลสุขภาพที่มีพัฒนาการไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินการแยกตามประเภทของบริการไปซึ่งดำเนินการไม่เหมือนกัน เช่น การซื้อบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัว การซื้อบริการผู้ป่วยในที่ใช้วิธีการจ่ายแบบงบประมาณรวมจัดสรรด้วยคะแนนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ตลอดจนการซื้อบริการประเภทอื่น ๆ ที่มีการแยกระบบการจัดซื้อออกมาโดยเฉพาะ ซึ่งอาจเรียกว่า “การจัดซื้อบริการแนวตั้ง (Vertical program)” เช่น การซื้อบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งมีแนวทางและวิธีการจ่ายหลากหลาย และการซื้อบริการแบบจัดการรายโรค (Disease management) เป็นต้น ซึ่งวิธีการซื้อบริการแต่ละแบบที่ สปสช. นำมาใช้จะมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน อีกประการที่สำคัญคือ วิธีการที่ใช้ดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพของบริการที่ประชาชนจะได้รับ ตลอดจนประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรด้วย

Øvretveit ทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการซื้อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และให้นิยามของ คุณภาพของการซื้อบริการสุขภาพว่าควรประกอบด้วย

- (1) คุณภาพของบริการสุขภาพที่องค์กรผู้ซื้อบริการทำสัญญาด้วย
- (2) คุณภาพของบริการขององค์กรผู้ซื้อบริการเองที่มีให้กับสาธารณะ และผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง
- (3) คุณภาพระดับประชากร ซึ่งหมายถึง คุณภาพของกลยุทธ์ด้านสุขภาพขององค์กรผู้ซื้อบริการ และความสามารถที่ยกระดับของสุขภาพของผู้มีสิทธิในระบบได้²

ดังนั้น ตามที่ สปสช. ให้ความสนใจที่จะศึกษาทบทวนและค้นหาแนวทางการคัดกรองและ รูปแบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อการจัดซื้อบริการแนวตั้ง คณะผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญ และยินดีจะร่วมทบทวนและศึกษาแนวทางการซื้อบริการร่วมกันในโอกาสนี้ด้วย ทั้งนี้การซื้อบริการแนวตั้ง ควรเป็นระบบการซื้อบริการที่มีคุณภาพอย่างน้อยตามนิยามของ Øvretveit ข้างต้น และอาจมีได้มากกว่า 1 รูปแบบตามความเหมาะสมก็ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวคิด รูปแบบ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคของการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ของ สปสช. ในปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาเหตุผลการดำเนินการ และหลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณีเพื่อการจัดซื้อบริการสุขภาพ แนวตั้งจากประสบการณ์ของต่างประเทศที่มีการเผยแพร่ไว้ในวารสารวิชาการหรือแหล่งข้อมูลอื่น
3. เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการ กรอบข้อกำหนดสำหรับ บริการสุขภาพและองค์กร กรอบระบบและกลไกในการจัดการ และระบบและกลไกในการติดตาม ประเมินผล สำหรับการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง
4. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง

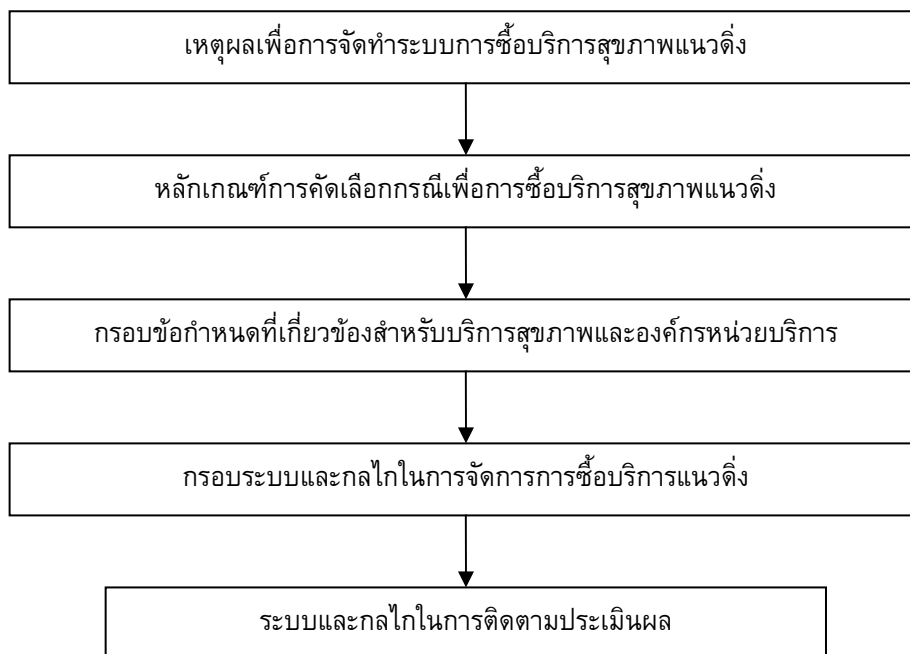
²

Øvretveit J. The Quality of Health Purchasing. International Journal of Health Care Quality Assurance 16. 2003: 116 – 127.

กรอบแนวคิดและนิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

งานวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดแสดงได้ดังภาพที่ 1.2

ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิด



ทั้งนี้ในเบื้องต้น บริการสุขภาพแนวดิ่ง (Vertical program) หมายถึง

1. บริการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเพื่อการวินิจฉัย หรือเพื่อการรักษาโรค ที่มีระบบการบริหารจัดการเฉพาะ ซึ่งแยกออกจากระบบบริการสุขภาพปกติที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หรือเหมาจ่ายรายป่วยด้วยคะแนน DRG และไม่รวมบริการสุขภาพกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายสูง การจ่ายเพิ่มเติมตามรายการอุปกรณ์ทางการแพทย์ และ
2. ไม่จำกัดว่าเป็นบริการสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักใดสำนักหนึ่ง หรือถูกจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลด้วยกองทุนใดกองทุนหนึ่ง ตามโครงสร้างและการบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

- ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่งที่ สปสช. ดำเนินการอยู่ โดยใช้การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ระบบ
- ระยะที่ 2 การประเมินความพร้อมของระบบและกลไกของ สปสช. ตลอดจนหน่วยบริการในการปฏิบัติตามข้อเสนอระบบการซื้อบริการแบบ Disease management เพื่อประเมินผลที่จะได้ ตลอดจนปรับแต่งข้อเสนอและรายละเอียดข้อกำหนดต่างๆ ที่วางไว้

วิธีการดำเนินโครงการ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง
การดำเนินการโครงการระยะที่ 1 เป็นไปดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 การดำเนินโครงการระยะที่ 1

วิธีการดำเนินการ	เรื่องที่จะศึกษาหรือดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย/แหล่งข้อมูล
1. ทบทวนเอกสารวิชาการ	- รูปแบบ หลักการ เหตุผลและหลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณีเพื่อการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งที่มีผู้ศึกษาไว้และตีพิมพ์เป็นวิชาการ	- วารสารวิชาการ - ข้อมูลทาง Web site ของหน่วยงานด้านประกันสุขภาพ
2. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง	- แนวคิดและรูปแบบการจัดซื้อบริการสุขภาพของ สปสช. ในปัจจุบัน - เหตุผลการดำเนินการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ที่ผ่านมา - หลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณีเพื่อการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง - ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการ ในโครงการบริการสุขภาพแนวตั้ง ที่ผ่านมา	- ผู้บริหารระดับสูงของ สปสช. - ผู้อำนวยการสำนักใน สปสช. และนักวิชาการที่รับผิดชอบระบบการจัดซื้อบริการระบบต่างๆ - ผู้บริหารโรงพยาบาล และหน่วยบริการคู่สัญญาที่ดำเนินการตามโครงการบริการสุขภาพแนวตั้ง
3. วิเคราะห์ระบบซื้อบริการของ สปสช.	- รูปแบบการซื้อบริการสุขภาพของ สปสช. ในปัจจุบัน (ระบบและระเบียบกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง) - ระบบและกลไกในการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ของ สปสช. ในปัจจุบัน - สถิติ และรายงานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง	- เอกสารที่เกี่ยวข้องของ สปสช. - ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของ สปสช. โดยความร่วมมือในการให้ข้อมูลของบุคลากรที่เกี่ยวข้องของ สปสช.
4. วิเคราะห์สิ่งที่ค้นพบเพื่อหาโอกาสพัฒนา	เปรียบเทียบแนวทางตามเอกสารวิชาการและสิ่งที่ค้นพบจากการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ที่ สปสช. ดำเนินการอยู่ โดยยกเป้าหมายตามเหตุผลของการให้มีการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	- ผลการวิเคราะห์ช่องว่างความแตกต่าง (Gap analysis)
5. พัฒนาข้อเสนอของการพัฒนา	- หลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการ - กรอบข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องสำหรับบริการสุขภาพและองค์กรหน่วยบริการ - กรอบระบบและกลไกในการจัดการ - ระบบและกลไกในการติดตามประเมินผลสำหรับการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง	- รายงานผลโครงการระยะที่ 1 : - กรอบแนวคิด - เอกสารเชิงพรรณนา - แผนผังแสดงกระบวนการ - การประชุมทบทวนร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องของ สปสช.

ระยะที่ 2 การประเมินความพร้อมของระบบและกลไกของ สปสช. ตลอดจนหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอระบบการซื้อบริการสุขภาพ แนวตั้ง ด้วยการประเมินความพร้อมของระบบและกลไกของ สปสช. และหน่วยบริการในการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่สำคัญของระบบการจัดซื้อที่เสนอไว้

การดำเนินงาน มีขั้นตอนต่อไปนี้

1. ประชุมร่วมกับทีมผู้ทรงคุณวุฒิของ สปสช. และผู้บริหารที่เกี่ยวข้องของ สปสช. เพื่อทบทวน พัฒนา รายละเอียดของต้นแบบระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งจากโครงการในระยะที่ 1 เพิ่มเติม ประเด็นตามข้อเสนอแนะ
2. คณะผู้วิจัยนำต้นแบบระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง มาพัฒนาตัวอย่างการประยุกต์ใช้ต้นแบบ ของข้อเสนอระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งใน 2 กรณี ได้แก่
 - a. กรณีโรค Leukemia-Lymphoma ซึ่งเป็นกรณีแรกที่ได้เริ่มดำเนินการในรูปแบบการบริหาร จัดการโรคเฉพาะ (Disease management) และ
 - b. กรณีโรคเบาหวานที่กำลังอยู่ระหว่างการนำร่อง
 ทั้งนี้โดยแจกแจงรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ โดยสังเขป
3. คณะผู้วิจัยจัดทำต้นแบบระบบและกรณีศึกษาเป็นเอกสารเพื่อไปศึกษาเปรียบเทียบกับกระบวนการ ซื้อบริการที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของหน่วยงานของ สปสช. เพื่อศึกษาช่องว่างความ แตกต่าง ปัญหาอุปสรรคหากต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงานและผลกระทบอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดย หน่วยงานของ สปสช. สนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามที่ข้อมูลจริง และประชุมร่วมกับ ผู้บริหารและทีมงานของหน่วยงานของ สปสช. ที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในตารางที่ 1.2
4. คณะผู้วิจัย เลือกสำนักงานของ สปสช. 4 เขต ได้แก่
 - a. สปสช. สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)
 - b. สปสช. สาขาเขตพื้นที่ (เชียงใหม่)
 - c. สปสช. สาขาเขตพื้นที่ (อุบลราชธานี)
 - d. สปสช. สาขาเขตพื้นที่ (สุราษฎร์ธานี)
 ผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลที่น่าจะมีการปฏิบัติ ในสำนักงานระดับเขต โดย มีแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลต่อประเด็นที่กำหนดดังต่อไปนี้
 - การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ
 - การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ
 - การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น
 - การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

ตารางที่ 1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ในส่วนกลาง

หน่วยงานของ สปสช.	ประเด็นที่รวบรวมข้อมูล	หมายเหตุ
สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ	☐ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ☐ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ☐ การนำร่องและประเมินเบื้องต้น ☐ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติปกติ	
สำนักนโยบายและแผน	☐ การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการแนวดิ่ง ☐ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ☐ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ☐ การประเมินผลและทบทวน	
สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ	☐ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ☐ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ☐ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ	
สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน	☐ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ☐ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ☐ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น	
สำนักบริหารกองทุน	☐ บทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายโรค ☐ ความเชื่อมโยงของสำนักที่เกี่ยวข้องกับสำนักบริหารกองทุน ได้แก่ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ และ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ในงานการจัดการกองทุน การทำสัญญา ☐ การออกแบบสัญญา รายละเอียดของสัญญา แนวทางการปฏิบัติ ตัวชี้วัด การประเมินผล	สำนักตั้งใหม่ระหว่างดำเนินการวิจัย

5. คณะผู้วิจัยเลือกตัวอย่างกรณีศึกษาของหน่วยบริการในระดับต่างๆ เพื่อเยี่ยมสำรวจหน่วยบริการเพื่อศึกษาความพร้อมของหน่วยบริการในการปฏิบัติตามระบบจัดซื้อที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง กรณีศึกษาดังต่อไปนี้
- ครอบคลุมโรงพยาบาลในทุกระดับของระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของบริการของระบบจัดซื้อที่กำหนดไว้
 - ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งที่มีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และโรงพยาบาลที่ใช้บันทึกเวชระเบียนในกระดาษ
 - ครอบคลุมหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร และภาคเอกชน
 - จำนวนหน่วยบริการกรณีศึกษา 8 แห่ง สะท้อนความหลากหลายของระดับการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ และวิธีการบริหารจัดการ ตลอดจนโครงการบริหารจัดการรายโรคที่หน่วยบริการเข้าร่วม

ทั้งนี้ประเด็นที่มีการสอบถามหน่วยบริการกรณีศึกษาแต่ละแห่งที่เลือกไว้ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 หน่วยบริการกรณีตัวอย่าง และประเด็นที่รวบรวมข้อมูลความคิดเห็น

กลุ่มหน่วยบริการ	ขนาดเตียง	ประเด็นที่รวบรวมข้อมูลความคิดเห็น
โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์	1,400 เตียง	○ การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการแพคเกจ ○ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	950 เตียง	○ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ศูนย์ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	680 เตียง	○ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ศูนย์ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	660 เตียง	○ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ในสังกัดกระทรวงกลาโหม	450 เตียง	○ การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ชุมชนในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	90 เตียง	○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.ชุมชนในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	60 เตียง	○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น ○ การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
รพ.เอกชน	120 เตียง	○ การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ ○ การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

6. ข้อมูลที่สำคัญในการประเมินความพร้อมจากหน่วยบริการกรณีศึกษา ประกอบด้วย
 - a. ความมีอยู่ของข้อมูลและทรัพยากรเพื่อจัดการที่โรงพยาบาลต้องใช้เพื่อรองรับระบบการซื้อบริการต้นแบบ
 - b. ต้นทุนและภาระงานที่เพิ่มขึ้นหากต้องพัฒนาระบบการทำงานเพื่อรองรับระบบการซื้อบริการต้นแบบที่เสนอ
 - c. ข้อคิดเห็นทั่วไปต่อระบบการซื้อบริการต้นแบบ
7. คณะผู้วิจัย วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของกระบวนการดำเนินการ และผลที่ประเมินในเบื้องต้นว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจนโอกาสพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์
8. คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนข้อเสนอระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง และนำข้อมูลที่สังเคราะห์ได้มาทบทวนร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบซื้อบริการในสำนักงานส่วนกลางของ สปสช.
9. ปรับปรุงข้อเสนอระบบและสรุปผล จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

ระยะเวลาดำเนินงาน

11 เดือน (มิถุนายน 2550 - เมษายน 2551)

บทที่ 2

สรุปประเด็นสำคัญจากผลการศึกษา ระยะที่ 1³

2.1 สรุปผลการศึกษา ระยะที่ 1

ผลการศึกษาเกี่ยวกับระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แบ่งออกได้เป็น 4 ตอน ได้แก่

- การทบทวนวรรณกรรมที่สำคัญ
- การออกแบบการซื้อบริการแนวตั้ง
- การจัดการระบบในภาคปฏิบัติ
- สรุปปัญหาและอุปสรรคที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

2.1.1 การทบทวนวรรณกรรมที่สำคัญ

1) การทำสัญญาซื้อบริการดูแลสุขภาพ (Health care purchasing)

การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการในส่วนของการทำสัญญาซื้อบริการดูแลสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาประเด็นหรือองค์ประกอบสำคัญที่ควรคำนึงถึงหรือควรพิจารณาในการออกแบบระบบและกระบวนการของหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศควรมีการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วยเอกสารวิชาการที่สำคัญ จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่

1. Purchaser strategies to influence quality of care: from rhetoric to global applications

โดย McNamara, P. (2006). ใน Quality and Safety in Health Care.15. p. 171-173 (ตารางที่ 2.1)

2. The quality of health purchasing โดย Ovretveit, J. (2003). ใน International Journal of Health Care Quality Assurance. 16/3. p.116-127 (ตารางที่ 2.2)

3. Contracting for Palliative Care โดย Clark, D., et al. (1995), ใน Social Science and Medicine Vol.40, No.9 pp.1193-1202 (ตารางที่ 2.3)

การนำเสนอจะมีประเด็นเพื่อพิจารณาดังนี้ (1) บริบท (Context) (2) การค้นพบที่สำคัญ (Key findings) (3) ความเกี่ยวข้องกับงานนี้ (Relevancy) และ (4) หมายเหตุ

³ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ. รายงานวิจัยโครงการศึกษาและจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระยะที่ 1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข: นนทบุรี. พ.ศ.2550.

ตารางที่ 2.1 การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง Purchaser strategies to influence quality of care: from rhetoric to global applications⁴

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
Purchaser ทั่วโลกกำลังถูกกดดันโดยความคาดหวังของประชาชนและสังคมให้รู้ให้มากขึ้นในสิ่งที่เดิมไม่ค่อยจะเคยรู้กันว่าบริการสุขภาพหรือเรียกสั้นๆว่าเป็นสินค้าที่ตนเองซื้อมาให้ประชาชนใช้นั้น ดีหรือไม่ดีอย่างไร นำมาสู่มิติใหม่ๆในการปฏิรูประบบ healthcare และการซื้อบริการในรูปแบบ strategic purchasing ปัจจุบันนี้ Purchaser เป็นกลุ่มที่กำลังมีบทบาทมากต่อประเด็น “คุณภาพ” และ “ความปลอดภัย” ของบริการสุขภาพ ด้วยแนวคิด “การซื้อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ” (Quality-based purchasing) จะทำให้ purchaser สามารถทำให้ provider ต้องหันมาใส่ใจและรับผิดชอบต่อคุณภาพของบริการและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างจริงจัง	(1) Purchaser strategies 1.1. <u>Quality based selective contracting</u> การทำสัญญาจัดเป็นกลไกที่จะทำให้ได้รับบริการทั้งในปริมาณและคุณภาพตามราคา และช่วงเวลาที่กำหนด การทำสัญญาแบบคัดเลือก (selective) เป็นการจำเพาะเจาะจง ดีกรอบเข้ามาสู่ provider ที่มีการปรับปรุงคุณภาพของตน อย่างไรก็ตามเมื่อพูดถึงคำว่าคุณภาพยังมีประเด็นที่ต้องถกเถียงและทำให้กระจ่างอีกมากมาย เพื่อการทำสัญญาที่ชัดเจน ตัวอย่างการทำสัญญาแบบนี้คือ CMS 1.2. <u>Payment differentials based on quality</u> เป็นตรรกะการจ่ายเงินหรือการใช้เงินเพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เพื่อเมื่อมีคุณภาพดีก็ได้เงินมาก และหากคุณภาพด้อยก็ได้เงินน้อย (differential payment) ซึ่งหลักการนี้จำเป็นต้องให้ incentive ด้วย bonus-	● ความพยายามที่จะทำ QuBPA อาจเรียกได้ว่าเป็นการเดินออกจากวิธีปฏิบัติและระบบเดิมที่เรียกว่า “passive purchasing” ไปสู่สิ่งที่เรียกว่า “strategic purchasing” อันเป็น approach ที่ WHO ได้แนะนำไว้เมื่อปี คศ.2000 ● Passive purchasing หมายถึง ระบบการซื้อบริการที่ถูกครอบงำโดยงบประมาณที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า แต่เพียงอย่างเดียว เป็นการทำงานแบบไม่ต้องริเริ่มสร้างสรรค์ ในขณะที่ strategic purchasing ให้ความสำคัญกับความพยายามที่จะทำให้สิ่งที่มีอยู่มีประสิทธิภาพและเพิ่มผลการปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุด เพราะมองว่าที่จริงแล้ว purchaser มีอำนาจอยู่มากพอควรในการควบคุมตลาดในฐานะผู้ถือเงินและผู้	● ในสหรัฐอเมริกา เรื่อง Quality-based purchasing เป็นประเด็นใหญ่ที่ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ได้พยายามขับเคลื่อนตั้งแต่ช่วงต้นปี คศ.2000 โดยเฉพาะช่วงปี 2001-2003 ที่เป็นการระดมความคิดเห็นก่อนการวิเคราะห์สังเคราะห์ประเด็น <u>WHO Definitions</u> ● Purchasing = the process by which pooled funds are paid to providers in order to deliver a specified or unspecified set of health interventions ● Quality = the proper performance of interventions that are known to be safe, that are affordable to the society in question, and have the

⁴ McNamara, P. (2006). Purchaser strategies to influence quality of care: from rhetoric to global applications. Quality and Safety in Health Care.15. p. 171-173

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
ในขณะเดียวกันนี้ บริบทที่สำคัญต่อความราบรื่นของการจัดทำ Quality-based purchasing ก็คงเป็นอะไรไปไม่ได้นอกจาก “Quality Framework” ที่มีทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น	penalty schemes แก่ provider ด้วย และอาจนำไปปรับใช้ได้กับทุก payment system ไม่ว่าจะเป็น:- - Budget transfer - Capitation by person - Capitation by episode of care - Fee for service ตัวอย่างของการใช้ระบบนี้ เช่น Minnesota based health plan จะหยุดจ่ายรพ.ที่ทำให้เกิดแม่เพียง 1 กรณีจาก 27 ประเภทของความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical errors) หรือเรียกว่า “Never events” ที่ถือว่าไม่สามารถให้อภัยได้ เช่น ผ่าตัดผิดคน ลืมเครื่องมือไว้ในร่างกายผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 1.3. <u>Public domain information on comparative provider performance</u> การที่ข้อมูลผลการดำเนินงานของ provider ไม่สามารถเข้าถึงได้โดยง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยผู้ป่วยปัจเจกบุคคล และไม่ค่อยมีการนำมาเปรียบเทียบระหว่างกันในเรื่องของการร้องเรียน อัตราการตาย ความผิดพลาด	จ่ายเงิน ดังนั้นต้องดึงจุดแข็งของตนเองออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์แทนการนั่งเฉย ● เห็นได้ชัดเจนว่า Quality ไม่ว่าจะเป็น medical, technical quality เป็นกรอบสำคัญที่สุดในการกำหนด/ ออกแบบสัญญาหรือข้อกำหนดในการซื้อบริการ ● CMS ซึ่งเป็น purchaser ใหญ่ที่สุดในสหรัฐ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ 44% ของยอดรวมทั้งหมด ใช้สิ่งที่เรียกว่า “Medicare Conditions of Participation” เป็นมาตรฐานในการเลือกว่า provider ใดที่ meet criteria และสามารถเป็นคู่สัญญากันได้ ซึ่งมาตรฐานของ CMS มักเป็นมาตรฐานด้านคุณภาพ อาทิ เช่น การมีพยาบาลประจำ 24 ชม. หรือการมีระบบบำบัดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที (คำถามคือประเทศไทยมีไหม?)	ability to produce an impact on mortality, disability and malnutrition ● Contracting (Taylor, 2003: see p.173) = a purchasing mechanism used to acquire a specified service of a defined quantity and quality at an agreed-on price from a specific provider for a specified period ● สิ่งที่ควรพิจารณาประการหนึ่งคือ รูปแบบสัญญาที่อาจมีได้หลายรูปแบบ ที่การจับคู่ระหว่าง purchaser และ provider แบบต่างๆ 1) public purchaser & private provider 2) public purchaser & public provider 3) private purchaser & private provider 4) private purchaser & public provider

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	ที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับความน่าจะเป็น ทำให้เกิดภาพลวงตาว่าเรื่องคุณภาพไม่ใช่ปัญหาร้ายแรง นอกจากนี้การเปิดเผยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก็เป็นอีกหนึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและ purchaser การเปรียบเทียบข้อมูลทำในระบบของการจัด rating ที่เปิดเผยต่อสาธารณชนผ่านเว็บไซต์ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา Uganda เป็นหนึ่งในตัวอย่างของประเทศที่มีระบบที่เรียกว่า provider specific report cards ซึ่งไม่ค่อยพบที่อื่นนัก	สิ่งที่แฝงอยู่ในประเด็นนี้คือ อำนาจต่อรองของ CMS อยู่ที่มีการมีผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในความดูแล CMS จึงมีเสียงดังสามารถกำหนดและดำเนินการตามมาตรการเหล่านั้นได้ ความสัมพันธ์ระหว่าง purchaser & provider จึงไม่เป็น win-win situation มีกรณีศึกษาของ Medicare organ transplant program ที่ไม่ประสบความสำเร็จและเป็น winners-losers relationship ในกรณีการเป็นคู่สัญญาเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจมี รพ. เพียง 9 แห่งทั่วประเทศที่สามารถทำได้ ตามมาตรฐาน CMS เช่น มี 1 and 2 years actuarial survival rates ● ประเทศไทยประชาชนไม่ค่อยได้รับทราบข้อมูลผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล และไม่สามารถเลือกสถานพยาบาลเองได้ ดังนั้นในระยะแรกของการปฏิรูปอันเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านนี้ purchaser ต้องเข้มแข็ง	● Interpersonal indicators หมายถึง ส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพที่ให้ ความสำคัญกับเรื่องที่ว่าด้วยหรือสิ่งที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของมนุษย์ เช่น ระบบการรับเรื่องร้องเรียน ● รูปแบบ purchasing group ในต่างประเทศมีหน้าที่คล้ายๆ เป็นสหภาพแรงงานที่พิทักษ์ผลประโยชน์ทางสุขภาพให้ประชาชน เช่น Employer Healthcare Alliance ที่เป็นหนึ่งใน employer-owned health care cooperative ในมลรัฐ Wisconsin ที่เป็นตัวแทนนายจ้าง 160 แห่ง ดูแลลูกจ้างมากกว่า 100,000 คน เป็นต้น

ตารางที่ 2.2 การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง The quality of health purchasing⁵

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
ด้วยสิ่งแวดล้อมทางสังคม (เช่น การเปลี่ยนแปลงในระบบคุณค่าและรูปแบบการใช้ชีวิต) และเศรษฐกิจ (ความจำกัดของทรัพยากร) ของโลกปัจจุบันนี้ ไม่อาจปฏิเสธได้ว่า “คุณภาพ” คือหัวใจสำคัญของทุกกิจกรรมไม่ว่าในแง่ใดในระบบบริการสุขภาพ หาก “คุณภาพ” เป็นเป้าหมายของทุกสิ่งก็น่าเชื่อได้ว่าการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพที่ว่าจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่างๆ หากมองในเชิงบริการสุขภาพ การมีบริการที่มีคุณภาพจะช่วยให้เกิด desirable clinical outcomes รวมทั้งการมี patient experiences ที่ดี อย่างไรก็ดี “คุณภาพ” มักมากับค่าใช้จ่าย ประเด็นคือจะทำอย่างไรให้	(1) นิยามของ “คุณภาพของการซื้อบริการ” (A definition of the quality of purchasing) 1.1. มองจากคุณภาพของบริการสุขภาพที่ซื้อแทนประชาชน (Contracted service quality); 1.2. มองจากบริการต่างๆที่ provider ให้โดยตรงต่อสาธารณะและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (Direct service quality); และ 1.3. มองจากคุณภาพเชิงสุขภาพของประชากรโดยรวม (“Population-quality”, which takes account of the quality of a purchaser’s health strategy and their overall impact on health status) <u>ขยายความ</u> 1.1. <u>คุณภาพของบริการที่ซื้อจาก provider</u>	- ข้อเสนอแนะโดยคณะทำงานเกี่ยวกับ QuBPA มีนัยยะที่สำคัญอีกประการหนึ่งนอกเหนือจากที่มีผลกระทบโดยตรงต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง purchasers และ provider ก็คือ คุณภาพของบริการที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง patient และ purchaser เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือผู้ป่วยในปัจจุบันอาศัยความเชื่อถือ (และความไม่รู้) ที่มีต่อ purchaser ให้ช่วยดูแลซื้อบริการที่ดีแทนตนเอง แต่หากผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ดี ก็อาจหมดความเชื่อมั่นใน purchaser ได้ - แต่สำหรับประเทศไทยนั้น ที่เรื่องการซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชนโดย purchaser เป็นบริบทใหม่ มี	- 4 Ps หรือ Stakeholders 4 กลุ่มหลัก ในกระบวนการ healthcare purchasing และกระบวนการสร้างศักยภาพเพื่อลด/ป้องกันปัญหาสุขภาพได้แก่ - Purchaser (purchasing organizations ซึ่งในบริบทของต่างประเทศ employer มีบทบาทสำคัญ แตกต่างจากบ้านเรา) - Provider - Patient - Public เช่น local community - คุณภาพของบริการสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง 2 ฝ่าย คือ purchaser และ provider แต่คุณภาพของ population health นั้นเป็นความรับผิดชอบ

⁵

Ovretveit, J. (2003). The quality of health purchasing . International Journal of Health Care Quality Assurance. 16/3. p.116-127

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
คุณภาพที่ดีเริ่มตั้งแต่การออกแบบการซื้อบริการ (purchasing)	แทนประชาชน (contracted service quality) จะมีมากน้อยอย่างไรนั้นอาจสะท้อนได้จากกระบวนการหรือขั้นตอนต่างๆที่ถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของ Purchaserที่มีต่อประชาชน ดังต่อไปนี้เริ่มจาก ● การคัดเลือกจนไปถึงการตัดสินใจที่จะซื้อบริการ (Selecting and deciding to contract a service) โดยหลักแล้ว purchaser ควรดูที่ระบบและการปฏิบัติงานด้านคุณภาพของ provider ● การเจรจาเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันว่าจะซื้อบริการในรูปแบบใด อย่างไร (Negotiating and agreeing the contract) ฝ่าย purchaser มีหน้าที่ต้องระบุให้ชัดเจนถึงความต้องการเชิงคุณภาพของบริการ ซึ่งรวมถึงประเด็นของการเข้าถึงและความพร้อมของบริการ ทั้งหลายทั้งปวงนี้ต้องตกลงกันให้แน่ชัดว่าใครจะเป็นผู้เก็บข้อมูลด้านใดบ้าง	ข้อสังเกตว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่ความใหม่เช่นนี้ประกอบกับความซับซ้อนของการออกแบบระบบ ประชาชนจึงยังขาดความรู้ความเข้าใจที่มากพอ และประชาชนยัง operate ความคิดในระบบเดิมๆ กล่าวคือ วางความคาดหวังทั้งหมดไว้ที่ฝั่ง provider ในขณะที่เขาแทบจะไม่เห็นภาพและบทบาทของ purchaser เลย ความสัมพันธ์เช่นนี้อาจทำให้ขาดสมดุลเชิงระบบในการบริหารจัดการ เพราะทำให้เกิดภาวะ overburden ต่อฝั่ง providers ซึ่งผู้ช่วยคุ้นเคยและ อาจทำให้ฝั่ง purchaser ไม่ตระหนักถึงแรงบีบคั้นและความรับผิดชอบต่อสังคม ที่ต้องจัด QuBPA ● การออกแบบระบบ QuBA ต้องให้ความสำคัญกับ Health determinants อื่นนอกเหนือจาก healthcare services ซึ่งได้แก่	ของทุกฝ่าย - ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพของการซื้อบริการหรือบริการใดก็แล้วแต่ หัวใจสำคัญนั้นอยู่ที่เรื่องของ timeliness, accuracy และการได้รับบริการตามที่ได้ตกลงกันไว้ ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถวัดผ่านการมีระบบการประกันและรับรองคุณภาพที่ดี - ด้วยทฤษฎีที่เชื่อว่ากระบวนการคุณภาพด้านต่างๆจะเกิดผลลัพธ์ของมีสุขภาวะที่ดีของประชากร อาจทำให้ purchaser และ provider ให้ความสนใจกับการออกแบบเชิงระบบที่จะกำกับและพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอย่างจริงจัง แต่บทความนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยภายนอกระบบสุขภาพที่จะมีผลต่อสุขภาพของประชากรและเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการรณรงค์โดย purchaser ควบคู่ไปกับการคำนึงคุณภาพในระบบ เพื่อให้เกิด “รายละเอียด” ที่สนับสนุนกระบวนการหลักๆของการซื้อบริการอย่างมีคุณภาพ อาทิ เช่น

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	● การตรวจตราดูแลการปฏิบัติตามสัญญา (monitoring the contract) แน่นอนว่าเมื่อ 2 ฝ่ายได้ตกลงกันแล้วสิ่งที่คาดหวังตามมาคือ provider ต้องส่งรายงานด้านคุณภาพในการปฏิบัติงานของตน ฝ่าย purchaser เมื่อได้รับรายงานก็ต้องตรวจสอบความตรง (validity) ของรายงาน หากพบประเด็นใดที่มีผลการปฏิบัติงานเชิงคุณภาพไม่เป็นที่น่าพอใจก็สมควรต้องมีการทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อปรับปรุง นอกเหนือจากรายงานนี้ purchaser ควรต้องเปิดรับการร้องเรียนจากผู้ใช้บริการและทำการสำรวจความพึงพอใจไปพร้อมๆ กันด้วย ● การทบทวนเพื่อต่อสัญญา (reviewing the contract) จากขั้นตอนก่อนหน้าที่ได้มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานด้านคุณภาพทำให้มองเห็นประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุงและระบุไว้เพื่อขอเปลี่ยนแปลง	วัฒนธรรม วิถีชีวิต นโยบาย ฯลฯ โดยมองว่า healthcare services แม้จะเป็นหนึ่งใน health determinants ก็เป็นสิ่งที่น่าจะเป็นผลผลิตของการประเมิน determinants อื่นๆ ก่อน เช่น สังเคราะห์ระบบวัฒนธรรมความเชื่อ และนโยบายในระดับมหภาคและจุลภาคในภาคส่วนต่างๆ แล้วจึงบูรณาการสิ่งเหล่านี้เข้ากับกิจกรรมการซื้อบริการที่มีคุณภาพ น่าจะเป็นทางเลือกที่ได้อย่างหนึ่ง ● สิ่งหนึ่งที่บทความนี้ให้ความสำคัญแบบอ้อมๆ แต่สอดคล้องกับบทความอื่น ก็คือ การประเมินความต้องการ (need assessments) ก่อนการทำสัญญาซื้อบริการซึ่งโดยนัยยะกว้างๆ ก็คือ การศึกษาหาข้อมูลโดยละเอียดและสุ่มเลือกแบบที่อ้างอิงกับผู้ที่ต้องได้รับผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่งจากระบบบริการสุขภาพ ต้องพิจารณาให้ดีว่า stakeholders มี	● เรื่องของการจะอย่างไรให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการทำงาน เพราะจะทำให้คนที่ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นหรือโดยเหตุที่ป้องกันได้ (to reduce avoidable mortality and morbidity) ● เรื่องการใช้ระบบเสริมหรือกลยุทธอื่นที่มีเป้าหมายเพื่อให้คนที่ควรได้รับการดูแลได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทันทั่วถึง เช่น ระบบจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังของผู้รับบริการ การกำหนดเวลาของการบริการ การจัดบริการที่กระจายตัว และตอบสนองต่อวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตของประชาชน - แม้ระบบตลาดจะมีกลไกของมันในการกำหนดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการริเริ่มและพัฒนากระบวนการคุณภาพในมิติต่างๆ แต่ประเด็นเกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือแทนการมุ่งแข่งขันก็เป็นอีก approach หนึ่งของ

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	หรือทบทวนการต่อสัญญาในโอกาสที่จะมาถึง 1.2. คุณภาพของบริการด้านอื่นที่เป็นหน้าที่โดยตรงของ purchaser (direct service quality) แม้ purchaser มีหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชนเป็นหลักที่แยกออกมาพิจารณา แต่ถึงกระนั้น purchaser ก็ยังมีหน้าที่โดยตรงอื่นๆ ทั้งต่อประชาชนและต่อ provider ด้วย หน้าที่เหล่านั้นได้แก่ ● หน้าที่ต่อประชาชน: การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เช่นเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม และเรื่องของความพึงพอใจที่สาธารณชนมีต่อการซื้อบริการแทน ● หน้าที่ต่อ provider: หลักๆอยู่ที่การจ่ายเงิน และการให้ข้อมูลและคำแนะนำเพื่อไขข้อสงสัยและตอบสนองต่อข้อร้องเรียนจาก provider อย่างไรก็ตาม คงปฏิเสธได้ยากว่าการจะทำได้ตามนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากเกิดขึ้น	ฝ่าย แต่ละฝ่ายมี needs อย่างไร เพราะ needs ในที่นี้อาจเป็น need ที่มาก่อน need ในทางสุขภาพ เช่น ประชาชนมี need อะไรที่ต้อง comply และท้ายที่สุดส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ระบบความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการสุขภาพในสังคมไทย เป็นอย่างไร เป็นต้น ● สิ่งสำคัญในกระบวนการว่าด้วยคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นการ accredit หรือการ monitor ไม่ได้สำคัญที่เรามี indicators หรือ regulations อย่างไรเพียงเท่านั้น เพราะสิ่งเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา ที่ท้าทายมากกว่านั้นอยู่ที่จะทำอย่างไรให้กระบวนการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ TQM ซึ่งช่วยให้ providers สามารถบูรณาการ quality initiatives ที่มีอยู่อย่างหลากหลายเข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพคุ้มค่า	market management ที่น่าจะส่งผลดีต่อกระบวนการคุณภาพ - ตัวอย่างที่ระบุในบทความชี้ให้เห็นว่าคำว่าคุณภาพ เป็นคำที่มีความหมายและขอบเขตต่างกันไปตาม stakeholders แต่ไม่ค่อยมีการถกกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ตรงกันว่า คุณภาพในความหมายที่ต้องการและจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องเข้าใจตรงกันนั้นหมายถึงอะไร เช่น purchaser ก็มักวัดคุณภาพจากการให้บริการของ provider และ medical outcome ข้าง provider ก็มองคุณภาพเฉพาะในกรอบของสัญญาที่กำหนด เช่น เรื่อง waiting-times

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	ตามมา ขณะที่เงินมีจำกัดจึงเป็นความกดดันให้ purchaser ใช้กลยุทธ์ที่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ วิธีการที่นำมาใช้คือการ contract out บริการที่เป็น direct service เช่นเรื่อง claim และ payment 1.3. <u>คุณภาพเชิงสุขภาวะของประชากร (Population-quality)</u> คุณภาพในมิตินี้เป็นความหมายที่กว้างมากและกินความหมายรวมทั้งผลของทั้ง contracted service quality & direct service quality ด้วยเหตุที่ว่า การซื้อบริการอย่างมีคุณภาพและการให้บริการอย่างมีคุณภาพจากฝั่ง purchaser จะเกิดคุณภาพในกระบวนการซื้อบริการ เพราะ ● อาจมีคนจำนวนหนึ่งในระบบที่ไม่ได้รับบริการสุขภาพทั้งที่เขาเหล่านั้นเป็นผู้ที่ควรได้รับบริการมากกว่าคนกลุ่มที่ได้รับบริการ ● อาจมีคนจำนวนหนึ่งที่ในขณะนี้ยังไม่มีความต้องการและความจำเป็นที่จะใช้บริการด้านสุขภาพ แต่คนกลุ่มนี้จะ	● บทความนี้ได้รับถึง 4 concepts เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพที่ต้องไปด้วยกัน คือ attitude, culture, systems และ procedures ส่วนที่เสริมมาจากการประมวลใจความคือ knowledge อันเป็นสิ่งที่ต้องสร้างและเผยแพร่ ● การมีรูปแบบสัญญาที่หลากหลาย (different types of contract design) ที่มีความแตกต่างในระบบการจ่ายเงิน (payment systems) ที่ตกลงกันระหว่าง purchaser & provider เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแรงจูงใจหรืออุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ ● ข้อควรระวังอันเป็นผลพวงจากการมองคุณภาพด้วยมุมมองที่แตกต่างคือ purchaser มักกำหนดรายละเอียดของคุณภาพในลักษณะที่เรียกว่า overly-prescriptive แต่ข้อเสนอแนะต่อที่มีในบทความนี้และ	

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	ต้องการใช้บริการอย่างแน่นอนในวันหนึ่งข้างหน้าหากไม่มีระบบหรือมาตรการหรืออื่นๆ ที่ช่วยปกป้องพวกเขา เช่น ระบบหรือมาตรการณรงค์ด้านความปลอดภัยในที่ทำงานเพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือมาตรการเพื่อรักษาสีงแวดล้อม ข้อเท็จจริงเหล่านี้ทำให้ในความเป็นจริงแล้วสุขภาพของประชาชนโดยรวมมีปัญหา ซึ่งนี้อาจใช้เป็นดัชนีชี้วัดข้อหนึ่งของคุณภาพการซื้อบริการ (2) <u>ในการซื้อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (purchasing quality health services) ต้องเริ่มที่การทำ need assessments และต้องประเมินสิ่งแวดล้อมของการแข่งขัน เป็นบริบทที่กำหนดโครงสร้างของตลาด และนำไปสู่การออกแบบ-ทำสัญญาเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพแทนประชาชน อาจเรียกได้ว่าเป็นการบริการกลไกของตลาด เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหรือมีแรงจูงใจเพียงพอที่จะกระตุ้นระบบคุณภาพให้เกิดขึ้นได้</u>	มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับ purchasing quality คือ purchaser ควรให้น้ำหนักกับ provider ที่มีระบบคุณภาพที่เหมาะสม เช่น มี medical audit ที่ตามด้วยระบบติดตาม และมีการเก็บข้อมูลด้านคุณภาพที่สามารถเรียกออกมาดูได้ ไม่ใช่การกำหนดรายละเอียด จำพวก medical standards จนเป็นภาระในการติดตามมากเกินไป ● ดังนั้นบทบาทของ purchaser ในการซื้อบริการอย่างมีคุณภาพแทนประชาชนนั้นน่าจะอยู่ที่การทำความเข้าใจและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบคุณภาพที่มีอยู่หลากหลาย เพื่อที่จะสามารถประเมินได้อย่างถูกต้องว่าระบบใดเหมาะสมกับ provider แบบใด หน้าที่ในการกำหนดกรอบและระบบคุณภาพส่วนใหญ่ควรเป็นบทบาทที่ provider ต้องทำเพื่อการอยู่รอดและการแข่งขัน	

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	เมื่อพูดถึงสิ่งแวดล้อมของการแข่งขัน ต้องพิจารณา 3 ประเด็นคือ 1) จำนวน purchaser และประเภท-ลักษณะของการแข่งขันที่เกิดขึ้นในกลุ่ม 2) จำนวน provider และประเภท-ลักษณะของการแข่งขันที่เกิดขึ้นในกลุ่ม 3) ข้อกำหนด-ข้อบังคับ และบทบาทและความเข้มแข็งขององค์กรที่มีหน้าที่เพื่อการนี้ ในหลายประเทศแถบยุโรป พบว่าโครงสร้างของตลาดและการแข่งขันนั้นทำให้เกิดบรรยากาศที่ไม่เอื้อต่อการแข่งขันด้านคุณภาพ เช่น การมีหลายองค์กรที่ต่างก็มีระบบคุณภาพของตนเอง และความไม่ใส่ใจของประชาชนที่จะเปิดรับข้อมูลด้านคุณภาพหรือการให้ข้อมูลประชาชนไม่เพียงพอ ในสหรัฐ หลายมลรัฐ provider แข่งขันกันเพื่อคุณภาพมากพอๆกับแข่งขันกันลด	ของตัวเองอยู่แล้ว หากเป็นเช่นนั้นแล้ว คำถามสำคัญที่ purchaser ต้องหาคำตอบคือ 1) กรณีที่การทำ quality audit และ provider ได้รับการตรวจประเมินว่ามีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์อย่างไรกับคุณภาพในระดับการบริการ 2) ระบบคุณภาพแบบใดเหมาะสมเป็นกรณีเฉพาะกับบริการรูปแบบต่างๆ 3) อะไรคือปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังแรงจูงใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ 4) เป็นไปได้มากแค่ไหนที่ประสบการณ์และข้อมูลจากระบบ audit จะถูกนำมาใช้เพื่อบอกว่าสิ่งใดมีผลต่อคุณภาพการบริการ หรือ 5) รูปแบบใดที่มีความคุ้มค่าคุ้มราคามากที่สุด 6) และเมื่อได้มีการทำสัญญาซื้อบริการแล้ว ระบบตรวจประเมินยัง	

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้อาจอธิบายได้โดยบริบทที่ state regulation มีบทบาทอย่างสูงในการบังคับให้มี publication of hospital and physician case-adjusted outcome data (3) <u>แนวทางปฏิบัติเพื่อการซื้อบริการอย่างมีคุณภาพ</u> ด้วยบริบทของเวลาและทรัพยากรที่มีจำกัด และระบบคุณภาพที่มีและใช้อย่างหลากหลายและบ่อยครั้งก็ไม่มีข้อพิสูจน์ที่แน่ชัดว่าช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้น purchaser ต้องอาศัยรู้จักเลือกดูและพร้อมๆกันก็สร้างความร่วมมือกับ purchaser เจ้าอื่น เพื่อประเมินและพัฒนาคุณภาพ เรียกว่าระบบ “Shared audit” ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 3.1. กำหนดกรอบ/ นโยบายเพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตของบริการที่ต้องทำการประเมินคุณภาพ การจะทำเช่นนั้นต้องมีโอกาสที่ชัดเจนว่าทำไมจึงให้ความสนใจกับการประเมินคุณภาพของบริการนั้นๆ เช่น	จะมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพในส่วนที่ยังมีความบกพร่องอยู่หรือไม่	

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	เกณฑ์ความกังวลของ GP หรือ ความมี ปัญหาของบริการนั้นๆที่รับรู้กันทั่วไป หรือ เป็นความสนใจของฝั่ง provider, ความ ร่วมมือ หรือ โอกาสที่จะพัฒนาคุณภาพใน อนาคต เป็นต้น 3.2. กำหนดตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น สำหรับแต่ละ specialty 3.3. ออกแบบวิธี (methods) ที่จะทำงานกับ แต่ละ specialty โดยใช้แนวทาง Shared- audit ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพจาก มุมมองของ ผู้ป่วย (patient quality) ผู้เชี่ยวชาญ (professional quality) และ ผู้บริหาร (management quality) 3.4. ทำงานร่วมกันเพื่อประเมินสถานการณ์ ด้านคุณภาพของ provider และทำการ เปรียบเทียบระหว่าง provider เพื่อกำหนด quality measurement & improvement systems 3.5. ได้ Action plan ที่พร้อมสำหรับการ พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพที่มีเป้าหมาย ชัดเจน		

Purchasing for Quality: Key Points

- **บทบาทของ purchaser:** การซื้อบริการอย่างมีคุณภาพเริ่มต้นจากการที่ purchasing organisations เองให้บริการโดยตรงที่มีคุณภาพ (direct service quality) แก่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากการจัดหาและทำสัญญากับ provider เพื่อให้มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (contracted service quality)
- **ความสำคัญของระบบและกระบวนการด้านคุณภาพ:** วิธีการใหม่ ๆ ด้าน “คุณภาพ” ช่วยให้ purchaser สามารถมองเห็นสิ่งที่เป็นความต้องการที่หลากหลายและบ่อยครั้งก็ขัดแย้งกันของผู้ใช้บริการ (customer) และสามารถนำไปสู่การปรับปรุงบริการของตนเอง
- **การบริหารจัดการระบบตลาดอย่างเหมาะสม:** แรงกดดันที่จะลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับการพัฒนาคุณภาพ แต่ไม่ควรให้ต้นทุนเป็นทั้งหมดในการควบคุมกลไกตลาด ซึ่งจะทำให้เช่นนี้ได้ก็ต่อเมื่อ purchaser ใช้กลยุทธ์อื่นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการสร้างคุณภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น
- **ความหมายและเกณฑ์ที่ว่าด้วยคุณภาพ:** ต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนถึงความหมาย ขอบเขต อะไรรวมหรือไม่รวมอยู่ในระบบคุณภาพ และจะวัดเกณฑ์เหล่านี้ได้อย่างไร
- **หน้าที่ของ purchaser ต่อระบบคุณภาพ:** purchaser ควรเป็นผู้ที่รู้จักระบบคุณภาพที่มีอยู่อย่างมากมายหลากหลายเป็นอย่างดี โดยไม่ใช่ผู้ที่กำหนดมาตรฐานหรือรายละเอียดของการดำเนินงานด้านคุณภาพเสียเอง แต่ด้วยความรู้ที่มีจะสามารถประเมินความเหมาะสมของ provider ที่มีระบบคุณภาพแตกต่างกันได้ ฝ่าย provider ควรรับผิดชอบมากกว่าต่อการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ เพราะเป็นการตัดสินใจของความอยู่รอดของ provider เอง
- **กระบวนการสำคัญที่ถูกลืม:** กระบวนการคุณภาพที่เริ่มตั้งแต่การกำหนดมาตรฐานที่จำเป็น การวัด การเก็บข้อมูล และจบลงที่ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อปรับปรุงจุดที่มีข้อบกพร่อง แต่ขั้นตอนหลังสุดนี้มักถูกละเลย
- **จุดเน้นในการออกแบบสัญญา:** สิ่งที่ลืมไม่ได้ในการทำสัญญาซื้อบริการคือการทำอะไรให้ provider มีแรงจูงใจมากขึ้นที่จะพัฒนาคุณภาพ
- **เป้าหมายสูงสุดของคุณภาพ:** “Medical quality” เป็นเป้าหมายสูงสุด และเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชนที่จะต้องซื้อบริการที่ให้ความมั่นใจในจุดนี้

Purchasing for Quality – Ways forward for purchasers

- (1) กำหนดนิยาม “คุณภาพ” จากนั้นพัฒนานโยบายด้านคุณภาพ
 - 1.1. “คุณภาพ” ของ purchaser: ระบุให้ชัดเจนว่าหมายถึงสิ่งใดในการพูดถึง “คุณภาพ” ที่ดีและการด้อยคุณภาพในการซื้อบริการและการให้บริการตรง เพื่อสามารถกำหนดมาตรฐานและวิธีการวัดคุณภาพได้
 - 1.2. “คุณภาพ” ของ provider: purchaser ควรมีกรอบในการพิจารณาว่าคุณภาพในบริบทนี้ควรกินความในขอบเขตแค่ไหน พิจารณาประเด็นใดบ้าง เช่น ทางเลือก ความเท่าเทียม ฯลฯ
 - 1.3. หาและปรับสมดุลระหว่างต้นทุนและคุณภาพ
- (2) มีบทบาทในการกำหนดโครงสร้าง/ กลไกตลาดที่เอื้อต่อการสร้างคุณภาพ ผ่านการจำลองสถานการณ์โดยอาศัยข้อมูลด้านคุณภาพจาก provider
 - 2.1. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ (service quality)
 - 2.2. ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมคุณภาพที่ดำเนินการอยู่ ณ ปัจจุบัน
 - 2.3. ข้อมูลเกี่ยวกับระบบคุณภาพ (quality system) ที่ใช้อยู่
 - 2.4. จากนั้นประเมินสถานการณ์เพื่อการเลือกหรือการปรับสัญญาการซื้อบริการให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- (3) สร้างระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่าง purchaser & provider ในกรณีที่ตัวเลือกของ provider มีไม่มากนัก การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่เอื้อประโยชน์ต่อกันเป็นแนวทางที่น่าจะเป็นประโยชน์อย่างมาก
 - 3.1. ออกแบบสัญญาให้เพิ่มแรงจูงใจให้ provider พัฒนาคุณภาพ
 - 3.2. หาข้อมูลด้านความต้องการหรือข้อกังวลของ provider อื่นที่มีต่อประเด็นคุณภาพ ผ่านการปรึกษาหารือกับ purchaser อื่น
 - 3.3. ปรับมุมมองจากการที่ purchaser ต้องเล่นบทบาทของการกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพไปสู่การเป็นผู้ตรวจประเมินความเหมาะสมของระบบคุณภาพที่ provider ใช้อยู่ แทนด้วยระบบ audit
 - 3.4. ให้ความสนใจกับ medical quality โดยต้องเปิดรับและเก็บรวบรวมข้อมูล และพิสูจน์ในสิ่งที่พบความบกพร่อง

Purchaser Policies to Improve Medical Quality/ Outcome

แนะนำสำหรับรูปแบบการรักษาและบริการเฉพาะบางประเภท หรือสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิ

- 1) ต้องมีหลักประกันว่าแพทย์ใช้ระบบตรวจประเมิน (auditing) หรือระบบประกันคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 2) การตรวจประเมินต้องทำตามแนวทางปฏิบัติ (guidelines) ที่กำหนดไว้
 - 3) ต้องนำข้อมูลผลลัพธ์ (outcome data) มาใช้ในการตรวจประเมิน
 - 4) Provider ต้องมีส่วนร่วมในการสร้างระบบตรวจประเมินระดับชาติและระดับภูมิภาค (regional audits)
 - 5) ข้อมูลที่ได้จากการตรวจประเมินต่างที่กันต้องสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้
 - 6) ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าข้อมูลผลลัพธ์แบบใดบ้างที่ต้องทำการเก็บ (เช่น ข้อมูลด้าน poor quality)
 - 7) Provider ต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลผลลัพธ์กับ purchaser
 - 8) ต้องระบุไว้ให้ชัดเจนในสัญญาถึงมาตรฐานของผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา
 - 9) หน้าที่สำคัญของ purchaser คือ การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาโดยทั่วไปให้ทั้ง GPs และผู้ป่วย หรือ อะไรคือสิ่งที่ต้องถาม provider เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา และ/หรือการประชาสัมพันธ์-เผยแพร่ข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้จาก provider ให้ได้รับทราบ
-

Monitoring Quality

หน้าที่และกลไกในการตรวจตราคุณภาพของ purchaser นั้นมีหลายระดับและหลายรูปแบบ

1) ตรวจตราตนเอง (First-hand: Purchaser-Direct)

- ดูกระบวนการและระบบต่างๆของ provider ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษา

2) ตรวจตรา provider (Second-hand: Of provider's quality system records or other records)

- ให้แน่ใจว่า provider มีระบบในการดูแลคุณภาพ
- ประเมินความเหมาะสมและความคุ้มค่าของระบบที่ provider ใช้
- ให้แน่ใจว่าระบบนั้นทำงานไปในทางที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ purchaser ต้องการ เช่น เรื่อง medical quality
- ให้แน่ใจว่าระบบนั้นมีความตรง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability) และความถูกต้องแม่นยำ (accuracy)

3) อาศัยผู้อื่นตรวจตราและประเมินเรา (Third-hand: External Body Assessments)

- เป็นผู้ตรวจประเมินที่ purchaser หรือ provider ขอให้ช่วยประเมิน
- เป็นระบบที่อิสระ

4) อาศัยระบบตรวจสอบ (External Assessors/ Regulators of Quality or of Aspects of Quality)

- Community health council , Local authority inspection, National Audit Office
- Nursing home registration
- Market research (patients, staff), safety; hygiene
- Professional: registration, accreditation for training, disciplinary bodies
- Audit Purchase, Organisational Audit
- Patients Charter
- Ombudsman; of Quality Systems: ISO 9000; Joint Commission and others

ตารางที่ 2.3 การทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการเรื่อง Contracting for Palliative Care⁶

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
ในช่วงปี 1990s เป็นเวลาของการปรับโครงสร้างของ NHS (รวมไปถึงทั่วโลกที่กำลังพูดถึง “Healthcare reforms”) ที่เดิมใช้ demand และมุมมองของฝั่ง service providers เป็นตัวขับเคลื่อนระบบ มาสู่การจัดบริการในรูปแบบที่เอาความต้องการของ service users (need-led approach) เป็นตัวตั้งโดยมี independent authorities รับหน้าที่ซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชนในพื้นที่ และมีความพยายามที่จะ separate out บทบาทของ purchasers and providers ทั้งหมดเป็นไปเพื่อเป้าหมายของการมีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ Quality of healthcare ประกอบไปด้วยมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (p.1195) 1) effectiveness	(1) ด้วยบริบทเช่นที่ว่มานี้ โดยเฉพาะการแยก purchaser/provider ในปี 1991 ส่งผลให้หน่วยงานในระดับพื้นที่เช่น District Health Authorities (DHAs), Family Health Services Authorities (FHSAs) และ Social Service Departments (SSDs) กลายเป็น purchaser ซึ่งต้องจัดการซื้อบริการสุขภาพให้คนในพื้นที่ผ่านการจัดสรรงบประมาณแบบ per capita basis และก่อนการซื้อบริการต้องมีหน้าที่โดยตรงต่อไปนี้โดยเรียกว่า “Purchasing cycle”:- 1) <u>Carrying out need assessment</u>: ใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ได้แก่ population based, epidemiological and demographic) และเชิงคุณภาพ ได้แก่ มุมมองของทั้ง service users, providers และ key-stakeholders อื่นๆ และที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้นคือการทำ comparative data	- Paper นี้มีบริบทของการซื้อบริการคล้ายกับประเทศไทย - แม้ paper นี้จะกล่าวถึง palliative care เพราะมีความซับซ้อนและน่าสนใจสูง 1) มีธรรมชาติของการดูแลที่บีบคั้นทางอารมณ์ ซึ่งโดยมากญาติและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย รวมไปถึง carers ทั้งแบบ paid and unpaid ต้องการการดูแลด้วย 2) การให้การดูแลมีขอบเขตกว้างไกล เริ่มตั้งแต่การรักษา การควบคุมอาการและความเจ็บปวด (clinical specialty) และด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งความช่วยเหลือทางสังคมและอื่นๆที่ผู้ป่วยต้องการ (social and practical assistance) 3) ต้องประเมินทั้ง physical, psychological, social and material needs 4) Setting ของการดูแลเกิดได้ทั้งใน	- หัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพในประเทศอังกฤษคือ quality assurance, consumer choice, value for money ทั้งหมดต้องมีประชาชนเป็นองค์ประกอบ เป็นเครื่องสะท้อนว่าท้ายที่สุดแล้วประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง - แนวคิด Healthcare reforms เปิดมิติใหม่ให้การจัดการบริการสุขภาพมองตำแหน่งแห่งที่ของตนเองในระบบสังคมและระบบตลาด มีคำศัพท์มากมายที่เกิดขึ้นและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางและติดตลาด เช่น managed competition, internal markets, purchaser/provider separation, diversification of supply to include the voluntary and private sectors, health gain, regulation and consumerism

⁶ Clark, D., et al. (1995), Contracting for Palliative Care. Social Science and Medicine Vol.40, No.9 pp.1193-1202

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
2) acceptability and humanity 3) equity and accessibility (available to all) 4) efficiency (the avoidance of waste) 5) appropriateness - เมื่อเข้าสู่กระบวนการของการปฏิรูปเช่นนี้ ประเทศอังกฤษก็ประสบกับความท้าทาย เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยว่าด้วย “Conflicting pictures of the reforms” ซึ่งหมายถึงการพยายามสร้างสมดุลระหว่าง 1) <u>quality provision</u> = ระบบที่มีผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางของการคิดวางแผนและบริหารจัดการ 2) <u>Efficiency saving</u> = ระบบที่มีประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรที่มีจำกัดและมีแนวโน้มว่าจะมีน้อยลงเรื่อยๆ จนเป็นปัญหาว่าจะให้อะไรใครก่อนระหว่างคนที่มีความจำเป็นเท่าๆกัน เป็นต้น	ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง different types of providers หรือระหว่าง districts หรือ regions รวมไปถึงการใช้ประโยชน์จากการวิจัยและฐานข้อมูลระดับชาติ ในบริบทของอังกฤษ needs ถูกนิยามให้แค่ว่า “the population’s ability to benefit from specific services relating to specific problems” (p.1197) นิยามเช่นนี้มีนัยยะ 2 ประเด็น * needs ไม่สามารถแยกออกได้จากการให้บริการ (service provision) * บริการที่จัดให้แก่ประชาชนต้องเป็นสิ่งที่ประชาชนได้ประโยชน์ นั่นหมายความว่าต้องมียุทธศาสตร์ (outcome) ที่ได้จากการบริการสุขภาพ การทำ need assessments ไม่มีรูปแบบและขั้นตอนที่ตายตัว แต่ที่เสนอแนะคือการใช้ตัวแบบผสมผสานในการรวบรวมข้อมูลให้มากที่สุด เช่นนี้ท้ายที่สุดจะได้ strategic plans ที่ประกอบไปด้วยแผนงานด้านต่างๆ และสิ่งต่างๆที่ได้จากกระบวนการนี้จะถูกนำไปใช้เป็นจุดเริ่มต้นเพื่อการหารือกับ	โรงพยาบาล, Hospices, nursing home, residential units, หรือแม้แต่ที่บ้านผู้ป่วยเอง (care setting) อย่างไรก็ตาม แม้จะเป็นบริบทที่เฉพาะ แต่ข้อค้นพบหรือ initiatives ต่างๆ ที่ได้จากบทความนี้อาจนำไปขยายผลได้กับบริการสุขภาพเป็น healthcare specialty และแบบที่เน้นบูรณาการของบริการสุขภาพที่หลากหลาย มุ่งให้เกิดการดูแลแบบสหสาขา - อีกประเด็นที่น่าสนใจและอาจตอบคำถามว่าเราควรใช้ระบบใดในการจัด priority ของ disease management (เดิมที่เคยคุยในที่ประชุมและ review การทำ National Service Framework ของ NHS คราวๆ แต่หาคำตอบที่แน่ชัดไม่ได้ ได้แต่สันนิษฐานว่า NSF น่าจะถูกกำหนดโดยหลักของการเป็นโรคชนิดเรื้อรัง และกำหนดโดยกลุ่มที่มีความต้องการที่เฉพาะ เช่น เด็ก mental health และคนชรา เป็นต้น) แต่ใน paper นี้พบข้อเสนอแนะให้ผสมผสาน 3 แนวทางใน	- การให้บริการทางสุขภาพถูกมองเป็นมิติหนึ่งของการให้บริการเชิงสังคม - หน่วยงานระดับพื้นที่ได้รับการกระจายอำนาจให้มีหน้าที่ตรงต่อการจัดซื้อบริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น แต่การกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับพื้นที่ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพอันดับแรกต้องจัดทำ “community profile of needs” ซึ่งเป็นข้อมูลที่ต้อค่อยๆสร้างขึ้น และแม้แต่ในอังกฤษเองก็ระบุว่าในหลายๆพื้นที่ข้อมูลเชิงพื้นที่ก็ล้าหลัง อย่างไรก็ตามหากไม่มี community profile of need แล้วกลไกการซื้อบริการก็จะขึ้นกับ existing levels and volumes of service provision - การทำ need assessment จุดสำคัญอันดับแรกๆอยู่ที่การนิยามและต่อมาคือการวัด needs เหล่านั้น ทั้งหมดจะมีผลเชื่อมโยงหรือมีนัยยะเชิงนโยบายทั้งสิ้น ใน paper เองก็ address ความยากของขั้นตอนการกำหนดนิยาม (conceptual

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) <u>determining purchasing strategy</u> และจัดทำ health/ community care plans 3) <u>determining service specification</u> หรือ setting overall strategies, priorities and targets for service development ซึ่งควรให้รายละเอียดเชิงวัตถุประสงค์ของบริการนั้นๆ รวมไปถึงปรัชญาของการจัดบริการ รายละเอียดว่าด้วยองค์ประกอบของบริการแต่ละประเภทแต่ไม่ควรเป็นรายละเอียดว่าจะให้บริการอย่างไร? และมาตรการในการควบคุมตรวจสอบบริการ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นภาพของกิจกรรมที่จะต้องจัดให้เกิดขึ้นตามกำหนดเวลาช่วงต่างๆ ทั้งหมดจะสร้างมาตรฐานและความชัดเจนสำหรับทุกฝ่าย โดยเฉพาะ providers 4) <u>contracting for services</u> (selecting providers from across the statutory and independent sectors, let contracts) เป็น	การทำ need assessment ได้แก่ 1) the epidemiological approach เน้นการสำรวจข้อมูลทางระบาดและมักจะสะท้อนความขาดแคลนในระดับพื้นที่ (shortcomings in the domiciliary support) 2) the comparative approach และ 3) the corporate approach (eliciting and aggregating the perspectives of a range of stake-holders in a service: purchasers, providers, service users and community perspectives which may reveal unmet need) ซึ่งจะต้องมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้ามาประกอบการพิจารณา เรียกว่าเป็นการทำ “systematic and aggregate need assessments” ซึ่งเป็นงานที่ยากลำบากมาก เพราะสำหรับคนบางคน/บางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่ม palliative care นั้น จุดเน้นไม่ได้อยู่ที่ผลลัพธ์ของการรักษา เช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ เพราะท้ายสุดก็คือการเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นาน (โดยทั่วไปกลุ่มที่แพทย์ประเมินว่า	difficulties) เช่น คำว่า needs นี้จะกินความกว้างแค่ไหน หากใช้นิยามแบบ “caterogorical needs” หรือ needs ที่เป็นพื้นฐานสำคัญของการมีชีวิต มีความสุข และมีสุขภาวะนั้น (p.1197) จะกว้างเกินกว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย ในเชิงนโยบายแล้วสิ่งที่มีความหมายเทียบเคียงกับ needs คือ priority ในบริบทของการมีทรัพยากรที่จำกัด เช่น ใครควรได้อะไรก่อน-หลัง ดังนั้นการนิยามหรือกำหนดว่าสิ่งใดเป็น needs หรือ priority จึงไม่อาจตายตัวหรือจัดประเภทได้ แต่เป็นภาวะสัมพัทธ์ ที่อ้างอิงกับบริบท ไม่ตายตัว สามารถปรับเปลี่ยนแปลง หรือสลับที่กับสิ่งอื่นๆ ได้เสมอ - การทำ need assessments ทั้ง 3 approaches มักใช้เครื่องมือผสมผสานกัน อาทิ การทำสำรวจ การทบทวนวรรณกรรม การใช้ข้อมูลทุติยภูมิจำพวกสถิติต่างๆ และที่ขาดไม่ได้คือการทำ consultation ร่วมกับ providers และ service users ต่างกลุ่ม

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	การเปลี่ยนแผนยุทธศาสตร์ในชั้นก่อนหน้าให้เกิดเป็นสัญญาระหว่าง purchasers-providers ผ่านกระบวนการเจรจาต่อรอง มีข้อเสนอแนะว่าไม่ควรทำให้มีลักษณะเหมือนเป็นกฎหมาย แต่ให้ถือเป็นโอกาสที่สองฝ่ายจะแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเพื่อให้เกิดการปรับปรุงบริการให้ดีขึ้นเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ใช้บริการทั้งหมด โดยรวมๆแล้วเรียกว่า “contracting culture” ก็น่าสนใจไปถึงรูปแบบของสัญญาด้วย 5) <u>monitoring services to ensure quality and value</u> (2) รูปแบบของสัญญาระหว่าง purchasers-providers ที่กล่าวถึงใน paper นี้ได้แก่ * <u>block contracts</u> = to cover agreed overheads and fixed costs * <u>cost-and-volume contracts</u> = to cover marginal and variable costs and allow for a more accurate reflection of the	prognosis ไม่เกิน 1 ปี) แต่กลับอยู่ที่รูปแบบและกระบวนการของการจัดบริการมากกว่า - มีการพูดถึงถึง “a social model of care” และ “contracting culture” ซึ่งน่าสนใจศึกษาต่อไปว่าคืออะไร และจะนำมาใช้ได้หรือไม่อย่างไรในบริบทประเทศไทย	ต่างพวก และต่างพื้นที่ และ discussion at informal meetings - กฎพื้นฐานของการทำ contract ก็คือ “cost” ไม่ใช่ “price” แต่ในความเป็นจริงสิ่งที่เกิดขึ้นคือ prices ของแต่ละ providers ในการจัดบริการนั้นแตกต่างกันอย่างมาก ซึ่งก็มีผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อ rationale ของการ contracting - Voluntary sectors มีองค์กรเช่น National Hospices Council ที่เป็นเสมือนสหภาพของ hospices ย่อยๆ - การซื้อบริการและจัดบริการด้าน palliative care นั้นเรื่องของการจัดการเงินยังคงเป็นปัญหาที่แก้ไม่ตก ว่าอย่างไรคือรูปแบบที่เหมาะสม - เนื่องจากลักษณะงานบริการด้านสุขภาพที่มีรากฐานอยู่ในพื้นที่ มีความหลากหลายและซับซ้อน และบ่อยครั้งที่เป็นการและ

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	service to be provided * <u>cost-per-case</u> = รูปแบบที่มี accurate cost data ซึ่งเป็นประโยชน์กับฝ่าย providers มากกว่าฝั่ง purchasers เพราะมี ค่าบริหารจัดการสูง (3) การ contract out บริการ palliative care สู่ voluntary agencies เช่น nursing home นั้นเป็นสิ่งที่รัฐบาลให้การสนับสนุนอย่างมาก ผ่านกลไกการเป็น partnership ในเชิงการเงิน กล่าวคือ 50-50 split แต่การจัดบริการเช่นนี้ก็มีข้อเสียคือ purchasers จะซื้อบริการลักษณะเดียวกันในราคาที่แตกต่างกันไปตามเขต เพราะ voluntary providers เช่น hospices หรือ nursing homes มีความสามารถในการระดมทุน (community funds) ไม่เท่ากัน (4) โดยสรุปการจัดบริการ palliative care เรียกได้ว่าเป็น “Joint purchasing strategies”		ความรับผิดชอบที่คาบเกี่ยว (overlapping responsibilities) ระหว่างด้านสุขภาพกับด้านสังคม กลไกการทำงานแบบ Joint consultative committees, Joint contingency arrangements ในกรณีของ funding shortfalls หรือ Consortia จึงจำเป็นต้องมีอยู่ เพื่อสร้าง joint provision of statutory services

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	(5) Rationale for partnerships ได้แก่ 5.1. การจัดการที่ต้องการสมดุลระหว่าง คุณภาพและราคา 5.2. เพื่อไม่ให้เกิดกลไก provider-led of service initiatives		

- Modern hospice movement ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของ community care เริ่มเห็นเด่นชัดช่วงตั้งแต่ปี 1965 ในอังกฤษจำนวน hospice เพิ่มขึ้นจาก 15 แห่งในปี 1965 เป็น 203 ในปี 1994

2) การจัดการรายโรค Disease management⁷

การจัดการรายโรค หรือ Disease management เป็นคำที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างเป็นทางการครั้งแรกโดย Boston Consulting Group ในปี ค.ศ.1993 นิยามการจัดการรายโรคมีแตกต่างกันไปบ้างและมีผู้ใช้อื่นที่สะท้อนรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะเดียวกัน เช่น Population-based care, Disease state management และ Continuous health care improvement แต่โดยรวม การจัดการรายโรค หมายถึง ระบบของการดูแล (กลุ่มประชากรของผู้ป่วย) ที่บูรณาการและได้รับการประสานงานเพื่อจัดการภาวะโรค (Disease state) มากกว่าความเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นครั้งๆ (Acute episode) ด้วยเป้าหมายที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในขณะที่ควบคุมต้นทุนของการดูแลโรคนั้นๆ ซึ่งการจัดการรายโรคจะเป็นระบบที่มุ่งประสานการสื่อสารภายในกระบวนการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่ป่วยด้วยโรคที่มีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีความสำคัญ ดังนั้นแม้จะเชื่อว่าเป็นการจัดการรายโรค แต่แท้จริงแล้วสิ่งที่ได้รับการจัดการคือ ผู้ป่วย

ระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรของผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งที่จะถือว่าการจัดการรายโรค ตามกรอบที่แนะนำโดยของ Disease Management Association of America (DMAA) จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่⁸

- 1) กระบวนการกำหนดกลุ่มประชากรภายใต้การดูแล
- 2) แนวทางปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice guidelines)
- 3) รูปแบบการปฏิบัติที่มีการประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพต่างๆ รวมถึงแพทย์และผู้ที่ให้บริการสนับสนุนอื่นๆ
- 4) การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง (Self management) ซึ่งอาจรวมถึง การป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการเฝ้าระวังปัญหาต่างๆ
- 5) การวัด ประเมินผลและจัดการกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแล
- 6) วงรอบของการรายงานและป้อนกลับข้อมูลต่างๆ เป็นประจำ รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ และบุคลากรสนับสนุน

การจัดการรายโรค มักมีเป้าหมายที่มุ่งหวังในประเด็นต่อไปนี้

- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรักษาภาวะเรื้อรังของโรค (Tertiary prevention)
- การป้องกันภาวะการเจ็บป่วย และให้สุขศึกษาผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคดังกล่าว ในขณะที่ควบคุมอาการผ่านการปรับปรุงพฤติกรรม และการได้รับการรักษาตามแนวทางที่ระบุไว้
- การควบคุมพัฒนาการของโรค โดยป้องกันการกำเริบของโรคในระยะเฉียบพลัน ในขณะที่ควบคุมต้นทุนของการดูแล จากการลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการต้องกลับมารับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน
- การประยุกต์การจัดการรายโรคมาใช้ สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีต้นทุนหรือความเสี่ยงสูง

⁷ Raney, G. Disease management. In: Rossi, PA. Case Management in Health Care. 2nd Edition. Philadelphia: Saunders. 200x p: 511-523.

⁸ Lee SS. Case management resource guide: disease state management and case management—new horizons for healthcare. Available on-line at www.cmrg.com/dminroduction.htm. Accessed xxxx

- การแนวทางเวชปฏิบัติ หรือแผนการดูแลผู้ป่วย มาใช้เพื่อสร้างมาตรฐานของการดูแลรักษาโรคนั้นๆ โดยเฉพาะ เพื่อบริหารจัดการผลลัพธ์ของการดูแล และต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- การใช้การดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based health care) ร่วมกับการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน นำสู่ปรับปรุงการจัดการรายโรคเพื่อบรรลุถึงผลลัพธ์และเป้าหมายที่ต้องการ ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการดูแลโรคนั้นๆ

กระบวนการในการพัฒนาระบบการจัดการรายโรค ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ (2) การเลือกโรค (3) การพัฒนาแนวทางการจัดการรายโรค (4) การกำหนดเป้าประสงค์ (5) การนำร่องระบบ และ (6) การนำสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ

1) การวิเคราะห์

ขั้นตอนแรก ได้แก่ การวิเคราะห์กลุ่มประชากรของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความดูแล และค้นหากลุ่มการวินิจฉัยโรค หรือกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มีความสำคัญ ตลอดจนกลุ่มของแพทย์และกลุ่มวิชาชีพสนับสนุนอื่นๆ ที่จะผู้นำของระบบการจัดการรายโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคที่ควรนำมาวิเคราะห์สำหรับโรคหนึ่งๆ ประกอบด้วย

- ยา เครื่องมือ ตลอดจนวิธีการรักษาที่ใช้
- จำนวนครั้งของการให้บริการ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และฉุกเฉิน
- ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ ที่จำเป็น

ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และกลุ่มวิชาชีพสนับสนุน เช่น เกสัชกร พยาบาล มีความจำเป็นเพราะเป็นกลุ่มผู้ให้บริการหลักที่กำหนดแนวทางการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วย ซึ่งควรมีการค้นหาและกำหนดไว้ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผนของระบบ การอภิปรายให้ความเห็น การพัฒนารายละเอียดและการนำสู่การปฏิบัติ

2) การเลือกโรค

เนื่องจากเป้าประสงค์ขององค์กรที่นำการจัดการรายโรคมาใช้ มักเกี่ยวข้องกับการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการใช้ยา และการใช้โรงพยาบาล ตลอดจนบริการฉุกเฉิน หลักเกณฑ์โดยทั่วไปของการเลือกโรคที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลภายใต้การจัดการรายโรค ได้แก่

- ภาวะเรื้อรังของโรคมีความชุกสูง (High prevalence of chronic disease state)
- ปริมาณหรือต้นทุนของการใช้ยาที่สูง
- แนวโน้มแสดงถึงความแตกต่างกันในแนวทางการรักษาผู้ป่วย
- แนวโน้มแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผู้ป่วยจะช่วยยกระดับผลลัพธ์ได้
- ความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ปรารถนา

ทั้งนี้คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ควรใช้คำถามต่อไปนี้ในการพิจารณา

- ประชากรที่เป็นโรคกลุ่มใดควรได้รับความสำคัญลำดับสูงสำหรับการจัดการรายโรค
- ปัจจัยทางประชากรอะไรที่สำคัญ
- ความผิดปกติอะไรที่มักพบบ่อยในประชากรกลุ่มดังกล่าว

- บริการหรือการรักษาหรือการดูแลแบบใดที่มักมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับความผิดปกติที่พบบ่อยดังกล่าว
- ความผิดปกติใดที่มักมีความแตกต่างในแนวทางการรักษา และเป็นโอกาสในการพัฒนามากที่สุด
- ความผิดปกติใดที่น่าจะให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนโดยการจัดการรายโรคสูงที่สุด และเป็นเช่นนั้น เพราะเหตุใด

โรค กลุ่มโรคหรือกลุ่มประชากรที่มักได้รับการดูแลในระบบการจัดการรายโรคในต่างประเทศ ได้แก่

- กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น Asthma, Chronic obstructive pulmonary diseases
- กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น Coronary artery disease, Lipid irregularity, Cerebral vascular accident, Congestive heart failure
- กลุ่มสุขภาพจิต เช่น Depressive disorders
- เบาหวาน
- โรคติดเชื้อที่รับการดูแลแบบเข้าไป-เย็นกลับ (Ambulatory infectious diseases) เช่น Otitis media
- ความปวด
- กลุ่มโรคทางเดินอาหารส่วนบน เช่น Peptic ulcer diseases
- กลุ่มความผิดปกติในผู้หญิงและเด็ก
- ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น HIV infection, Hemophilia, End-stage renal diseases, Frailty in elderly patients, Ulcers and wounds, และ Fibromyalgia

3) การพัฒนาแนวทางการจัดการรายโรค

การพัฒนาแนวทางเพื่อการจัดการรายโรคมีความจำเป็นต่อความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวเมื่อมีการกำหนดแล้ว จะต้องแสดงถึงวิธีการที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์และคุณภาพที่ดีขึ้น ลดการดูแลที่ไม่เหมาะสม และยกระดับมาตรฐานของการดูแลโดยลดความแตกต่างที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลด้วย

หากพิจารณาจากมาตรฐานของ American Healtways เพื่อการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังว่าจะพัฒนาคุณภาพของการดูแลได้ แนวทางการจัดการรายโรค ควรประกอบด้วยแนวทางใน 7 ด้าน ได้แก่⁹

- การจัดระบบ (Program organization)
- การจัดการบุคลากรในระบบ (Program staffing)
- การสนับสนุนจากแพทย์ (Physician support)
- การวัดผลลัพธ์ (Outcome measurements)
- แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines)
- การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patient self-management)
- การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement)

⁹

Inside track, managed care. Company releases disease management guidelines. Continuing Care 2000. 19(5): 10.

4) การกำหนดเป้าประสงค์

องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งระหว่างการพัฒนากระบวนการจัดการรายโรค คือการค้นหาเป้าประสงค์ของระบบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้เพื่อใช้ในการประเมินความสำเร็จในด้านต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปได้บ้างในแต่ละระบบ อย่างไรก็ตาม เป้าประสงค์มักเชื่อมโยงกับการดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

- การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและกลยุทธ์การดูแลที่ใช้
- การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการติดตามพัฒนาการของโรค การดูแลตนเอง และการป้องกันการกำเริบของโรค
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกลุ่มช่วยเหลือต่างๆ เช่น Self-help group
- การเสริมพลังผู้ป่วย
- การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล

การกำหนดเป้าประสงค์นำไปสู่การวางแผนการประเมินผลในอนาคต ซึ่งประเด็นสำคัญคือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจได้แก่

- ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes)
- ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes)
- คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น

5) การนำร่องระบบ

การนำร่องระบบมีความจำเป็น ทั้งนี้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับ สิ่งที่ต้องการติดตามทดสอบในช่วงของการนำร่องระบบการดำเนินการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลใหม่ๆ เช่น ข้อมูลการเบิกจ่าย ข้อมูลการสำรวจ ข้อมูลจากเวชระเบียน ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมก่อนการดำเนินการ นอกจากนี้ควรมีการรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้ช่วงเวลาของการนำร่องระบบควรยาวเพียงพอที่จะปรับปรุงระบบการทำงานและการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6) การนำสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ

การนำระบบสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบควรดำเนินการเป็นระยะ เพราะโดยทั่วไปมักพบว่าผู้รับผิดชอบจะประเมินต้นทุนและเวลาที่ต้องใช้ต่ำเกินไป นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องใช้เวลาระยะหนึ่งสำหรับการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากในระบบอีกด้วย ทั้งนี้ ควรมีการติดตามประเมินทบทวนและปรับปรุงระบบงานเป็นระยะ

ประสบการณ์ Disease Management ของ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

สรุปประเด็นที่น่าสนใจแสดงไว้ในตารางที่ 2.4 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2.4 ประสิทธิภาพของ CMS ประเทศสหรัฐอเมริกา

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาของสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพถึง ร้อยละ 78 เป็นค่าใช้จ่ายจากโรคเรื้อรัง¹⁰ ประกอบกับข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ คือ Medicaid และ Medicare ที่กระทบต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ● ความต้องการผู้ให้บริการหลายภาคส่วน และอุปสรรคจากการประสานงานของระบบ ● การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	จากการศึกษานำร่องของการจัดการด้วย Disease management และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนและผลลัพธ์ของการรักษา พบมาตรการการลดต้นทุนการให้บริการสามารถทำได้โดย¹¹ ● ระบุและค้นหาโรคที่มีต้นทุนสูงและความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูง ● ให้ความรู้แก่และสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าวให้เกิดมุ่งมั่นในการดูแลตนเอง ● สร้างความตระหนักในการใช้กลยุทธ์เชิงประจักษ์ของผู้ให้บริการ ● สร้างเครือข่ายและระบบการประสานงานในการดูแลและติดตามผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้	ความเป็นมาของปัญหาค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดเรื่อง Disease management เช่นเดียวกับ CMS ของสหรัฐอเมริกา แต่เนื่องด้วยระบบข้อมูลด้านประกันสุขภาพของ CMS มีความพร้อมในการประเมินและวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการริเริ่มโครงการใหม่ๆ ต่อจากนั้นจึงได้นำร่อง และมีการประเมินผลลัพธ์ทั้งในบริการและทางคลินิกก่อนที่จะขยายผลดำเนินการจนครบทุกรัฐ สำหรับประเทศไทย อาจใช้รูปแบบดังกล่าวนี้เป็นต้นแบบการพัฒนาต่อไปได้ ถึงแม้ว่าการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการจัดการรายโรคได้เริ่มต้นมาระยะหนึ่งแล้ว ก็อาจกลับไปทบทวนความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่การเริ่มโครงการกระบวนการ และประเมินผลทั้งด้านบริการและด้านคลินิกทั้งในภาพรวมระดับประเทศและรายบุคคล จากนั้นจึงขยายผลต่อและบูรณาการเข้า	ระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (health Plan) ถูกดูแลโดย Center for Medicaid and Medicare Services (CMS) :ซึ่งในแต่ละ Health Plan ก็จะมีบริการสุขภาพเบื้องต้นที่เป็นไปตามมาตรฐานที่ CMS กำหนด ทั้งนี้ ก็สามารถให้บริการที่เพิ่มขึ้นโดยผู้เอาประกันร่วมจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นนั่นเอง

¹⁰

Georgetown University. Disease Management Programs : Improving Health while Reducing Costs?. Available on-line at <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/management/management.html> . Accessed 10 Oct 2007.

¹¹

Health Policy Studies Division NGA Center for Best Practices. Disease Management: The New Tool for Cost Containment and Quality Care. Available on-line at <http://www.nga.org/Files/pdf/031403DISEASEMGMT.pdf>. Accessed 10 Oct 2007.

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
		สู่ระบบการจ่ายเงินปกติในระบบประกันสุขภาพต่อไป	
● การขาดความต่อเนื่องในการติดตาม และป้อนกลับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเกี่ยวกับภาวะด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการรักษา หรือภาวะวิกฤติของผู้ป่วยที่นำไปสู่การเกิดต้นทุนที่สูงขึ้น และภาวะแทรกซ้อนโดยไม่จำเป็น จึงได้ดำเนินการโครงการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ประสานงานและเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยในระยะแรกจะให้ความสำคัญของการป้องกันโรคแล้วตามด้วยการประเมินผลด้านเศรษฐกิจศาสตร์และการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในภาพรวม	ภายหลังการพัฒนาโครงการนำร่อง (ปี 2000) ได้ระยะหนึ่งนั้น CMS พบว่า สามารถพัฒนาให้เกิดการวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ ลดการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ได้ ดังนั้น The Disease Management Association of America ได้กำหนดขอบเขตของงาน Disease Management เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะโรคเรื้อรังไว้ดังนี้ คือ ● ระบุความบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยได้ ● มีแนวทางเวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ทั้งสำหรับแพทย์และบุคลากรอื่น รวมถึงมีแนวทางการติดตามผู้ป่วย ● จัดระบบบริการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ● มีระบบรายงานและป้อนกลับ รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ ระบบประกันสุขภาพ ระบบสนับสนุนบริการ		

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	เก็บรวบรวม วิเคราะห์และวัดผลกระบวนการและผลลัพธ์ของบริการ ในทางปฏิบัติแล้ว ระบบ Disease Management ต้องอาศัยเครื่องมือที่สำคัญคือ¹² แนวทางเวชปฏิบัติ ความรู้ด้านการดูแลตนเอง โดยอาจมีบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานที่เรียกว่า Case Manager เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการต่างๆ ให้ไปถึงผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งมีหน้าที่พื้นฐานคือ กำหนดคัดเลือกผู้ป่วย, ประเมิน, กำหนดเป้าหมาย, วางแผนเชิงกลยุทธ์, วางแผนปฏิบัติ, วิเคราะห์และประเมินผลการดูแล นอกจากนี้ หน้าที่เฉพาะยังประกอบด้วย การวางแผนเตรียมผู้ป่วย, ประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการมีส่วนร่วม, การประเมินผู้ป่วยอย่างบูรณาการ, คัดกรอง, พิจารณาความเหมาะสม, ติดตาม, ส่งต่อ, จัดซื้อหรืออนุมัติบริการ, การดูแล, ให้คำปรึกษา และประเมินต้นทุนการให้บริการ		
	รูปแบบการจัดการใน disease management ที่ CMS พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ภายหลังการวิเคราะห์ รวบรวมปัญหาของระบบสุขภาพแบ่งเป็น 4 กระบวนการ คือ 1. ระบุผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงของประชากร ซึ่งอาศัยข้อมูลจากการลงทะเบียนของประชากร และจากข้อมูล		

12

Weiss ME. Case management : Transforming to meet the demands of an evolving. Dis Manage Health Outcomes 1999; 6(5): 253-60.

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ ดั้งเดิม รวมขึ้นข้อมูลจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ สามารถจำแนกความรุนแรงของโรค นำไปสู่การ ให้บริการโดยเน้นกิจกรรมการป้องกัน การวินิจฉัยและ รักษาอย่างทันที่ทั้งที่และการบูรณาการการจัดการความ เสี่ยง และต้นทุนที่สูงได้ 2. ทีมให้การดูแลระดับปฐมภูมิ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังรายบุคคลนั้น เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยการจัดการ จากสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยและไม่มี รูปแบบที่แน่นอน เพื่อมุ่งสู่การที่ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองได้ ดังนั้น รูปแบบการจัดการจึงเน้นประชากร ครอบครัว เป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล สมาชิก ในทีมดูแลระดับปฐมภูมินี้ ประกอบด้วยทีมที่สำคัญ คือ แพทย์ ซึ่งจะจัดการด้านภาพรวมของบริการทาง การแพทย์ และพยาบาล ซึ่งจะรับผิดชอบด้านการดำเนิน เชิงรุกด้านส่งเสริมและป้องกัน นอกจากนี้ก็จะมีบุคลากร อื่นๆ ที่ให้คำปรึกษาตามความจำเป็น 3. การประเมินผลของบริการ ซึ่งเป็นไปทั้งด้านผลเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ ประสิทธิภาพของโปรแกรม ดังนี้ คือ ○ ผลสัมฤทธิ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วย ทักษะการดูแล ตนเอง		

Contexts	Key Findings/ Results/ Suggestions	Relevancy	Remarks
	○ คุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ○ ทักษะของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ○ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ○ ผลของโปรแกรมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ○ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมดูแล ○ วิเคราะห์ต้นทุนและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ต้องใช้เพื่อความยั่งยืนของระบบ 4. ความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศ เพื่อการค้นหาและเชื่อมโยงข้อมูลประชากรในด้านกระบวนการรักษา การติดตามทางคลินิกรายบุคคลเปรียบเทียบกับแนวทางเวชปฏิบัติ การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก และการนำเสนอรายงานเพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาต่อไปของทีมดูแลปฐมภูมินี้ได้ ในที่สุดแล้ว ระบบนี้จะถูกบูรณาการอยู่ในระบบประกันสุขภาพปกติ ซึ่งทำให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ฐานข้อมูลด้านการเงินการคลัง และด้านคลินิก นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้		

2.1.2 การออกแบบระบบการซื้อบริการแนวตั้ง

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่ได้ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบการซื้อบริการ จะเปรียบเทียบกับประเด็นที่ได้จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการในเรื่องต่อไปนี้

- แนวคิดในการซื้อบริการของหน่วยงานประกันสุขภาพ
- กระบวนการซื้อบริการแนวตั้ง
- กลไกการจ่ายเงิน
- การสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ให้บริการ
- การให้ข้อมูลแก่สาธารณะ

ซึ่งในภาพรวมจะพบว่าการดำเนินการส่วนใหญ่ของ สปสช. ในการจัดระบบการซื้อบริการแบบ แนวตั้ง มีการออกแบบการดำเนินการที่สอดคล้องกับหลักการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ ดีในระดับหนึ่ง ยังมีเพียงบางประเด็นที่สำคัญที่อาจขาดหายไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 การวิเคราะห์ด้านการออกแบบระบบ

ประเด็น	หลักการจากการทบทวนวรรณกรรม	การดำเนินการของ สปสช.
แนวคิดในการซื้อบริการของหน่วยงานประกันสุขภาพ	ระบบและกระบวนการในการซื้อบริการควรมีข้อกำหนดด้านคุณภาพโดยเฉพาะ รวมถึงข้อกำหนดให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นับเป็นการเปลี่ยนวิธีการจาก Passive purchasing เป็น Strategic purchasing	- การแยกระบบการซื้อบริการมาบริหารจัดการโดยเฉพาะ มีข้อกำหนดเกี่ยวกับระดับคุณภาพและศักยภาพของหน่วยบริการ และการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพ อย่างไรก็ตามการซื้อบริการมีแนวโน้มบริหารจัดการโดยมุ่งเน้นเป้าหมายผลผลิตเชิงปริมาณ
	คุณภาพของการซื้อบริการของหน่วยงานประกันสุขภาพประเมินจาก 3 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพของบริการที่ซื้อแทนประชาชน 2) คุณภาพของบริการที่หน่วยงานประกันสุขภาพให้โดยตรงกับประชาชน 3) สุขภาวะของประชาชนโดยรวม	- แม้มีการกล่าวถึงในโครงการต่างๆ ของการจัดซื้อบริการ แต่ยังไม่มีการกำหนดนิยามของคุณภาพที่เป็นความหมายให้เข้าใจในกรอบที่สอดคล้องกันสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ส่งผลให้การพัฒนาข้อกำหนดและติดตามประเมินผลอยู่ในวิจารณ์ญาณของผู้ปฏิบัติงานแต่ละส่วน - คุณภาพในส่วนของบริการที่ สปสช. ให้กับประชาชนผู้มีสิทธิในการซื้อบริการแนวตั้ง รวมถึงการติดตามประเมินสุขภาวะในภาพรวมของประชาชน ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน
	การใช้ข้อกำหนดทางคุณภาพเป็นกรอบสำคัญในการออกแบบสัญญาและทำสัญญาซื้อบริการกับหน่วยบริการ	- มีการดำเนินการในระบบการจัดการรายโรค (Disease Management) ให้สำหรับหน่วยบริการที่มีความพร้อม

ประเด็น	หลักการจากการทบทวนวรรณกรรม	การดำเนินการของ สปสช.
กระบวนการ- การซื้อ บริการ แนวตั้ง	การประเมินความจำเป็นหรือความต้องการ - มีการประเมินความจำเป็นหรือความต้องการทางสุขภาพสำหรับบริการหนึ่งๆ ของประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งอาจต้องศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	- การประเมินความจำเป็นและความต้องการทางสุขภาพเพื่อทำสัญญาซื้อบริการมีแนวทางที่หลากหลาย ในภาพรวมยังไม่ชัดเจนมากนัก เกี่ยวกับการใช้ข้อเท็จจริง หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ
	การคัดเลือกและตัดสินใจจะทำสัญญาซื้อบริการ: - ต้องมีการเลือกกลยุทธ์เพื่อการซื้อบริการ พิจารณาเกณฑ์ในการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญ ต้องมีการวางข้อกำหนดของบริการ มุมมองต่อบริการควรมุ่งที่ระบบ และการปฏิบัติงานให้เกิดคุณภาพของหน่วยบริการ และการดำเนินการต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกัน กับบริการรักษายาบาล	- มีการดำเนินการเป็นบางส่วน ในการจัดการรายโรค แต่ไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมในบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอิงกับนโยบายของรัฐและวิธีการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ การเลือกโรค หรือกรณีเพื่อการซื้อบริการแนวตั้ง มีความสอดคล้องกับหลักการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีการดูแลด้วยแนวทางที่หลากหลาย หรือเพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม มีจำนวนหนึ่งที่ได้รับลำดับความสำคัญในการดำเนินการที่ไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการ - ระบบบริหารจัดการยึดโครงสร้างของการจัดทำงบประมาณเป็นสำคัญ ทำให้ยังไม่สามารถบริหารจัดการแบบคร่อมสายงานหรือแบบบูรณาการได้อย่างคล่องตัว
	การเจรจาทำสัญญา: - มีการระบุความต้องการเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะระบบคุณภาพของผู้ให้บริการ เนื่องจากการกำหนดคุณภาพเป็นรายการบริการ เป็นสิ่งที่ดำเนินการได้ยาก ต้องระวังจะเป็น Over-prescriptive - รูปแบบของสัญญาสามารถมีได้หลากหลาย และมีความแตกต่างกันในกลไกการจ่ายเงินที่ใช้ตามความเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการ	- มีการดำเนินการอย่างเจาะจงในการจัดการรายโรค ผ่านกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการ และการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ - แต่วิธีการดำเนินการในทางปฏิบัติในระบบทั่วไป มักเข้าทำนอง “คุณภาพไม่จำกัด จำกัดแต่ทรัพยากรที่จะได้” - ในภาพรวมทั่วไป ไม่มีการกำหนดชัดเจนสำหรับผู้ให้บริการภาครัฐ แต่จะมีการดำเนินการที่เข้มงวดกว่าสำหรับภาคเอกชน
	การตรวจสอบและกำกับดูแลการดำเนินงานตามสัญญา: - ผู้ให้บริการต้องมีการส่งรายงานผลการดำเนินงานให้ มีข้อกำหนดด้านข้อมูลที่ชัดเจน และผู้ซื้อบริการควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในขณะที่มีการ	- การกำกับติดตามอยู่ในความดูแลของสำนักงานระดับเขต แต่ยังมีช่องว่างของระบบสนับสนุนจากส่วนกลางในการให้แนวทางและสารสนเทศเพื่อการตรวจสอบและกำกับดูแลที่เพียงพอ - การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเป็น

ประเด็น	หลักการจากการทบทวนวรรณกรรม	การดำเนินการของ สปสช.
	ติดตามประเมินผลจากฝ่ายประชาชน ผู้ใช้บริการด้วย และมุ่งเน้นระบบของหน่วยบริการที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - ควรมุ่งเน้นการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานผู้ให้บริการอื่นๆ ในลักษณะ Shared audit ซึ่งให้ความสำคัญกับทั้งมุมมองของผู้ป่วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหาร การทบทวนเพื่อต่อสัญญา:	ลักษณะของการสุ่มตรวจ - การขอข้อมูลประกอบการดำเนินการของการซื้อแอดิง ทั้งงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และระบบการจัดการรายโรคมีมากจนเป็นภาระแก่หน่วยบริการ หน่วยบริการไม่มีโอกาสในการใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกัน - สปสช. ให้การสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล - ระบบการทบทวนเพื่อต่อสัญญาไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับหน่วยบริการภาครัฐ
กลไกการจ่ายเงิน	อัตราการจ่ายเงินควรมีความแตกต่างกันไปตามระดับของคุณภาพของบริการที่ได้ ซึ่งอาจกำหนดเครื่องชี้วัดเพื่อการติดตามประเมินผล	- ในภาพรวม เริ่มมีการจัดกองทุนที่จ่ายหน่วยบริการตามผลดำเนินงานด้านคุณภาพ แต่สำหรับการซื้อบริการแอดิง ยังไม่มีการดำเนินการ
การสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ให้บริการ	- ควรสร้างระบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างหน่วยงานผู้ซื้อบริการและหน่วยงานผู้ให้บริการ ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่เอื้อประโยชน์ต่อกัน เช่น ออกแบบสัญญาที่เพิ่มแรงจูงใจให้พัฒนาคุณภาพ ให้ความสนใจกับข้อกังวลของผู้ให้บริการ - เน้นรูปแบบการทำงานแบบ Partnership	- แม้จะมีคณะทำงานในการวางแผนร่วมกันกับกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ การดำเนินการกับกลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยบริการมักเป็นการดำเนินการแบบ Top-down แบบราชการ มากกว่าแบบ Partnership - ระบบการทำงานยังมีโอกาสพัฒนาในเรื่องการอำนวยความสะดวกให้หน่วยบริการในหลายประเด็น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและระบบสารสนเทศ - การดำเนินการที่ผู้ให้บริการเห็นไม่สอดคล้องกันต้องอาศัยกระบวนการอุทธรณ์เป็นเรื่องๆ ไป และต้องมีการดำเนินการรวบรวมเอกสารเองหรือทำเอกสารใหม่
การให้ข้อมูลแก่สาธารณะ	การให้ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายเพื่อเป็นข้อมูลให้กับสาธารณะ ยังเป็นเรื่องที่มีความท้าทายแม้สำหรับต่างประเทศ	มีการเผยแพร่ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการในด้านต่างๆ อิงกับสิทธิประโยชน์ แต่ยังไม่รวมถึงผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ

2.1.3 การจัดการระบบในภาคปฏิบัติ

การวิเคราะห์ในส่วนของการจัดการระบบในภาคปฏิบัติ อาจแยกตามประเด็นที่มีการทบทวน โดยเน้นที่โอกาสพัฒนาของระบบได้ ดังนี้

- การพัฒนาแนวทางการจัดการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กร และคณะทำงานในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาในการประสานงาน โครงการจัดการรายโรคที่มีลักษณะคร่อมสายงาน บั่นทอนประสิทธิภาพของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
 - การเตรียมการที่มักใช้เวลาสั้น ทำให้ขาดความพร้อมทั้งในส่วนของบุคลากรของ สปสช. และหน่วยบริการ ในการทำความเข้าใจกับบทบาทหน้าที่ และสิ่งที่ตนเองตั้งปฏิบัติ
 - การดำเนินการอาศัยระบบสารสนเทศผ่านเครือข่าย Internet แต่ระบบสารสนเทศขาดความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการทำงาน ไม่มีการประสานข้อมูล ขาดการศึกษาความเป็นไปได้ตลอดจนภาระงานสำหรับผู้ปฏิบัติ และไม่มีโครงสร้างการจัดการที่เป็นมาตรฐาน ทำให้อาจเพิ่มต้นทุนด้านการบริหารจัดการ และบั่นทอนประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของผู้ให้บริการ ส่งผลถึงต้นทุนของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม
- การนำร่องระบบ
 - มีการส่งเสริมการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ แต่อาจมีความสับสนในเชิงบทบาทหน้าที่ระหว่างสำนักที่เกี่ยวข้องของ สปสช.ว่าจะเดิมการอย่างไรในระยะแรก และไม่ปรากฏการนำแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้ มาใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพบริการ ทั้งที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์อยู่แล้ว
 - การนำระบบสู่การปฏิบัติ ขาดการติดตามประเมินภาระงานของบุคลากรในหน่วยบริการ ตลอดจนโครงสร้างต้นทุนของการบริการที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้างประสิทธิภาพ และการทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบ
- การนำสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ
 - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มุ่งเน้นที่ส่วนของการบริการให้กับประชาชน ไม่ครอบคลุมประเด็นการดูแลตนเองที่ชัดเจน ในขณะที่โครงการด้านการจัดการรายโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีองค์ประกอบของการส่งเสริมการดูแลตนเอง แต่ติดปัญหาด้านการจัดกรงบประมาณจากส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลายเป็นข้อจำกัดด้านการจัดการ

ในขณะที่มีการศึกษาตามโครงการในระยะที่ 1 สปสช. มีโครงการซื้อบริการภายใต้การจัดการของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะซึ่งมีรูปแบบและวิธีการดำเนินการที่แตกต่างกันไป จำนวน 12 โครงการ ดังแสดงในตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 โครงการภายใต้การจัดการของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

ชื่อโครงการ
1. โครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)
2. โครงการบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
3. โครงการผ่าตัดหัวใจ 8000 ดวง เจริญพระเกียรติ 80 / 84 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ (Cardiovascular surgery)
4. โครงการการดูแลรักษาผู้มีปัญหาด้านสายตาอันเนื่องมาจากเลนส์ตา (ผ่าตัดต้อกระจก: Cataract)
5. โครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) ครบวงจร ในพระอุปถัมภ์ฯ
6. โครงการนำร่องการพัฒนาต้นแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังและระบบการบำบัดทดแทนไต CAPD สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
7. โครงการ “ยิ้มสวยเสียงใส” เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (โรคปากแหว่งเพดานโหว่: Cleft lip-Cleft palate)
8. โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Stroke)
9. โครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS)
10. โครงการวัณโรค (Tuberculosis)
11. โครงการการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบครบวงจร (Diabetes and Hypertension)
*** 12. โครงการการใช้ยาขับเหล็กในโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (Thalassemia)

หมายเหตุ *** เป็นโรคเป้าหมายที่อยู่ในการบริหารจัดการรายโรคของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2549 – 2550

2.1.4 สรุปปัญหาและอุปสรรคที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการซื้อบริการแนวดิ่งในส่วนการดำเนินงานของ สปสช. เป็นดังนี้

- 1) ความไม่ชัดเจนในเชิงนโยบาย และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการทำสัญญาซื้อบริการในภาพรวม ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง แม้จะอยู่ในระดับบริหาร มองไม่เห็นภาพเชิงระบบของการซื้อบริการในระบบหลักประกันสุขภาพว่าควรมีการดำเนินการอย่างไรสำหรับบริการอะไรในรูปแบบใดบ้าง ด้วยเหตุผลหรือหลักการอะไรที่ชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจระดับต่างๆ มีความเข้าใจต่อคำสำคัญและความสำคัญของยุทธศาสตร์ กลยุทธ์หรือโครงการที่มีการดำเนินการไม่ตรงกัน ส่งผลต่อการจัดระดับและความเชื่อมโยงระบบการทำงานต่างๆ ไม่ชัดเจน
- 2) การขาดความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ของการทำงานและระบบการบริหารงบประมาณ ทำให้เกิดปัญหาความสอดคล้องกันระหว่างการของงบประมาณขาขึ้น ที่เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาล กับงบประมาณขาลงที่จะนำไปใช้เพื่อการบริหารจัดการข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากปัญหาสมดุระหว่างความพยายามในการสร้างการตรวจสอบความรับผิดชอบ (Accountability) ของการใช้งบประมาณ กับความยืดหยุ่นของการบริหารงบประมาณในขาลง ทำให้เกิดปัญหาในการจัดระบบการซื้อบริการที่มีลักษณะคร่อมสายงาน (Cross-functional) ที่มีลักษณะผสมผสานหรือบูรณาการงบประมาณหลายกลุ่ม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในและ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 3) การทำงานที่ขาดการวางแผนล่วงหน้าชัดเจน และให้ระยะเวลาเตรียมการที่เพียงพอ ทำให้ที่ผ่านมาผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบชัดเจนว่าจะมีโครงการเกิดขึ้นบ้างในระยะยาว ระยะกลางและระยะสั้น หรือแม้แต่ปีงบประมาณต่อไป มีการริเริ่มสิทธิประโยชน์หรือโครงการใหม่ๆ กลางปีงบประมาณโดยหลายครั้งไม่มีการจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากรอื่นๆ รองรับไว้ล่วงหน้า ไม่มีการศึกษานำร่องและประเมินผลเบื้องต้น นอกจากนี้ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการฝึกอบรมหรือสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ปฏิบัติงานใน สปสช. บุคลากรจำนวนมากปฏิบัติงานตามประสบการณ์ และสิ่งที่คิดว่าน่าจะเป็น ซึ่งอาจไม่ใช่สิ่งที่ควรจะเป็น
- 4) แนวทางหรือหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ หรือที่มาของโครงการขาดความชัดเจน ความริเริ่มหลายประการภายใน สปสช. ในอดีตเกิดขึ้นจากความริเริ่มของผู้บริหารที่อาจยังไม่มีข้อมูล สถิติทางระบาดวิทยา หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการรองรับที่ชัดเจน บางเรื่องรับมาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ทำให้ต้องรีบผลักดันให้มีการดำเนินการ
- 5) ความไม่เชื่อมโยง และความไม่ชัดเจนในบทบาทของสำนักงานต่าง ๆ ในโครงสร้างองค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อบริการเหมาจ่าย โดยเฉพาะการจัดการรายโรค ที่มีลักษณะเป็นระบบงานแบบคร่อมสายงาน แม้จะมีการจัดตั้งสำนักบริหารโรคเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบ แต่ก็มีข้อจำกัดในเชิงการจัดการภายในองค์กร ที่ขาดอำนาจในการกำหนดบทบาทในการทำงาน การประสานงาน และการตัดสินใจเมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบงานที่จำเป็น แต่อาจเป็นระบบงานที่อยู่ในความดูแลของสำนักอื่น นอกจากนั้นบทบาทในการทำงานบางครั้งมีความคาบเกี่ยวกัน ทำให้ในระยะแรกมีความสับสนในบทบาทของการทำงานค่อนข้างมาก
- 6) การริเริ่มการทำงานที่รวดเร็ว และต้องการการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในของ สปสช. อย่างมาก ทำให้สำนักต่าง ๆ ไม่สามารถปรับระบบการทำงานของตนเองได้ทัน ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานแต่ละสำนักของ สปสช. มีบทบาทหน้าที่เฉพาะของตนเอง แต่ในการดำเนินการด้านการพัฒนาการจัดซื้อบริการจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายหน่วยงาน เช่น ฐานข้อมูลและสถิติการเบิกจ่าย การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ การประสานงานกับผู้ให้บริการ การจัดการด้านงบประมาณ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับระบบการทำงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ทำให้บ่อยครั้งเกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร หรือประสานงาน การจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรของแต่ละสำนัก เพื่อสนับสนุนการดำเนินการที่มีลักษณะคร่อมสายงาน ดังเช่นในกรณีของการจัดการรายโรค ผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการ โครงการบางโครงการมีการทำสัญญากับหน่วยงานระดับกรมภายในกระทรวงสาธารณสุข แต่ภายหลังมีการโอนกลับมาดูแลภายใน สปสช.เอง เหตุผลส่วนหนึ่งเนื่องจากผลงานไม่ปรากฏชัด สปสช.ไม่สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินการได้
- 7) ความไม่เพียงพอด้านสารสนเทศจาก สปสช.ส่วนกลาง เพื่อการบริหารจัดการในระดับเขตในประเด็นต่อไปนี้
 - a. การพัฒนาโครงการใหม่ๆ แผนการดำเนินการในภาพรวม ความก้าวหน้า และข้อตกลงที่จัดทำขึ้นกับหน่วยบริการที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากปัจจุบันสำนักงานระดับเขตต้องประสานงานกับหน่วยบริการ

- b. ข้อเสนอแนะในการใช้สารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ ทั้งในระบบการกำกับหน่วยบริการ โดยทั่วไป และการจัดการรายโรค ว่ากรณีใดควรวิเคราะห์อย่างไร ประเมินอย่างไร และควรตอบสนองกับสถิติที่วิเคราะห์ได้อย่างไร ปัจจุบันสำนักงานระดับเขตต้องใช้วิจารณ์ฐานในการดำเนินการเอง
- c. สารสนเทศหรือเครื่องชี้วัดการดำเนินการที่สำคัญเพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ตามระบบการซื้อบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันส่วนกลางมักสนใจแต่เชิงปริมาณของการให้การดูแลตามเป้าที่วางไว้ และเรื่องงบประมาณค่าใช้จ่ายเท่านั้น
ตัวอย่างเครื่องชี้วัดที่น่าจะจำเป็นแต่อาจขาดหายไป เช่น จำนวนประชากรในโครงการจัดการรายโรคและประชากรที่อยู่นอกโครงการ ข้อมูลการขาดการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง (Loss to follow-up)
- d. การปรึกษาหารือและการรับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความต้องการด้านสารสนเทศจากระดับเขตไปดำเนินการอย่างจริงจัง

8) **ข้อร้องเรียนที่สำนักงานระดับเขตมักได้รับจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายโรค ได้แก่**

- a. การเบิกจ่ายล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ หน่วยบริการยังไม่ได้รับเงินตามที่ระบุในสัญญา
- b. การจัดการรายโรคแต่ละรายการ มักต้องการ Case manager โดยเฉพาะ ซึ่งในหลายโอกาสเป็นภาระแก่โรงพยาบาล เพราะไม่มีคนทำ หรือไม่มีคนอยากทำ
- c. โรงพยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถลงข้อมูลในระบบของ สปสช. ได้ทัน
- d. ภาระการลงข้อมูลให้กับ สปสช. มีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยไร้จุดหมาย หน่วยบริการไม่เห็นประโยชน์ที่ชัดเจน แต่จำต้องทำ
- e. ระบบสารสนเทศ โดยเฉพาะการลงข้อมูลทาง Web site มีความล่าช้า ใช้เวลาในการประมวลผลนานมาก โดยเฉพาะในระยะหลังๆ ที่เริ่มมีโปรแกรมการจัดการรายโรคหลายเรื่อง
- f. โรงพยาบาลไม่สามารถนำข้อมูลที่ส่งให้กับ สปสช. ไปใช้ประโยชน์ได้ ข้อมูลที่ได้รับป้อนกลับไม่อยู่ในรูปแบบ และโครงสร้างที่นำไปใช้ต่อเพื่อการจัดการหรือการพัฒนาได้

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการซื้อบริการแอดมิชชันในส่วนของหน่วยบริการ เป็นดังนี้

1) **หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุนในภาพรวม** เนื่องจากการชดเชยค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับต้นทุนของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ มีการลดจำนวนผู้ป่วยระดับปฐมภูมิที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล หรือส่งต่อผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปยังหน่วยบริการอื่น

สำหรับกรณีการจัดการรายโรค การให้การรักษายาตามแนวทางเวชปฏิบัติอาจทำให้ต้นทุนของหน่วยบริการเพิ่มขึ้นอย่างน้อยในระยะสั้น เช่น จากค่ายาที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยใช้ ทั้งนี้เนื่องจากช่องว่างของการให้บริการดูแลสุขภาพที่ผ่านมานอกระบบที่ยังไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ควรจะเป็น ในบางกรณีพบว่าต้นทุนที่ได้รับการชดเชยในระบบการจัดการรายโรค กลับน้อยกว่าที่โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บได้จากระบบเบิกจ่ายผู้ป่วยในปกติ เช่น ในกรณีของการเปลี่ยนเลนส์ตาเป็นต้น นอกจากนี้ การดำเนินการมักมีต้นทุนจำนวนหนึ่งที่ซ่อนเร้นอยู่ และไม่ได้รับการชดเชยไว้ตั้งแต่ในช่วงของการออกแบบโปรแกรม

- 2) กลไกการจ่ายเงิน และวิธีการบริหารการจ่ายเงินของ สปสช. มีความซับซ้อนทำให้เกิดปัญหาและภาระด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาลมักต้องปรับตัวบ่อยครั้ง แต่ละโปรแกรมหรือโครงการมักมีลักษณะเฉพาะตัว และหลากหลาย แต่ละโครงการไม่เหมือนกัน บุคลากรที่จะรับผิดชอบดำเนินการต้องมีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลด้วย เนื่องจากต้องลงข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย เช่น ต้องเป็นพยาบาล และต้องได้รับการอบรมใหม่ บางครั้งขาดการทบทวนระบบสำหรับบุคลากรใหม่ที่เข้าปฏิบัติงาน และมักทำให้โรงพยาบาลต้องหาบุคลากรมาเป็นผู้ดำเนินการต่างหาก เสียบุคลากรที่จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มภาระงานและค่าใช้จ่าย ซึ่งหน่วยงานปฏิบัติมักไม่ได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายในส่วนที่เพิ่มขึ้น
- 3) กลไกการจ่ายเงินของ สปสช. ขาดความแน่นอนในทางปฏิบัติ ไม่เป็นไปตามลำดับของกฎการเบิกจ่ายหรือดำเนินการจบสิ้นโดยสมบูรณ์ ทำให้เกิดปัญหากับหน่วยบริการภาครัฐ ในการชี้แจงและดำเนินการให้สอดคล้องกับระเบียบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เนื่องจาก (1) มีการจ่ายไม่ครบตามจำนวนที่เรียกเก็บ ทำให้เกิดภาระหนี้สูญหรือขาดทุน (2) มีการจ่ายรวมเป็นกลุ่มไม่แยกตามรายของผู้ป่วย ทำให้หน่วยบริการแยกแยะข้อมูลเพื่อลงบัญชีได้ยาก (3) มีการแบ่งจ่ายเป็นงวดๆ ทำให้สรุปบัญชีได้ยาก (4) กำหนดเวลาจ่ายเงินหลายครั้งยังไม่แน่นอน ไม่สอดคล้องตามสัญญาที่กำหนด และ (5) ระบบในการหักกลบลบหนี้ไม่มีความชัดเจนในระดับกฎของการเบิกจ่าย ถ้าจ่ายเกิน สปสช.จะตัดเงินจากจำนวนรวมที่จะจ่ายในรอบต่อไป แต่ถ้าจ่ายขาด โรงพยาบาลต้องตรวจสอบและอุทธรณ์เอาเอง อีกทั้งไม่มีระบบให้โรงพยาบาลสามารถตรวจสอบสถานะของการเรียกเก็บได้ สปสช.ไม่มีระบบการอุทธรณ์ที่ชัดเจนสำหรับปัญหาแต่ละประเภท โรงพยาบาลต้องติดตามเอาเอง

ตัวอย่างกรณีการจัดการรายโรค Leukemia หรือ Hemophilia มีการแบ่งจ่าย 40% เมื่อลงทะเบียนและแบ่งตามระยะอีก 30% 2 ครั้ง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือเปลี่ยนสถานะไปก่อนช่วงเวลาการเบิกจ่าย ทำให้ตรวจสอบสิทธิไม่ได้ เนื่องจาก สปสช.ใช้สถานะปัจจุบัน ณ วันที่ตรวจสอบ ไม่ใช่เมื่อมีการลงทะเบียนหรือวันที่ส่งฎีกาเบิกจ่าย ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่ได้รับเงินในส่วนที่ใช้ไปแล้ว เมื่อมีปัญหาปฏิเสธการจ่าย โรงพยาบาลต้องติดตามทำเรื่องอุทธรณ์เอง ต้องหาหลักฐานเพิ่มเติมและทำเรื่องเบิกจ่ายใหม่ อาจประมาณได้ว่ากรณีเบิกจ่ายมีปัญหาจะมีอยู่ประมาณ 5% ของทั้งหมด

- 4) การสร้างแรงจูงใจเพื่อการให้บริการในระบบการซื้อบริการ โดยเฉพาะการจัดการรายโรค ขาดมาตรฐานในการดำเนินการ โดยเฉพาะประเด็นคำตอบแทนของบุคลากรที่ทำงาน ทำให้เกิดปัญหาการเปรียบเทียบ แยกพรรคแยกพวกและปัญหาด้านกำลังใจของบุคลากรที่ทำงาน ซึ่งปัญหาคือความรุนแรงขึ้นในสถานการณ์ที่ผู้บริหารหน่วยบริการไม่ใช้อำนาจการบริหารในการจัดสรรทรัพยากรภายในอย่างเหมาะสม แต่พิจารณาการจ่ายตามที่ สปสช.กำหนดมา
- 5) การให้ระยะเวลาเตรียมการมักไม่เพียงพอ การแจ้งแผนงานที่จะดำเนินการไม่ชัดเจนและไม่แน่นอน ทำให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการเตรียมการล่วงหน้าได้ยากหรือไม่ทันกาล เนื่องจากโรงพยาบาลมักไม่ทราบว่าจะระบบซื้อบริการต่างๆ จะมีระบบใดบ้าง ก็โครงการ มีเมื่อใด อย่างไรก็ตามผลกระทบจากปัญหาดังกล่าวไม่แน่นอน ขึ้นกับว่าโรงพยาบาลมีบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างเป็นระบบหรือมีการจัดการโดยเฉพาะอยู่แล้วหรือไม่ แต่ถ้าไม่มี โรงพยาบาลมักต้องใช้เวลาในการตั้งคณะทำงาน ศึกษารายละเอียด ประสานงานภายใน เตรียมการลงทะเบียนผู้ป่วย ระบบการจัดการทั่วไป ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาแนวทางในการทำงาน เตรียมระบบบริการ ปรับโยก

อัตรากำลังของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบสารสนเทศ รวมถึงในบางกรณีต้องมีการประสานกับหน่วยบริการอื่นในเครือข่ายเกี่ยวกับวิธีการจัดการ โดยเฉพาะด้านการเงิน ข้อมูลผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมักต้องใช้เวลาพอสมควร ระบบงานจำนวนหนึ่งต้องเป็นระบบงานฝาก เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถปรับโครงสร้างองค์กรและกรอบอัตรากำลังได้ตามใจนึก

- 6) โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งมีปัญหาของการปรับการทำงานด้านสารสนเทศของโรงพยาบาลในส่วนที่จำเป็นสำหรับการทำข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายให้กับ สปสช. ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบของ สปสช. ได้โดยตรง โดยเฉพาะโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการซื้อบริการ แนวตั้ง ทั้งการจัดการรายโรคโดยสำนักบริหารโรคเฉพาะหรือบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และลงข้อมูล โรงพยาบาลไม่สามารถสร้างฐานข้อมูลของตนเองได้
- 7) ระบบสารสนเทศในการเบิกจ่ายของ สปสช. ขาดประสิทธิภาพ ความยืดหยุ่นและความคล่องตัวทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกับโรงพยาบาล เช่น
 - a. การลงข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายมีรายละเอียดมาก จุดประสงค์และข้อกำหนดของการลงข้อมูลในการลงทะเบียนผู้ป่วยหรือการติดตามการให้บริการ ไม่ชัดเจนว่าจำเป็นหรือไม่เพื่อการเบิกจ่ายหรือเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานอย่างไร แต่ละโครงการมีระบบของตนเอง มี Username และ Password เฉพาะ รายละเอียดหลายประการจะสามารถเชื่อมโยงได้ภายใน สปสช. ระหว่างฐานข้อมูลต่างๆ แต่กลับกลายเป็นภาระของหน่วยบริการ ตัวอย่างระยะเวลาที่ต้องใช้ในการลงข้อมูลต่อผู้ป่วย 1 ราย เช่น โครงการ Cleft lip ใช้ 10 นาที บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1 นาทีต่อรายการ บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1-2 นาที การเบิกจ่ายผู้ป่วยใน 3-5 นาทีต่อรายการ (กรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถถ่ายโอนข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลได้โดยอัตโนมัติ)
 - b. การลงข้อมูลแต่ละหน้าจอ ถ้าไม่ครบถ้วน จะไม่สามารถทำต่อไปได้ ทำย้อนหลัง หรือเก็บข้อมูลไว้เพื่อมาดำเนินการต่อภายหลังได้ ทำให้เสียเวลารวบรวมข้อมูลและกรอกข้อมูลมาก
 - c. การส่งข้อมูลเบิกจ่ายแบบ Real time บน Website มีความล่าช้ามากส่งผลบั่นทอนประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในระยะหลังๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะการจราจรของข้อมูลหนาแน่น แต่ศักยภาพเครือข่ายมีจำกัด ทำให้ใช้เวลานานมากต่อการส่งข้อมูลแต่ละหน้าจอ บุคลากรอาจต้องกลับมาทำงานเริ่มกันใหม่ภายหลังที่ทำงานไประยะหนึ่งแล้ว บางครั้งทำงานล่วงเวลา หรือกลับไปทำงานช่วงเวลากลางคืน ดึกๆ
 - d. ระบบไม่มีการให้ข้อมูลหรือสารสนเทศป้อนกลับที่หน่วยบริการจะนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่ให้ฐานข้อมูลกับโรงพยาบาลที่ดำเนินการ ทำให้โรงพยาบาลที่ต้องทำงานซ้ำซ้อนในการลงฐานข้อมูลของผู้ป่วย เป็นปัญหานั้นทอนประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบในภาพรวม
 - e. หน่วยบริการในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเครือข่าย Internet หรือการส่งข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เกิดปัญหาในเชิงการจัดการของระบบการจัดการรายโรค ที่จำเป็นต้องลงข้อมูล ส่งผลเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการและการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิในที่สุด

- 8) ข้อกำหนดหรือแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้ในโครงการการจัดการรายโรคบางโครงการ ไม่ครอบคลุมแนวทางการรักษาพยาบาลที่แพทย์หรือผู้ป่วยตัดสินใจเลือกใช้ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ตัวอย่างจากโรงพยาบาลกรณีศึกษาแห่งหนึ่งในโครงการ Leukemia พบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจัดการรายโรคเพียง 7 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยอยู่นอกโครงการ 10-20 ราย เนื่องจากแนวทางที่ใช้ไม่สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วย เช่น เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ
- 9) การสร้างเครือข่ายของหน่วยบริการซึ่งโดยทั่วไปมีความจำเป็นกับการจัดการรายโรคที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่ชนบท ต้องประสบอุปสรรคด้านการจัดการทางการเงินและค่าใช้จ่าย เนื่องจากข้อกำหนดที่ผู้ป่วยต้องลงทะเบียน ณ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เมื่อมีการส่งต่อกันภายในเครือข่าย จะเกิดภาระจำนวนหนึ่งในการเรียกชำระ และชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้อาจทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะเมื่อต้องยกระดับการดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติที่หน่วยบริการไม่เคยดำเนินการ หรือดำเนินการโดยไม่สมบูรณ์มาก่อน
- 10) การสื่อสารและประสานงานกับโรงพยาบาลขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ มักใช้การประชุมเป็นครั้งๆ เป็นเรื่องๆ ตามโอกาส การสื่อสารหรือแจ้งด้วยเอกสารอย่างเป็นทางการมีบ้างไม่มีบ้าง หรือขาดมักขาดรายละเอียดที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ เช่น ขั้นตอนการทำงาน หรือกำหนดเวลาที่ชัดเจน ดังนั้นในบางโอกาสหากโรงพยาบาลไม่ได้ส่งตัวแทนไปร่วมประชุม หรือส่งผู้แทนที่ไม่ใช่บุคคลเดิม จะทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรับข้อมูลข่าวสาร บางครั้งการประชุมเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ร่วมประชุม โดยผู้บริหารไม่รับทราบ ทำให้การเตรียมการไม่ได้รับข้อมูลความเป็นไปได้เชิงทรัพยากรหรือการบริหารจัดการของข้อกำหนดหรือความต้องการในด้านต่างๆ
- นอกจากนั้น สปสช. ไม่มีระบบคลังข้อมูลให้กับโรงพยาบาลให้สามารถไปดึงระเบียบปฏิบัติ หรือข้อมูลความคืบหน้าของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมาทบทวนได้ อีกทั้งไม่มีระบบให้หน่วยบริการต่างๆ ได้ตรวจสอบว่า ตนเองมีข้อมูลระเบียบข้อบังคับ หรือเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องครบถ้วน หรือทันสมัยหรือไม่
- โดยทั่วไปมักมีประชุมผู้บริหาร 1 ครั้ง เป็นแบบแจ้งเพื่อทราบ และทำข้อตกลง หรือบางครั้งใช้ระบบการฝากข้อตกลงมากับผู้ร่วมประชุมเพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลลงนาม หลังจากนั้นอีก 1-2 เดือน จะมีประชุมปฏิบัติอีกครั้งแล้วเริ่มดำเนินการ
- 11) ความเข้าใจในระบบการให้บริการสุขภาพ แบบการจัดการรายโรค และการให้การสนับสนุนของผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายในท้องถิ่น โดยเฉพาะสาธารณสุขจังหวัด จะมีความสำคัญต่อการสร้างเครือข่ายการดูแลในจังหวัดเป็นอย่างมาก บางครั้งการส่งต่อถูกมองว่าเป็นเรื่องของการผลกระทบระหว่างโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุน
- 12) ปัญหาอันหนึ่งมาจากพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยหรือผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่อาจไม่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ตนลงทะเบียนให้เป็นหน่วยบริการประจำรอบครัว รวมถึงให้เป็นหน่วยบริการสำหรับการจัดการรายโรค แต่กลับไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่นๆ ซึ่งในทางปฏิบัติไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วย ไม่สามารถเก็บค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วยหรือเก็บจากหน่วยบริการต้นสังกัดได้

- 13) ความไม่สอดคล้องในเชิงหลักการของการส่งผ่านภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่จะสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการรายโรคที่ดี จะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการประหยัดของระบบ แต่จะเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลและบริหารจัดการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งโรงพยาบาลต้องรับภาระโดยตรง อันเนื่องจากการใช้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ต้นทุนที่เกิดขึ้นเป็นภาระระยะสั้นที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ภาระของบุคลากรและค่ายาที่เพิ่มขึ้น แต่ผลได้เป็นระยะยาว กรณีดังกล่าวนี้ จะเป็นปัญหามากในกรณีที่หน่วยบริการและเครือข่ายจะเริ่มต้นโครงการจัดการรายโรคเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงระบบจาก สปสช. ทำให้โรงพยาบาลชุมชน หรือศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนหนึ่งลังเลในการเข้าร่วมโครงการ

2.2 ข้อเสนอของการพัฒนาสำหรับระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง

2.2.1 ประเภทของระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง

สปสช. ควรจะจัดระบบการจัดซื้อบริการแนวดิ่งแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของผลที่คาดหวัง และจุดเน้นของการจัดการที่สำคัญ ซึ่งแตกต่างกัน และอาจให้อยู่ภายใต้การประสานงานหรือการดูแลของสำนักต่างๆ ตามลักษณะงาน ดังนี้

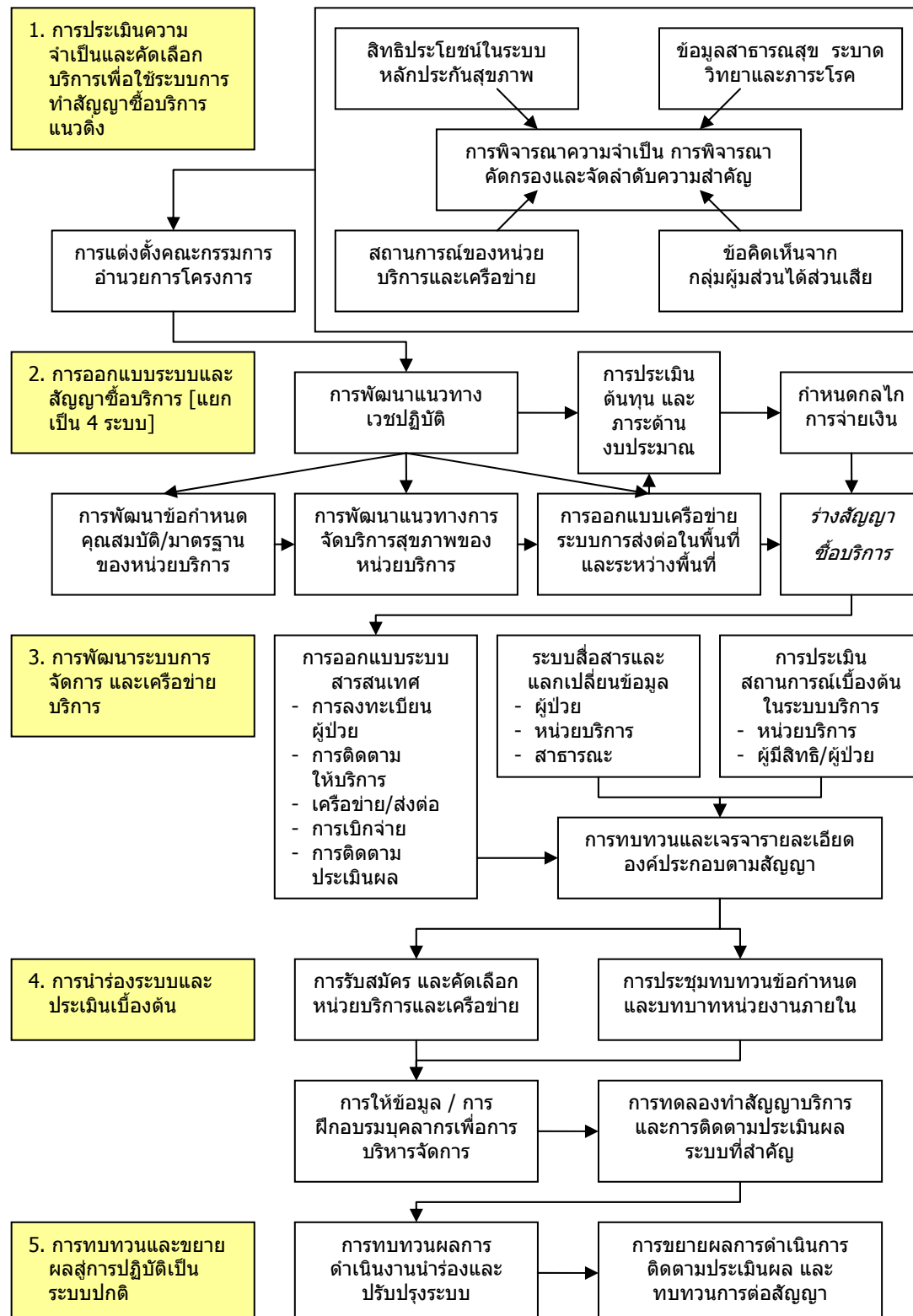
- 1) ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเรื้อรัง
- 2) ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเฉียบพลันหรือหัตถการค่าใช้จ่ายสูง
- 3) ระบบการจัดซื้อบริการแนวดิ่งสำหรับโครงการควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ
- 4) ระบบการจัดซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ
- 5) ระบบการจัดซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2.2 ข้อเสนอต้นแบบระบบการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง (Vertical purchasing arrangement)

ข้อเสนอของการพัฒนาระบบการจัดซื้อบริการแนวดิ่งนำเสนอในเชิงกระบวนการตามกรอบแนวคิดข้างต้น แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 2.1 ได้แก่

- 1) การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการแนวดิ่ง
- 2) การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ
- 3) การพัฒนาระบบการจัดการ และเครือข่ายบริการ
- 4) การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น
- 5) การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดต้นแบบของการจัดซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง



1) การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการ

การประเมินความจำเป็นสำหรับการจัดทำสัญญาซื้อบริการแนวดิ่ง ควรพิจารณาข้อมูลจาก 4 แหล่ง เป็นอย่างน้อย ได้แก่

- สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- ข้อมูลปัญหาทางสาธารณสุข ระบาดวิทยาและภาระโรค ซึ่งรวมถึงข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิในระบบ
- สถานการณ์ของหน่วยบริการและเครือข่าย
- ข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หลักเกณฑ์การคัดเลือกกรณี กลุ่มโรค หรือประเภทบริการ

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 โดยทบทวนข้อมูล และสภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งครอบคลุมด้านการใช้จ่าย อุปกรณ์-เครื่องมือแพทย์ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ความถี่ในการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีแล้ว เกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีโรค หรือประเภทบริการที่ควรมีระบบในการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง ได้แก่

- a. กลุ่มโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง
- b. กลุ่มโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน
- c. กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว
- d. โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก เป็นภาระสำหรับบริการ และดำเนินการป้องกันในระดับต่างๆ ได้
- e. กลุ่มโรคที่ต้องอาศัยการดูแลหรือการฟื้นฟูร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะการเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของชุมชน ซึ่งอาจจะดูว่าค่อนข้างยาก แต่สิ่งที่ท้าทาย คือ การสร้างเครือข่ายและชุมชนที่เข้มแข็งจะทำให้ลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- f. กลุ่มโรคที่ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีจากระบบบริการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลในการลดต้นทุนในระบบบริการสุขภาพได้อย่างสำคัญ
- g. กลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อย (แสดงถึงการคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนมาก)
- h. กลุ่มโรคที่มีความแตกต่างของแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาระหว่างหน่วยบริการมาก
- i. กลุ่มโรคหรือบริการที่ต้องการบริการหรือวัสดุทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- j. กลุ่มโรค หรือภาวะที่ขนาดของปัญหาหรือผลกระทบของปัญหามีต่อชุมชนมาก ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งต้องการระบบในการกระตุ้น หรือส่งเสริมให้เกิดการขยายการเข้าถึงบริการ หรือศักยภาพในการบริการอย่างสำคัญ
- k. กลุ่มโรคหรือหัตถการที่มีวิธีการรักษาเป็นเทคโนโลยีใหม่ มีต้นทุนสูงขึ้นกว่าเดิม ต้องการการกำกับดูแลและการประเมินผลเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิม ก่อนที่จะเป็นวิธีการมาตรฐานทั่วไปที่จะใช้ในประเทศ

การจัดลำดับความสำคัญ ควรมีการพิจารณาให้น้ำหนักในแต่ละกรณีอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาและใช้ข้อมูลข้อเท็จจริง หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เพื่อให้

สามารถนำไปใช้อ้างอิงในการกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมายของการทำงาน กลุ่มโรคหรือภาวะที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ข้างต้นในหลายข้อ ย่อมมีความสำคัญมากกว่ากลุ่มโรคหรือภาวะที่เข้ากับหลักเกณฑ์ข้างต้นเพียงหลักเกณฑ์เดียว

คณะกรรมการอำนวยการโครงการ

โครงการที่ใช้ระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ อ้างอิงรูปแบบการจัดโครงสร้างองค์กรแบบเมตริกซ์ (Matrix organization) โดยคณะกรรมการอำนวยการทำหน้าที่วางแผน จัดองค์กร ออกแบบระบบ และติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานตามสัญญาโดยแลโครงการในเชิงระบบ

จากข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการรายโรค ของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ซึ่งว่าองค์ประกอบคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ควรประกอบด้วย

- ประธาน ซึ่งควรเป็นผู้บริหารของ สปสช. ที่มีตำแหน่งสูงกว่าระดับผู้อำนวยการสำนัก
- สมาชิกซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการสำนัก หรือตัวแทนที่เกี่ยวข้องโดยตรง
- ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จากภายนอก
- ผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลกลุ่มโรค หรือกรณี หรือบริการที่จะทำสัญญา
- เลขานุการ

2) การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

จุดมุ่งหมายของระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง

การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการแนวดิ่ง ต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการใช้ระบบการซื้อบริการแนวดิ่งนี้ ซึ่งจากการศึกษาวรรณกรรมและระบบที่ดำเนินการอยู่ ทำให้อาจสรุปได้ว่า สปสช. ควรมีระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง ด้วยจุดมุ่งหมายที่จะนำไปสู่การออกแบบระบบต่อไปนี้

- (1) เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีสิทธิ ที่รวดเร็วหรือครอบคลุมมากขึ้น ผ่านกลยุทธต่อไปนี้
 - a. ระบบลงทะเบียนผู้ป่วย
 - b. การส่งเสริมให้เกิดการจัดระบบบริการในพื้นที่
 - c. กลไกการเงินที่จูงใจผู้ให้บริการ
- (2) สร้างความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพที่ประชาชนที่เจ็บป่วยจะได้รับ
- (3) เสริมศักยภาพของระบบบริการในด้านการป้องกันโรค ในทั้ง 3 ระดับต่อไปนี้
 - a. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพตนเอง
 - b. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เน้นการคัดกรองโรคเพื่อการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
 - c. การป้องกันระดับตติยภูมิ เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันโรคแทรกซ้อน
- (4) สร้างหรือสนับสนุนให้เกิดบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในประเทศ อันเกิดจาก
 - a. การใช้แนวทางเวชปฏิบัติร่วมกัน
 - b. การใช้ยา เวชภัณฑ์ หรือวัสดุทางการแพทย์อื่นๆ ที่จำเป็นด้วยมาตรฐานเดียวกัน
- (5) เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร อันเนื่องมาจาก
 - a. การกำกับการให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ
 - b. การลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ผ่านการพัฒนาคุณภาพของการดูแล การจัดระบบส่งต่อและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

- c. การควบคุมต้นทุน (Cost containment) จากการเลือกใช้กลไกการจ่ายเงินที่เหมาะสม
- (6) ยกระดับศักยภาพของระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชน

ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

โรคเรื้อรัง

- พัฒนาแนวทางให้มีความเชื่อมโยงระหว่างวิธีการปฏิบัติกับผู้ดูแลอย่างชัดเจน เพื่อให้เห็นความชอบเขตการดูแลผู้ป่วยของเครือข่าย อันประกอบด้วย โรงพยาบาลตติยภูมิ โรงพยาบาลทุติยภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ จะได้ไม่ให้เป็นภาระกับ โรงพยาบาลตติยภูมิโดยไม่จำเป็น
- มีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้น และระยะยาว
- ควรให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

โรคเฉียบพลัน / หัตถการเฉพาะ

- มีความครอบคลุมเริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย จนถึงการตรวจติดตามภายหลังการรักษา / ทำหัตถการ
- มีแนวทางการตัดสินใจสำหรับทางเลือกการรักษา / การทำหัตถการ อย่างครบถ้วน และชัดเจน
- ควรมีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และวิเคราะห์ปัญหาของการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

- สามารถปฏิบัติในชุมชน หรือในกลุ่มประชากรจำนวนมาก
- มีความยืดหยุ่นตามพฤติกรรมมารับบริการของประชาชนพอสมควร

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

- กำหนดให้ชัดเจนและครอบคลุมสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป
- มีความเชื่อมโยงระหว่างบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปและการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป
- ควรมีแนวทางทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไปรายบุคคล และรายครอบครัวหรือชุมชน แยกอย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินต้นทุนและประเมินผลต่อไป

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ควรมีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ แยกเป็นระดับเพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาในระยะยาว สำหรับพื้นที่ที่มีความพร้อมที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาข้อกำหนดคุณสมบัติ/มาตรฐานของหน่วยบริการ

ข้อเสนอที่กำหนดคุณสมบัติหรือมาตรฐานของหน่วยบริการ ควรครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

- ความมีอยู่ของทรัพยากรบุคคลที่จำเป็น หรือบุคลากรทดแทนที่มีความรู้ความสามารถเทียบเท่า เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้
- ความมีอยู่และความพร้อมของสถานที่ (เครือข่าย-ถ้าจำเป็น) เครื่องมือแพทย์ ยา หรือเวชภัณฑ์ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้
- ระบบจัดการคุณภาพของหน่วยงาน เพื่อการทบทวนผลการดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะทางการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดไว้ ควรครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

- ควรคำนึงถึงบริบท หรือศักยภาพของหน่วยบริการ โดยเฉพาะความสามารถการปรับขยาย หรือ โอนย้ายบุคลากร
- ควรคิดถึงความเป็นไปได้ของการนำสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการแต่ละลักษณะ หรือสังกัด ซึ่งอาจมี ศักยภาพหรือรูปแบบของการจัดการบริการมาแต่เดิมที่ไม่เหมือนกัน
- ควรนำพฤติกรรมกรรมการโรคหรือการใช้บริการของผู้ป่วยและครอบครัวมาร่วมในการพิจารณา
- ควรประเมินความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการทำงานในรูปแบบเครือข่าย (ถ้าจำเป็น) ติดตาม ผลกระทบต่อสมาชิกในเครือข่าย โดยเฉพาะการถ่ายโอนภาระงานและต้นทุน
- ควรพิจารณาต้นทุนในการเริ่มต้นดำเนินการ (Programming cost) ของหน่วยบริการ

การออกแบบเครือข่าย ระบบการส่งต่อในพื้นที่และระหว่างพื้นที่

- ควรมีการประเมินสถานการณ์ความเป็นจริงของการทำงานเชิงเครือข่ายในกลุ่มโรคหรือกรณีที่ต้องการพัฒนาการซื้อบริการแนวดิ่ง
- การออกแบบเครือข่ายอาจต้องจัดลักษณะเครือข่ายการทำงานเป็นกลุ่มพื้นที่ตามลักษณะของพื้นที่ที่มีการดำเนินการในเชิงเครือข่ายที่แตกต่างกัน เช่น กรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล จังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ หรือดำเนินการเป็นกลุ่มของจังหวัด ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล หรือส่งเสริมนวัตกรรมในระดับท้องถิ่นมากขึ้น
- การออกแบบเครือข่ายควรคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้เป็นอย่างเป็นรูปธรรมด้วย
 - การเข้าถึงบริการทางกายภาพของผู้ป่วย
 - พฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย
 - ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีการดำเนินการอยู่
 - ผลกระทบทางการเงินระหว่างหน่วยบริการ

ข้อเสนอการประเมินต้นทุน และภาระด้านงบประมาณ

โรคเรื้อรัง

- ควรได้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การออกแบบบริการและเครือข่าย โดยแยกประเมินต้นทุนในแต่ละระดับของสถานพยาบาลสำหรับแต่ละขั้นตอนการให้บริการ
- ควรได้คำนวณต้นทุนในส่วนที่ชุมชนหรือครอบครัวร่วมดูแลด้วย
- ควรได้ประเมินต้นทุนส่วนการบริหารจัดการ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการสร้างระบบเครือข่าย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และบูรณาการเป็นต้นทุนของการจัดการรายโรค
- การประเมินต้นทุนและภาระด้านงบประมาณ ควรได้มองต้นทุนที่แท้จริงทั้งหมด มิใช่เพียงต้นทุนในมุมมองของ purchaser หรือแม้แต่มุมมองของ provider เนื่องจาก เมื่อชุมชนหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีต้นทุนของชุมชนเกิดขึ้น แต่ก็ทำให้ต้นทุนของ provider หรือ purchaser ลดลง และในที่สุดแล้ว ต้นทุนของชุมชนหรือครอบครัว ต้องได้รับการจัดสรรไปในเส้นทางที่ให้ถึงมือชุมชนหรือครอบครัวได้

- การตั้งข้อกำหนดว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีต้นทุนค่าแรง หรืออาจรวมเป็นต้นทุนค่าบริการพื้นฐาน ที่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กนั้น อาจไม่ถูกต้องนัก ควรได้พิจารณา economies of scale ตามจำนวนของบริการแต่ละชนิด และแต่ละประเภทจะถูกต้องมากกว่า เช่น ต้นทุนค่าแรงสำหรับการดูแลผู้ป่วย Acute myeloid leukemia คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของต้นทุนรวมทั้งหมดเท่านั้น

โรคเฉียบพลัน / หัตถการเฉพาะ

- การประเมินต้นทุนควรอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติ และการออกแบบระบบบริการที่กำหนดไว้เปรียบเทียบกับที่มีการดำเนินการอยู่เดิม
- การศึกษาต้นทุนของกลุ่มโรคเฉียบพลัน หรือโรคที่ต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการเฉพาะทางนั้น ควรได้ครอบคลุมรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ให้ระบุให้ชัดเจนเป็นส่วนๆ
- การประเมินต้นทุนเปรียบเทียบระหว่างการจ่ายรายโรคแต่การจ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายปกตินั้น ควรมีความละเอียดถี่ถ้วนในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยที่ต้นทุนในระบบการเหมาจ่ายด้วย DRG นั้น ต้องระวังประเด็นการจัดกลุ่ม DRG ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มโรคเฉพาะนั้น เนื่องจากโรคหลักเป็นการติดเชื้อหรือโรคแทรกซ้อนจากโรคหรือการรักษารักษาหรือหัตถการนั้น

ภาวะเสี่ยง และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

- การประเมินต้นทุน นอกจากต้นทุนการให้บริการรายบุคคลแล้ว ควรประเมินต้นทุนในลักษณะที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีผลกระทบให้ชุมชนดูแลกันเอง

ข้อเสนอแนวทางในการกำหนดกลไกการจ่ายเงิน

โรคเรื้อรัง

- ควรใช้กลไกการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับแต่ละโรคโดยเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และแยกค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในออกไป
- การกำหนดเครื่องชี้วัดผลงานเพื่อการจ่ายเงินต้องมีความเหมาะสมกับลักษณะการดำเนินโรคของโรคเรื้อรัง หากกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นโครงการ ควรได้ปรับเครื่องชี้วัดหรือผลลัพธ์ของโครงการเป็นเครื่องชี้วัดเพื่อการจ่ายเงิน และให้ระมัดระวังการนำเครื่องชี้วัดเชิงปริมาณไปใช้เป็นกลไกการจ่ายเงิน
- กลไกการจ่ายเงินควรให้อำนาจต่อการจัดเครือข่ายการดูแลในระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย
- เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังนี้ ต้องอาศัยการบูรณาการการดูแลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น งบประมาณสำหรับกำหนดการชดเชยค่ารักษาพยาบาลและการดูแลในส่วนนี้ ควรพิจารณาในภาพรวมและจัดสรรงบประมาณตามกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งก็อาจเกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมอยู่ด้วย

โรคเฉียบพลัน / หัตถการเฉพาะ

- เน้นกลไกการจ่ายเงินเป็นรายโรค หรือหัตถการ ซึ่งควรมีการกำหนดขอบเขตของบริการและวัสดุที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องถ้ามี
- ใช้ข้อมูลการศึกษาต้นทุนในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การรักษา การติดตามผล มากำหนดการจ่ายเงินเป็นส่วนๆ ให้ชัดเจน
- การกำหนดอัตราค่าการจ่ายเงินอ้างอิงจากข้อมูลจากต้นทุนเฉลี่ย ซึ่งเฉลี่ยความเสี่ยงของการรักษาแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตไว้ แต่ไม่ควรรวมต้นทุนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีนัยสำคัญด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้น

การจ่ายเงินควรได้จ่ายตามต้นทุนเฉลี่ยของการดูแลปกติ และใช้การจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในในระบบปกติสำหรับการดูแลภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และไม่ควรถองตัดทอนเงินที่จ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่)

- ผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันนี้ ไม่ควรจะกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจะได้รับ แต่จะควรนำไปใช้ประเมินผลด้านคุณภาพของการรักษา ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินคุณภาพของหน่วยบริการในขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการต่อไป

ภาวะเสี่ยง และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

- กลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการในกลุ่มควรอ้างอิงการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) เพื่อส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการ โดยกำหนดขอบเขตของการบริการที่ชัดเจน ยกเว้นกรณีการจัดบริการในรูปแบบโครงการ (ถ้ามี)
- การแบ่งจ่ายเงิน อาจดำเนินการในลักษณะการแบ่งจ่ายเริ่มต้นเพื่อชดเชยต้นทุนการลงทุนเพื่อพัฒนาบริการ (Programming cost) และการจ่ายเพื่อการดำเนินการ ขึ้นกับผลการดำเนินงาน
- การจ่ายเงินควรเป็นไปในลักษณะเหมา หลีกเลี้ยงการจ่ายโดยใช้ฐานข้อมูลรายละเอียดของการให้บริการรายบุคคลเป็นรายครั้ง ซึ่งเป็นภาระด้านการบริหารจัดการในระบบโดยไม่จำเป็น

3) การพัฒนาระบบการจัดการ และเครือข่ายบริการ

การออกแบบระบบสารสนเทศ

- ควรได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์สำหรับการดำเนินงานการจัดการแนวดิ่งทั้งระบบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ปี เพื่อการเตรียมโครงสร้างฐานข้อมูลรองรับทั้งระบบ
- ควรได้มีการสัมมนาเพื่อทราบถึงการปฏิบัติงานและระบบสารสนเทศของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับโครงการจัดการแนวดิ่งที่จะริเริ่มขึ้น
- กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อมูลหรือการใช้ข้อมูลในแต่ละตัวที่จะสร้าง (ให้หน่วยบริการใส่ข้อมูล) ให้ชัดเจน
- กำหนดทางเลือกให้หน่วยบริการส่งข้อมูล ทั้งระบบ on line และ off line โดย
 - การลงข้อมูลเพื่อการลงทะเบียนผู้ป่วย และเพื่อการติดตามการให้บริการเพื่อเบิกจ่ายเงินตามข้อกำหนดสามารถทำในลักษณะการทำงานเป็นชุด (Batch work) ที่หน่วยบริการสามารถทำงานกับโปรแกรมสำเร็จรูปที่เป็นแบบ Offline ไม่ต้องเชื่อมโยงกับระบบ Internet แบบ Real time แต่สามารถส่งข้อมูลให้แก่ สปสช. ในลักษณะเป็นแฟ้มข้อมูลทั้งชุด ตามที่กำหนดไว้เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน และสามารถนำไปให้กับหน่วยบริการที่ไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบทาง Internet ใช้ประโยชน์ได้ด้วย
 - โปรแกรมเพื่อการลงข้อมูลของ สปสช. ควรจะสามารถสร้างฐานข้อมูลในรูปแบบทั่วไป เช่น EXCEL, ACCESS หรือ DBASE ที่หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการภายใน หรือบูรณาการเข้ากับฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลได้
- การออกแบบระบบสารสนเทศควรรองรับตั้งแต่การรับ-ส่งข้อมูล การสรุปข้อมูล และการประเมินผลทั้งด้านการบริหารจัดการและด้านคุณภาพของบริการ

- หน่วยบริการหรือศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วย ควรได้รับข้อมูลกลับในส่วนที่หน่วยบริการส่งข้อมูลไป รวมถึงข้อมูลของผู้ป่วยในความดูแลอย่างครบวงจร อาทิ การไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น การเสียชีวิตที่หน่วยบริการอื่น หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การสามารถเข้าถึงข้อมูลในเครือข่ายบริการได้
- ควรได้จัดหมวดหมู่ของกลุ่มบริการ และพัฒนาระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับความต้องการทั้งเพื่อการบริหารจัดการ การติดตาม การประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยที่นอกเหนือจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไปแล้ว อาจจะมีข้อมูลให้เหมาะสมกับกลุ่ม ดังนี้

โรคเรื้อรัง

- ข้อมูลสรุปของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย (เป็นข้อมูลรายชุมชน) โดยไม่จำกัดรูปแบบการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ แต่ให้ สปสช.นำไปวิเคราะห์สรุปตามเครื่องชี้วัดที่จำเป็น
- หากมีหน่วยบริการเป้าหมายที่มีการดำเนินโครงการในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายคลึงกับโครงการที่ สปสช. พิจารณาว่าเป็นปัญหา ควรได้มีการจัดซื้อแนวดิ่งแล้ว การรวบรวมข้อคิดเห็น ด้านการดำเนินการ การติดตาม และการประเมินผล เพื่อออกแบบระบบสารสนเทศ จะทำให้เห็นรูปธรรมของผลลัพธ์มากขึ้น

โรคเฉียบพลัน / หัตถการเฉพาะ

- มีข้อมูลเพื่อการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพทางคลินิกที่จำเป็น และเป็นเครื่องชี้วัดที่ใช้เป็น tracer นำสู่การทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพต่อไป
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลความก้าวหน้าและความเป็นไปของโรคของผู้ป่วย อาทิ การไปรับการรักษา โดยไม่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียน การเสียชีวิต โดยหน่วยบริการรับลงทะเบียนไม่ทราบ

ภาวะเสี่ยง และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป

- โครงสร้างหลักควรเป็นข้อมูลรายโครงการหรือรายชุมชน และกิจกรรมในภาพรวม

การออกแบบระบบสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูล

- ควรมีการกำหนดระบบการประชุมเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบ กำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมประชุม
- ควรมีข้อกำหนดในการให้เอกสารชี้แจงข้อมูล คู่มือตลอดจนระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับโครงการต่างๆ อย่างเป็นระบบ ตลอดจนจัดให้มีฐานข้อมูลเอกสารในโครงการต่างๆ พร้อมข้อมูลการทบทวนแก้ไข เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถทบทวน หรือใช้ในการอ้างอิงเพื่อการปฏิบัติได้ เช่น ให้สามารถเข้าถึงได้ทาง Internet
- ควรมีการวางแผนเอกสารเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนผู้มีสิทธิล่วงหน้า พร้อมแจ้งให้หน่วยบริการในโครงการได้รับทราบ และทบทวนแก้ไขร่วมกัน ก่อนการประชาสัมพันธ์

การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นในระบบบริการ

- ควรนำแนวทางเวชปฏิบัติ มาตรฐานหน่วยบริการ แนวทางการจัดบริการ และเครือข่ายการส่งต่อที่กำหนดไว้ เข้าสู่กระบวนการทบทวนโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำไปใช้เป็นกรอบในการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน
- ควรมีการประเมินถึงช่องว่างความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ออกแบบไว้ กับระบบบริการที่ดำเนินการอยู่จริงในพื้นที่ต่างๆ ควรให้ได้ข้อมูลการประเมินในเรื่องต่อไปนี้

- การปรับตัวของระบบบริการของหน่วยบริการ
- ภาระงานของหน่วยบริการ
- การลงทะเบียน
- การใช้บริการและต้นทุนการให้บริการ
- การใช้ประโยชน์โปรแกรมหรือระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

4) การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

การรับสมัคร และคัดเลือกหน่วยบริการและเครือข่าย

- หน่วยบริการและเครือข่ายควรมีความพร้อมตามคุณสมบัติหรือมาตรฐานที่กำหนด
- หนึ่ง แนวทางการพัฒนาหน่วยบริการและเครือข่ายที่อาจมีความพร้อมในระดับหนึ่ง หรือมีความพร้อมเพียงบางส่วนอาจมีการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนายกระดับการบริการต่อไปได้

การประชุมทบทวนข้อกำหนดและบทบาทหน่วยงานภายใน

- ระหว่างการดำเนินการนำร่อง ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชุมทบทวนระบบการทำงานเพื่อประสานงานและแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการต่างๆ อย่างรวดเร็ว เพื่อความถูกต้องและความคล่องตัวในการบริการแก่ผู้ป่วยในโครงการ

การทดลองทำสัญญาบริการ และการติดตามประเมินผลระบบที่สำคัญ

- การจัดการการทำสัญญาซื้อบริการของ สปสช. ควรคำนึงถึงการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในภาพรวม การดำเนินการควรมีการศึกษา หรือพิจารณาโครงสร้างต้นทุนทั้งด้านบริการ และการบริหารจัดการ และคำนึงถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (Incremental cost) ตลอดจนการเคลื่อนย้ายของต้นทุนที่มีอยู่เดิมในระบบ (Cost transfer) ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการจัดระบบหรือเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมระบบการทำสัญญาการซื้อบริการใหม่ ตลอดจนติดตามประเด็นด้านคุณภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางในการติดตามระบบในระยะยาว

5) การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

การขยายผลระบบควรคำนึงว่าการเพิ่มคุณภาพเป็นการเพิ่มต้นทุน อย่างน้อยในระยะสั้น เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยจะให้บริการไม่ถึงระดับมาตรฐานที่ควรจะเป็น

บทที่ 3

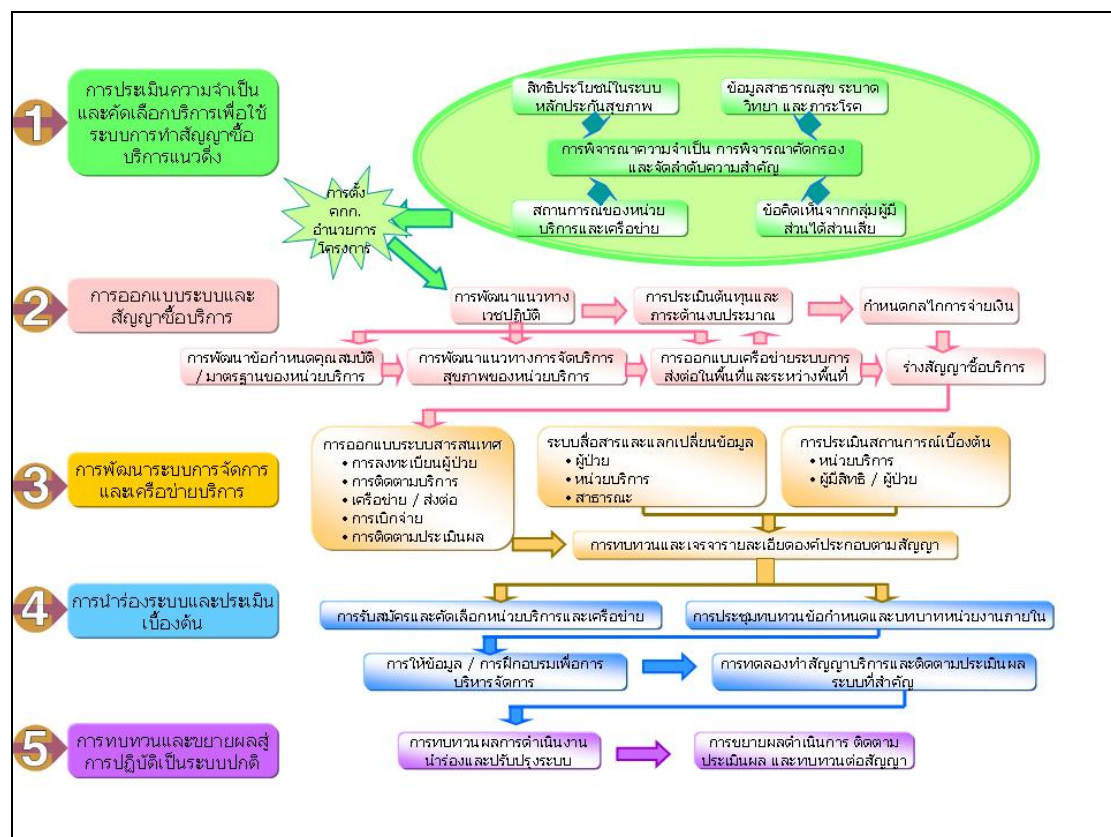
ผลการศึกษาระยะที่ 2:

การพัฒนาตัวอย่างการซื้อบริการแหวดิ่งและ ผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพื้นที่

3.1 ต้นแบบการจัดซื้อบริการแหวดิ่งที่นำเสนอในพื้นที่

การศึกษาในระยะที่ 2 เป็นการนำกรอบแนวคิดของระบบการจัดซื้อบริการแหวดิ่งที่ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาในระยะที่ 1 ดังแสดงในภาพที่ 3.1 ไปศึกษาความเป็นไปได้ในบริบทของบริการในพื้นที่ 7 กลุ่ม โดยได้นำขั้นตอนจากกรอบแนวคิดดังกล่าวมากำหนดรายละเอียด ตามลักษณะของกลุ่มโรค 2 กลุ่มโรค ได้แก่ ระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่งสำหรับโรคเฉียบพลัน และระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่งสำหรับโรคเรื้อรัง โดยที่เลือกการจัดการรายโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นตัวอย่างของการจัดการโรคเฉียบพลัน/หัตถการค่าใช้จ่ายสูง และการจัดการรายโรคเบาหวาน เป็นตัวอย่างของการจัดการโรคเรื้อรัง

ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดของระบบการจัดซื้อบริการแหวดิ่ง



พื้นที่ที่เลือกเข้าไปศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานเพื่อการซื้อบริการแหวดิ่ง ประกอบด้วย

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สาขาเขตพื้นที่ 4 แห่ง
- โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ 1 แห่ง
- โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง

- d. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง
- e. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง
- f. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง
- g. โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

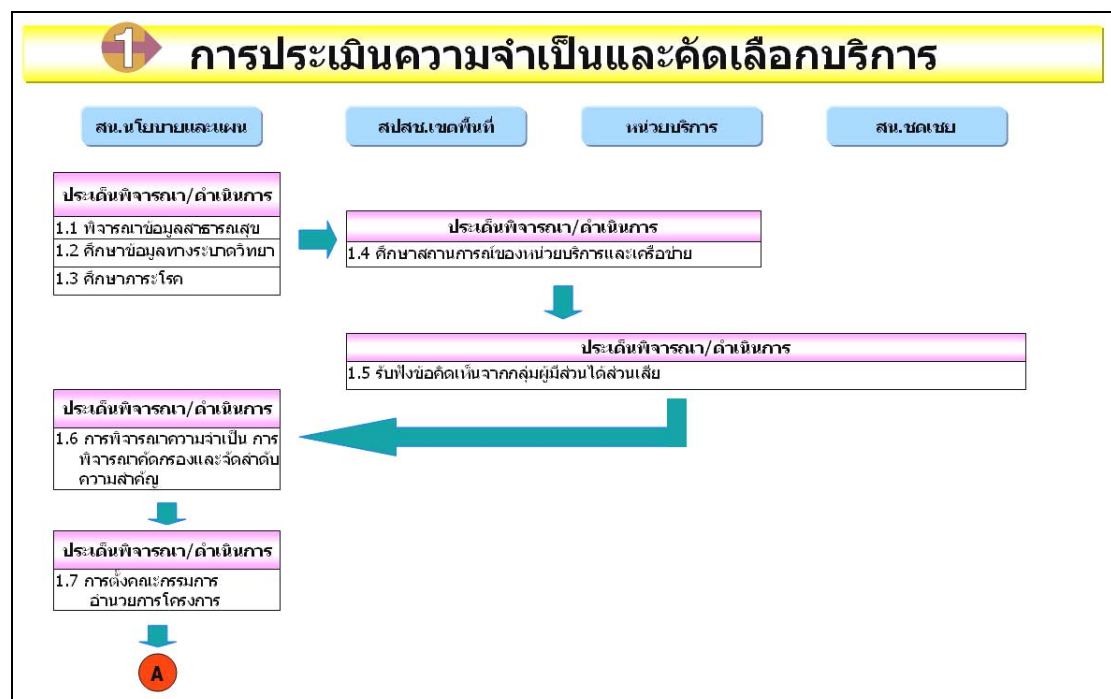
**ตัวอย่างการซื้อบริการแนวตั้งกลุ่มโรคเฉียบพลัน/หัตถการค่าใช้จ่ายสูง :
มะเร็งโลหิตเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง**

เพื่อให้เห็นรูปธรรมของการดำเนินงาน แนวทางการดำเนินงานตามกรอบแนวคิดที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ จึงได้จัดทำให้เห็นความเชื่อมโยงของหน่วยงานต่างๆ ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่เนื่องจากอยู่ในช่วงที่ศึกษานี้ มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานของ สปสช. (ปี 2550-2551) จึงทำให้การกำหนดหน้าที่ของสำนักงานหรือหน่วยงานต่างๆ ใน สปสช. อาจไม่ตรงกับปัจจุบัน แต่ทั้งนี้ ขอให้ยึดหน้าที่ของสำนักงานหรือหน่วยงานเป็นหลักในการประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินงานจากกรอบแนวคิดนี้ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ

ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ



- 1.1 สำนักนโยบายและแผน สปสช.พิจารณาข้อมูลสาธารณสุข
 - ลักษณะการกระจายของโรคทั่วประเทศไทย
- 1.2 สำนักนโยบายและแผน สปสช.ศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา ได้แก่
 - Incidence ของมะเร็งโลหิตวิทยา จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และจากสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
 - Prevalence ของมะเร็งโลหิตวิทยา จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และจากสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
- 1.3 สำนักนโยบายและแผน สปสช.ศึกษาภาระโรค
 - แนวทาง / วิธีการรักษา ที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน
 - การส่งต่อที่เหมาะสมเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใดหรือไม่
 - ต้นทุนการรักษาทุกวิธีเป็นอย่างไร
 - พิจารณาหลักเกณฑ์การเลือกกลุ่มโรค ซึ่งเข้าเกณฑ์ คือ
 - กลุ่มโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง
 - กลุ่มโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน
 - กลุ่มโรคที่มีภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว
 - ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก และดำเนินการป้องกันได้
 - ผลลัพธ์การรักษาที่ดีจะลดต้นทุนในระบบบริการสุขภาพ
 - กลุ่มโรคที่มีความแตกต่างของแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาระหว่างหน่วยบริการมาก
 - ในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการปลูกถ่ายไขกระดูก (ซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่) ที่ดูเหมือนจะมีต้นทุนสูงกว่าวิธีเดิม คือเคมีบำบัดและฉายแสง แต่ในระยะยาวกลับพบว่าต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดีกว่า
- 1.4 สำนักนโยบายและแผน สปสช. ร่วมกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการ ศึกษาสถานการณ์ของหน่วยบริการและเครือข่าย
 - ความเชื่อมโยงและการประสานงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิในเขตพื้นที่
 - ศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการแต่ละระดับ
 - จัดให้หน่วยบริการแต่ละเขตพื้นที่มีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการให้บริการและการจัดเครือข่ายการส่งต่อ
 - สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เสนอหลักการ แนวทางการจัดการและบริบทการให้บริการของแต่ละเขตพื้นที่
- 1.5 สำนักนโยบายและแผน สปสช. ร่วมกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ และหน่วยบริการ รับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้ คือ
 - สำนักนโยบายและแผน สปสช. รับฟังแนวทางการจัดการของแต่ละเขตพื้นที่
 - เชื่อมโยงแนวทางให้มีหลักการสำคัญในรูปแบบเดียวกัน
 - รับฟังผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ, กระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคประชาชน

1.6 สำนักนโยบายและแผน สปสช.พิจารณาความจำเป็น การพิจารณาคัดกรอง และจัดลำดับความสำคัญ

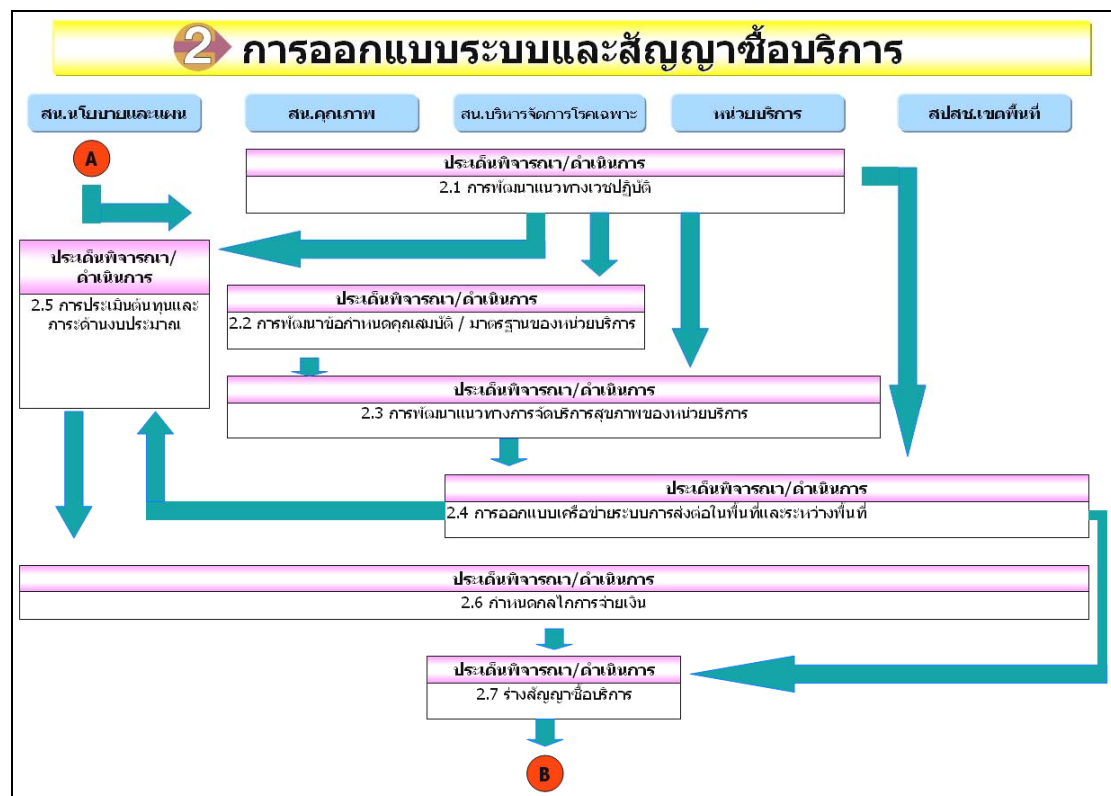
- ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล / คุณภาพชีวิต / ผลลัพธ์ทางคลินิก / ผลกระทบต่อสังคม

1.7 การตั้งคณะกรรมการอำนวยการ

- สำนักนโยบายและแผน สปสช.เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย รองเลขาธิการฯ (ประธาน), ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ, ผู้อำนวยการสำนักคุณภาพ, ผู้แทนสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย, ผู้แทนโรงพยาบาลที่ให้บริการ, ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข

2. การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

ภาพที่ 3.3 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ



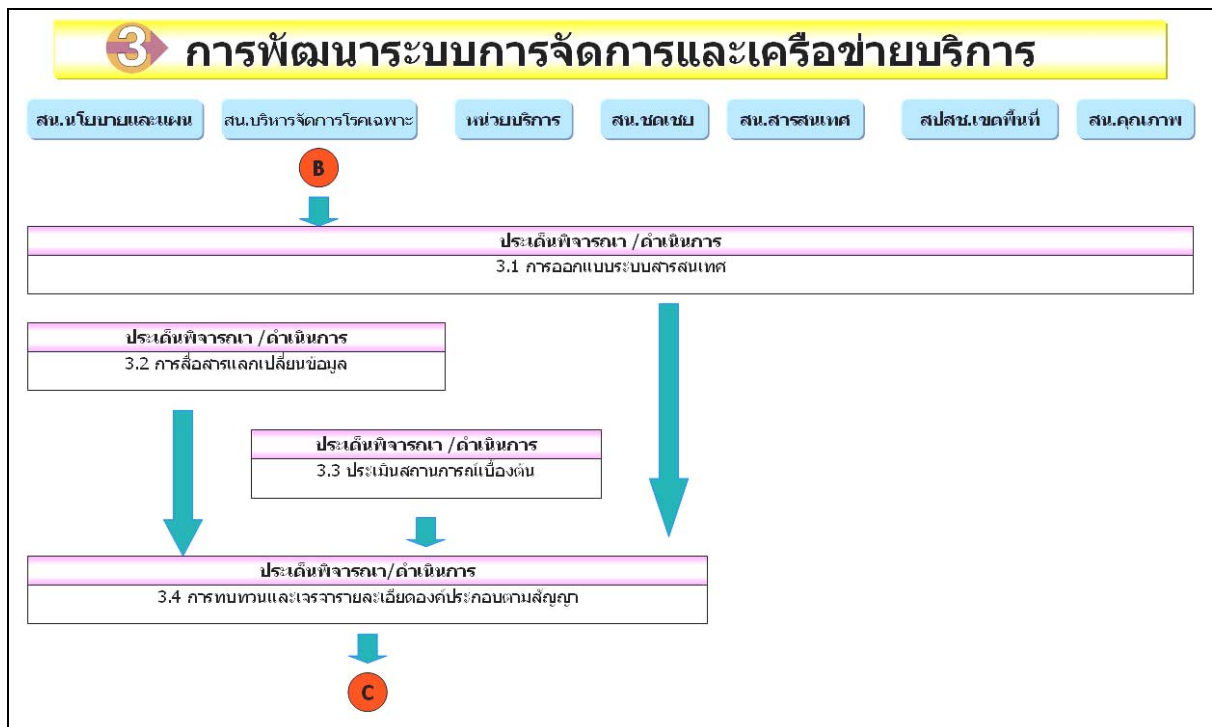
2.1 การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

- เป็นโรคที่มีการรักษาที่เฉพาะ หรือ Protocol ที่เป็นมาตรฐานแต่ละระยะของโรค
- ขอความร่วมมือจากสมาคมโลหิตวิทยาแห่งชาติประเทศไทย ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ให้ครอบคลุมตั้งแต่การวินิจฉัย จนถึง การตรวจติดตามหลังการรักษา
- มีการกำหนดทางเลือกหรือข้อบ่งชี้ในการเลือกรักษาตาม Protocol
- กำหนดระยะเวลาการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- วิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือข้อจำกัดในพื้นที่ต่างๆ
- 2.2 การพัฒนาข้อกำหนดคุณสมบัติ และมาตรฐานของหน่วยบริการแต่ละระดับ
 - กำหนดคุณสมบัติ และมาตรฐานของหน่วยงาน ร่วมกับสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
 - กำหนดเครื่องชี้วัดสำหรับการตรวจประเมินทั้งก่อนและหลังให้บริการ รวมทั้งเครื่องชี้วัดด้านการจัดการบริการและเครื่องชี้วัดด้านคลินิก
- 2.3 การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ
 - กำหนดขั้นตอนการให้บริการ ตั้งแต่การค้นพบผู้ป่วย การวินิจฉัย การลงทะเบียน จนถึง การตรวจติดตามผู้ป่วย
- 2.4 การออกแบบเครือข่ายระบบการส่งต่อในพื้นที่และระหว่างพื้นที่
 - จัดเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยตามเขตพื้นที่ให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงพฤติกรรมกรรมการบริการของผู้ป่วย
- 2.5 การประเมินต้นทุนและภาระด้านงบประมาณ
 - วิเคราะห์ต้นทุนทั้งต้นทุนการรักษาพยาบาล และต้นทุนการบริหารจัดการของหน่วยงาน
 - ต้นทุนของการรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึงต้นทุนการรักษาภาวะแทรกซ้อน โดยคำนวณตามโอกาสการเกิด, ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยเสียชีวิต และต้นทุนของโรคร่วม (Comorbidity) ต่างๆ ที่พบได้บ่อย
 - วิเคราะห์ต้นทุนการตรวจเยี่ยม (Audit) ด้านการจัดการ และด้านการรักษา (Clinical Audit)
- 2.6 กำหนดกลไกการจ่ายเงิน
 - ศึกษาารูปแบบของการให้บริการ ซึ่งอยู่ในกลุ่ม โรคเฉียบพลัน / หัตถการเฉพาะ ที่มีขอบเขตการรักษาที่ชัดเจน (ในปีแรก) และต้องการความต่อเนื่องของการตรวจติดตาม (ในปีถัดไป)
 - คำนึงถึงโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยอาจจ่ายโดยเฉลี่ยให้เป็นต่อราย หรือแยกจ่ายต่างหากเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น (Unbundled) ซึ่งการจ่ายเงินของโครงการบริหารจัดการรายโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนี้ กำหนดให้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนด้วย
 - กำหนดวิธีการจ่ายชดเชย กรณีผู้ป่วยออกจากโครงการหรือเสียชีวิต อย่างชัดเจน โดยให้เป็นไปตามรูปแบบของต้นทุนที่เป็นจริง (ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลไม่ได้แปรผันตรงกับเวลาที่ผ่านไป) โดยส่วนมากแล้ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตนั้น มักได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ หรืออาจมีค่ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดในระยะเวลาที่เท่ากันก็ได้ ซึ่งสำหรับมะเร็งโลหิตวิทยานั้น ต้นทุนการรักษาพยาบาลในช่วงปีแรกนั้น ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีต้นทุนการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีชีวิตรอด
 - การจ่ายเงินแบ่งเป็นงวดตามโรคและ Protocol ของการรักษา 2-4 งวด และมีข้อกำหนดการส่งผลการรักษาแต่ละระยะ
- 2.7 ร่างสัญญาซื้อบริการ
 - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับ สำนักบริหารกองทุน และสำนักกฎหมายในการร่างสัญญา/ข้อตกลงในการให้บริการ

3. การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

ภาพที่ 3.4 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ



3.1 การออกแบบระบบสารสนเทศ

- ด้านการลงทะเบียนผู้ป่วย โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ด้านการติดตามบริการ โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่, สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
- ด้านเครือข่ายและการส่งต่อ โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ด้านการเบิกจ่าย โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
- การติดตามประเมินผล โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สำนักนโยบายและแผน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่

3.2 การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล

- จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและภาคประชาชน ของการเปลี่ยนแปลงระบบ ทั้งด้านผลต่อการบริหารจัดการ การบริการ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

3.3 ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น

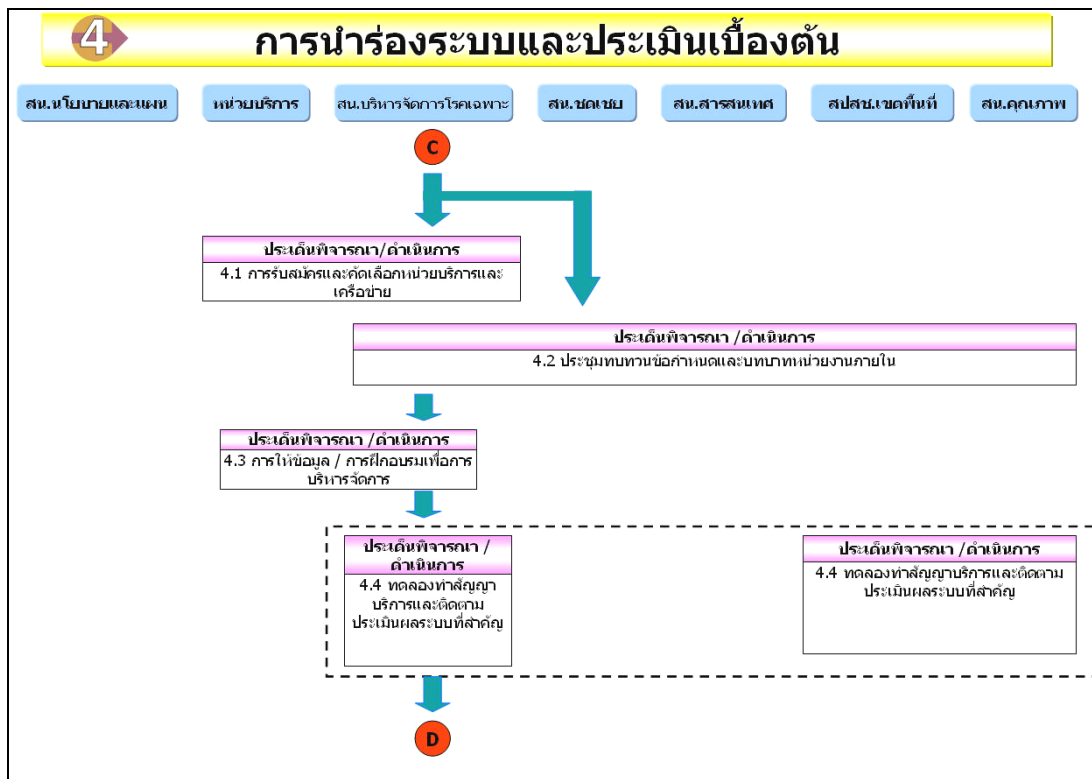
- จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะและจำลองสถานการณ์ เพื่อค้นหาปัญหาเบื้องต้น

3.4 การทบทวนและเฝ้าจรรายละเอียดองค์ประกอบตามสัญญา

- พิจารณา ทบทวนรายละเอียด แนวทางปฏิบัติ การประเมินผล ซึ่งจะระบุในสัญญา

4. การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

ภาพที่ 3.5 ขั้นตอนที่ 4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น



4.1 การรับสมัครและคัดเลือกหน่วยบริการและเครือข่าย

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพหน่วยบริการนำร่อง
- หากจำเป็น (เมื่อพบว่าการกระจายของโรคในพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการที่มีศักยภาพเพียงพอรองรับบริการได้) อาจมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่ขาดแคลน

4.2 ประชุมทบทวนข้อกำหนดและบทบาทหน่วยงานภายใน

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ทำหน้าที่ประสานงานโครงการในภาพรวม
- สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ทำหน้าที่ทำความเข้าใจและเป็นผู้ประสานงานหลักที่เชื่อมโยงกับระบบบริการและการจ่ายเงินอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการรับส่งข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน
- สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน อำนวยความสะดวกของการลงทะเบียน และบันทึกข้อมูลมิให้เกิดความซ้ำซ้อน และให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบบริการปกติได้
- สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ติดตามข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ประสานงานกับ Project manager เพื่อตรวจเยี่ยม รับฟังปัญหาอุปสรรคการดำเนินการ แล้วนำเข้าสู่การประชุมทบทวน

4.3 การให้ข้อมูลและการฝึกอบรมเพื่อการบริหารจัดการ

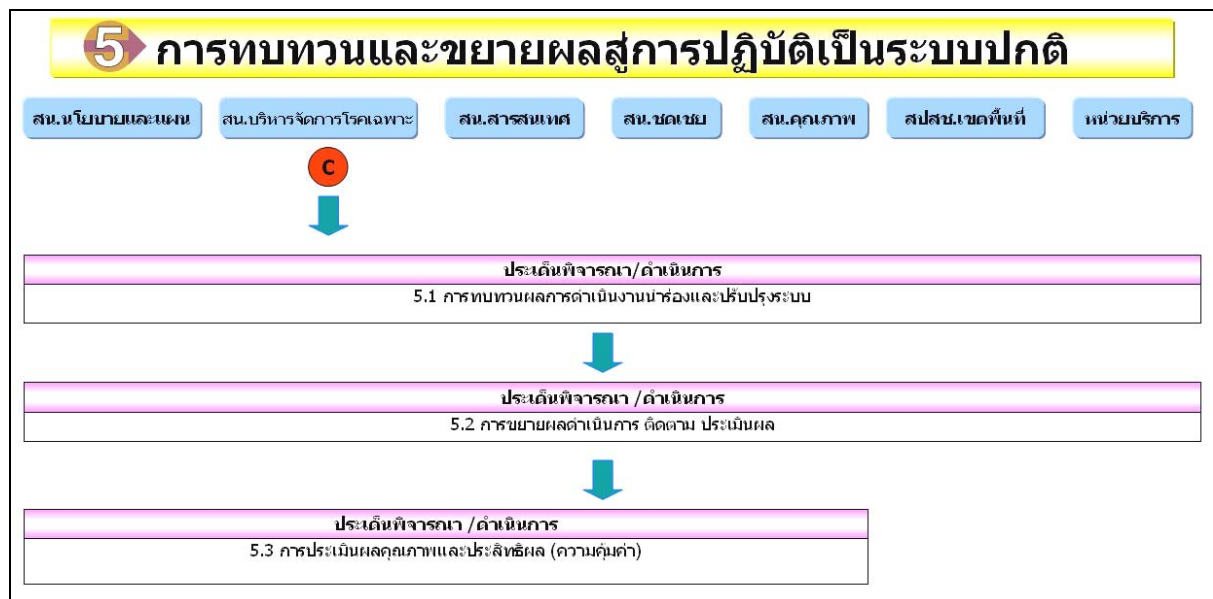
- ประชุมชี้แจง รับฟังข้อเสนอแนะจากหน่วยบริการ

4.4 ทดลองทำสัญญาบริการและติดตามประเมินผลระบบที่สำคัญ

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ในการติดตามประเมินผล ทั้งด้านการจัดการ การบริการและผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล

5. การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

ภาพที่ 3.6 ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ



5.1 การทบทวนผลการดำเนินงานนำร่องและปรับปรุงระบบ

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพหน่วยบริการนำร่อง
- พัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่ขาดแคลน

5.2 การขยายผลดำเนินการ ติดตาม ประเมินผล

- เริ่มดำเนินการจริงโดยผ่าน สปสช.สาขาเขตพื้นที่ โดยที่ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ รับข้อมูลปัญหาที่ผ่านการประมวลมาจาก สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่าง สำนักนโยบายและแผน, สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ โดยความสนับสนุนและเชื่อมโยงของ สปสช.สาขาเขตพื้นที่

5.3 การประเมินผลคุณภาพและประสิทธิผล (ความคุ้มค่า)

- คำนวณค่าตามเครื่องชี้วัด เพื่อการประเมินผลทั้งด้านการบริหารจัดการและผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งบางส่วนสามารถเชื่อมโยงมาจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและฐานข้อมูลการลงทะเบียนและการติดตามผู้ป่วย (DMIS) และบางส่วนมาจากข้อมูลการตรวจเยี่ยม หน่วยบริการ ดังตารางที่ 3.1
- 3.1 ซึ่งทีมวิจัยได้ทดลองคำนวณค่าเครื่องชี้วัดเท่าที่จะได้รับการสนับสนุนข้อมูลให้ประกอบด้วยค่าเครื่องชี้วัด 4 ระดับ คือ*
- ระดับที่ 1 ไม่มีการออกแบบการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินได้เลย
 - ระดับที่ 2 มีข้อมูลดิบอยู่บางส่วน แต่ยังไม่แน่ใจว่าจะครบถ้วนสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์เพื่อการประเมินได้

ระดับที่ 3 มีข้อมูลอย่างสมบูรณ์ แต่ยังไม่มีการนำมาวิเคราะห์เพื่อการประเมิน
 ระดับที่ 4 (Value) สามารถคำนวณค่าเครื่องชี้วัด จะนำเสนอในตารางเป็นค่าจริงของ
 เครื่องชี้วัดนั้นๆ

ตารางที่ 3.1 เครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	ค่าเครื่องชี้วัด*	แหล่งข้อมูล
1. โครงสร้าง (Structure)	1.1 ผู้ให้บริการที่ได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Qualified Provider)	- o จำนวน Candidate - o ร้อยละของ Participating candidate (จำนวนที่เข้าโครงการได้ : จำนวนเข้าจริง) - o ร้อยละของ Qualified candidate : pre-audit ก่อนการเข้าโครงการ - o ร้อยละของ Qualified candidate : post-audit ภายหลังดำเนินการตามโครงการ	- o <u>ระดับ 4</u> คือ เด็ก 23 แห่งและ ผู้ใหญ่ 33 แห่ง - o <u>ระดับ 4</u> คือ เด็ก ร้อยละ 100 (23/23) และ ผู้ใหญ่ ร้อยละ 87.88 (29/33) - o <u>ระดับ 2</u> - o <u>ระดับ 2</u>	- o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o รายงานผลการตรวจเยี่ยมจากสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o รายงานผลการตรวจเยี่ยมจากสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	1.2 คุณภาพของเอกสารคู่มือ (Manual Quality)	- o การมีรายละเอียดที่จำเป็นของการจัดการและการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้อง - แนวทางเวชปฏิบัติ - คุณสมบัติและมาตรฐานของหน่วยบริการ - แนวทางการจัดการและการเตรียมระบบ IT - เครือข่ายการส่งต่อ - กลไกการจ่ายเงิน	o <u>ระดับ 2</u>	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
2. กระบวนการ (Process)	2.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Guideline Adherence)	o ร้อยละของการปฏิบัติตามสอดคล้องกับข้อกำหนดที่สำคัญตามแนวปฏิบัติที่สำคัญ (การตรวจวินิจฉัย หัตถการ ยา)	o <u>ระดับ 2</u>	o Disease Management Information System (DMIS)
	2.2 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Patient Access)	- o จำนวนผู้ป่วยในโครงการ - o ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด - o ร้อยละของผู้ป่วยที่สมัครของโครงการที่เข้าตามเกณฑ์รับเข้าโครงการ (Qualified Patient) - o ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการที่ Complete Follow up - o Area Compliance (ความใกล้เคียง)	- o <u>ระดับ 3</u> - o <u>ระดับ 2</u> - o <u>ระดับ 2</u> - o <u>ระดับ 2</u> - o <u>ระดับ 3</u>	- o DMIS - o ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล - o DMIS - o DMIS - o DMIS - o ฐานข้อมูลสิทธิและข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์

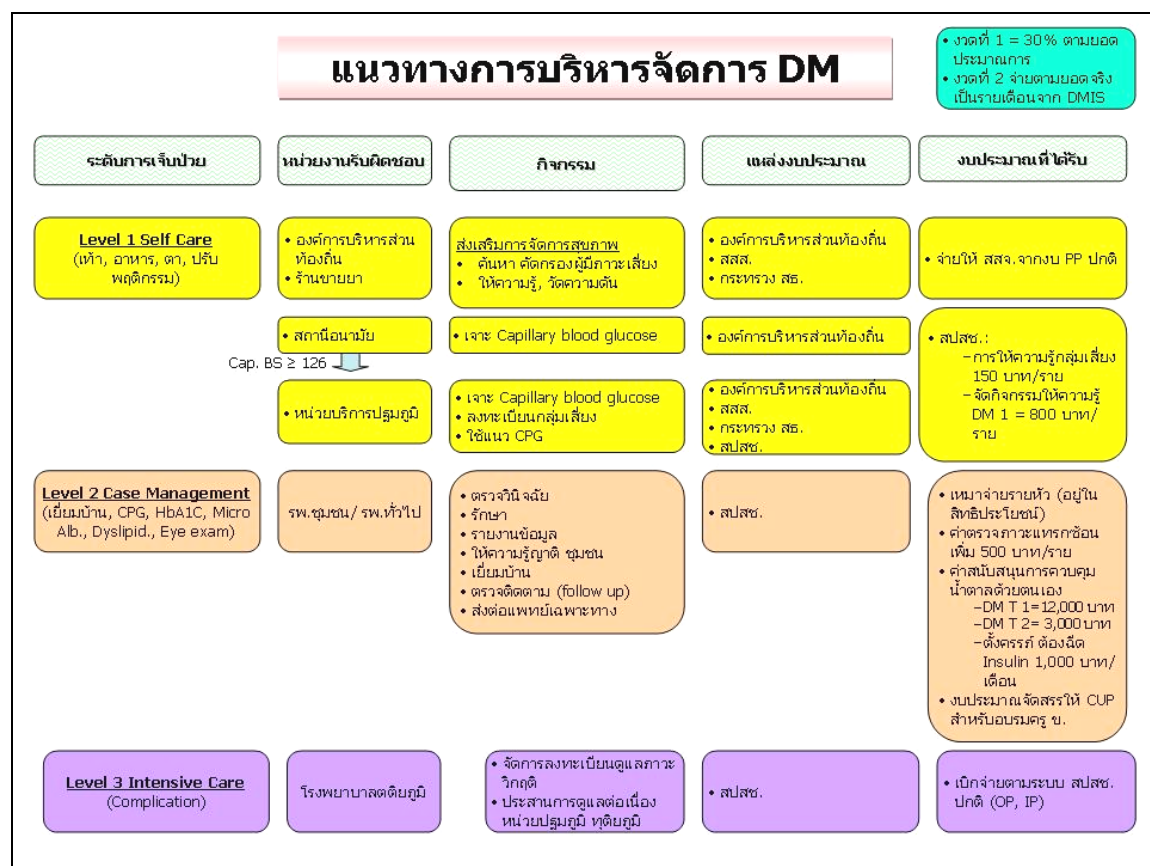
มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	ค่าเครื่องชี้วัด*	แหล่งข้อมูล
	2.3 การบริหารงาน (Program Administration)	- ร้อยละของการอุทธรณ์ (จำนวนเรื่องอุทธรณ์ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในโครงการ) - จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากแนวปฏิบัติ - จำนวนเรื่องร้องเรียน (Complaint) - จำนวนอุบัติการณ์ปัญหาของระบบ online Information - อุบัติการณ์การจ่ายเงินล่าช้ากว่ากำหนด - ร้อยละของกรณีที่สามารถจ่ายเงินได้ครบกำหนด (Completed payment) - จำนวนครั้งการประชุมคณะทำงานระหว่างนาร่อง/ดำเนินการเพื่อทบทวนผลงาน	- ระดับ 2 - ระดับ 2 - ระดับ 2 - ระดับ 2 - ระดับ 3 - ระดับ 3 - ระดับ 3	- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
3. ผลลัพธ์ (Outcome)	3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome)	- อัตราการรอดชีวิต (Survival) - Complete Remission (CR) rate - Complication rate ซึ่งเป็นเหตุให้มี Admission - Length of stay variance สัมพันธ์กับวันนอนที่กำหนดไว้ใน Protocol	- ระดับ 3 - ระดับ 3 - ระดับ 3 - ระดับ 3	- DMIS - ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
	3.2 ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience)	- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย - ความพึงพอใจของผู้ป่วย - การประเมินการดูแลตนเอง - การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life-style modification)	- ระดับ 1 - ระดับ 1 - ระดับ 1 - ระดับ 1	-
	3.3 ผลการดำเนินการของผู้ให้บริการ	- ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในโครงการ - ดัชนีความต่อเนื่องของการดำเนินการ (Continuity)	- ระดับ 1 - ระดับ 3	- - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	3.4 ดัชนีทุนการดำเนินการ	- ค่ารักษาพยาบาลตามที่ รพ. เรียกเก็บ - การชดเชยค่ารักษาพยาบาล - ต้นทุนการเริ่มโครงการใหม่	- ระดับ 3 - ระดับ 4 - ระดับ 1	- ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ (เฉพาะส่วนของ สปสช.) - หน่วยบริการ (ส่วนของ ผู้ให้บริการ)

ตัวอย่างการซื้อบริการแพคเกจกลุ่มโรคเรื้อรัง : โรคเบาหวาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

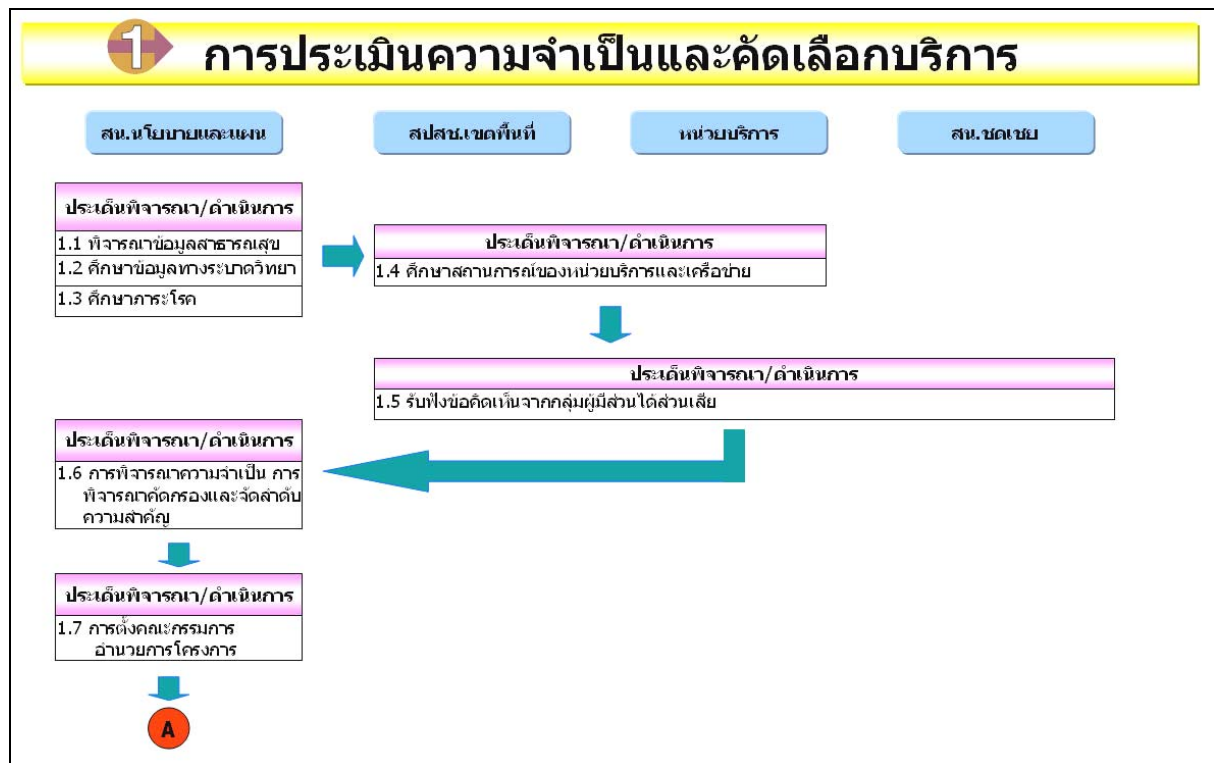
โครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มนำร่องในปี 2551 โดยความสมัครใจของพื้นที่ ซึ่งมีพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด และ 2 อำเภอ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดแพร่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอภูกระดึง (เลย) และอำเภออุ้มผางพิจัย (ศรีสะเกษ) โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช. ได้ออกแบบการจัดการที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงของชุมชนจนถึงโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และตติยภูมิ (ภาพที่ 3.7)

ภาพที่ 3.7 แนวทางการบริหารจัดการโรคเบาหวานในโครงการนำร่อง



1. การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ

ภาพที่ 3.8 ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการ



1.1 พิจารณาข้อมูลสาธารณสุข

- ลักษณะการกระจายของโรคทั่วประเทศไทย

1.2 ศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา

- Incidence
- Prevalence
- ประชากรกลุ่มเสี่ยง

1.3 ศึกษาภาระโรค

- การตรวจคัดกรอง : การค้นหาในชุมชน (ประชากรทั่วไป), การตั้งรับใน รพ. (กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย)
- แนวทาง / วิธีการรักษา / การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- เครือข่ายการส่งต่อ : ศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติในแต่ละระดับหน่วยบริการ ร่วมกับพิจารณาวิธีการปฏิบัติที่มีอยู่ / เป็นอยู่ ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรที่มีผลการดำเนินงานที่ดี
- ต้นทุนการรักษา โดยจำแนกตามเวชปฏิบัติแต่ละระดับหน่วยบริการ และแต่ละกิจกรรม
- พิจารณาหลักเกณฑ์การเลือกกลุ่มโรค ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์
 - กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว

- โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก และสามารถดำเนินการป้องกันในระดับต่างๆ ได้
- กลุ่มโรคที่ต้องอาศัยการดูแลหรือการฟื้นฟูร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง จะทำให้ลงมือใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- กลุ่มโรคที่ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีจากระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลทำให้มีต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี
- กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อย (ภาวะการควบคุมน้ำตาลไม่ได้)

1.4 ศึกษาสถานการณ์ของหน่วยบริการและเครือข่าย

- ความเชื่อมโยงและการประสานงานขององค์การบริหารส่วนตำบล, หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในเขตพื้นที่
- ศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการแต่ละระดับ
- ความสอดคล้องของบริการและงบประมาณสนับสนุน (โดยเฉพาะงานชุมชนที่ให้บริการเป็นกลุ่ม)
- จัดให้หน่วยบริการแต่ละเขตพื้นที่มีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการให้บริการ
- สปสข.สาขาเขตพื้นที่ เสนอหลักการและบริบทของแต่ละเขตพื้นที่

1.5 รับฟังข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- สำนักนโยบายและแผน สปสข. รับฟังแนวทางการจัดการของแต่ละเขตพื้นที่
- เชื่อมโยงแนวทางให้มีหลักการสำคัญในรูปแบบเดียวกัน หรืออาจต้องมีรูปแบบเฉพาะสำหรับบางเขตพื้นที่
- รับฟังผลกระทบจาก สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ, กระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลแต่ละระดับ และส่วนกลาง), โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคประชาชน

1.6 การพิจารณาความจำเป็นการพิจารณาคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญ

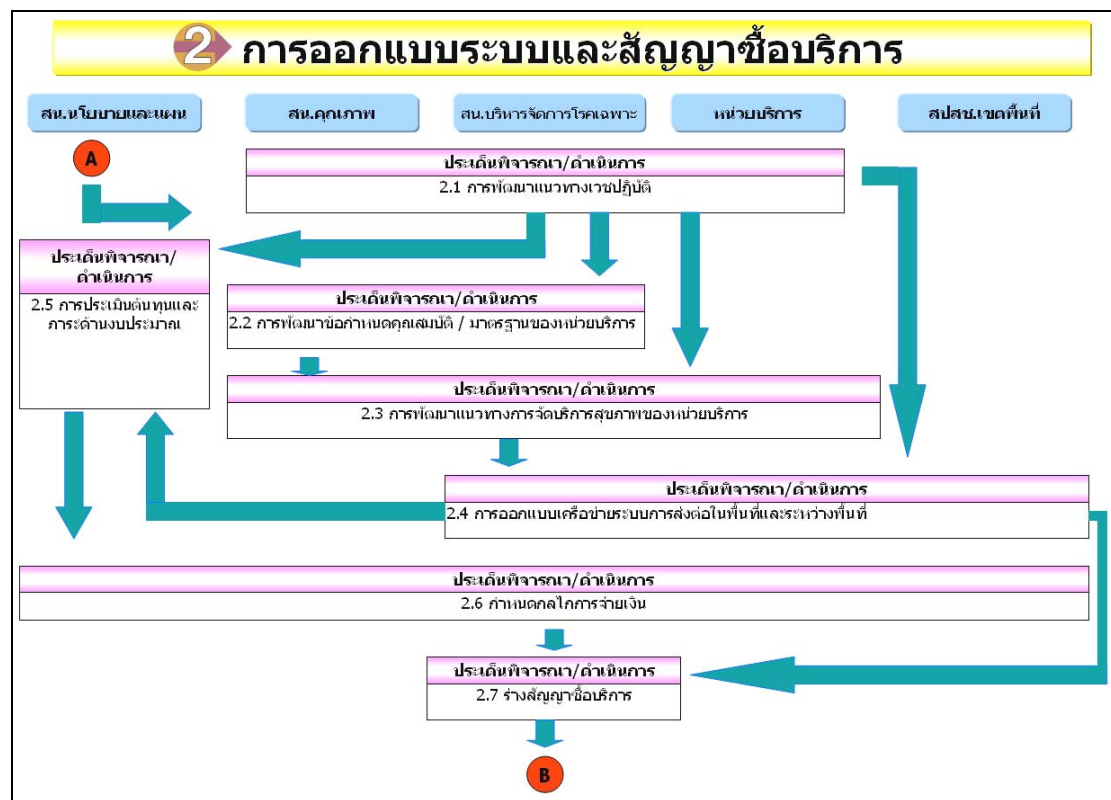
- ประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล / คุณภาพชีวิต / ผลลัพธ์ทางคลินิก / ผลกระทบต่อสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.7 การตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการ

- เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการ ประกอบด้วย รองเลขาธิการ (ประธาน), ผู้อำนวยการสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, ผู้อำนวยการ สปสข.สาขาเขตพื้นที่, ผู้อำนวยการสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ, ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ, ผู้แทนสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ผู้แทนสมาคมโรคต่อมไร้ท่อ, ผู้แทนสมาคมโรคหลอดเลือด, ผู้แทนโรงพยาบาลที่ให้บริการในแต่ละระดับ (โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการที่มีผลลัพธ์ที่ดี), ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค, ผู้แทนสภาการพยาบาล

2. การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

ภาพที่ 3.9 ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ



2.1 การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

- เป็นโรคที่มีการรักษาหลายระดับ
- ขอความร่วมมือจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อ ในการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติให้ครอบคลุมตั้งแต่คัดกรอง, การป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง, การวินิจฉัย การรักษาโรค, การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน, การตรวจติดตามหลังการรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย
- มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะ ตั้งแต่การคัดกรองและการส่งต่อ รวมถึงการต่อกลับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือชุมชน
- กำหนดระยะเวลาการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- วิเคราะห์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ

2.2 การพัฒนาข้อกำหนดคุณสมบัติ และมาตรฐานของหน่วยบริการ

- กำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, คุณสมบัติ และมาตรฐานของหน่วยงานร่วมกับสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
- กำหนดเครื่องชี้วัดสำหรับการตรวจประเมินทั้งก่อนและหลังให้บริการ ทั้งเครื่องชี้วัดด้านการคัดกรอง, การจัดการบริการและเครื่องชี้วัดด้านคลินิก

2.3 การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ

- กำหนดขั้นตอนการให้บริการ ตั้งแต่การคัดกรอง, การดูแลกลุ่มเสี่ยง, การวินิจฉัย การลงทะเบียน การรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อน จนถึง การตรวจติดตามผู้ป่วย

2.4 การออกแบบเครือข่ายระบบการส่งต่อในพื้นที่และระหว่างพื้นที่

- กำหนดขั้นตอนการส่งต่อจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือร้านขายยา
- กำหนดบทบาทหน้าที่ (ด้านการให้ความรู้ ด้านการป้องกันและด้านการรักษา) และอำนาจการส่งต่อผู้ป่วยของสถานอนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (เพื่อให้กระชับ รวดเร็ว)
- กำหนดบทบาทหน้าที่ด้านการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ และต้องมีความต่อเนื่องในทางปฏิบัติ
- กำหนดขั้นตอนการส่งกลับภายหลังการดูแลระดับวิกฤติ

2.5 การประเมินต้นทุนและภาระด้านงบประมาณ

- วิเคราะห์ต้นทุนทั้งต้นทุนการรักษาพยาบาล และต้นทุนการบริหารจัดการของหน่วยงาน
- ต้นทุนของการรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึงต้นทุนการคัดกรอง, การดูแลกลุ่มเสี่ยง, การรักษาโรค, การรักษาภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนถึงต้นทุนเพื่อการส่งต่อและส่งกลับ (พาหนะ)
- ต้นทุนการดูแลอาจไม่สามารถแยกเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างเด็ดขาดได้
- ต้นทุนในแต่ละปีของการดูแลผู้ป่วยเท่ากันหรือไม่
- วิเคราะห์ต้นทุนการตรวจเยี่ยม (Audit) ด้านการจัดการ (ในชุมชน และหน่วยบริการ) และ Clinical Audit

2.6 กำหนดกลไกการจ่ายเงิน

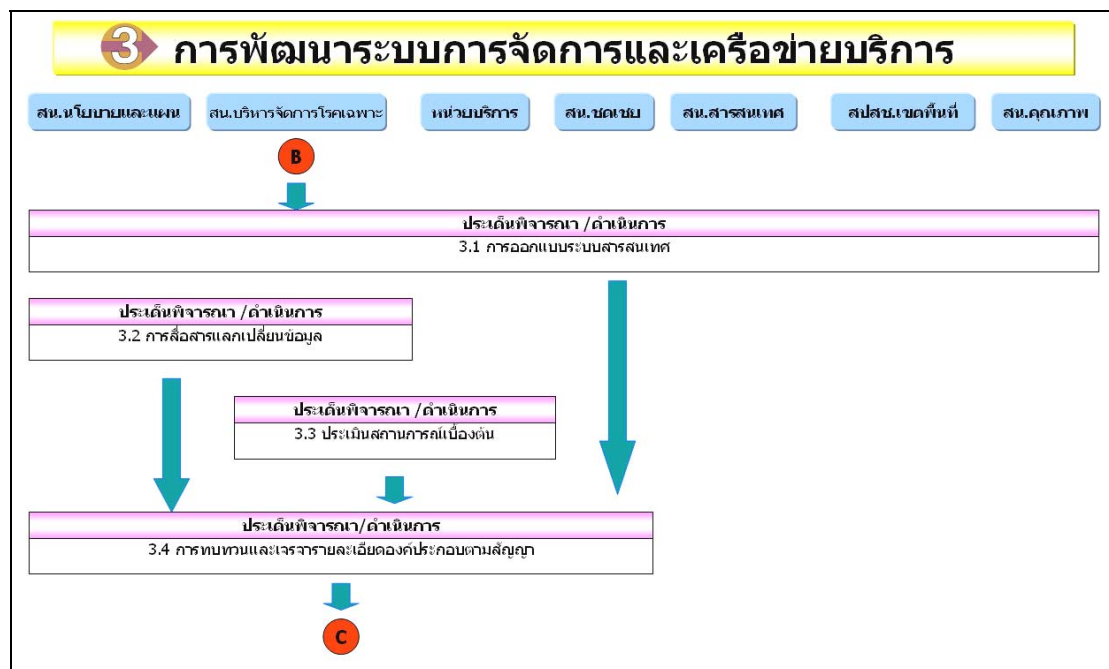
- ศึกษารูปแบบการจ่ายเงินในระดับที่ 1 (Self Care) ซึ่งมีผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องหลายส่วน มิให้เกิดความซ้ำซ้อน แต่ต้องสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดการค้นพบกลุ่มเสี่ยง โดยต้องแบ่งพื้นที่และกิจกรรมที่ทำให้ชัดเจน
- การจ่ายเงินประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การให้บริการเป็นกลุ่ม (การให้ความรู้ กิจกรรมให้ความรู้) และกิจกรรมรายบุคคล (การตรวจหาภาวะแทรกซ้อน, การสอนการฉีด Insulin)
- กลไกการจ่ายเงินของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้คำนึงถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การดูแลผู้ป่วยนอกที่ดี จะส่งผลให้การความรุนแรงของการเป็นผู้ป่วยในลดลง ดังนั้น การแยกจ่ายเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในกันเด็ดขาด อาจไม่เหมาะสม และไม่ได้มีการฟ้องถ่ายต้นทุนจากผู้ป่วยนอกไปผู้ป่วยใน
- การจ่ายเงินแต่ละปีอาจไม่เท่ากัน (อาจกำหนดเป็นคะแนนของความรุนแรงของโรคและความต้องการการดูแล)

2.7 ร่างสัญญาซื้อบริการ

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับสำนักบริหารกองทุน และสำนักกฎหมายในการร่างสัญญา และข้อตกลงในการให้บริการในแต่ละระดับ

3. การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

ภาพที่ 3.10 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ



3.1 การออกแบบระบบสารสนเทศ

- ด้านการลงทะเบียนผู้ป่วย โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ด้านการติดตามบริการ โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่, สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
- ด้านเครือข่ายและการส่งต่อ โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ด้านการเบิกจ่าย โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
- การติดตามประเมินผล โดย สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน, สำนักนโยบายและแผน, สปสช.สาขาเขตพื้นที่

3.2 การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล

- จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะจากสมาคมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้บริการในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระบบ ทั้งด้านผลต่อการบริหารจัดการ การบริการ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย เพื่อดึงชุมชนมีส่วนร่วม

3.3 ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น

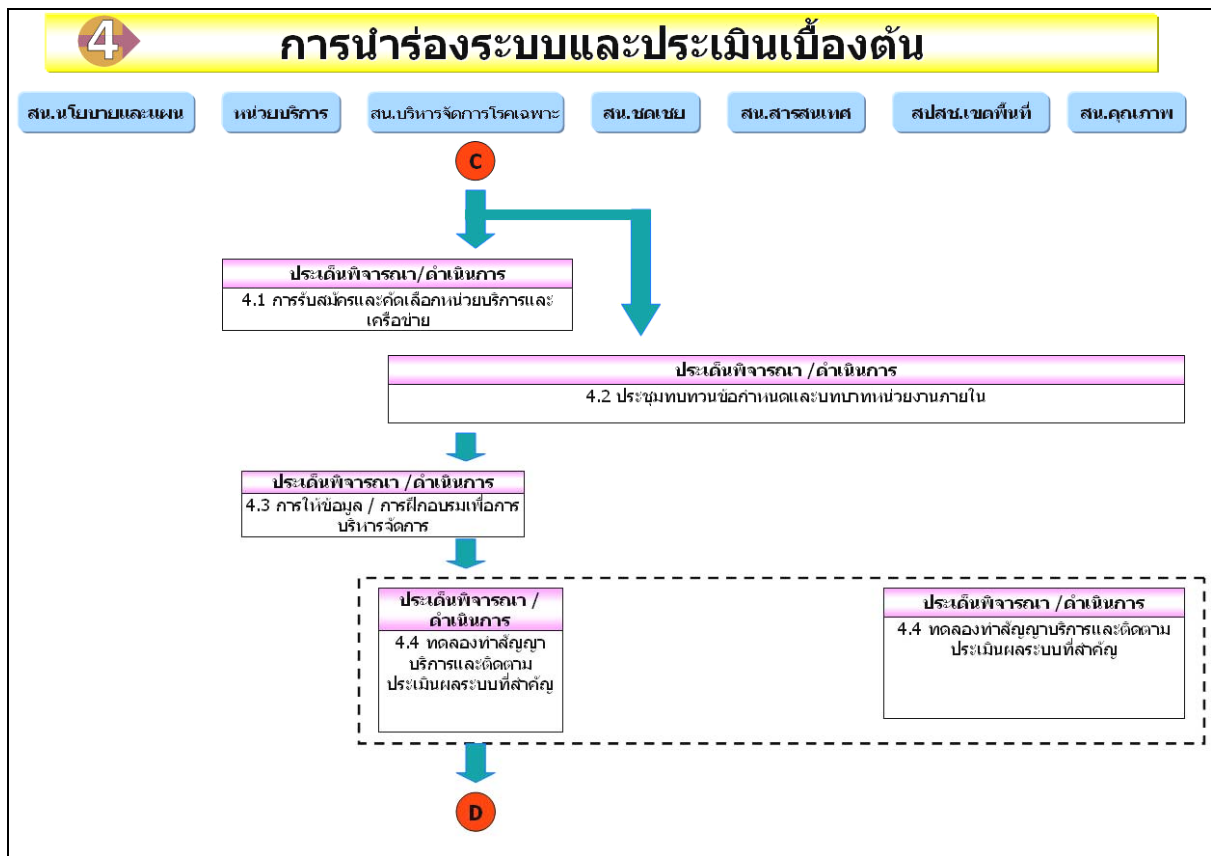
- จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะและจำลองสถานการณ์ เพื่อกำหนดปัญหาเบื้องต้น

3.4 การทบทวนและเจรจารายละเอียดองค์ประกอบตามสัญญา

- ร่วมพิจารณา ทบทวนรายละเอียด แนวทางปฏิบัติ การประเมินผล ซึ่งจะระบุในสัญญา

4. การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

ภาพที่ 3.11 ขั้นตอนที่ 4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น



4.1 การรับสมัครและคัดเลือกหน่วยบริการและเครือข่าย

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพเครือข่ายจังหวัด พื้นที่บริการ และหน่วยบริการนำร่อง

4.2 ประชุมทบทวนข้อกำหนดและบทบาทหน่วยงานภายใน

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ทำหน้าที่ประสานงานโครงการในภาพรวม
- สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ทำหน้าที่ทำความเข้าใจและเป็นผู้ประสานงานหลักที่เชื่อมโยงกับระบบบริการและการจ่ายเงินอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการรับส่งข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน
- สปสช.สาขาเขตพื้นที่ จัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาที่เน้นการสร้างเสริม-ป้องกัน ในระดับชาติ) เพื่อการดำเนินการคัดกรองโดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน อำนวยความสะดวกของการลงทะเบียน และบันทึกข้อมูล มิให้เกิดความซ้ำซ้อน และให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบบริการปกติได้
- สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ติดตามข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ทั้งการคัดกรอง การดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อประเมินต้นทุนในภาพรวมได้
- สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ประสานงานกับ Project manager เพื่อตรวจเยี่ยม รับฟังปัญหา แล้วนำเข้าสู่การประชุมทบทวน

4.3 การให้ข้อมูล และการฝึกอบรมเพื่อการบริหารจัดการ

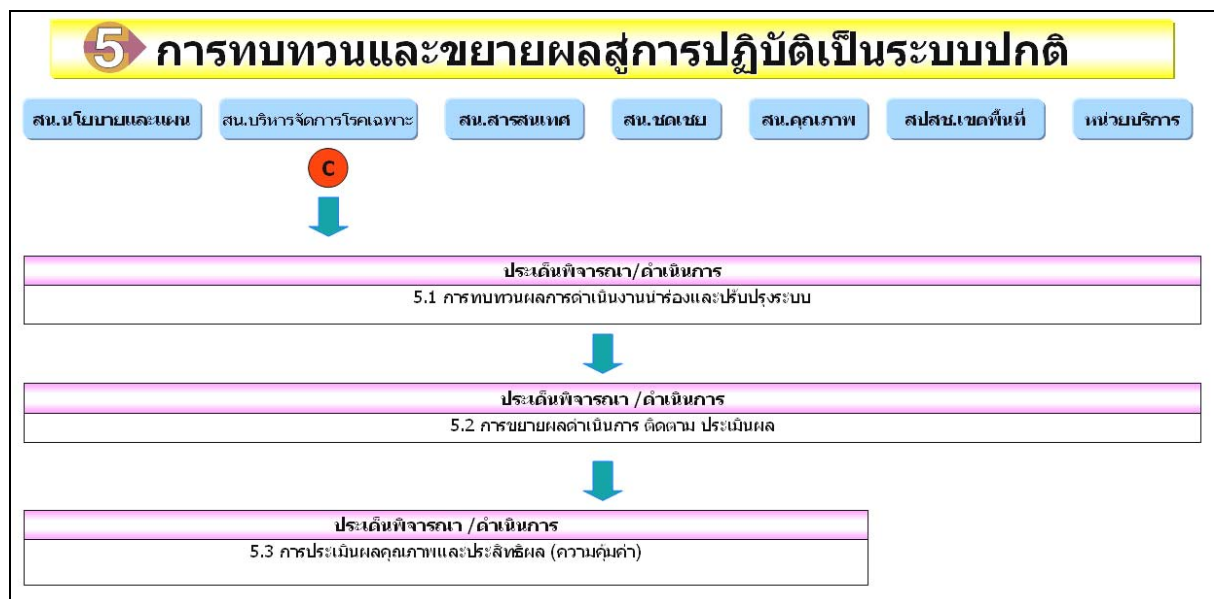
- ประชุมชี้แจง รับฟังข้อเสนอแนะจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, หน่วยบริการทุกระดับ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สปสช.จังหวัด)

4.4 ทดลองทำสัญญาบริการและติดตามประเมินผลระบบที่สำคัญ

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ในการติดตามประเมินผล ทั้งด้านการจัดการ และการบริการ ที่เชื่อมโยงทั้งระบบตั้งแต่ชุมชนจนถึง โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ และการส่งกลับ

5. การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

ภาพที่ 3.12 ขั้นตอนที่ 5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ



5.1 การทบทวนผลการดำเนินงานนำร่องและปรับปรุงระบบ

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพของจังหวัด / พื้นที่ และหน่วยบริการนำร่อง

5.2 การขยายผลดำเนินการ ติดตาม ประเมินผล

- เริ่มดำเนินการจริงโดยผ่าน สปสช.สาขาเขตพื้นที่ โดยที่ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ รับข้อมูลปัญหาที่ผ่านการประมวลมาจาก สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- ติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่าง สำนักนโยบายและแผน, สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ โดยความสนับสนุนและเชื่อมโยงของ สปสช.สาขาเขตพื้นที่

5.3 การคุณภาพและประสิทธิผล (ความคุ้มค่า)

- กำหนดเครื่องชี้วัด (Indicator) เพื่อการประเมิน ทั้งด้านโครงสร้าง, กระบวนการ และผลลัพธ์ (ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต) ซึ่งบางส่วนสามารถเชื่อมโยงมาจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและฐานข้อมูลการลงทะเบียนและการติดตามผู้ป่วย (DMIS) และบางส่วนมาจากข้อมูลการตรวจเยี่ยม (Audit) หน่วยบริการและเครือข่ายพื้นที่ (ตารางที่ 3.2) ซึ่งโครงการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานและภาวะที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจรนี้ เพิ่งเริ่มดำเนินการนำร่องได้ยังไม่ครบปี จึงยังไม่สามารถติดตามข้อมูลเพื่อหาค่าเครื่องชี้วัดเพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับกรณีศึกษานี้ได้

ตารางที่ 3.2 เครื่องชี้วัดเพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการเบาหวาน

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	แหล่งข้อมูล
1. โครงสร้าง (Structure)	1.1 ผู้ให้บริการที่ได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Qualified Provider)	- จำนวน Candidate - ร้อยละของ Participating candidate (จำนวนที่เข้าโครงการได้ : จำนวนเข้าจริง) - ร้อยละของ Qualified candidate : pre-audit ก่อนการเข้าโครงการ - ร้อยละของ Qualified candidate : post-audit ภายหลังจากดำเนินการตามโครงการ	- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - รายงานผลการตรวจเยี่ยม จากสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	1.2 คุณภาพของเอกสารคู่มือ (Manual Quality)	- การมีรายละเอียดที่เป็นของการจัดการและการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้อง - แนวทางเวชปฏิบัติ - คุณสมบัติและมาตรฐานของหน่วยบริการ - แนวทางการจัดการและการเตรียมระบบ IT - เครือข่ายการส่งต่อ - กลไกการจ่ายเงิน	สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
2. กระบวนการ (Process)	2.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Guideline Adherence)	ร้อยละของการปฏิบัติได้สอดคล้องกับข้อกำหนดที่สำคัญตามแนวปฏิบัติที่สำคัญ (การตรวจวินิจฉัย หัตถการ ยา)	Disease Management Information System (DMIS)
	2.2 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Patient Access)	- จำนวนผู้ป่วยในโครงการ - ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด - ร้อยละของผู้ป่วยที่สมัครของโครงการที่เข้าตามเกณฑ์รับเข้าโครงการ (Qualified Patient) - ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการที่ Complete Follow up - Area Compliance (ความใกล้เคียง)	- DMIS - ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล - DMIS - DMIS - DMIS - ฐานข้อมูลสิทธิและข้อมูลตามทะเบียนราษฎร
	2.3 การบริหารงาน (Program Administration)	- ร้อยละของการอุทธรณ์ (จำนวนเรื่องอุทธรณ์ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในโครงการ) - จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากแนวปฏิบัติ - จำนวนเรื่องร้องเรียน (Complaint) - จำนวนอุบัติการณ์ปัญหาของระบบ online Information - อุบัติการณ์การจ่ายเงินล่าช้ากว่ากำหนด (Delay payment) - ร้อยละของกรณีที่สามารถจ่ายเงินได้ครบกำหนด (Completed payment) - จำนวนครั้งการประชุมคณะทำงานระหว่างนักร้อง/ดำเนินการ เพื่อทบทวนผลงาน	- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ - สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	2.4 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Civil sector participation)	- จำนวนผู้แทน / อาสาสมัคร/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น - จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ - จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ร่วมเป็นอาสาสมัครในกิจกรรม self care หรือช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย	- สปสช. สาขาเขตพื้นที่ - องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	แหล่งข้อมูล
3. ผลลัพธ์ (Outcome)	3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome)	- o อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามข้อกำหนด - o Admission rate (สะท้อน Complication) ด้วย Short-term complication และ Long-term complication	- o DMIS - o ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ค่ายรักษาพยาบาล
	3.2 ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience)	- o คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of Life) - o ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) - o การประเมินการดูแลตนเอง (Assessment of self care) - o การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life-style modification)	-
	3.3 Provider Performance	- o ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในโครงการ (Provider satisfaction) - o ดัชนีความต่อเนื่องของการดำเนินการ (Continuity)	- - o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	3.4 Program Costing	- o ค่ายรักษาพยาบาลตามที่ รพ.เรียกเก็บ - o การชดเชยค่ายรักษาพยาบาล - o ต้นทุนการเริ่มโครงการใหม่	- o ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย ค่ายรักษาพยาบาล - o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ - o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ (เฉพาะส่วนของ สปสช.) - o หน่วยบริการ (ส่วนของ ผู้ให้บริการ)

3.2 ผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพื้นที่

จากการนำรูปแบบการจัดการที่ทีมวิจัยได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดการซื้อบริการแนวดิ่ง 2 กลุ่มโรค คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และโรคเบาหวาน โดยได้ชี้ประเด็นที่ สปสช.ได้ดำเนินการไปแล้ว และส่วนที่ สปสช.ยังไม่ได้ดำเนินการ ให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในพื้นที่ได้เห็น เป็นการศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และความเหมาะสมกับพื้นที่ให้บริการ พบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะซึ่ง สปสช.ยังไม่ได้ดำเนินการ หรือดำเนินการไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จากพื้นที่ที่มีเข้าโครงการบริหารจัดการรายโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พื้นที่นำร่องโรคเบาหวาน และพื้นที่มีการจัดระบบเครือข่ายการบูรณาการบริการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานแต่ยังไม่เข้าโครงการนำร่อง เพื่อนำสู่การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการจัดการซื้อบริการแนวดิ่งที่สมบูรณ์ต่อไป ดังนี้ คือ

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

1.1 ผลการประเมินและปัญหาอุปสรรค

1.1.1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง

- ผู้บริหารโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค มักไม่ให้ความสำคัญหรือไม่เห็นด้วยกับโครงการบริหารจัดการรายโรค เนื่องจากไม่ทราบสถานการณ์หรือข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ามีความสำคัญ

1.1.2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

- ถึงแม้ว่าจะมี Protocol การรักษาที่ชัดเจน แต่ขาดการสื่อสารระหว่าง Project Manager กับแพทย์ผู้รักษาหรือ Case Manager ของหน่วยบริการ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลถูกเปลี่ยน Protocol ของการรักษา (ไม่ทราบว่าจะตั้งใจ หรือเป็นความผิดพลาดของระบบสารสนเทศ)
- Project Manager แทบจะไม่มีความรู้เรื่องโรคที่ตนเองจัดการอยู่เลย ทำให้การสื่อสารเพื่อความยืดหยุ่นของ Protocol การรักษาเป็นไปได้ยากมาก
- ขาดความเชื่อมโยงของค่าใช้จ่ายที่จัดสรรให้หน่วยบริการและพื้นที่ เช่น ไม่ได้คำนึงถึงภาระด้านค่ารถและผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อ
- ส่วนใหญ่การออกแบบระบบบริการ ประชาชนมักได้สิทธิการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการ ตามกรอบโครงสร้างเขตพื้นที่ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดไว้ ซึ่งเป็นไปตามเขตพื้นที่ตามทะเบียนราษฎรที่กระทรวงมหาดไทยแบ่งเขตไว้ แต่ในความเป็นจริง ความสะดวกของการใช้บริการ อาจไม่ใช่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิตามที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดไว้ เช่น ถ้าประชาชนจะใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามบัตร ต้องเดินทางข้ามภูเขา ในขณะที่โรงพยาบาลที่ประชาชนสามารถเดินทางไปได้สะดวกกว่า กลับเป็นคนละพื้นที่ หรือที่เรียกว่าข้ามเขตนั่นเอง
- การเตรียมการด้านการสร้างเครือข่ายที่ไม่พร้อม ทำให้บางโรงพยาบาล ไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับไปให้เคมีบำบัดบางชนิด ที่สามารถให้ที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนได้ ภายใต้การดูแลของแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ และผู้ป่วยเองก็จะยอมรับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยาเท่านั้น

- ความเข้าใจเรื่องกลไกการจ่ายเงิน ระหว่าง สปสช.กับหน่วยบริการ ยังมีความสับสน ไม่สอดคล้องกัน
- ภาระด้านงานเอกสารและการบันทึกข้อมูลผ่าน web site นั้น ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งเลือกเฉพาะกรณีที่มีการจ่ายในโครงการบริหารจัดการรายโรคได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าการเหมาจ่ายด้วย DRG เท่านั้น มาลงทะเบียนเข้าโครงการ ทำให้โครงการไม่ได้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง และทำให้ระบบข้อมูลทั้งฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และฐานข้อมูล DMIS คลาดเคลื่อนไป

1.1.3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

- การใช้วิธีการส่งข้อมูลทาง Internet มีความล่าช้า และประสบปัญหาความขัดข้องของ Internet
- ขาดความชัดเจนของระบบการสื่อสารในเรื่องความขัดข้องต่างๆ ของระบบการจ่ายเงิน เช่น การจ่ายเงินไม่ครบ ความล่าช้าของการจ่ายเงิน เป็นต้น ไม่ทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของสำนักใด ระหว่างสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ หรือสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ
- มีการออกแบบเครือข่ายการส่งต่อที่ชัดเจน แต่ไม่เกิดรูปธรรมในการปฏิบัติ คือ ไม่มีศูนย์กลางรับเนื่องการส่งต่อ หรือการส่งผู้ป่วยกลับ ทำให้ Case Manager ของหน่วยบริการต้องจัดการเอง
- Project Manager ของสำนักบริหารการจัดการโรคเฉพาะ และเจ้าหน้าที่สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ให้ข้อมูลด้านกลไกการจ่ายเงินไม่ตรงกัน

1.1.4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

- Project Manager แทบจะไม่มีความรู้เรื่องโรคที่ตนเองจัดการอยู่เลย ทำให้การรับปัญหาและอุปสรรค และประมวลผลข้อมูล เข้าสู่กระบวนการประเมินและทบทวน ไม่เกิดขึ้น

1.1.5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

- ขาดความต่อเนื่องและการเตรียมการในการดูแลผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดโครงการ เนื่องจากโครงการสิ้นสุดที่ 1 ปี แต่หลังจากนั้น ผู้ป่วยต้องกลับไปรับการรักษา ซึ่งไม่แน่ใจว่าเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลที่ดีหรือไม่ หรือต้นสังกัดก็ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้
- สนับสนุนให้มีการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ เพื่อให้แน่ใจว่าภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ให้บริการนี้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยหรือระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการบางแห่งมีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ควรมีการทำในภาพรวมของประเทศ
- มักบังคับให้มีการต่อสัญญาโดยอัตโนมัติ ทั้งที่ไม่เคยมีการประเมินผลให้ทราบ
- ปัญหาที่เสนอไป ไม่เคยได้รับการแก้ไข

1.2 ข้อเสนอแนะ

1.2.1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง

- การวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการและเครือข่าย นอกจากด้านบุคลากรแล้ว ควรพิจารณาความพร้อมของครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ด้วย

- คณะกรรมการอำนวยการโครงการ ควรมีบทบาทในการกำกับดูแลการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตาม Protocol เพื่อให้เกิดการลดต้นทุนตามวัตถุประสงค์อย่างแท้จริง
- คณะกรรมการอำนวยการ ควรมีภาคประชาชนด้วย
- ควรจัดทำแผนงานการจัดการรายโรคทั้งแผนระยะสั้น และแผนระยะยาว เพื่อให้โรงพยาบาลมีเวลาเตรียมตัวสำหรับการขออัตราค่าจ้าง และทรัพยากรที่ต้องใช้อื่นๆ ด้วย

1.2.2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

- การที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นการบริการระดับปฐมภูมิ และส่งเสริมให้มีการจัดทำ Family folder ของประชาชนนั้น ควรนำมาใช้เป็นประโยชน์ เพื่อการพิจารณาการขอลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคตามความสะดวกต่อการรักษาและการตรวจติดตามในระยะยาว
- ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนปีละ 1 ครั้ง พร้อมกับการประเมินโครงการ
- แนวทางเวชปฏิบัติ ควรได้พัฒนายาวกว่า 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวกว่านั้น เช่น อาจต้องเขียนแนวทางยาวถึง 5 ปี และติดตามดูอัตราการรอดชีวิตต่อไป
- ไม่ควรต้องทำสัญญาสำหรับการจัดการรายโรคทุกโรค ควรทำเป็นผนวกแนบท้ายสัญญา
- ระบบสารสนเทศสำหรับโครงการเฉพาะ (DMIS) ควรเป็นโปรแกรมเดียวกัน มีโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานเหมือนกัน แยกกันเฉพาะในส่วนที่เป็นโรค (ทุกๆ โครงการ ควรออกแบบพร้อมๆ กัน หรือดูโปรแกรมที่มีอยู่ก่อนแล้วพัฒนาเพิ่มเติมเอา)
- ถ้าเป็นไปได้ อยากให้ระบบสารสนเทศของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีระบบที่คล้ายคลึงกัน มีข้อกำหนดที่ใกล้เคียงกันให้มากที่สุด เนื่องจากโรงพยาบาลต้องรับภาระเรื่องการจัดการความแตกต่างที่มากมาย
- ระบบสารสนเทศต้องยืดหยุ่นในด้านอายุของผู้ป่วยเมื่อลงทะเบียน เนื่องจากการรักษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เด็กและผู้ใหญ่ เมื่ออยู่ในช่วงรอยต่อ แต่ระยะเวลาการรักษา 1 ปี ทำให้แพทย์ต้องตัดสินใจลงทะเบียนเด็กที่อายุ 14 ปีกว่า ไปเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ เพื่อการติดตามที่ต่อเนื่องได้
- การออกแบบระยะเวลาในการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการ ควรคำนึงถึงภาระงานของส่วนภูมิภาค หรือยืดหยุ่นได้ เช่น การส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในส่วนภูมิภาค ได้ผลช้ามาก ทำให้ส่งตามกำหนดระยะเวลาไม่ทัน
- การมีศูนย์กลางรับลงทะเบียนที่ส่วนกลาง แล้วพิจารณาความกลุ่มโรค ความยากง่ายของการรักษา และสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยเพื่อกระจายโรงพยาบาลที่รักษาออกไปทั้งในกรุงเทพมหานคร และส่วนภูมิภาค ตามความเหมาะสม
- การที่มีหน่วยงานที่รับตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์นั้น ควรให้เก็บค่ารักษายาบาลตรงกับ สปสช. (ไม่ต้องจ่ายผ่านโรงพยาบาล)

1.2.3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

- หน่วยบริการต้องการทราบข้อมูลของตนเองได้ส่งไป เป็นการป้อนกลับ เพื่อให้หน่วยบริการทราบความผิดพลาดของข้อมูลและเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาหน่วยบริการต่อไป

- ควรมีโปรแกรมการลงทะเบียนและการส่งข้อมูล 2 ระบบให้เลือก คือ Online (Real-time) และ Offline แล้วกำหนดการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นช่วงเวลาที่ตรงกัน (เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันสมัย ตามช่วงเวลาที่กำหนด)
- ขั้นตอนของโครงการบริหารจัดการรายโรคต่างๆ โครงการควรมีขั้นตอนการดำเนินงานและการประสานงาน เป็นไปในรูปแบบที่เหมือนกัน
- สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ควรมีบทบาทในการติดต่อ สื่อสารและประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบมากกว่าให้เป็นหน้าที่ของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ภายใต้ความเข้าใจบริบทการให้บริการ และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในพื้นที่ และต้องมีอำนาจการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาในระบบบริการได้ในระดับหนึ่ง
- การสื่อสารความเข้าใจของระบบบริการและเครือข่ายการส่งต่อ ควรให้ถึงหน่วยบริการทุกระดับ (ไม่ใช่เพียงแจ้งให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาทราบเท่านั้น) เพื่อไม่ให้เป็นการผลักโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาไปทำหน้าที่สื่อสารต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย

1.2.4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

- ควรมีการอบรมความรู้เรื่องโรคที่ Project Manager ดูแลอยู่ หรือควรให้ทำงานร่วมกับสมาคมวิชาชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้พัฒนาความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น
- สปสช.ควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการได้เสนอแนะปัญหา-อุปสรรค และรับไว้เพื่อหาทางแก้ไข
- ผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจเยี่ยมควรมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาโรคในระดับหนึ่งที่สามารถสื่อสารกับผู้ให้บริการของหน่วยบริการได้
- ควรมีการวางแผนกำหนดตารางการตรวจเยี่ยม โดยที่ทั้ง สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ และ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เข้าตรวจเยี่ยมพร้อมๆ กัน
- การประเมินผล ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทแต่ละพื้นที่ด้วย เช่น โรงพยาบาลศูนย์ อาจมีความพร้อมไม่เท่าเทียมโรงพยาบาลแพทย์ในกรุงเทพมหานคร มิเช่นนั้นโรงพยาบาลที่ให้บริการในส่วนภูมิภาค จะไม่ Qualified แน่ ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ Infrastructure ของโรงพยาบาล ไม่เป็นไปตามคุณสมบัติที่ สปสช.กำหนด
- ควรมีการจัดอบรมหรือสร้างมาตรฐานการตรวจเยี่ยมด้วย (บางคนดูแลการใช้ยา โดยไม่ยึดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วย)
- เมื่อนำร่องแล้ว ควรพิจารณาการปรับยาทุกชนิดที่ใช้ในโครงการให้เข้าเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย (บัญชี จ. ยาที่ใช้ภายใต้โครงการ) เพื่อไม่ให้เกิด 2 มาตรฐานในการให้บริการของโรงพยาบาล

1.2.5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

- การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ควรได้จำแนกตามกลุ่มอายุด้วย
- ภายหลังก่อนนำร่อง ควรได้ทบทวน แล้วปรับสู่ระบบการจ่ายเงินปกติ (ให้มีระบบที่มีความแตกต่างกันให้น้อยที่สุด)
- การประเมินผล ควรได้มีการทบทวนข้อมูลทั้งหมดร่วมกันของ สปสช. และสมาคมวิชาชีพด้วย

2. โรคเบาหวาน

2.1 ผลการประเมินและปัญหาอุปสรรค

2.1.1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อการจัดซื้อบริการแหว่จิ่ง

- การขอข้อมูลด้านระบาดวิทยา ควรขอจากส่วนกลางที่หน่วยบริการได้รายงานไปแล้ว ไม่ควรขอจากพื้นที่อีก เนื่องจากการเพิ่มภาระ และข้อมูลอาจซ้ำซ้อน

2.1.2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

- การออกแบบระบบที่เหมือนกันทั่วประเทศ เพิ่มภาระการส่งข้อมูลให้หน่วยบริการ โดยที่ไม่เกิดประโยชน์อะไรเพิ่มขึ้น เนื่องจากหน่วยบริการมีระบบการประเมินผล หรือการรายงานข้อมูลอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังมีภาระด้านต้นทุนการจัดทำข้อมูลทั้งด้านการเพิ่มบุคลากรและการเพิ่มอุปกรณ์ด้านคอมพิวเตอร์ในการจัดการข้อมูลตามที่ สปสช. ต้องการ
- ควรมีการออกแบบวิธีการคัดกรองที่มีความแตกต่างกันในแต่ละปี (ไม่จำเป็นต้องคัดกรองประชาชนทุกคนทุกปีเหมือนกัน) คือ ควรมีเกณฑ์การคัดกรองสำหรับปีต่อไป
- การออกแบบเกณฑ์การคัดกรองที่แตกต่างจากที่สำนักงานสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุขกำหนด) เป็นภาระต่อหน่วยบริการในทางปฏิบัติ
- การคัดกรองโดยหน่วยงานหลายหน่วยงาน ทำให้ประชาชนบางคนได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี (เกิดความซ้ำซ้อน และสูญเสียงบประมาณ)
- การออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติในชุมชน เนื่องจากไม่ได้คำนึงถึงบริบทที่เป็นจริง เช่น กิจกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ที่มีเงินสนับสนุนให้ 12,000 และ 3,000 บาท สำหรับเบาหวานประเภท 1 และประเภท 2 นั้น พบว่าไม่มีผู้สมัคร เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล จึงไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่ต้องมีการบันทึกข้อมูลมากมายได้
- ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย ไม่ได้เป็นระบบเดียวกัน โครงสร้างข้อมูลก็มีความแตกต่างกัน
- ถึงแม้ว่าคุณสมบัติของหน่วยบริการจะเป็นไปตามข้อกำหนดก็ตาม แต่บุคลากรในหน่วยบริการต้องปฏิบัติงานหลายอย่าง จึงไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดได้อย่างเคร่งครัด
- การกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่สูงเกินไป ทำให้หาบุคลากรปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่ได้ เช่น การตรวจฟัน ตามแนวทางเวชปฏิบัติกำหนดให้ต้องให้บริการโดยทันตแพทย์ ซึ่งหาไม่ได้ในชุมชน (มักใช้ทันตภิบาล)
- การกำหนดกิจกรรมที่ละเอียดเกินไป ขาดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติ ทำให้ไม่เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติ และในที่สุด ก็เป็นการปรับแต่งข้อมูลว่าปฏิบัติได้ครบถ้วน เช่น การระบุว่าต้องสอนเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน-โรคไต ในผู้ป่วยบางราย ก็ไต่ถามไปแล้ว การสอนดังกล่าวก็ไม่ได้ช่วยป้องกันได้ แต่ก็ต้องปฏิบัติ หรือการลงข้อมูลการชักประวัติละเอียดมากเกินไป เป็นภาระในกรณีผู้ป่วยเก่าที่เป็นมานานแล้ว
- แนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นทฤษฎีมาก ทำให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการ เช่น HbA1C, Microalbumin ต้องส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีจำนวนการตรวจส่งตรวจมาก ทำให้ระยะเวลาการรอผลการตรวจนาน

- ต้นทุนการตรวจภาวะแทรกซ้อนและการตรวจทางห้องปฏิบัติการจริงสูงกว่าเงินชดเชยที่ได้รับจาก สปสช.
- การออกแบบระบบสารสนเทศที่บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมที่ สปสช.กำหนดให้ / ทำงานบน web นั้น ไม่สามารถใช้เพื่อเป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวกที่หน่วยงานจริง เนื่องจากการทำงานในชุมชน ไม่สามารถทำงานบน internet ได้ตลอดเวลา ในที่สุดแล้วหน่วยบริการต้องออกแบบการบันทึกข้อมูลใส่กระดาษ แล้วจึงมาบันทึกในโปรแกรมหลังเสร็จจากงานในชุมชน (เพิ่มภาระงาน)
- บริการที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเลย ทำให้ประชาชนบางส่วนไม่เห็นคุณค่า จึงมีการขอรับบริการช้าซ้อน
- สมุดประจำตัวผู้ป่วย ที่ สปสช.ออกแบบ ใ้ยาก ไม่สะดวก เนื่องจากต้องพลิกหน้าไปมา

2.1.3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

- ถึงแม้จะมีงบประมาณเพิ่มการลงทุนด้านครุภัณฑ์ แต่ไม่สามารถจัดซื้อให้ตรงตามความต้องการและความเหมาะสมกับการทำงานในพื้นที่ เช่น การซื้อคอมพิวเตอร์ที่จำกัดเฉพาะเครื่อง PC แต่ลักษณะการใช้งานซึ่งต้องให้บริการในพื้นที่นั้น หากได้เป็นเครื่องคอมพิวเตอร์ Laptop จะสะดวกกว่า เนื่องจากสามารถนำไปบันทึกข้อมูลขณะให้บริการในพื้นที่ชุมชนได้เลย ไม่เป็นภาระการบันทึกข้อมูลย้อนหลังเมื่อกลับถึงสำนักงาน นอกจากนี้ ข้อมูลที่บันทึกจะมีความถูกต้องมากกว่า โดยเฉพาะรายละเอียดการนอน (หากบันทึกย้อนหลัง มักนึกไม่ออก แล้วบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง)
- ไม่ได้รับงบประมาณด้านค่าพาหนะจากโครงการ สำหรับการเยี่ยมบ้าน การส่งต่อผู้ป่วย เมื่อค้นพบผู้ป่วยในชุมชน และการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์กลับบ้าน
- ปัญหาเรื่องการใช้งบประมาณ เนื่องจากงบประมาณในโครงการบริหารจัดการรายโรคจะถูกโอนเข้าโรงพยาบาลด้วยหมวดค่าใช้สอย (เงินบำรุงโรงพยาบาล) ซึ่งไม่ได้ระบุหรือแยกหมวดครุภัณฑ์ไว้ ทำให้ไม่สามารถใช้ซื้อครุภัณฑ์ได้
- การออกแบบระบบการตรวจคัดกรองไม่ดี ทำให้การตรวจซ้ำซ้อน ในขณะที่ประชาชนที่ควรจะได้รับบริการกลับเข้าไม่ถึงบริการ
- โรงพยาบาลบางแห่งไม่คุ้นเคยกับการใช้เงินจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (ต้องเขียนโครงการของงบประมาณจากเทศบาล) โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่

2.1.4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

- สปสช.ไม่ค่อยได้รับฟังปัญหาจากพื้นที่

2.1.5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

- การประเมินผลด้านปริมาณด้านเดียว ไม่ได้สะท้อนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่ดีขึ้น

2.2 ข้อเสนอแนะ

2.2.1 การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อการจัดซื้อบริการแฉ่ง

- การประเมินภาระโรค ต้องคำนึงถึงโรคร่วมที่มักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานด้วย เนื่องจากไม่สามารถแยกรักษาได้ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ป่วยร่วมกัน

2.2.2 การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

- ควรได้ศึกษาวิธีการปฏิบัติในท้องถิ่นที่ปฏิบัติอยู่ก่อนที่จะออกแบบระบบ
- ควรเตรียมระบบสารสนเทศและการจัดการให้พร้อมก่อน จึงจะเริ่มโครงการ
- การออกแบบสารสนเทศสำหรับโรคเรื้อรัง ต้องคำนึงถึงภาระงานในกลุ่มผู้ป่วยเก่าที่มีจำนวนมาก ควรมีระบบการโอนถ่ายข้อมูลจากหน่วยบริการเข้าระบบได้เลย (ไม่ควรต้องให้มีการบันทึกใหม่ทุกราย)
- ควรออกแบบระบบที่ควบคุมการให้บริการไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน เช่น อาจต้องตรวจสอบเลขบัตรประชาชน หรือการบางเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และร้านขายยา รวมถึงโรงพยาบาลชุมชน ให้ชัดเจน
- สำหรับโรคเรื้อรังแล้ว ข้อมูลที่ส่งเป็นการประเมินผลลัพธ์นั้น ต้องไม่มากเกินไปจนความจำเป็น และต้องไม่ละเอียดเกินไป เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทและความเหมาะสมของการจัดบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของบริการแตกต่างกัน ควรให้حرصสนใจผลลัพธ์ของการจัดการและควบคุมป้องกันโรคในภาพรวมมากกว่า
- ควรเปิดโอกาสให้หน่วยบริการส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ด้วย แต่ควบคุมราคาค่าตรวจให้เท่ากับโรงพยาบาลศูนย์ ทำให้ระยะเวลาการรอผลสั้นลง
- ควรยืดหยุ่นวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิด เช่น Microalbumin เป็นการตรวจที่ทำได้ในพื้นที่ เช่น การใช้ Strip

2.2.3 การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

- ควรมีโปรแกรมการลงทะเบียนและการส่งข้อมูล 2 ระบบให้เลือก คือ Online (Real-time) และ Offline แล้วกำหนดการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นช่วงเวลาที่ตรงกัน (เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ทันสมัย ตามช่วงเวลาที่กำหนด)
- การสร้างมาตรฐานเรื่องยาและมาตรฐานการรักษา เนื่องจากอาจพบปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับหรือเชื่อถือยาหรือมาตรฐานการรักษาที่ได้รับยาหน่วยบริการปฐมภูมิ หากจะมีการส่งต่อกลับไปดูแลที่หน่วยบริการใกล้บ้าน
- ควรได้เน้นผลลัพธ์ของบริการมากกว่ากระบวนการที่มุ่งให้หน่วยบริการปฏิบัติ และรายงานผล เนื่องจากยังพบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจเรื่องการดูแลตนเองน้อย ประกอบกับเศรษฐกิจที่ไม่ดีทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้บริการที่บิดเบือนไป เช่น ประชาชนต้องการมารับการตรวจติดตามบ่อยๆ เนื่องจากต้องการมารับบัตรคิวการตรวจที่โรงพยาบาล แล้วขายคิวให้ผู้อื่นที่มาช้ากว่า ก็จะไม่ยอมไปรับการดูแลต่อเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้าน และไม่ยอมควบคุมน้ำตาล เพื่อจะได้มาตรวจที่โรงพยาบาลบ่อยๆ
- ควรประสานงานกับหน่วยงานที่ต้องการข้อมูลด้านบริการจากหน่วยบริการ เช่น กรมควบคุมโรค, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทุกสำนักของ สปสช. เพื่อจัดระบบการรายงานและบันทึกข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกันและส่งข้อมูลครั้งเดียว เพื่อให้หน่วยบริการมีเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่
- ควรมีงบประมาณสนับสนุนการปรับปรุงคลินิกใกล้บ้าน ให้มีสิ่งแวดล้อมและบริการคล้ายกับโรงพยาบาล เพื่อเสริมความเชื่อมั่นของผู้ป่วย

- การประสานงานโครงการบริหารจัดการรายโรคนี้ ควรประสานผ่าน สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เท่านั้น ไม่ควรประสานทั้ง สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ เนื่องจากข้อมูลไม่ตรงกัน
 - การกำหนดขอบเขตการสนับสนุนด้านงบประมาณ ควรระบุให้ชัดเจนว่าภาคีใดจะให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อกิจกรรมใดได้บ้าง เนื่องจากมีงบประมาณที่จัดสรรผ่านองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และงบประมาณจากภาคประชาชนด้วย
- 2.2.4 การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น
- ควรมีการวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย
- 2.2.5 การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ
- ควรมีการพิจารณาทบทวนผลลัพธ์ของโครงการอย่างแท้จริงก่อนเริ่มดำเนินการทั่วประเทศ
 - ควรเตรียมความพร้อมทุกๆ ด้านตามที่ออกแบบระบบไว้ และควรได้พิจารณาภาระงานและความพร้อมด้านบุคลากรด้วย

3.3 ผลการศึกษาการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การนำต้นแบบระบบการซื้อบริการแนวดิ่งไปประยุกต์ใช้ในการประเมินกรณีศึกษาตัวอย่าง 2 ตัวอย่างข้างต้น โดยเฉพาะกรณีโรคเบาหวาน ทำให้พบความเชื่อมโยงในเชิงระบบและการทำงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้กับการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นระบบที่มีการดำเนินการอยู่ของ สปสช. ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย (ปีงบประมาณ 2551) สปสช. มีระบบซื้อบริการสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ 4 ระบบดังนี้

- 1) บริการส่งเสริมป้องกันสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)
- 2) บริการส่งเสริมป้องกันระดับประเทศ (Vertical Program)
- 3) บริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (PP Area based)
- 4) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ปี 2551 (PP Community-based Services)

3.3.1 บริการส่งเสริมป้องกันสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)

งบประมาณได้รับการจัดสรรเพื่อการบริการส่งเสริมป้องกันที่จัดในหน่วยบริการ ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว 82.43 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ (ต้องหักเงินเดือนก่อนการจัดสรรจริง) โดยครอบคลุมกิจกรรมส่งเสริมป้องกันที่ประชาชนมารับบริการที่หน่วยบริการ การจัดสรรเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและตามผลการดำเนินงานโดยปรับตามโครงสร้างอายุ

การดำเนินการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด สำหรับประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดสรรจัดสรรให้หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด (อัตรา Differential P&P-expressed

demand service รายเขตพื้นที่จังหวัด) โดยจัดสรรให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดบริการให้กับประชาชนที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึง และบรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประชากรผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ได้ที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการเคลื่อนที่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การตรวจและดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ก่อน – หลังคลอด การให้ภูมิคุ้มกันโรคทุกช่วงอายุ การดูแลสุขภาพเด็ก และการวางแผนครอบครัว

กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำของตน ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ส่วนกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยบริการอื่น ให้ส่งต่อไปภายในจังหวัดเท่านั้น โดยหน่วยบริการที่ส่งต่อต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

เมื่อหน่วยบริการให้บริการแล้ว ให้ดำเนินการตามระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขตามชุดมาตรฐาน 12 แฟ้ม 18 แฟ้ม และ ระบบรายงาน 0110 รง.5 โดยรายงานให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดทราบทุกเดือน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดจะเป็นผู้กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ข้อมูลผลการดำเนินงานแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ เป็นรายไตรมาส (ทุก 3 เดือน)

2. กลุ่มประชากรสิทธิอื่น (Non UC)

2.1) กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม

การดำเนินงานจะร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่ไม่ซ้ำซ้อนกับสิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับจากพระราชบัญญัติประกันสังคม แต่จะเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมให้ผู้ประกันตนได้รับการและสามารถเข้าถึงการบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากขึ้น โดยใช้กระบวนการจัดบริการเชิงรุกให้แก่ผู้ประกันตน ส่วนการจ่ายชดเชยจะจ่ายให้ตามผลการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์และราคาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ครอบคลุม

- การบริการคุมกำเนิด จ่ายค่าชดเชยตามผลการให้บริการในระบบรายงานของ สปสช.
- การรับฝากครรภ์ และการตรวจหลังคลอด จ่ายค่าชดเชยตามผลการให้บริการในระบบรายงานของ สปสช.
- การตรวจคัดกรองความเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยง จะได้รับค่าชดเชยบริการในอัตราตามที่คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดกำหนด แต่ไม่เกิน 50 บาทต่อคนต่อปี ส่วนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับจังหวัดเป็นผู้พิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการ รวมทั้งงบประมาณสำหรับกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล โดยสามารถบูรณาการงบประมาณร่วมกับงบบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area based) ในส่วนร้อยละ 65

2.2) กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ดำเนินงานคล้ายกับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม และการจ่ายชดเชยจะจ่ายให้ตามผลการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ และราคาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

- การบริการคุมกำเนิด จ่ายค่าชดเชยตามผลการให้บริการในระบบรายงานของ สปสช.

- การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยง จะได้รับค่าชดเชยบริการในอัตราตามที่คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพระดับจังหวัดกำหนด แต่ไม่เกิน 50 บาทต่อคนต่อปี ส่วนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับจังหวัดเป็นผู้พิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการ รวมทั้งงบประมาณสำหรับกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล โดยสามารถบูรณาการงบประมาณร่วมกับงบบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area based) ในส่วนร้อยละ 65

3.3.2 บริการส่งเสริมป้องกันระดับประเทศ (Vertical Program)

งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ หรือ P&P Vertical Program ใช้อัตรา 15.47 บาทต่อหัวประชาชนชาวไทยทุกคน โดยในปีงบประมาณ 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารที่ส่วนกลาง (P&P vertical Program) ร่วมกัน จำนวน 7 โครงการ โดยจัดสรรงบประมาณไว้ที่ส่วนกลางเป็นงบประมาณสำหรับดำเนินการใน 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 งบประมาณสำหรับจัดซื้อ เวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา/วัสดุ สำหรับดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเภทที่ 2 งบประมาณสนับสนุนและพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับประเทศ (P&P Vertical Program) ที่ดำเนินการกิจกรรม โดยส่วนกลาง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรและโอนงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข โดยโอนให้กรม/กอง/หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

1. ค่าจัดซื้อวัคซีนได้รับอนุมัติงบประมาณ 791,550,000 บาท โดยจัดซื้อในภาพรวมทั้งประเทศ โดยส่วนกลาง และกระจายวัคซีนไปให้จังหวัด/หน่วยบริการ
2. โครงการที่ดำเนินการโดยกรมอนามัย ได้รับอนุมัติงบประมาณ 163,565,960 บาท แบ่งเป็น 2 ประเภท งบประมาณการจัดซื้อ/จัดจ้าง และ งบประมาณสนับสนุนและพัฒนา
3. โครงการที่ดำเนินการโดยกรมการแพทย์ ได้รับอนุมัติงบประมาณ 14,422,000 บาท
4. โครงการที่ดำเนินการโดยสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ได้รับอนุมัติงบประมาณ 7,000,000 บาท ได้แก่ โครงการการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร งบประมาณ 5,730,000 บาท และ โครงการนาร่องควบคุมและป้องกันโรคฮีโมฟีเลีย งบประมาณ 1,270,000 บาท

การจัดสรรงบประมาณดำเนินการเป็น 3 งวด

- งวดที่ 1 จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข เมื่อการลงนามในข้อตกลงแล้วเสร็จ
- งวดที่ 2 จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับข้อมูลรายงานการดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุขใน 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2550 – มีนาคม 2551) ส่งภายในเดือนเมษายน 2551
- งวดที่ 3 จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับข้อมูลรายงานการดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุขใน 9 เดือน (ตุลาคม 2550 – มิถุนายน 2551) ส่งภายในเดือนกรกฎาคม 2551

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องดำเนินการที่ส่วนกลาง เพื่อการได้มาตรฐานเดียวกัน แบ่งเป็น 2 ประเภท

1) การจัดซื้อ/จัดจ้าง ได้แก่ การจัดซื้อวัคซีน จัดพิมพ์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง จัดซื้อนมพิเศษสำหรับทารกที่มีภาวะพร่องไทโรยฮอร์โมนและโรค PKU จัดซื้อสมุดบันทึกสุขภาพนักเรียนเพื่อเฝ้าระวังสุขภาพตัวเอง และ จัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิด

2) งบประมาณสนับสนุนและพัฒนา เช่น การพัฒนาคน, พัฒนาระบบบริการ, พัฒนาระบบข้อมูลรายงาน, การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์, จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน, การนิเทศติดตาม, การประเมินผลการดำเนินงาน และอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายตามดัชนีชี้วัด

ทั้งนี้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขส่งข้อมูลรายงานของปีงบประมาณ 2551 ตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนด ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 – กันยายน 2551 ส่งภายในเดือนตุลาคม 2551

สำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโครงการ Vertical Program ในระดับจังหวัด/พื้นที่ สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ หรืองบประมาณ P&P Area-based services ในส่วนของ งบ 65 % ที่จัดสรรไปจังหวัดดำเนินการได้ ทั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาพิจารณาในการจัดทำแผน ได้แก่

1. ปัญหาในพื้นที่ (Area-based)
2. กรอบแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ
3. กรอบแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต
4. กรอบแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด
5. Vertical Program ปี 2551 จำนวน 7 โครงการ
 - 5.1 โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
 - 5.2 โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
 - 5.3 วัยเรียน วัยใส อนามัย ดี ดี
 - 5.4 ส่งเสริมสุขภาพ และ เฝ้าระวังโรควัยทำงาน
 - 5.5 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และเฝ้าระวังโรคกลุ่มผู้สูงอายุ
 - 5.6 พัฒนาระบบการรักษาเร่งด่วนในโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 5.7 ค้นหาพาหะและป้องกันโรคฮีโมฟีเลีย

6. ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 14 ปัจจัย ที่สร้างภาระโรคแก่คนไทย ได้แก่

การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเสพสารเสพติด การบริโภคผักและผลไม้ การบริโภคไขมันสูง การบริโภคน้ำตาลและการบริโภคเกลือ การออกกำลังกายน้อย ดัชนีมวลกายสูง ภาวะโภชนาการในเด็ก การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มลพิษทางอากาศ น้ำสะอาดและสุขาภิบาลปลอดภัย การใช้หมวกและเข็มขัดนิรภัย และความเครียดสูง

7. ภาระทางสุขภาพ 20 อันดับแรกของประชากรไทย พ.ศ. 2547

8. PP Composite Indicator ปี 2551

9. โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวัยของกรมวิชาการ ได้แก่

วัยแม่และเด็ก(แรกเกิด-5ปี) , วัยเรียนและเยาวชน , วัยทำงาน , วัยสูงอายุ , และอื่นๆ

การติดตามประเมินผลในระดับเขต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต และเขตตรวจราชการ) ได้แก่

- 1) ร่วมช่วยเหลือในการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ(P&P) ระดับจังหวัด
- 2) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ(P&P) ในระดับจังหวัด ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่, ระดับประเทศ และอื่นๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 3) ใช้ระบบตรวจราชการ หรือช่องทางอื่นๆในการติดตามประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพ แต่ละจังหวัดในเขตรับผิดชอบ
- 4) รวบรวมปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ รับทราบ

3.3.3 บริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (PP Area based)

งบบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (PP Area based) ได้รับการจัดสรรในอัตรา 50.87 บาทต่อประชากรทั่วประเทศ เมื่อหักเงินเดือนร้อยละ 30 แล้วคงเหลืองบ 35.60 บาทต่อประชากร การจัดสรรเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรทั่วประเทศ จำนวน 63.131 ล้านคน

1) ในส่วนร้อยละ 65 จัดสรรในอัตรา 23.14 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ 63.131 ล้านคน โดยจัดสรรแก่สำนักงานสาขาจังหวัดและสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

2) ในส่วนร้อยละ 35 จัดสรรในอัตรา 12.46 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิ 63.131 ล้านคน โดยจัดสรรเป็นงบประมาณรวม (global budget) แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ เป็น 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จัดสรรในไตรมาสที่ 2 (มกราคม – มีนาคม 2551)

- อัตรา 4 บาทต่อประชากร โดยจังหวัดส่งผลงานตามตัวชี้วัด (Composite Indicator) รอบ 3 เดือน แก่คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต ซึ่งจะพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนงานโครงการตามกรอบที่กำหนด และแจ้งผลแก่ส่วนกลางเพื่อโอนงบประมาณให้จังหวัดนำไปดำเนินงานตามแผนงานโครงการต่อไป

- อัตรา 2.46 บาทต่อประชากร

- แผนพัฒนาโครงการนำร่องในการแก้ปัญหาสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต โดยคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขตพิจารณา แผนงานโครงการให้ความเห็นชอบ ตามกรอบที่กำหนด และแจ้งผลการจัดสรรงบประมาณแก่ส่วนกลาง เพื่อโอนงบประมาณ

- แผนพัฒนาระบบระดับเขต

งวดที่ 2 จัดสรรในไตรมาสที่ 4 (กรกฎาคม – กันยายน 2551)

- อัตรา 6 บาทต่อหัวประชากร เมื่อวัดและประเมินผลงานตามตัวชี้วัด (Composite Indicator) รอบ 9 เดือน และจัดสรรงบประมาณตามผลการประเมินโดยอัตราจัดสรรงบประมาณตามผลงาน โดยคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต พิจารณาให้ความเห็นชอบ และแจ้งผลการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดแก่ส่วนกลางเพื่อโอนงบประมาณให้จังหวัดนำไปวางแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัดตามกรอบที่กำหนด

แนวทางการดำเนินการในปี 2551 ได้มีการปรับเปลี่ยนการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดสรรงบบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเขตพื้นที่ (PP Area based) เพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะของจังหวัดและเขตพื้นที่ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน โดยการวัดประเมินผลและจัดสรรงบประมาณและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Payment for PP Performance based) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ในระดับเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต เป็นผู้กำหนดกรอบการพิจารณาและให้ความเห็นชอบแผนงานโครงการ 3 ส่วน คือ

1.1.1 กรอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด (งบ 10 บาทต่อประชากร) พิจารณาจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Composite Indicator) รอบ 3 เดือน และ 9 เดือน โดยคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต เป็นผู้พิจารณาภาพทั้งเขต ทั้งนี้ การใช้งบประมาณส่วนนี้เพื่อ

- 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการนิเทศ กำกับติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกระดับ รวมทั้งวิธีการเสนอรายงาน วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเป็นรายไตรมาส และรายงานประจำปี
- 2) การพัฒนาบุคลากรทุกระดับ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนทักษะการบริหารโครงการ
- 3) การศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้
- 4) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

1.1.2 กรอบงานสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต (งบ 2.40 บาทต่อประชากร) เพื่อการพัฒนาโครงการนำร่องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตโดยหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น มูลนิธิองค์กรเอกชน หรือองค์กรต่าง ๆ เสนอมายังคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขตโดยตรง หลักเกณฑ์การเสนอโครงการ ควรเป็นโครงการที่หน่วยงานผู้เสนอ มีความต้องการงบประมาณสนับสนุนหรือทั้งหมด เพื่อการทดลอง คิดค้น หรือต่อยอดมาตรการที่มีอยู่แล้ว รวมถึงการพัฒนานวัตกรรม หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่

1.1.3 กรอบงานพัฒนาระบบการดำเนินงานระดับเขต (งบ 0.06 บาทต่อประชากร) สำหรับคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต เพื่อการจัดการระบบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การประชุมชี้แจง การติดตามประเมินผลงาน การสรุปผลการดำเนินงาน การจัดการความรู้ เป็นต้น

- 1.2 แจ้งผลการพิจารณาและให้ความเห็นชอบแผนงานโครงการ 3 ส่วน แก่กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายงวด
- 1.3 ติดตามประเมินผลตามแผนงานโครงการ และตัวชี้วัด (Composite Indicator) ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดขึ้น
- 1.4 รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Composite Indicator) แก่กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ครั้ง คือ
 - ครั้งที่ 1 ข้อมูลเดือนตุลาคม – มิถุนายน (ผลงานรอบ 9 เดือน) ส่งรายงานภายใน วันที่ 25 กรกฎาคม 2551 เพื่อการจัดสรรงบประมาณตามผลงาน
 - ครั้งที่ 2 ข้อมูลเดือนตุลาคม - กันยายน (สรุปรายงานในรอบปี : 12 เดือน) ส่งรายงานภายในวันที่ 25 ตุลาคม 2551

2. ในระดับจังหวัด ตามเขตพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดให้มีการทำแผนงานโครงการ 2 ส่วน (งบ 23.14 บาทต่อประชากร) คือ
 - 2.1.1 แผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ 20.20 บาทต่อประชากร) ตามปัญหาสุขภาพของพื้นที่และประชากรทั้งจังหวัด รวมถึงบูรณาการงานส่งเสริมป้องกันที่จำเป็นในระบบการบริหารจัดการโรคเฉพาะและแผนงานเชิงรุกจากส่วนกลาง (Vertical Program) เป็นคำดำเนินการค่าบริการส่งเสริมป้องกันของหน่วยบริการ
 - 2.1.2 แผนงานพัฒนาระบบการดำเนินงานระดับจังหวัดและอำเภอ (งบ 2.94 ต่อประชากร)
- 2.2 เสนอผลการจัดทำแผนงานโครงการ 2 ส่วน แก่คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต
- 2.3 ติดตามประเมินผลตามแผนงานโครงการ และตัวชี้วัด (Composite Indicator)
- 2.4 รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส และรายงานประจำปี แก่คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต

3.3.4 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ปี 2551 (PP Community-based Services)

ในปีงบประมาณ 2551 จัดสรรในอัตรา 37.50 บาทต่อหัวประชากร (ไม่หักเงินเดือน) เพื่อการบริการส่งเสริมป้องกันที่จัดในระดับชุมชน โดยจัดสรรให้หน่วยบริการในพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ทั้ง อบต. และเทศบาล) เป็นหลัก โดยคำนวณตามจำนวนประชากรและพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีการบริการอย่างทั่วถึงกับประชากรไทยทุกคน แบ่งเป็น 4 งวดเท่าๆ กัน สำหรับส่วนที่จัดสรรให้หน่วยบริการในพื้นที่ให้สาขาจังหวัด พิจารณาจัดสรรประชากร/บริหารจัดการในระดับพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับหน่วยบริการได้ตามความเหมาะสม

ระบบนี้มุ่งสนับสนุนการดำเนินงาน PP และบำบัดฟื้นฟูแก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้มีความเสี่ยงและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (อย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์) และเป็นการพัฒนากระบวนการ ที่เน้นการบริหารจัดการของชุมชนท้องถิ่น ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนชุมชน ตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด

ก. พื้นที่ที่มีการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทั้งที่มีอยู่เดิม และพื้นที่ที่เข้าร่วมใหม่ในปีงบประมาณ 2551

- 1) คณะกรรมการกองทุนระดับตำบล (เป็นผู้รับผิดชอบหลัก) พิจารณากรอบงานสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัดและประมวลข้อมูลปัญหาสุขภาพในระดับตำบล เพื่อวางแผนการใช้จ่ายงบ PP Com เป็นรายโครงการ
- 2) คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับตำบล
- 3) ผู้แทนสาขาจังหวัด / สสจ. และ CUP ออกตรวจเยี่ยม นิเทศเฉพาะกิจ และกำกับติดตามประเมินโครงการ
- 4) คณะกรรมการกองทุนฯ รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส เสนอต่อคณะกรรมการ PP ระดับจังหวัด และ คณะกรรมการระดับเขต ต่อไป
- 5) สปสช.สาขาเขตพื้นที่ ประสานกับสาขาจังหวัด สรุปผลการดำเนินงานภาพรวมให้ สปสช.ส่วนกลางทราบต่อไป

ข. พื้นที่ที่ยังไม่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

- 1) สถานีอนามัย/ PCU พิจารณากรอบงาน PP ระดับจังหวัด และประมวลข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่/ระดับตำบล เพื่อวางแผนใช้จ่ายงบ PP Com. เป็นรายโครงการ
- 2) คณะกรรมการบริหาร CUP พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการ/แผนงานระดับพื้นที่/ระดับตำบล
- 3) ผู้แทน สสจ. และ CUP ตรวจเยี่ยม นิเทศเฉพาะกิจ และประเมินโครงการ
- 4) รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส เสนอต่อคณะกรรมการระดับจังหวัด และ คณะกรรมการระดับเขต และ สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- 5) สปสช.สาขาเขตพื้นที่ สรุปผลการดำเนินงานภาพรวมให้ สปสช.ส่วนกลางทราบต่อไป

ขอบเขตแผนงานที่สามารถใช้งบ PP Com. ได้แก่

- งานเยี่ยมบ้านและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- งานอนามัยโรงเรียน
- งานอนามัยแม่และเด็กในชุมชน
- งานอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ตลาดสด น้ำดื่ม ร้านอาหารมาตรฐาน ฯลฯ
- งานอาชีพอนามัยในโรงงานอุตสาหกรรม ในสถานประกอบการ หรือในที่สาธารณะ
- การส่งเสริมการออกกำลังกายในที่สาธารณะ
- งานรณรงค์ตามประเด็นเฉพาะ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อมวลชน/ สื่อท้องถิ่น / สื่อสาธารณะอื่นๆ
- บริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมป้องกันโรคด้านอนามัยเจริญพันธุ์ / การป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มวัยแรงงาน / เยาวชน / กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ
- งานป้องกันโรคติดต่อ/โรคระบาด อันเนื่องมาจากภัยพิบัติ/สภาพพื้นฐานในชุมชน ฯลฯ

ทั้งนี้ กิจกรรมที่จะดำเนินการโดยงบ PP Com. *ไม่ควรจะซ้ำซ้อน*กับกิจกรรมที่จัดบริการในหน่วยบริการ (PP Expressed Demand) อยู่แล้ว เช่น การคุมกำเนิด ฝากครรภ์ การตรวจก่อนคลอด การให้วัคซีนเด็กแรกเกิด หรือการคัดกรองกลุ่มข้าราชการ/ประกันสังคม ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณปกติอยู่แล้ว ยกเว้นว่าเป็นกิจกรรมที่หน่วยบริการ/โรงพยาบาล ออกหน่วยหรือไปให้บริการนอกสถานที่ เพื่อเพิ่ม/ขยายกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้เดิม เช่น ขยายการจัดบริการไปยังกลุ่มอายุอื่น เพิ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม เป็นต้น

บทที่ 4

บทวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ต้นแบบระบบการซื้อบริการแหวดิ่ง

4.1 บทวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

4.1.1 การจัดระบบซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลจากการวิจัยทั้งสองระยะ บ่งชี้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีระบบการซื้อบริการสุขภาพที่หลากหลายวิธีการ ทั้งที่เป็นระบบสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนการซื้อบริการในรูปแบบของโครงการต่างๆ จำนวนมาก ยกตัวอย่างและแสดงลักษณะเด่นจำเพาะรูปแบบได้ดังตารางที่ 4.1

ดังนั้น หากจะนำสิ่งที่ค้นพบมาเรียบเรียงเพื่อความชัดเจนในระบบการซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานฯ ทำให้สามารถนำมาใช้เป็นกรอบสำหรับการวางระบบอื่นๆ และการสื่อสารทำความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างบุคลากรระดับต่างๆ และหน่วยงานต่างๆ ใน สปสช. ตลอดจนเป็นกรอบสำหรับการให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่งต่อไป คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอจากผลการวิจัยตามโครงการนี้โดยจัดระบบการซื้อบริการสุขภาพของ สปสช. เป็น 2 ระบบใหญ่ดังต่อไปนี้

1. ระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐาน (Basic care purchasing) ซึ่งหมายถึง การทำสัญญาซื้อบริการสุขภาพ ซึ่งขอบเขตของสัญญากำหนดตามขอบเขตของประเภทบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยไม่กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ แนวทางการให้บริการหรือข้อกำหนดของการให้บริการไว้โดยเฉพาะ หรือเป็นกรณีที่มีการจัดทำสัญญาซื้อบริการแยกไว้เป็นเฉพาะกรณี ทำให้โดยทั่วไปจะใช้กลไกการจ่ายแบบปิด (Close-ended payment) เข้าลักษณะของการซื้อเหมา หรือซื้อเฉลี่ย
2. ระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่ง (Vertical purchasing arrangement, VPA) หมายถึง การทำสัญญาซื้อบริการที่แยกออกจากสัญญาซื้อบริการพื้นฐาน โดยมีการกำหนดกลุ่มผู้รับบริการเป้าหมายที่ชัดเจน (Well-defined customer group) มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องสำหรับหน่วยบริการ โดยเฉพาะ (Service provider requirements) แยกกลไกการจ่ายเงิน (Payment mechanisms) วิธีการเบิกจ่าย (Billing) และการบริหารจัดการระบบ (System administration) ที่ดำเนินการโดย สปสช. ส่วนกลาง

ตารางที่ 4.1 การวิเคราะห์โครงการซื้อบริการที่ถือได้ว่าเป็นการซื้อบริการแนวตั้งที่มีการดำเนินการอยู่

วิธีการของการซื้อบริการ	ลักษณะความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยหรือความต้องการอื่น ๆ	หน่วยของการซื้อบริการ	การลงทะเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะ	กลไกการจ่ายเงิน
บริการผู้ป่วยนอก	บริการระดับปฐมภูมิตามสิทธิประโยชน์	การดูแล 1 ปี	ไม่มี	เหมาจ่ายต่อคนต่อปี
บริการผู้ป่วยใน	บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามสิทธิประโยชน์	ครั้ง	ไม่มี	DRG ภายใต้งบประมาณรวม
บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	บริการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินโดยหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิ	ครั้ง	ไม่มี	จ่ายตามรายการ ในกรณีใช้บริการผู้ป่วยนอก DRG ภายใต้งบประมาณรวม ในกรณีใช้บริการผู้ป่วยใน
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : Expressed demand ของหน่วยบริการ	5 กิจกรรมหลักของหน่วยบริการ ได้แก่ ANC, PNC, FP, EPI และอนามัยเด็กเล็ก	บริการตามรายการที่กำหนด	ไม่มี	82.43 บาทต่อคนต่อปีปรับตามกลุ่มอายุ / จังหวัดจัดสรร
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : Vertical program ระดับประเทศ	โครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียน โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมภาพรวม	ไม่มี	15.47 บาทต่อคนต่อปีให้แก่กรมต่างๆ ใน กสธ. ซึ่งอาจใช้ในระดับประเทศหรือมีการจัดสรรต่อไปให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยบริการในสังกัด
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : PP Area-based สปสช.สาขาจังหวัด 65%	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามความต้องการและแผนงานของจังหวัด	โครงการ หรือ ผลดำเนินการ	อาจมีหรือไม่มี ขึ้นกับโครงการ	65%* 50.87 บาทต่อคนต่อปี จัดสรรให้จังหวัดดำเนินการ
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : PP Area-based สปสช.สาขาเขต 35%	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามความต้องการและแผนงานของ สปสช.เขตพื้นที่	โครงการ หรือ ผลดำเนินการ	อาจมีหรือไม่มี ขึ้นกับโครงการ	35%* 50.87 บาทต่อคนต่อปี จัดสรรให้เขตดำเนินการ
บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : PP Community ระดับชุมชน	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยชุมชนในพื้นที่ที่มีการจัดตั้งกองทุนตำบลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดย CUP หรือ PCU ในกรณีไม่มีกองทุน	โครงการ หรือ ผลดำเนินการ	ไม่มี	- ไม่กำหนดรูปแบบสำหรับกองทุนตำบล - จังหวัดจัดสรรให้ CUP และ PCU กรณีไม่มีกองทุนตำบล
โครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	ค่าใช้จ่ายสูง ต้องการการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขาดทุน	การรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	มี เฉพาะรายใหม่	เหมาจ่ายต่อรายใน 1 ปีของผู้ป่วยรายใหม่ โดยแบ่งจ่ายเป็นงวด 3-4 งวด ตามการปฏิบัติได้ตามแผนการรักษา
โครงการบริหารจัดการโรคเลือดออกง่ายซีโมฟีเลีย (Hemophilia)	เป็นโรคเรื้อรัง ยาที่จำเป็นและต้องใช้ในการรักษามีราคาแพง ได้แก่ การให้ Factor VIII และ Factor IX	รายการยาตามที่กำหนดตลอดปี	มี	เหมาจ่ายค่ายาต่อรายต่อปี โดยแบ่งจ่ายเป็น 4 งวด เท่าๆ กัน เมื่อผู้ป่วยลงทะเบียนและได้รับบริการ
โครงการผ่าตัดหัวใจ 8000 ดวง เฉลิมพระเกียรติฯ (Cardiovascular surgery)	การรักษาภาวะที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศที่ผ่านมา ประชาชนยังเข้าถึงบริการได้จำกัด ระยะเวลารอคอยนาน	การรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	มี	ชดเชยค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายคน (Pay per case-class) ครอบคลุมการบริการตามรายการที่กำหนด โดยแบ่งจ่ายเป็น 3 งวด

วิธีการของการซื้อบริการ	ลักษณะความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยหรือความต้องการอื่น ๆ	หน่วยของการซื้อบริการ	การลงทะเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะ	กลไกการจ่ายเงิน
โครงการการดูแลสุขภาพผู้มีปัญหาด้านสายตาอันเนื่องมาจากเลนส์ตา (Cataract)	ต่อกระจะเป็นโรคที่พบได้บ่อย ที่ผ่านมา ประชาชนยังเข้าถึงบริการได้จำกัด ระยะเวลารอคอยนาน	การรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	มี	เหมาจ่ายรายคนครอบคลุมการบริการตามรายการที่กำหนด โดยแบ่งจ่ายเป็น 4 งวด
โครงการนำร่องการพัฒนาต้นแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังและระบบการบำบัดทดแทนไต CAPD สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการความต่อเนื่องในการดูแล และใช้ค่าใช้จ่ายสูง ครอบคลุมการล้างไตด้วยน้ำยาผ่านทางช่องท้องตามแผนการรักษา และการดูแลสุขภาพรบบวงจรที่เกี่ยวข้อง	การดูแลตามรายการที่กำหนดต่อเนื่องตลอดปี	มี	เหมาจ่ายต่อคนต่อปี โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จ่ายล่วงหน้า 20% เมื่อผู้ป่วยลงทะเบียน และจ่ายตามการให้บริการจริง โดยโอนเงินอีก 12 งวด
โครงการ “ยิ้มสวยเสียงใส” เทิดพระเกียรติ ฯ (โรคปากแหว่งเพดานโหว่: Cleft lip-Cleft plate)	ระยะที่ 1 การรักษาครอบคลุมการทำศัลยกรรม และการดูแลต่อเนื่องทางทันตกรรม ระยะการดูแลต่อเนื่องทางการแก้ไขการพูดและการได้ยิน	การรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	มี	เหมาจ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับการผ่าตัด เหมาจ่ายต่อครั้งและเหมาจ่ายต่อรายต่อปีสำหรับการดูแลต่อเนื่องทางทันตกรรม รวมถึงสำหรับการแก้ไขการพูดและการได้ยิน โดยแบ่งเป็น 3 งวด
โครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Stroke)	การรักษาภาวะที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ การเข้าถึงการรักษาที่ทันเวลาช่วยลดความพิการและภาวะในระยะยาว	การดูแลและรายการยาตามที่กำหนด	มี	เบิกจ่ายค่ายาละลายลิ้มเลือดเพิ่มเติมจากระบบ DRG ทั้งกรณีที่ต้องผ่าตัดและไม่ต้องผ่าตัดโดยแบ่งจ่ายเป็น 3 งวด ถ้าผู้ป่วยติดตามการรักษาไม่ครบจะเหมาจ่ายเป็นครั้ง
โครงการการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS)	เป็นโรคเรื้อรัง ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ต้องใช้ความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตามแนวทางที่กำหนด	การดูแลและรายการยาตามที่กำหนด	มี	การสนับสนุนเป็นตัวยาผ่านองค์การเภสัชกรรม โดยจัดสรรเป็นตัวยาแก่หน่วยบริการที่ให้การรักษ และจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ให้บริการ
โครงการวัณโรค (Tuberculosis)	เป็นโรคติดต่อที่มีอุบัติการณ์สูงในระดับโลก ต้องการความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตามแนวทางที่กำหนด	การรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	มี	เหมาจ่ายต่อรายของผู้ป่วย โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 – 3 งวด ตามแต่กรณี
โครงการการจัดการโรคเบาหวานแบบครบวงจร (Diabetes)	เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการค้นพบโรคที่รวดเร็ว ซึ่งการดูแลที่ได้มาตรฐาน และต่อเนื่องจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวได้	การให้บริการและดูแลตามรายการที่กำหนด	มี	เหมาจ่ายต่อราย โดยแบ่งจ่ายเป็น 3 งวด งวดแรกจ่ายล่วงหน้าตามการคาดการณ์ งวดที่ 2 ปรับจ่ายตามผลงานจริง และงวดที่ 3 เมื่อมีการให้บริการตามที่กำหนด

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2550

หนึ่ง มีประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ การจำแนกความแตกต่างของการเรียกขานการซื้อบริการแนวดิ่ง หรือ Vertical purchasing arrangement ออกจากการเรียกโครงการแนวดิ่งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือ Vertical program ซึ่งเป็นลักษณะของโครงการตามนโยบายที่มีการนำสู่การปฏิบัติจากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่ลักษณะของการทำสัญญาซื้อบริการ

การเปรียบเทียบระหว่างระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐาน และระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความต้องการที่ต้องมีบริการ บริการที่ซื้อ รายละเอียดของการซื้อ วิธีการจ่ายเงิน และการติดตามประเมินผล อาจสรุปได้ดังตารางที่ 4.2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 กรอบแนวคิดทั่วไประหว่างระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐานและระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง

	ระบบการซื้อบริการสุขภาพพื้นฐาน	ระบบซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง
ความต้องการคืออะไร	บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ โดยไม่มีข้อกำหนดหรือแนวทางเวชปฏิบัติที่เจาะจง	บริการหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการทางสุขภาพเฉพาะ ซึ่งการให้บริการจะมีการวางข้อกำหนดของการบริการหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อการให้บริการที่ชัดเจน
ซื้อบริการอะไร	- บริการผู้ป่วยนอกเป็นครั้งของบริการ⁽¹⁾ - บริการผู้ป่วยในเป็นครั้งของการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล - บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ผสมผสานในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยหน่วยบริการ	- บริการเป็นครั้งที่มีลักษณะการให้บริการตามที่กำหนด - ชุดหรือกลุ่มของบริการทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะการให้บริการต่อเนื่องกันสำหรับผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งตามข้อกำหนดหรือแนวทางเวชปฏิบัติที่วางไว้
ซื้อบริการอย่างไร	- ใช้มาตรฐานสำหรับหน่วยบริการโดยรวมของ สปสช. - เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ - สิทธิของผู้ป่วยเป็นไปตามการเลือกลงทะเบียนที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	- มีข้อกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการสำหรับบริการแต่ละโครงการ - รับสมัครและตรวจสอบคุณสมบัติเฉพาะของหน่วยบริการ - ระบบสารสนเทศเพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยโดยเฉพาะ ซึ่งอาจไม่ใช่ระดับปฐมภูมิ
จ่ายอย่างไร	- เหมาะจ่ายเป็นรายปีสำหรับผู้ป่วยนอก - DRG ภายใต้งบประมาณรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน - จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule)	- คำนวณต้นทุนต่อหน่วยของบริการเพื่อนำมาใช้กำหนดอัตราค่าจ่าย - กลไกการจ่ายมีการปรับอัตรา รูปแบบและสัดส่วนการจ่ายแต่ละครั้งหรือแต่ละงวดตามความเหมาะสม
ติดตามอย่างไร	- ติดตามผลการดำเนินการทั่วไป	- มีการกำหนดประเด็นเพื่อการติดตามประเมินผลไว้โดยเฉพาะสำหรับแต่ละโครงการ

หมายเหตุ ⁽¹⁾ แม้ว่าการซื้อบริการผู้ป่วยนอกจะใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัวต่อคนต่อปี เสมือนเป็นการซื้อเหมาบริการทั้งปี แต่จะพบว่า การซื้อบริการผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปมีลักษณะเป็นครั้ง และผู้มีสิทธิแต่ละคนอาจใช้หรือไม่ใช้บริการ การจ่ายเงินในลักษณะเหมาจ่าย ในที่นี้ เพื่อการวิเคราะห์ลักษณะบริการ การเหมาจ่ายจึงถือเป็นกลไกการจ่ายเงินที่อาศัยการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายมากกว่าลักษณะของบริการที่ซื้อ

4.1.2 ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของระบบการซื้อบริการแหวดง

จากข้อมูลปัญหาและอุปสรรคที่ค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1 ดังที่สรุปไว้ในบทที่ 2 และข้อมูลเพิ่มเติมจากการทดสอบต้นแบบระบบการซื้อบริการแหวดงที่แสดงไว้ในบทที่ 3 โดยใช้ระบบสำหรับกลุ่มโรคมะเร็งเม็ดเลือดและต่อมน้ำเหลือง และการนำร่องระบบสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้สามารถปัญหาและอุปสรรคของระบบการซื้อบริการแหวดงในภาพรวมทั้งหมดได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- ปัญหาเชิงหลักการและแนวคิดของระบบการซื้อบริการ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่ชัดเจน หรือไม่สอดคล้องกันของหลักการหรือแนวคิดของระบบการซื้อบริการที่ใช้โดยทีมงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของ สปสช. ทำให้การวางแผนและตัดสินใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบซื้อบริการของ สปสช. ไม่เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการทำงาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3
- ปัญหาจากการออกแบบระบบและกลไกของระบบซื้อบริการ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากความไม่ชัดเจนหรือความไม่สมบูรณ์ในการออกแบบระบบและกลไกของการซื้อบริการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติต่างๆ งบประมาณ กลไกการจ่ายเงิน การสื่อสารและระบบสารสนเทศ ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เมื่อมีการนำไปปฏิบัติจริง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4
- ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องการนำระบบสู่การปฏิบัติ ได้แก่ กลุ่มของปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิบัติหรือนำระบบหรือแนวทางที่ออกแบบไว้สู่การปฏิบัติ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเป็นผลจากข้อจำกัดของระบบบริหารจัดการภายในของ สปสช. ความไม่พร้อมขององค์ประกอบสำคัญในระบบที่จำเป็น เช่น ระบบสารสนเทศหรือหน่วยบริการ หรือปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.3 ปัญหาเชิงหลักการและแนวคิดของระบบการซื้อบริการแอดมิเนสเตรชัน และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ประเด็นสำคัญ	แหล่งข้อมูลที่ค้นพบ	ผลกระทบที่ประเมินได้จากข้อมูลผลการศึกษา
ไม่มีกรอบแนวคิดเชิงระบบเกี่ยวกับการซื้อบริการ และความเชื่อมโยงกับหน่วยงานตามโครงสร้างองค์กร	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในระดับต่างๆ ของ สปสช.	- การซื้อบริการที่ยังไม่เป็นระบบและขาดความเชื่อมโยงว่าองค์กรควรมีรูปแบบการซื้อบริการอย่างไร ด้วยหลักการและเหตุผลอย่างไร ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดข้อมูลและความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานของตนเองที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการซื้อบริการแอดมิเนสเตรชัน ทำให้เกิดความขัดข้องของการพัฒนา
ไม่ปรากฏเกณฑ์ในการพิจารณาความเหมาะสมของการตัดสินใจดำเนินการที่ไม่ชัดเจน	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในระดับต่างๆ ของ สปสช. - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ - การทบทวนเอกสารโครงการต่างๆ	- บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ทราบเหตุผลที่ชัดเจนในการริเริ่มดำเนินการโครงการซื้อบริการแอดมิเนสเตรชันโครงการใดโครงการหนึ่ง โดยเฉพาะการบริหารจัดการโรคเฉพาะ ซึ่งไม่ปรากฏลำดับความสำคัญไม่แน่ชัด - แนวทางที่ใช้ในการประเมินผล ไม่ชัดเจน
ขาดแนวคิดและมุมมองแบบบูรณาการในการจัดการระบบบริการสุขภาพ	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนรับผิดชอบงานในระดับต่างๆ ของ สปสช.	- ความไม่เชื่อมโยงในระดับของการวางแผนการยกระดับการพัฒนาหน่วยบริการในระยะกลางและระยะยาวกับกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ - ขาดการประสานการยกระดับความสามารถของหน่วยบริการกับหน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้องที่เพียงพอ
ไม่มีความชัดเจนของแนวคิด “ใครคือลูกค้า” ของ สปสช.	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ - รูปแบบของการออกแบบระบบสารสนเทศของการซื้อบริการโครงการต่างๆ	- ขาดการออกแบบระบบที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ยังไม่มีการศึกษาหรือทบทวนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมการใช้บริการก่อนการออกแบบระบบ - ไม่มองโรงพยาบาลเป็นลูกค้า ทำให้ขาดการวางแผนพัฒนาระบบบริการในลักษณะที่สร้างความร่วมมือเพื่อประโยชน์ร่วมกัน เช่น การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในโครงการต่างๆ

ตารางที่ 4.4 ปัญหาจากการออกแบบระบบและกลไกของระบบการซื้อบริการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ประเด็นสำคัญ	แหล่งข้อมูลที่ค้นพบ	ผลกระทบที่ประเมินได้จากข้อมูลผลการศึกษาศึกษา
ข้อจำกัดในระบบงบประมาณของ สปสช. ที่เป็นแผนงานและงบประมาณรายปี	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในระดับต่างๆ ของ สปสช. - การประเมินโครงการเบาหวาน	- การออกแบบระบบจำกัดตนเองตามการจัดการงบประมาณเป็นหลัก มากกว่าการใช้กรอบแนวคิดเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะการพัฒนาระยะยาว - งบประมาณที่ใช้ อาจไม่เพียงพอหากสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้จริง
การออกแบบมาตรฐานแม้เป็นไปตามหลักวิชาการ แต่ขาดการประเมินความเป็นไปได้ และสื่อสารกับผู้ให้บริการในพื้นที่ที่เพียงพอ	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในระดับเขตของ สปสช. - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ - การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma และโครงการเบาหวาน	- มาตรฐานที่กำหนด ขาดความยืดหยุ่นเพื่อรองรับศักยภาพและขีดความสามารถของหน่วยบริการซึ่งแตกต่างกัน หรือขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมให้กับหน่วยบริการเพื่อยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถทำได้ตามข้อกำหนดในมาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพ - ข้อกำหนดลงรายละเอียดในการปฏิบัติมากจนบั่นทอนความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในระดับพื้นที่
การทำความเข้าใจต่อความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและระบบบริการไม่ลึกซึ้งพอ	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ - การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma และโครงการเบาหวาน	- การกำหนดขอบเขตของสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยและการดูแลรักษา ทำให้หน่วยบริการประสบภาวะขาดทุน นำไปสู่การปฏิเสธให้ความร่วมมือ - แนวทางปฏิบัติไม่สอดคล้องและไม่ยืดหยุ่นให้กับพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเป็นการระงับผู้ป่วยที่ต้องใช้บริการข้ามเขตพื้นที่
กลไกการจ่ายเงินมีหลากหลายรูปแบบ และเป็นงวดซับซ้อน	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ	- การจ่ายเงินสร้างปัญหาทางบัญชีให้กับหน่วยบริการ ยุ่งยากในการสรุปข้อมูลการเงินเป็นรายบุคคล - การจ่ายเงินไม่สอดคล้องกับภาระบริการ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่เสียชีวิต หรือภายหลังปฏิเสธการบริการ - การเหมาจ่ายเป็นอุปสรรคต่อการใช้เงินตามภาระงาน
ระบบสารสนเทศในการลงทะเบียนและรายงานการให้บริการแก่ผู้ป่วยขาดความเชื่อมโยงฐานข้อมูลต่างๆ ของ สปสช. เอง	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยบริการ - การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma และโครงการนาร่องเบาหวาน	- การบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายหลากหลาย ต้องเป็นภาระให้หน่วยบริการในการหาบุคลากรที่มีความรู้ทางคลินิกมาดำเนินการ ก่อให้เกิดภาระงานและต้นทุนการจัดการที่ไม่จำเป็นในระบบบริการ - การไม่ลงข้อมูลผู้ป่วยในการจำหน่ายผู้ป่วย (DRG database) ทำให้การประมวลผลรวมสถิติต่างๆ ของ สปสช. คลาดเคลื่อน
การสื่อสารและการติดตามประสิทธิผลของการสื่อสาร	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานในระดับเขตของ สปสช.	- ผู้ปฏิบัติงานในระดับเขต ยังไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูลเบื้องต้นที่จำเป็นเกี่ยวกับโครงการต่างๆ แก่หน่วยบริการ
ไม่มีการออกแบบระบบประเมินผลที่ไว้วางหน้า	- การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma	- ไม่มีการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม - ไม่มีระบบการทบทวนแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

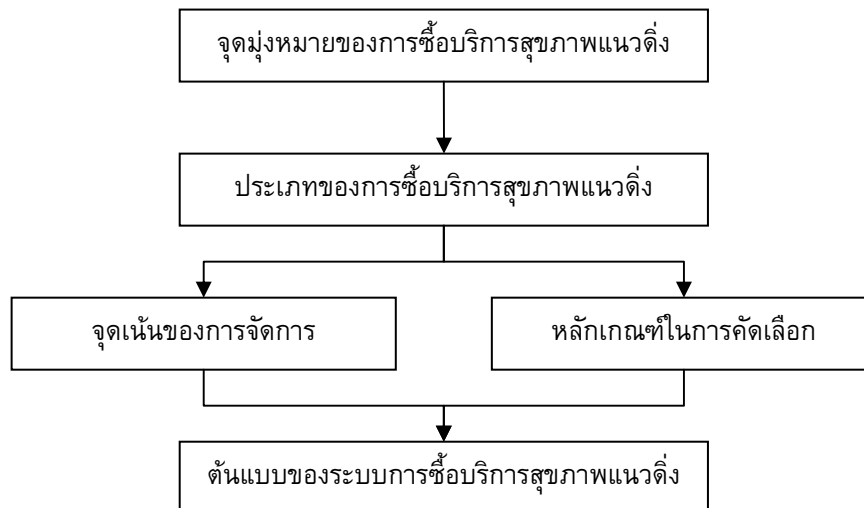
ประเด็นสำคัญ	แหล่งข้อมูลที่ค้นพบ	ผลกระทบที่ประเมินได้จากข้อมูลผลการศึกษา
		กับโครงการซื้อบริการต่างๆ ที่ชัดเจน
ข้อจำกัดเนื่องจาก ระบบการจัดการ ภายในของ สปสช. รวมถึงการมอบหมาย ความรับผิดชอบและ การประสานงาน แนวดิ่ง และการปรับ โครงสร้างใหม่ของ สปสช.	- ข้อมูลการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วน รับผิดชอบงานในระดับ ต่างๆ ของ สปสช. - ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หน่วยบริการ - การทบทวนเอกสาร โครงการต่างๆ	- Cross-functional work ในระดับการวางแผนยังไม่มี ประสิทธิภาพ ทำให้การออกแบบระบบงานเกิดความ ซ้ำซ้อนสูง ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่รับทราบบทบาทหน้าที่ที่ ชัดเจน โครงการต่างๆ ไม่ได้รับการสนับสนุนทาง เทคนิคจากหน่วยงานที่ดูแลระบบที่เพียงพอ - ปัญหาเกี่ยวกับ Cross-functional work ในการ ดำเนินการ แสดงออกในรูปปัญหาในการสื่อสารข้อมูล ภายในองค์กร - ความซับซ้อนของประมาณการงบประมาณขาขึ้น (การ ทำค่าของงบประมาณ) ไม่สอดคล้องกับการใช้ งบประมาณตามระบบงานและโครงการต่างๆ ในخالง และยังหาแนวทางที่ลงตัวไม่ได้ - ความไม่ตรงต่อเวลาและความไม่แน่นอนของกระแสเงิน สดในการจ่ายค่าชดเชยบริการของ สปสช. ให้แก่หน่วย บริการ
ความไม่พร้อมของ ระบบสารสนเทศ ตลอดจนการใช้ระบบ แบบ Real-time Online ในการบันทึก ข้อมูล ในสถานการณ์ที่ ศักยภาพของระบบไม่ สามารถรองรับการใช้ งานจริงได้	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หน่วยบริการ - การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma และโครงการนาร่อง เบาหวาน	- สร้างภาระงานและการบั่นทอนประสิทธิภาพของการใช้ ทรัพยากรบุคคลของหน่วยบริการเนื่องจากความล่าช้า ของระบบส่งข้อมูลให้แก่ สปสช. โดยเฉพาะเมื่อต้อง ทำงานด้านสารสนเทศย้อนหลัง - หน่วยบริการไม่ได้รับประโยชน์เต็มที่จากข้อมูลที่บันทึก ให้กับ สปสช. เพื่อใช้ในการพัฒนาตนเอง - ผู้ป่วยได้รับบริการที่ซ้ำซ้อน เช่น โครงการเบาหวาน ที่ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ในแต่ละปี
ความไม่พร้อมของ หน่วยบริการ และ เครือข่ายในพื้นที่ ที่จะ รองรับนวัตกรรมหรือ โครงการใหม่ๆ ที่ เริ่มต้นรวดเร็ว และไม่ แจ้งแผนงานในระยะ ยาว	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หน่วยบริการ - การประเมินโครงการ Leukemia & Lymphoma และโครงการนาร่อง เบาหวาน	- โครงการซื้อบริการแนวดิ่งแต่ละโครงการที่มีรูปแบบการ ดำเนินการที่หลากหลายในปัจจุบันทำให้เกิดภาระงาน เฉพาะตัวเพิ่มเติมมาก เช่น Paperwork ที่เพิ่มขึ้น หน่วยบริการไม่มีสถานที่ที่จะเอื้ออำนวยต่อการ จัดบริการโดยเฉพาะ - Case manager ตามข้อกำหนดของโครงการ มัก ต้องการสมรรถนะที่หลากหลาย ซึ่งต้องเป็นพยาบาล อันเป็นวิชาชีพที่ค่อนข้างขาดแคลนในปัจจุบัน
ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมและวิถีชีวิต ของผู้ป่วยมีผลไม่น้อย ต่อความร่วมมือในการ ปฏิบัติตามระบบ	- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หน่วยบริการ	- ปัจจัยเศรษฐกิจ สังคมและภูมิศาสตร์ ความเชื่อถือและ เชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ ตลอดจน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพิ่มความ ซับซ้อนของบริการ สุดท้ายกลายเป็นภาระหน่วย บริการเมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามระบบที่ สปสช.วางไว้

4.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต้นแบบระบบการซื้อบริการแหวดิ่ง

4.2.1 กรอบแนวคิดในการพิจารณาารูปแบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่ง

ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ การซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่งมีกรอบแนวคิดในการพิจารณาแสดงดังภาพที่ 4.1 ดังต่อไปนี้

ภาพที่ 4.1 กรอบแนวคิดในการพิจารณาการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่ง



4.2.2 จุดมุ่งหมายเชิงระบบที่สำคัญของการพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่ง

เมื่อพิจารณาจากความแตกต่างของรูปแบบการซื้อบริการที่มีอยู่ของ สปสช. ประกอบกับข้อมูลปัญหาและอุปสรรค ทำให้อาจพอสรุปจุดมุ่งหมายเชิงระบบของการพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่งได้ดังนี้

- เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ
- เพื่อสร้างมาตรฐานของการดูแล
- เพื่อพัฒนาความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ
- เพื่อกระตุ้นหรือส่งเสริมการป้องกันโรค ชะลอการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อน
- เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- เพื่อประสิทธิภาพของการจัดการระบบผ่านระบบสารสนเทศ

4.2.3 การจัดประเภทของระบบการซื้อบริการสุขภาพแหวดิ่ง

ความหลากหลายของวิธีการซื้อบริการสุขภาพของ สปสช. ทำให้ระบบการซื้อบริการมีความซับซ้อนที่ยากต่อการทำความเข้าใจ การจัดการและติดตามประเมินผล สปสช. ควรจะจัดระบบการซื้อบริการแหวดิ่งเป็นกลุ่ม ๆ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวของตนเองในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจจัดอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยความต้องการ

ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะของบริการสุขภาพที่ต้องการซื้อ จุดมุ่งหมายเชิงระบบที่ต้องการ และจุดเน้นของการจัดการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้จากวิธีการที่มีการดำเนินการอยู่ของ สปสช. และวิธีการที่กำลังได้รับการพัฒนา น่าจะแบ่งระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- 1) **ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเรื้อรัง** หมายถึง ระบบการจัดการรายโรค (Disease management) สำหรับกลุ่มโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นแต่กำเนิดหรือเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในขณะที่การไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ตั้งแต่การเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรกจะทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ลูกกลมหรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกลายเป็นโรคอื่นๆ ต่อไป การดูแลจึงต้องอาศัยการลดปัจจัยเสี่ยง การค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่วนการรักษาพยาบาลกลุ่มโรคนี้มักต้องเป็นไปเพื่อควบคุมอาการหรือสภาวะของโรคของผู้ป่วย
- 2) **ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเฉียบพลันหรือหัตถการค่าใช้จ่ายสูง** หมายถึง ระบบการจัดการรายโรค (Disease management) สำหรับกลุ่มโรคที่เกิดขึ้น และสามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันเวลา ถูกต้องได้มาตรฐาน และต่อเนื่องครบถ้วน ซึ่งการรักษาดังกล่าวมักใช้ค่าใช้จ่ายสูง หรือด้วยสถานการณ์ในระบบบริการปัจจุบันจำเป็นต้องได้รับการจัดการเพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ มีศักยภาพในการให้บริการได้มากขึ้นโดยไม่ประสบปัญหาขาดทุน ทั้งนี้รวมถึงการทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง จำเป็นต้องได้รับการจัดการในเชิงระบบเพื่อประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรด้วย
- 3) **ระบบการซื้อบริการแนวดิ่งสำหรับโครงการควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ** หมายถึง ระบบการซื้อบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ที่มีลักษณะเป็นโครงการ ที่มีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายโดยเฉพาะ มีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน ดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ ที่ทำสัญญากับ สปสช. ตั้งแต่ระดับกระทรวง กรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น และมีกำหนดระยะเวลาของการดำเนินงาน
- 4) **ระบบการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ** หมายถึง ระบบการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการให้บริการอยู่แล้วเป็นระบบ โดยหน่วยบริการซึ่งอาจเป็นบริการภายในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการออกไปให้บริการภายนอกก็ได้ ซึ่งมีชุดของบริการหรือแนวทางการดูแลกำหนดไว้ชัดเจนว่าประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง เช่น การให้บริการฝากครรภ์และดูแลหลังคลอด การให้บริการฉีดวัคซีนและดูแลพัฒนาการเด็กเล็ก (คลินิกเด็กดี) การให้บริการตรวจสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เป็นต้น ดังนั้นลักษณะของบริการที่ซื้ออาจเป็นครั้งของการบริการ หรือเป็นชุดของบริการ (Package) ก็ได้ตามความเหมาะสม
- 5) **ระบบการซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง ระบบการซื้อบริการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาถึงหน่วยบริการที่เหมาะสม ที่ใกล้ที่สุด อย่างทันเวลา ดังนั้นลักษณะของบริการที่ซื้อนอกจากจะต้องคำนึงถึงการให้บริการแต่ละครั้งแล้ว ต้องคำนึงถึงต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมพร้อมของระบบด้วย

การจัดระบบการซื้อบริการแนวดิ่งเป็น 5 กลุ่มข้างต้น จุดมุ่งหมายของการจัดระบบที่กล่าวไว้ 7 ประการข้างต้นล้วนมีความสำคัญสำหรับระบบการซื้อบริการทั้ง 5 กลุ่มทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายที่ควรเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังที่มีลำดับความสำคัญสูงพร้อมกับตัวอย่างการดำเนินการที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันที่ใกล้เคียงกับระบบหรือแนวทางที่เสนอแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จุดมุ่งหมายที่สำคัญของระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง 5 รูปแบบ

	ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเรื้อรัง	ระบบการจัดการรายโรคสำหรับโรคเฉียบพลันหรือหัตถการ	ระบบซื้อบริการแนวดิ่งสำหรับโครงการควบคุมการเสี่ยงทางสุขภาพ	ระบบซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยหน่วยบริการ	ระบบซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ความต้องการทางสุขภาพ	การดูแลปัญหาสุขภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต	การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันเวลา	การป้องกันโรค	การป้องกันโรค	การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันเวลา
จุดมุ่งหมายเชิงระบบที่น่าจะมีสำคัญใน 3 อันดับแรก	ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	การป้องกันโรคชะลอการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อน	ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	ความสามารถในการเข้าถึงบริการ
	ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ	การสร้างมาตรฐานของการดูแล	การตอบสนองความต้องการเฉพาะของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ	การสร้างมาตรฐานของการดูแล
	การป้องกันโรคชะลอการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อน	ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร			
บริการสุขภาพที่ซื้อตามระบบของ สปสช.	การดูแลรักษาต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 ปี	การตรวจรักษาตามชุดบริการที่กำหนด	โครงการคัดกรองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การดูแลตามชุดบริการที่กำหนด	การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ตัวอย่างของระบบหรือโครงการ	โครงการนาร่องโรคเบาหวาน	โครงการ Leukemia และ Lymphoma	PP Community	PP Expressed Demand	ยังไม่มี การดำเนินการเต็มรูปแบบ
ข้อควรคำนึงที่สำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยนี้	-รอยต่อระหว่างปีงบประมาณ -ภาระทางงบประมาณระยะยาว	-ศักยภาพเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบ -การติดตามประเมินผล	-ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้ทรัพยากร	-ภาระงานของหน่วยบริการอื่นเนื่องจากข้อกำหนดด้านการจัดการ	-บริบทด้านต่างๆของพื้นที่

4.2.4 จุดเน้นของการจัดการในระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่ง

ด้วยจุดมุ่งหมายสำคัญที่แตกต่างกัน ทำให้จุดเน้นของการจัดการของระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวดิ่งแต่ละกลุ่ม ตลอดจนกลไกการจ่ายเงินและกำกับดูแลที่เป็นหลัก มีความแตกต่างกันไปด้วย ทั้งนี้จุดเน้นดังกล่าว ได้แก่

- การบริการเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
- การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline, CPG) และแนวทางการให้บริการ (Health Services Guideline, HSG)

- มาตรฐานของหน่วยบริการ
- การสร้างเครือข่ายและระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง
- การเชื่อมโยงด้วยระบบสารสนเทศ
- กลไกการจ่ายเงินที่จูงใจและส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการ
- ระบบติดตามและทบทวนผลการดำเนินการ
- การจัดการให้เกิดประสิทธิภาพจากขนาด (Economy of Scale)
- การตอบสนองความต้องการระดับเขตพื้นที่
- การสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่น

จุดเน้นของระบบการซื้อบริการแนวดิ่งแต่ละกลุ่ม ประเมินเชิงสัมพัทธ์ในเบื้องต้นจากข้อมูลที่ได้ศึกษาไว้อาจเสนอแนะได้ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสำคัญในเชิงสัมพัทธ์ของจุดเน้นของการจัดการของระบบการซื้อบริการ 5 ระบบ

	การจัดการ รายโรค สำหรับโรค เรื้อรัง	การจัดการ รายโรค สำหรับโรค เฉียบพลัน หรือหัตถการ	โครงการ ควบคุมการะ เลียงทาง สุขภาพ	บริการ ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรคฯ	บริการ การแพทย์ ฉุกเฉิน
การบริการเชิงรุกเพื่อเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย	++	+	+++	+	+++
การใช้แนวทางเวชปฏิบัติ และแนวทางการให้บริการ	+++	+++	+	++	++
มาตรฐานของหน่วยบริการ	++	+++	+	+	+++
การสร้างเครือข่ายและระบบ ส่งต่อที่เข้มแข็ง	+++	++	+	++	++
การเชื่อมโยงด้วยระบบ สารสนเทศ	+++	++	+	++	++
กลไกการจ่ายเงินที่จูงใจและ ส่งเสริมประสิทธิภาพ	++	+++	++	++	++
ระบบติดตามและทบทวนผล การดำเนินการ	+++	++	+	++	++
การจัดการให้เกิด ประสิทธิภาพจากขนาด	+	++	++	+	+++
การตอบสนองความต้องการ ระดับเขตพื้นที่	++	+	+++	+	+++
การสร้างความมีส่วนร่วมของ ท้องถิ่น	++	+	+++	+	+++

4.2.5 หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการเพื่อการซื้อบริการแนวดิ่ง

การพิจารณาคัดเลือกกรณี กลุ่มโรคหรือประเภทบริการเพื่อการซื้อบริการแนวดิ่ง สามารถพิจารณาได้จากหลักเกณฑ์ใหญ่ๆ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับภาระโรค ได้แก่
 - a. กลุ่มโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง
 - b. กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้มาก หากไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี
 - c. กลุ่มโรคที่มีการใช้บริการผู้ป่วยในมาก หรือต้องนอนโรงพยาบาลนาน
 - d. กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวที่มีความชุกสูง
 - e. โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก เป็นภาระสำหรับระบบบริการ ในขณะที่สามารถดำเนินการป้องกันโรคในระดับต่างๆ ได้
 - f. กลุ่มโรคหรือภาวะที่ขนาดของปัญหาหรือผลกระทบของปัญหามีต่อชุมชนมาก ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งต้องการระบบในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการขยายการเข้าถึงบริการ หรือศักยภาพในการบริการอย่างสำคัญ
- 2) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับช่องว่างหรือโอกาสพัฒนาของประเทศ
 - a. กลุ่มโรคที่ระบบการดูแลที่ดีกว่าปัจจุบันจะสามารถควบคุมการลุกลามหรือรักษาโรคได้ สามารถป้องกันหรือลดการใช้บริการหรือการใช้บริการในระบบได้ เช่น ห้องฉุกเฉิน หรือบริการผู้ป่วยใน ส่งผลต่อการลดต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบได้ในภาพรวม
 - b. กลุ่มโรคที่ต้องอาศัยการดูแลหรือการฟื้นฟูร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ/หรือเป็นเครือข่าย ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพของการดูแล
 - c. กลุ่มโรคที่ปัจจุบันมีความแตกต่างของการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในระบบบริการของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ
 - d. กลุ่มโรคหรือภาวะทางสุขภาพที่หากกระบวนการดูแลได้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง จะช่วยเพิ่มประสิทธิผล และทำให้ลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างสำคัญ
 - e. กลุ่มโรคหรือการรักษาที่ยาหรือวัสดุทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานเดียวกันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และอำนวยความสะดวกในการจัดการให้การเข้าถึงบริการทำได้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น
 - f. กลุ่มโรคหรือหัตถการที่มีวิธีการรักษาเป็นเทคโนโลยีใหม่ มีต้นทุนสูงขึ้นกว่าเดิม ต้องการการกำกับดูแลและการประเมินผลเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิมก่อนที่จะเป็นวิธีการมาตรฐานทั่วไปที่จะใช้ในประเทศ
- 3) หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ของการนำระบบสู่การปฏิบัติ
 - a. ปัจจัยด้านงบประมาณและทรัพยากรที่มี
 - b. ศักยภาพและความพร้อมของระบบงานของ สปสช.
 - c. ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ
 - d. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมของประชาชน

หลักเกณฑ์เหล่านี้สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการคัดเลือกกรณีที่เหมาะสมต่อการจัดระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้ง ซึ่งกรณีหนึ่งๆ อาจได้ตามหลักเกณฑ์หลายข้อได้ ซึ่งหากพิจารณาตามหลักการโดยทั่วไป จะได้ว่ากรณีซึ่งได้ตามหลักเกณฑ์จำนวนมากข้อ ย่อมเป็นกรณีที่มีลำดับความสำคัญสูงในการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ระเบียบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งแต่ละกลุ่มข้างต้น อาจให้น้ำหนักกับหลักเกณฑ์ดังกล่าวแต่ละหัวข้อในระดับที่ไม่เท่ากัน ซึ่ง สปสช.ควรนำไปประเมินให้สอดคล้องกับสถานการณ์การดำเนินงานขององค์กรในแต่ละระยะอีกครั้ง แนวทางการประเมินเบื้องต้นเสนอแนะไว้ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ข้อเสนอแนะน้ำหนักความสำคัญจากการประเมินตามข้อมูลผลการวิจัยเพื่อพิจารณากรณีที่ จะนำระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งมาใช้ใน 4 ระบบ

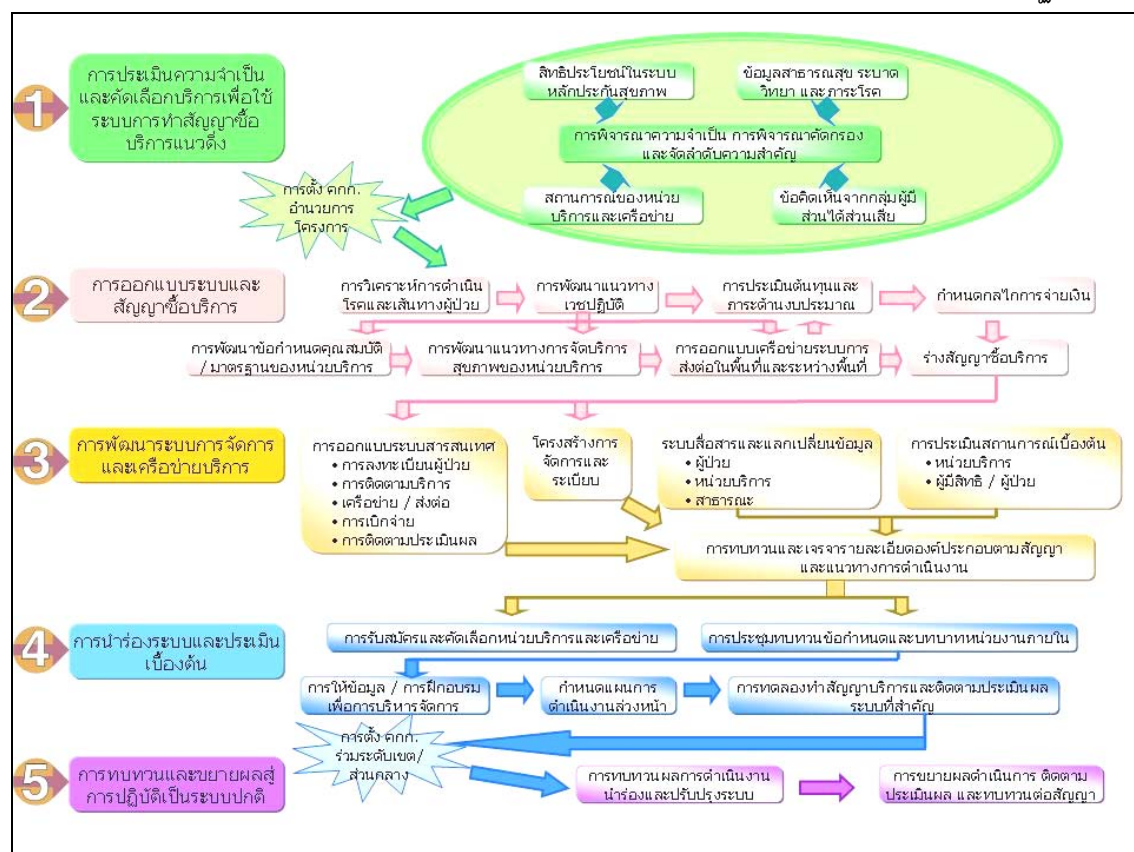
	การจัดการ รายโรค สำหรับโรค เรื้อรัง	การจัดการ รายโรค สำหรับโรค เฉียบพลัน หรือหัตถการ	โครงการ ควบคุมการ เสี่ยงทาง สุขภาพ	บริการ ส่งเสริม สุขภาพและ ป้องกันโรคฯ
กลุ่มโรคที่มีค่ารักษายาบาลสูง	+++	+++	++	+
กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินได้มาก หากไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี	+++	++	+	0
กลุ่มโรคที่มีการใช้บริการผู้ป่วยในมาก หรือต้องนอนโรงพยาบาลนาน	++	+++	+	+
กลุ่มโรคเรื้อรัง หรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวที่มีความซับซ้อนสูง	+++	0	+++	++
โรคที่ผลลัพธ์ของการดูแลหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลในการดำรงชีวิตมาก	+++	++	+	++
กลุ่มโรคหรือภาวะที่ขนาดของปัญหาหรือผลกระทบของปัญหามีต่อชุมชนมาก	++	++	+++	++
กลุ่มโรคที่ระบบการดูแลที่ดีกว่าปัจจุบันจะสามารถควบคุมการลุกลามหรือรักษาโรคได้	+++	+++	0	0
กลุ่มโรคที่ต้องอาศัยการดูแลหรือการฟื้นฟูร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และ/หรือเป็นเครือข่าย	+++	++	++	+
กลุ่มโรคที่ปัจจุบันมีความแตกต่างของการให้การดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ	++	++	+	++
กลุ่มโรคหรือภาวะทางสุขภาพที่หากกระบวนการดูแลได้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง จะช่วยเพิ่มประสิทธิผล	++	+	+++	+
กลุ่มโรคหรือการรักษาที่ยาหรือวัสดุทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานเดียวกันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ	+	++	0	+
กลุ่มโรคหรือหัตถการที่มีวิธีการรักษาเป็นเทคโนโลยีใหม่ มีต้นทุนสูงขึ้นกว่าเดิม ต้องการการกำกับดูแล	+	+++	0	0

สำหรับ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในส่วนของต้นแบบของระบบการซื้อบริการในตอนต่อไปนี้จะไม่รวมถึงระบบการซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากระบบดังกล่าวมีบริบทเฉพาะของตนเอง ที่ต้องการนโยบายการดำเนินการที่แน่นอน การกำหนดขอบเขตบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาในพื้นที่อีกลักษณะหนึ่งซึ่งขณะนี้การดำเนินการที่มีอยู่ ยังไม่มีความชัดเจน ทำให้การออกแบบระบบต้องอาศัยการศึกษาเชิงลึกแยกออกไปโดยเฉพาะ

4.3 ต้นแบบระบบการซื้อบริการสุขภาพแห่งชาติ

จากข้อเสนอกรอบแนวคิดในการจัดซื้อบริการแห่งชาติ ที่ทีมวิจัยได้นำมาจัดทำเป็นตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มโรคเฉียบพลันและกลุ่มโรคเรื้อรัง แล้วนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในพื้นที่ให้บริการในภาคส่วนต่างๆ แล้ว นำมาปรับแต่งกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการของการจัดซื้อบริการแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดังภาพที่ 4.2

ภาพที่ 4.2 กรอบแนวคิดเชิงกระบวนการของการจัดการซื้อบริการแห่งชาติที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ



1) การประเมินความจำเป็นและคัดเลือกบริการเพื่อใช้ระบบการทำสัญญาซื้อบริการแพคเกจ

สำหรับขั้นตอนนี้ การพิจารณาความจำเป็น หรือการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญของบริการนั้น บทบาทส่วนใหญ่อยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะสำนักนโยบายและแผน ด้วยความสนับสนุนด้านข้อมูลเชิงประจักษ์จาก สปสช.สาขาเขตพื้นที่ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพิจารณาโดยใช้ข้อมูล 4 ด้าน คือ

○ สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในบางครั้งอาจต้องเลือกการจัดซื้อบริการแพคเกจที่ให้บริการเกินสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญและต้องการการพัฒนาระบบหรือการจัดซื้อบริการแพคเกจแล้วก่อให้เกิดต้นทุนที่ต่ำ ประสิทธิภาพสูง แต่เมื่อดำเนินโครงการนำร่องแล้ว ต้องทำให้เป็นระบบปกติ หากเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องดำเนินการให้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อยที่สุด ต้องเป็นบัญชี จ. หรืออาจบริหารจัดการโดยการจัดซื้อจากส่วนกลาง

○ ข้อมูลสาธารณสุข ระบาดวิทยา และภาระโรค

ข้อมูลสาธารณสุข สำหรับโรคแต่ละประเภทก็มีรายละเอียดในการพิจารณาที่แตกต่างกัน สำหรับโรคทั่วไป น่าจะต้องพิจารณาลักษณะการเกิดโรค การกระจายของโรคในแต่ละพื้นที่ อุบัติการณ์ (ผู้ป่วยใหม่) ความชุก (ผู้ป่วยทั้งหมด) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงโรคร่วม และโรคแทรกที่มักเกิดขึ้น

○ สถานการณ์ของหน่วยบริการและเครือข่าย

ความเชื่อมโยงและการประสานงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในเขตพื้นที่ ที่ต้องดำเนินงาน โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง หรือโรคที่เน้นการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวหรือชุมชน ระบบการส่งต่อเป็นปัจจัยประกอบการพิจารณาเลือกกลุ่มโรคที่สำคัญ นอกจากนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการอาจจัดให้หน่วยบริการ หรือ สปสช.สาขาเขตพื้นที่มีส่วนร่วมในการเสนอหลักการและบริบทในแต่ละพื้นที่ได้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงที่สุด

○ ข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การรับฟังแนวทางและผลกระทบทั้งจากหน่วยบริการ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ หน่วยบริการทุกระดับ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคประชาชน

เมื่อสามารถจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงานได้แล้ว ควรได้มีการจัดตั้ง **คณะกรรมการอำนวยการโครงการ** ไม่ควรให้เป็นความรับผิดชอบของสำนักใดสำนักหนึ่งของ สปสช. เนื่องจากปัญหาด้านการไม่สามารถทำให้อำเภอรอร่วมดำเนินการได้ตามแผนงานได้ ดังนั้น โครงสร้างของคณะกรรมการอำนวยการโครงการประกอบด้วย

- **ประธาน** ซึ่งควรเป็นผู้บริหารของ สปสช. ที่มีตำแหน่งสูงกว่าระดับผู้อำนวยการสำนัก ทำหน้าที่ในการประสานนโยบายคร่อมสายงานหรือแนวขวาง เช่น การมอบหมายนโยบายการดำเนินการของสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ และ สปสช.สาขาเขตพื้นที่

- สมาชิกรวมซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการสำนัก หรือตัวแทนที่เกี่ยวข้องโดยตรงทั้งหมดของแต่ละโครงการที่จะจัดซื้อบริการแนวดิ่ง มีหน้าที่ในการรับนโยบายและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสำนักของตนในประเด็นภาระงาน ความเป็นไปได้ และแนวทางการปฏิบัติและการเชื่อมโยงระบบบริการ
- ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จากภายนอก หรือตัวแทนสมาคมวิชาชีพ มีหน้าที่ให้ข้อมูลด้านการแพทย์ และแนวทางเวชปฏิบัติ อันประกอบด้วยแนวทางการวินิจฉัย การรักษา การติดตามผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันโรค /ป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อการคำนวณต้นทุนการให้บริการและแนวทางการให้บริการ
- ผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลกลุ่มโรค หรือกรณี หรือบริการที่จะทำสัญญา ซึ่งมาจากหน่วยบริการแต่ละระดับ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีหน้าที่เชื่อมโยงแนวทางเวชปฏิบัติสู่ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อให้มีความสอดคล้องของแนวทางเวชปฏิบัติ ได้แก่ การออกแบบระบบสารสนเทศ ให้สอดคล้องกับการบันทึกข้อมูลเพื่อการบริการ-ติดตามผู้ป่วย (ข้อมูลทางการแพทย์) และการทบทวน-ประเมินผล (ข้อมูลด้านการจัดการและประเมินผล)
- ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นสังกัดของโรงพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่ของประเทศ ดังนั้น การรายงานผลงานต่างๆ ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงอยู่ในการดูแลของส่วนกลาง ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง จึงมีหน้าที่เชื่อมโยงและพิจารณาความเป็นไปได้ของระบบบริการและการบันทึก-การใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ
- เลขานุการ ควรเป็นสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ มีหน้าที่รับนโยบาย นำไปสู่การดำเนินการอย่างบูรณาการ โดยมีการประสานงานกับสำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละสำนักตามที่ได้รับมอบหมาย เป็นศูนย์กลางรับเรื่องร้องเรียน-ปัญหาอุปสรรคจากพื้นที่ (สปสช.สาขาเขตพื้นที่) เพื่อประสานงานและแก้ไขปัญหา ประเมินผลการดำเนินโครงการ

2) การออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ

เมื่อสรุปกลุ่มโรคหรือบริการที่มีความจำเป็นต้องมีระบบการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง (ตามคำจำกัดความที่กล่าวไว้ในผลการศึกษาระยะที่ 1) และจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการแล้ว ต้องมีการออกแบบระบบและสัญญาซื้อบริการ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยข้อมูลและบทเรียนจากพื้นที่ ผสมผสานกับหลักวิชาการ และสถิติเพื่อการคาดการณ์ ผลลัพธ์ของการจัดการที่จะเกิดขึ้น

○ การวิเคราะห์การดำเนินโรคและเส้นทางผู้ป่วย และการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

การพัฒนาในส่วนนี้ต้องดำเนินการควบคู่กัน เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติได้ในพื้นที่หรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องจริง ควรหลีกเลี่ยงการนำแนวทางเวชปฏิบัติที่เขียนตามทฤษฎีไปใช้ในพื้นที่โดยไม่ได้ปรับแต่งให้เหมาะสมกับการพฤติกรรมในการให้บริการและการใช้บริการในพื้นที่ โดยความร่วมมือของสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช. สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ แนวทางเวชปฏิบัติในแต่ละกลุ่มโรคหรือบริการ ควรได้พิจารณาความแตกต่างของจุดเน้นของบริการแต่ละกลุ่ม (กล่าวไว้แล้วในผลการศึกษาระยะที่ 1) ที่สำคัญคือ หากเป็นโรคเฉียบพลัน อาจจะทำให้ความสำคัญของการรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ แต่ทั้งนี้ ยังต้อง

พิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างการวินิจฉัยโรคกับมาตรฐานการรักษา (Protocol) และต้องมีความยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วยในทางปฏิบัติ หากเป็นโรคเรื้อรัง ควรได้เน้นเครือข่ายหรือชุมชนในการการดูแลผู้ป่วย แต่ทั้ง 2 กลุ่มนี้ ควรกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร คือ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัย-รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ควรแบ่งเป็นช่วงของการให้บริการ ตามศักยภาพของหน่วยบริการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังหรือกลุ่มโรคที่สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลหลายระดับ เชื่อมโยงด้วยระบบการส่งต่อ (ไม่ได้หมายถึงแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลายมาตรฐาน) คือ กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติตามระดับของหน่วยบริการ ได้แก่ ส่วนชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมกับศักยภาพของหน่วยบริการ หน่วยบริการไม่ควรต้องมีการะในการจัดหาครุภัณฑ์หรือบริการที่เกินศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด แต่ที่สำคัญคือ ปัญหาเรื่องผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้มีอย่างเพียงพอในทุกระดับโรงพยาบาล เช่น ไม่ควรกำหนดให้ต้องตรวจตาโดยจักษุแพทย์ โดยไม่ได้แบ่งระดับของโรงพยาบาล

O การพัฒนาข้อกำหนดคุณสมบัติ / มาตรฐานของหน่วยบริการ

จากแนวทางเวชปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตามระดับของหน่วยบริการและประเภทของกลุ่มโรคนั้น นำมาพัฒนาข้อกำหนดคุณสมบัติและมาตรฐานของหน่วยบริการ จำแนกตามประเภทหรือระดับของหน่วยบริการ โดยความร่วมมือของสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

- กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรของหน่วยบริการทุกระดับ รวมถึงองค์กรส่วนท้องถิ่น หรือภาคประชาชนหากต้องเข้ามามีบทบาทตามแนวทางเวชปฏิบัติจริง
- กำหนดคุณสมบัติ และมาตรฐานของหน่วยงาน ร่วมกับสมาคมวิชาชีพเฉพาะโรค โดยคำนึงถึงความพร้อมและบริบทของหน่วยบริการจริง
- กำหนดเครื่องชี้วัดสำหรับการตรวจประเมินทั้งก่อนและหลังให้บริการ รวมถึงเครื่องชี้วัดด้านการคัดกรอง, การจัดการบริการและเครื่องชี้วัดด้านคลินิก

O การพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ

กำหนดขั้นตอนการให้บริการตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัย-รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือในรูปธรรมของการปฏิบัติคือ ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรค, การดูแลกลุ่มเสี่ยง, การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อน จนถึงการตรวจติดตามผู้ป่วย โดยควรออกแบบการลงทะเบียนให้เชื่อมโยงกันทั้งระบบ เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนของการรับบริการ การพัฒนาแนวทางการจัดการนี้ ควรดำเนินการด้วยความร่วมมือของสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ในการเลือกโรคหรือกลุ่มโรคเพื่อการจัดซื้อบริการแนวดิ่ง อาจเกิดปัญหาความซ้ำซ้อนของการรับบริการ ระบบข้อมูล และการเบิกจ่ายนั้น ดังนั้น สปสช.ควรได้นำข้อมูลในขั้นตอนก่อนหน้ามาพัฒนาแนวทางการจัดบริการ คือ

- กลุ่มโรคที่เลือกมานั้น มีโอกาสเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ที่มีคำรักษาพยาบาลหรือภาวะการดูแลสูงหรือไม่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือการรักษาสูงหรือไม่ หากมีโอกาสสูง ก็ควรได้ร่วมโรคร่วม โรคแทรกซ้อนนั้นเข้าอยู่ในการดูแลด้วย
- การลงทะเบียนผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ ก็ควรให้เป็นหน่วยบริการเดียวกับหน่วยบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่หากเป็นไปได้ ก็ควรให้เป็นเครือข่ายเดียวกัน
- ระบบข้อมูล ควรมีการส่งข้อมูลด้วยระบบเดียว คือ ระบบที่ส่งข้อมูลเป็นรายครั้งของการให้บริการ (ฐานข้อมูล NHSO) และหากมีโปรแกรมที่ต้องบันทึกเพิ่ม ควรออกแบบให้บันทึกเฉพาะในส่วนที่ไม่มีข้อมูลใน NHSO เท่านั้น และสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน และสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ควรได้นำข้อมูลจากฐานข้อมูล NHSO เชื่อมโยงกับข้อมูลที่บันทึกเพิ่มจากโปรแกรมการบริหารจัดการโรคเฉพาะ เพื่อให้ระบบข้อมูลเป็นระบบเดียว และป้องกันการเบิกชดเชยซ้ำซ้อน และเพื่อให้ความเข้าใจด้านการจ่ายเงินของเจ้าหน้าที่สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะและเจ้าหน้าที่สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตรวจสอบข้อมูลชุดเดียวกัน

O การออกแบบเครือข่ายระบบการส่งต่อในพื้นที่และระหว่างพื้นที่

จากขั้นตอนการให้บริการในแต่ละภาคส่วนของหน่วยบริการแล้ว ต้องเชื่อมโยงขั้นตอนทั้งหมดด้วยการออกแบบระบบเครือข่าย เพื่อการส่งต่อในพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชน ไปจนถึงสิ้นสุดการรักษาในระดับสูงสุด และกลับสู่การดูแลในชุมชน โดยความร่วมมือของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ศักยภาพและโครงสร้างของระบบบริการในพื้นที่ จะทำให้การออกแบบสมจริง และเป็นไปได้สูง จุดเริ่มต้นของระบบเครือข่ายควรเป็นที่ชุมชน ซึ่งอาจเป็นเครือข่ายในสังกัดเดียวกัน และเครือข่ายผสม ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รวมถึงองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย คลินิกชุมชนอบอุ่นหรือคลินิกเอกชน ไปสู่โรงพยาบาลทุกสังกัดในระดับบริการที่สูงขึ้น

กรณีที่สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ตรงกับโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนโครงการจัดซื้อบริการแนวตั้งนี้ ควรพิจารณาประเด็นที่ให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนในโครงการได้ และออกแบบกลไกการจ่ายเงินให้สอดคล้องกัน

O การประเมินต้นทุนและภาระด้านงบประมาณ

การวิเคราะห์ต้นทุนต้องครอบคลุมกิจกรรมการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งอาจไม่สามารถแยกเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างเด็ดขาดได้ ดังนั้นกรอบของต้นทุนที่ สำนักนโยบายและแผน สปสช.ควรได้คำนึงถึง ประกอบด้วย

- ต้นทุนการรักษาพยาบาล (การคัดกรอง, การดูแลกลุ่มเสี่ยง, การรักษาโรค, การรักษาภาวะแทรกซ้อน การส่งกลับ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย)
- ต้นทุนของผู้ป่วยในระบบเครือข่ายบริการ และการตรวจติดตาม ทั้งในหน่วยบริการ และการติดตามเยี่ยมบ้าน (ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการ หรือการเยี่ยมบ้านที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการติดตามประเมินการดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วย)

- ต้นทุนการบริหารจัดการของหน่วยบริการ รวมถึงการส่งต่อด้วย
- ต้นทุนในแต่ละปีของการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการดำเนินโรคและเส้นทางผู้ป่วย (ต้นทุนการให้บริการอาจไม่เท่ากันทุกปี ขึ้นอยู่กับการดำเนินของโรค) อาจต้องใช้ข้อมูลด้านระบาดวิทยา และหลักสถิติ เพื่อการประมาณการต้นทุนในแต่ละปี
- ต้นทุนการตรวจเยี่ยม (Audit) ด้านการจัดการ (ชุมชน และหน่วยบริการ) และด้านการรักษาพยาบาล (Clinical Audit)

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมดแล้ว ควรได้พิจารณาแยกต้นทุนโรคหรือบริการส่วนที่จะดำเนินการจัดซื้อบริการแนวดิ่งนี้ ออกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงค่าใช้จ่ายสูงด้วย

O กำหนดกลไกการจ่ายเงิน

นอกเหนือจากแนวทางที่เสนอไว้ในระยะที่ 1 แล้ว จากการศึกษาในพื้นที่พบประเด็นที่ผู้ออกแบบระบบ โดยความร่วมมือของสำนักนโยบายและแผน สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ควรได้คำนึงถึงคือ

- กรณีโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ต้องมีการดูแลต่อเนื่อง ควรมีกลไกการจ่ายเงินที่โน้มน้าวให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) นอกเหนือจากการชดเชยตามกิจกรรมในแต่ละช่วงของการดูแลแล้ว การมองแยกส่วนอาจดูเหมือนจะกระตุ้นให้เกิดบริการขึ้นได้ แต่ในระยะยาว ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งให้ต้องหาทางเข้าสู่ระบบบริการเอง หรือต้องกลับสู่การบริการแบบรายครั้ง แต่ระบบก็ต้องสูญเสียงบประมาณในการจัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน แล้วในที่สุดผู้ป่วยก็ต้องกลับไปสู่บริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน หากหน่วยบริการที่เห็นความสำคัญของประเด็นนี้ ก็จะจัดบริการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล แต่ก็ต้องจัดหางบประมาณสนับสนุนบริการในส่วนนี้เอง ยิ่งทำมากเท่าไร หน่วยบริการยิ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น เนื่องจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทำให้จำนวนผู้รับบริการมากขึ้นตามมา
- การจ่ายเงินต้องคำนึงถึงโรคร่วม โรคแทรกซ้อน และภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะสัมพันธ์กับกลุ่มอายุผู้ป่วย ควรได้ออกแบบว่าจะเหมาจ่าย (โดยใช้หลักความน่าจะเป็นของการเกิด) หรือแยกจ่ายจากการเหมาจ่ายรายโรค ขึ้นอยู่กับว่าลักษณะของการเกิดโรคร่วมและโรคแทรกซ้อน และการดูแลรักษานั้น สามารถแยกออกจากกันได้หรือไม่
- การจัดระดับความยากง่ายและขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล เพื่อกำหนดกลไกการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือออกจากโครงการก่อนเวลาสิ้นสุดโครงการ จะจ่ายเงินอย่างไร ควรได้พิจารณาจากต้นทุนการให้บริการจริงๆ
- ระบบการอุทธรณ์การจ่ายชดเชยและติดตามการจ่ายเงิน ซึ่งเป็นการจัดระบบบริหารจัดการภายในที่เชื่อมโยงกัน

เมื่อพิจารณาประเด็นที่กล่าวมาแล้วนี้ ในการกำหนดกลไกการจ่ายเงินสำหรับกลุ่มโรคบางประเภท โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และโรคที่ไม่ได้เริ่มต้นจากผู้ป่วยใหม่ (ผู้ป่วยเก่าสามารถอยู่ในโครงการได้) อาจใช้วิธีการสุ่มตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง โดยใช้หลักทางสถิติ แล้วนำมาประเมิน

คำนวณอัตราทางการเงินทั้งหน่วยบริการ เช่น การสุ่มตรวจเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยได้รับบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 90 ก็ดำเนินการชดเชยค่าบริการทุกรายให้หน่วยบริการนั้น ร้อยละ 90 ของอัตรางบประมาณเหมาจ่ายที่กำหนดไว้ (ตามจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการทั้งหมดของหน่วยบริการนั้น)

๐ ร่างสัญญาซื้อบริการ

สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับ สำนักบริหารกองทุน และสำนักกฎหมายในการร่างสัญญา และข้อตกลงในการให้บริการ

3) การพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่ายบริการ

การพัฒนาระบบการจัดการทั้งหมดต้องสอดคล้องกับระบบบริการที่ออกแบบไว้ ทั้งในส่วนภายในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการหรือในชุมชน และเชื่อมโยงด้วยระบบส่งต่อ โดยมี สปสช.สาขาเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลางการจัดการ เนื่องจากต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ (ที่ไม่ใช่บริการในระบบการจัดการรายโรค) ด้วย โดยต้องมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ปี

ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและเป็นแนวทางการดำเนินการเพื่อจัดซื้อบริการแนวตั้งของ สปสช. จึงไม่ได้กล่าวถึง ข้อจำกัดของหน่วยบริการในการพัฒนาระบบการจัดการและเครือข่าย แต่ขอกล่าวถึงเพื่อให้ สปสช. พิจารณาและให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการประสานงานบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป ได้แก่ ประเด็นแรก การจัดหา การเตรียมความพร้อมของ ผู้ประสานงาน (Co-ordinator) และการบริหารจัดการการทำงานคร่อมสายงานในหน่วยบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยองค์รวมขึ้น ประเด็นที่ 2 คือ การบริหารจัดการ และการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อ และประเด็นสุดท้ายคือ การกำหนดงบประมาณข้ามปี หรือไม่เป็นไปตามปีงบประมาณ และการจัดทำบัญชีรับฟังจ่าย นอกเหนือจากกระแสเงินสด เพื่อการติดตามและประเมินผลโครงการ

๐ การออกแบบระบบสารสนเทศ

จากการศึกษาในพื้นที่ พบว่า ปัญหาอันเนื่องมาจากระบบสารสนเทศที่กระทบต่อการทำงานค่อนข้างมาก ซึ่งบางส่วนก็สอดคล้องกับประเด็นข้อเสนอในระยที่ 1 แล้ว แต่เพื่อให้เห็นภาพทั้งหมดในการพัฒนาออกแบบระบบสารสนเทศ จึงขอประมวลแนวทางการออกแบบสารสนเทศดังนี้ คือ

- การจัดการอาจเลือกในลักษณะที่ทำงานร่วมกัน ระหว่าง สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักนโยบายและแผน สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือให้การจัดการทั้งหมดเป็นหน้าที่ของสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ผ่านการออกแบบสารสนเทศ
- ควรได้มีการประชุมสัมมนา เพื่อทราบถึงการใช้งานและระบบสารสนเทศของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับโครงการจัดการแนวตั้งที่จะเริ่มขึ้น
- กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อมูลหรือการใช้ข้อมูลในแต่ละตัวที่จะสร้าง (ให้หน่วยบริการใส่ข้อมูล) ให้ชัดเจน รวมถึงการเชื่อมโยงถึงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อไม่สร้างภาระให้หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลมากเกินไป อันจะส่งผลให้

หน่วยบริการข้ามขั้นตอนการลงทะเบียนไป แต่ก็ต้องให้บริการผู้ป่วย ซึ่งก็จะกลายเป็นหนี้สูญของหน่วยบริการในที่สุด

- กำหนดทางเลือกให้หน่วยบริการส่งข้อมูล ทั้งระบบ on line และ off line ซึ่งจะพบว่าในพื้นที่ส่วนใหญ่ต้องการการทำงานในลักษณะ off line แล้วกำหนดช่วงเวลาการปรับปรุงข้อมูลให้ตรงกัน เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะเวลาที่กำหนด
- โปรแกรมเพื่อการลงข้อมูลของ สปสช. ควรจะสามารถสร้างฐานข้อมูลในรูปแบบทั่วไป เช่น EXCEL, ACCESS หรือ DBASE ที่หน่วยบริการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการภายใน หรือบูรณาการเข้ากับฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลได้ ซึ่งเมื่อเป็นระบบ off line แล้ว ข้อมูลทั้งหมดที่บันทึกเข้าไปก็จะถูกเก็บไว้ที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลสามารถดึงมาใช้ให้เป็นประโยชน์ หากมีข้อผิดพลาดของข้อมูล เช่น ที่อยู่ หรือสิทธิของผู้ป่วย ทาง สปสช.ก็สามารถแก้ไข แล้วส่งกลับให้โรงพยาบาลปรับปรุงในฐานข้อมูลได้
- การออกแบบการลงทะเบียน ต้องทำให้กระบวนการทำงานไม่ใช้เวลามากเกินไป หรืออาจหรือวิธีการโอนถ่ายข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการ หากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเก่าย่อยจำนวนมาก
- การออกแบบระบบสารสนเทศควรรองรับตั้งแต่การรับ-ส่งข้อมูล การสรุปข้อมูล และการประเมินผลทั้งด้านการบริหารจัดการและด้านคุณภาพของบริการ
- หน่วยบริการหรือศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละ Contracting Unit หรือเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วย ควรได้รับข้อมูลกลับในส่วนที่หน่วยบริการส่งข้อมูลไป รวมถึงข้อมูลของผู้ป่วยในความดูแลอย่างครบวงจร อาทิ การไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่น การเสียชีวิตที่หน่วยบริการอื่น หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การสามารถเข้าถึงข้อมูลในเครือข่ายบริการได้
- ควรได้จัดหมวดหมู่ของกลุ่มบริการ และพัฒนาระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับความต้องการทั้งเพื่อการบริหารจัดการ การติดตาม การประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยที่นอกเหนือจากข้อมูลพื้นฐานทั่วไปซึ่งควรเหมือนกันทุกโครงการแล้ว ก็จะมีข้อมูลด้านการรักษา ติดตามผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโครงการ แต่ก็ถูกจัดให้เป็นกลุ่ม ไม่หลากหลายเกินไป
- ควรพิจารณาเรื่องความเชื่อมโยงของสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเครือข่ายการลงทะเบียน ซึ่งหากไม่ตรงกัน
- การเชื่อมโยงข้อมูลของสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ และสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ที่สามารถออกรายงานด้านการจ่ายเงินให้หน่วยบริการเห็นทั้งหมด คือ ระบบปกติและระบบการจัดซื้อบริการแอดอิง เป็นอย่างไร
- กำหนดข้อมูลที่เป็นเครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลโครงการให้ชัดเจน และกำหนดระยะติดตาม และรายงานผล ทั้งต่อ สปสช. และหน่วยบริการที่เข้าร่วม
- ในที่สุดแล้ว หาก สปสช.ต้องมีการรับ-ส่งข้อมูลในระบบการจัดการโรคเฉพาะมากขึ้น อาจต้องพิจารณาเรื่อง การพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐาน (Standard data set) ที่เขียนอยู่บนโปรแกรมพื้นฐานทั่วไป หรือภาษาที่กลางที่ใช้เชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมเฉพาะ

ต่าง ๆ ได้ เพื่อลดภาระการดึงข้อมูลแล้วมาบันทึกเข้าโปรแกรมเป็นราย ๆ ของโรงพยาบาล

O โครงสร้างการจัดการและระเบียบ

เนื่องจากพบปัญหาการติดขัดเรื่องระเบียบราชการ เกี่ยวกับการใช้งบประมาณ สปสช. จึงควรได้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้การใช้งบประมาณในระบบมีความคล่องตัวขึ้น ได้แก่

- ระเบียบหรือข้อกำหนดการใช้งบประมาณในระบบราชการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความสามารถในการใช้งบประมาณดังกล่าวที่ระดับหน่วยบริการ
- โครงสร้างขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับ สปสช. ในการจัดซื้อบริการนัด

O การออกแบบระบบสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล

สำนักนโยบายและแผน ร่วมกับสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ควรได้จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะจากสมาคมวิชาชีพ หน่วยบริการ และภาคประชาชน เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระบบ ทั้งด้านผลต่อการบริหารจัดการ การบริการ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย เพื่อดึงชุมชนมีส่วนร่วม และจัดทำอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมาย

สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ควรมีการวางแผนเอกสารเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนผู้มีสิทธิล่วงหน้า พร้อมแจ้งให้หน่วยบริการในโครงการได้รับทราบ และทบทวนแก้ไขร่วมกัน ก่อนการประชาสัมพันธ์ และจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูล คู่มือตลอดจนระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ตลอดจนจัดให้มีฐานข้อมูลเอกสารในโครงการต่าง ๆ พร้อมข้อมูลการทบทวนแก้ไข เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถทบทวน หรือใช้ในการอ้างอิงเพื่อการปฏิบัติได้ เช่น ให้สามารถเข้าถึงได้ทาง Internet

ทั้งนี้ ปัญหาที่พบของการสื่อสารกับหน่วยบริการและพื้นที่ คือ การขาดความรู้ด้านโรคหรือวิธีการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยของ Project manager ดังนั้น เมื่อมีแผนยุทธศาสตร์ล่วงหน้าแล้ว สปสช. จึงควรออกแบบและพัฒนาการเสริมสร้างศักยภาพและความรู้ความสามารถ (Competency) ของ Project manager และระบบการศึกษาเกี่ยวกับ

- เทคนิครายโครงการ
- การจัดการ

O ประเมินสถานการณ์เบื้องต้น

สำนักนโยบายและแผน ร่วมกับสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ จัดประชุมรับฟังประเด็นปัญหา ข้อเสนอแนะและจำลองสถานการณ์ เพื่อค้นหาปัญหาเบื้องต้น

- ควรนำแนวทางเวชปฏิบัติ มาตรฐานหน่วยบริการ แนวทางการจัดบริการ และเครือข่ายการส่งต่อที่พัฒนาไว้ เข้าสู่กระบวนการทบทวนโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำไปใช้เป็นกรอบในการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน
- ควรมีการประเมินถึงช่องว่างความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ออกแบบไว้ กับระบบบริการที่ดำเนินการอยู่จริงในพื้นที่ต่าง ๆ ควรให้ข้อมูลการประเมินในเรื่องต่อไปนี้
 - การปรับตัวของระบบบริการของหน่วยบริการ
 - ภาระงานของหน่วยบริการ
 - การลงทะเบียน

- การใช้บริการและต้นทุนการให้บริการ
- การใช้ประโยชน์โปรแกรมหรือระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

O การทบทวนและเจรจารายละเอียดองค์ประกอบตามสัญญา

สำนักนโยบายและแผน ร่วมกับสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ และหน่วยบริการ ร่วมพิจารณา ทบทวนรายละเอียด แนวทางปฏิบัติ การประเมินผล ซึ่งจะระบุในสัญญา

4) การนำร่องระบบและประเมินเบื้องต้น

ภายหลังการนำร่อง ควรได้มีการประเมินผลการดำเนินการอย่างแท้จริงก่อนที่จะดำเนินการทั่วประเทศ การประเมินผลนั้น ต้องประเมินทั้งด้านการจัดการและผลลัพธ์ทางคลินิกระยะสั้น (การนำร่องเพียงช่วงเวลาไม่นานนัก)

O การรับสมัครและคัดเลือกหน่วยบริการและเครือข่าย

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพเครือข่ายจังหวัด / พื้นที่ และหน่วยบริการนำร่อง
- ในพื้นที่ขาดแคลน แต่มีการกระจายของโรคมาก อาจต้องดำเนินการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการ แต่ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบอื่น โดยเฉพาะเรื่องเครือข่าย และภาระงาน มิเช่นนั้น หน่วยบริการนั้นจะตอบสนองบริการได้เพียงเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ขาดคุณภาพ ในที่สุดแล้ว ในภาพรวมจะสร้างปัญหามากกว่าการจัดการให้ดีขึ้น

O ประชุมทบทวนข้อกำหนดและบทบาทหน่วยงานภายใน

ระหว่างดำเนินการนำร่อง ทีมงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชุมทบทวนระบบการทำงาน เพื่อประสานงานและแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการต่างๆ อย่างรวดเร็ว เพื่อความถูกต้องและความคล่องตัวในการบริการแก่ผู้ป่วยในโครงการ

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ทำหน้าที่ประสานงานโครงการในภาพรวม
- สปสช. สาขาเขตพื้นที่ ทำหน้าที่ทำความเข้าใจและเป็นผู้ประสานงานหลักที่เชื่อมโยงกับระบบบริการและการจ่ายเงินอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการรับส่งข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน
- สปสช. สาขาเขตพื้นที่ จัดสรรงบประมาณบางส่วน ซึ่งใช้งบประมาณปกติในงบเหมาจ่ายรายหัวในการดำเนินงาน เช่น งานสร้างเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค และประสานงานของงบประมาณที่จัดสรรผ่านองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน อำนวยความสะดวกของการลงทะเบียน และบันทึกข้อมูล มิให้เกิดความซ้ำซ้อน และให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบบริการปกติได้
- สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ติดตามข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล การดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยประสานกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาเครื่องมือการตรวจเยี่ยม และการฝึกอบรมบุคลากร
- Project manager ประสานงานกับ สปสช.สาขาเขตพื้นที่ เพื่อตรวจเยี่ยม รับฟังปัญหา แล้วนำเข้าสู่การประชุมทบทวน

O การให้ข้อมูล และการฝึกอบรมเพื่อการบริหารจัดการ

จากการศึกษาในพื้นที่พบปัญหาเรื่องการตรวจเยี่ยมจาก สปสช. นอกจากมีหลายทีมแล้ว ยังมีหลายมาตรฐานอีกด้วย ดังนั้น การเตรียมการในเรื่องมาตรฐานการตรวจเยี่ยมและผู้ตรวจเยี่ยม ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและรับฟังปัญหาจากหน่วยบริการในพื้นที่ได้ดี จึงเสนอให้มีการดำเนินการในเรื่อง

- การจัดอบรมเพื่อสร้างมาตรฐานและความเข้าใจซึ่งกันและกันของ Project Manager และทีมตรวจเยี่ยม
- ความเข้าใจเกี่ยวกับการยืดหยุ่นของการรักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติ หรือ Protocol ที่ต้องเปิดโอกาสให้มี Medical Judgement ได้
- ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเชิงระบบ

O ทดลองทำสัญญาบริการและติดตามประเมินผลระบบที่สำคัญ

- สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ร่วมกับ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ ในการติดตาม ประเมินผล ทั้งด้านการจัดการ และการบริการ ที่เชื่อมโยงทั้งระบบตั้งแต่ชุมชนจนถึง โรงพยาบาลตติยภูมิ และการส่งกลับ

5) การทบทวนและขยายผลสู่การปฏิบัติเป็นระบบปกติ

จากผลการประเมินนั้น ควรได้นำสู่การทบทวนทั้งด้านการจัดการ และการให้บริการ (ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย) ซึ่งเสนอให้มีการตั้งคณะกรรมการร่วมระดับเขตและส่วนกลาง เพื่อติดตามผลลัพธ์ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

O การทบทวนผลการดำเนินงานนำร่องและปรับปรุงระบบ

- รับสมัคร และตรวจสอบศักยภาพของจังหวัด หรือ พื้นที่ และหน่วยบริการนำร่อง
- ผลการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ขาดแคลน
- การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการ และการตอบรับจากประชาชน
- สรุปประเด็นปัญหาแล้วย้อนไปดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามขั้นตอนที่ 2-3 ใหม่

O การขยายผลดำเนินการ ติดตาม ประเมินผล

การขยายผลระบบควรคำนึงว่าการเพิ่มคุณภาพอาจเป็นการเพิ่มต้นทุน อย่างน้อยในระยะสั้น เนื่องจากสมมติฐานที่ว่าระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาโดยเฉลี่ยจะให้บริการไม่ถึงระดับมาตรฐานที่ควรจะเป็น

- เริ่มดำเนินการจริงเมื่อการปรับปรุงระบบและมีความพร้อมด้านการจัดการ โดยสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ ทำหน้าที่จัดการในภาพรวม และผ่าน สปสช.สาขาเขตพื้นที่
- กำหนดระยะเวลาการติดตามประเมินผล และดำเนินการร่วมกันระหว่าง สำนักนโยบายและแผน, สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ, สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ โดยความสนับสนุนและเชื่อมโยงของ สปสช. สาขาเขตพื้นที่

0 การประเมินผลคุณภาพและประสิทธิผล (ความคุ้มค่าของโครงการ)

มักมีคำถามจากพื้นที่ว่า ภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้ ส่งผลให้ผลลัพธ์ (คุณภาพชีวิต) ต่อผู้ป่วยดีขึ้นอย่างไร ถ้าหากดีขึ้นจริง ผู้ให้บริการก็ยอมดำเนินการต่อไป แต่ก็ไม่มีคำตอบจากภาคส่วนใด ปัญหาเกี่ยวกับการประเมินผลทั้งหมดในกล่าวไว้ในผลการศึกษาในระยะที่ 1 แล้ว ดังนั้นในการศึกษาระยะที่ 2 ขึ้น จึงขอเสนอเครื่องชี้วัด (Indicator) เพื่อการประเมิน ทั้งด้านโครงสร้าง, กระบวนการ และผลลัพธ์ (ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต) ซึ่งบางส่วนสามารถเชื่อมโยงมาจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายและฐานข้อมูลการลงทะเบียนและการติดตามผู้ป่วย (DMIS) และบางส่วนมาจากข้อมูลการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 กรอบเครื่องชี้วัดเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการจัดซื้อบริการแนวตั้ง

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	แหล่งข้อมูล
1. โครงสร้าง (Structure)	1.1 ผู้ให้บริการที่ได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Qualified Provider)	- o จำนวน Candidate - o ร้อยละของ Participating candidate (จำนวนที่เข้าโครงการได้ : จำนวนเข้าจริง) - o ร้อยละของ Qualified candidate : pre-audit ก่อนการเข้าโครงการ - o ร้อยละของ Qualified candidate : post-audit ภายหลังดำเนินการตามโครงการ	- o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ - o รายงานผลการตรวจเยี่ยม จากสำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	1.2 คุณภาพของเอกสารคู่มือ (Manual Quality)	- o การมีรายละเอียดที่จำเป็นของการจัดการและการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้อง - แนวทางเวชปฏิบัติ - คุณสมบัติและมาตรฐานของหน่วยบริการ - แนวทางการจัดการและการเตรียมระบบ IT - เครือข่ายการส่งต่อ - กลไกการจ่ายเงิน	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	1.3 การกระจายของหน่วยบริการ	o จำนวนหน่วยบริการ ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
2. กระบวนการ (Process)	2.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (Guideline Adherence)	o ร้อยละของการปฏิบัติได้สอดคล้องกับข้อกำหนดที่สำคัญตามแนวปฏิบัติที่สำคัญ (การตรวจวินิจฉัย หัตถการ ยา) จำแนกตามระดับของกิจกรรมหรือหน่วยบริการ	o Disease Management Information System (DMIS)
	2.2 การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Patient Access) ณ หน่วยบริการ และเครือข่ายส่งต่อ	- o จำนวนผู้ป่วยในโครงการ - o จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้ลงทะเบียน (ยังคงรักษาอยู่ที่หน่วยบริการตามสิทธิ) - o ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด - o ร้อยละของผู้ป่วยที่สมัครของโครงการที่เข้าตามเกณฑ์รับเข้าโครงการ (Qualified Patient)	- o DMIS - o ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล - o DMIS

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	แหล่งข้อมูล
		o Closest Distance (ที่อยู่ผู้ป่วย : ที่อยู่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียน)	o DMIS o ฐานข้อมูลสิทธิและข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์
	2.3 ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity)	o ร้อยละของผู้ป่วยในโครงการที่ Complete Follow up หรือตรวจติดตามได้ตามกำหนดใน 1 ปี o ดัชนีความต่อเนื่องของการดำเนินการ (หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการแต่ละปีต่อหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการในปีแรก)	o DMIS o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	2.4 การบริหารงาน (Program Administration)	o ร้อยละของการอุทธรณ์ (จำนวนเรื่องอุทธรณ์ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในโครงการ)	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
		o จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากแนวปฏิบัติ (Error Incidence) o จำนวนอุบัติการณ์ปัญหาของระบบ online Information o อุบัติการณ์การจ่ายเงินล่าช้ากว่ากำหนด (Delay payment) o ร้อยละของกรณีที่สามารถจ่ายเงินได้ครบกำหนด(Completed payment) o จำนวนครั้งการประชุมคณะทำงานระหว่างนำร่อง/ดำเนินการ เพื่อทบทวนผลงาน	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ o สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ o สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	2.5 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Civil sector participation)	o จำนวนผู้แทน / อาสาสมัคร/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น o จำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ o จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ร่วมเป็นอาสาสมัครในกิจกรรม self care หรือช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย	o สปสช.สาขาเขตพื้นที่ o องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
3. ผลลัพธ์ (Outcome)	3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome)	o อัตราการเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี (เช่น CR rate สำหรับมะเร็งโลหิตวิทยา และ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับเบาหวาน)	o DMIS
	3.3 ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience)	o คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of Life) o การประเมินการดูแลตนเอง (Assessment of self care) o การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life-style modification)	-
	3.3 ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)	o Admission rate (สำหรับโรคเรื้อรังที่หากการดูแลที่ดีทำให้ไม่เกิด Admission ได้)	o ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

มุมมอง	ประเด็นการประเมิน	เครื่องชี้วัด (Indicators)	แหล่งข้อมูล
		o Length of stay variance กรณีโรคเฉียบพลัน (LOS รวมต่อปีจริงต่อ LOS ตาม Protocol)	o ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
	3.4 การยอมรับของผู้ป่วย (Acceptability)	o จำนวนเรื่องร้องเรียน o ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction)	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ
	3.5 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ	o ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในโครงการ (Provider satisfaction)	-
	3.6 ต้นทุนของการดำเนินการ (Program Costing)	o ค่ารักษาพยาบาลตามที่ รพ.เรียกเก็บ o การชดเชยค่ารักษาพยาบาล o ต้นทุนการเริ่มโครงการใหม่	o ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ o สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ (เฉพาะส่วนของ สปสช.) o หน่วยบริการ (ส่วนของผู้ให้บริการ)
	3.7 ผลงานเชิงบูรณาการ	o Cost-effectiveness indicator (เปรียบเทียบก่อน-หลังโครงการ) o Cost-benefit indicator (เปรียบเทียบก่อน-หลังโครงการ)	o สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำต้นแบบระบบการซื้อบริการแนวตั้งสู่การปฏิบัติ

1. สปสช. ควรตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาข้อเสนอต้นแบบระบบการซื้อบริการแนวตั้ง
2. คณะทำงานประเมินระบบการทำงานภายในที่เกี่ยวข้องกับการซื้อบริการของ สปสช. ที่ดำเนินการอยู่ และเทียบเคียงกับข้อเสนอต้นแบบฯ ทั้งระบบการซื้อบริการพื้นฐานและระบบการซื้อบริการแนวตั้ง ประเมินความเป็นไปได้และประโยชน์จากการนำหลักการ แนวคิดและองค์ประกอบของต้นแบบระบบการซื้อบริการแนวตั้งไปประยุกต์ใช้
3. จัดทำแผนปฏิบัติการการปรับปรุงระบบการซื้อบริการของ สปสช. โดยแบ่งเป็นระยะ (Phase) ซึ่งการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ สามารถเสนอแนะไว้ในเบื้องต้นได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ทบทวนนโยบายและกำหนดกรอบของการซื้อบริการเชิงระบบทั้งหมด นำเสนอและสื่อสารแนวคิดเชิงระบบแก่ผู้บริหารในระดับต่างๆ ขององค์กรเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ปรับระบบการทำงานที่เชื่อมต่อกับแผนงานด้านระบบการซื้อบริการ กับระบบสารสนเทศขององค์กร และระบบการสื่อสารและพัฒนาบุคลากร

ระยะที่ 2 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ เพื่อทบทวนระบบซื้อบริการที่ดำเนินการอยู่ โดยพิจารณาการซื้อบริการสำหรับการจัดการกลุ่มโรคเฉียบพลันและหัตถการก่อน และปรับปรุงระบบงานให้สอดคล้องกับต้นแบบที่กำหนด พร้อมติดตามประเมินผล

- 2.1 ยกเลิกระบบที่พิจารณาแล้วว่าไม่มีความจำเป็นและไม่สอดคล้องกับต้นแบบ
- 2.2 คงแนวทางการดำเนินการของระบบที่พิจารณาแล้วว่างค์ประกอบส่วนใหญ่ มีการดำเนินการสอดคล้องกับแนวทางในต้นแบบ
- 2.3 ปรับปรุงหรือเพิ่มเติมการจัดการส่วนที่จำเป็นของระบบการซื้อบริการ ที่ดำเนินการอยู่ และไม่สมบูรณ์ ซึ่งมีผลการประเมินที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการดำเนินการ โดยวิเคราะห์และปรับปรุงการปฏิบัติตามขั้นตอนตามต้นแบบที่ขาดไป โดยเฉพาะองค์ประกอบที่เป็นปัญหาในทางปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้ป่วย
- 2.4 ริเริ่มโครงการใหม่ตามแนวทางของต้นแบบของระบบการซื้อบริการแนวดิ่ง โดยการพิจารณาตามแนวทางที่เสนอไว้ในขั้นตอนที่ 1 ปฏิบัติตามขั้นตอนและกิจกรรมที่เสนอแนะไว้ จนครบถ้วน และประเมินผล
- 2.5 กำหนดวงรอบของการดำเนินการ การประเมินและทบทวนผลการดำเนินการของโครงการ

ระยะที่ 3 ทบทวนและนำหลักการและข้อเสนอแนะต้นแบบแต่ละขั้นตอนไปประยุกต์ใช้ในส่วนของการพัฒนาระบบการซื้อบริการสำหรับการจัดการกลุ่มโรคเรื้อรัง โครงการควบคุมภาระเสี่ยงทางสุขภาพ ตลอดจนการซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว

- 3.1 ประเมินโครงการที่มีการดำเนินการอยู่ ค้นหาโอกาสพัฒนาโดยเทียบเคียงกับต้นแบบ
- 3.2 ปรับปรุงจุดเชื่อมต่อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานแต่ละสำนัก ประสานผ่านคณะทำงานคร่อมสายงาน หรือคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ
- 3.3 ปรับปรุงระบบงานของแต่ละสำนักให้สอดคล้องกับแนวทางการทำงานคร่อมสายงาน
- 3.4 วิเคราะห์และออกแบบระบบงบประมาณภายในเพื่อความสอดคล้องกันของคำของบประมาณขาขึ้น และขาลง

ระยะที่ 4 นำร่องและพัฒนาระบบการซื้อบริการการแพทย์ฉุกเฉินเต็มรูปแบบ

ระยะที่ 5 ประเมินและเพิ่มเติมระบบการซื้อบริการแนวดิ่งสำหรับความต้องการทางสุขภาพอื่นๆ ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในต้นแบบ