

การทบทวนสถานการณ์การจัดบริการภายใต้โครงการบจ่ายตามตัวชี้วัด  
เกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ  
**Reviewing the Situation of Service Provision under the  
Quality and Outcome Framework (QOF)  
in Primary Care Units**

ณัฐธิดา มาลาทอง, รุ่งนภา คำผาง, จอมขวัญ โยธาสมุทร, ศรีเพ็ญ ตันติเวส  
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

**Natthida Malathong, Roongnapa Khampang, Jomkwan Yothasamut, Sripen Tantivess**  
The Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

### บทคัดย่อ

โครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework, QOF) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เริ่มดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2557 มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินโครงการ QOF ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการทั้งในแง่ของการบริหารจัดการและการพัฒนาตัวชี้วัด โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมหน่วยงานในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินโครงการ QOF ที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ความสอดคล้องของนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สปสช. การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ และระบบรายงานผลงาน และฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้ สธ. และ สปสช. ร่วมกันบริหารโครงการในระดับนโยบาย และผลักดันให้ไปสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน โดยมีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ใช้กระบวนการที่โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย อีกทั้งควรร่วมกันพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ บทเรียนที่ได้จากโครงการ QOF นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงการดำเนินโครงการในอนาคต

**คำสำคัญ:** โครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ, คุณภาพบริการ, บริการปฐมภูมิ, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การให้ค่าตอบแทนตามผลงาน

## Abstract

In the fiscal year 2014, the National Health Security Office (NHSO) initiated the Quality and Outcomes Framework (QOF) for the Thai primary care. The purpose was to provide financial incentives to health facilities for improving the quality of primary care services by using quality indicators. Currently, no monitoring and evaluation of the program and quality indicators were conducted in systematic manner. This study aims to review current situation of the QOF program implementation, obstacles and factors affecting the implementation of the program in terms of management and the development of indicators. This qualitative study used different methods including literature review, in-depth interviews and focus group discussions. The stakeholders involved in this study were policy makers, healthcare professionals cover central and regional organizations. The study found that the QOF program implementation had some limitations including policy alignment between the Ministry of Public Health (MOPH) and the NHSO, the development of quality indicators, and the reporting systems and reliable databases. The MOPH and the NHSO should jointly manage the project at the policy level and implement the policy in the same direction, indicators should be developed from evidence based, transparent process and involvement of all relevant stakeholders and improving the information technology system of the MOPH so that reliable data can be obtained and used. Finally, the learned lessons on the current QOF will be useful for policymakers and health practitioners in improving the implementation of this initiative.

**Keywords:** Quality and outcomes framework, Healthcare quality, primary care, Universal coverage scheme, Pay for performance

*Submitted 22/8/2018 Accepted 22/10/2018 Published 31/3/2019*

## บทนำ

ในปัจจุบัน การจัดบริการสุขภาพเชิงรับที่มุ่งเน้นการรักษาความเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลไม่สามารถสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นได้<sup>1</sup> รัฐบาลของหลายประเทศจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยกำหนดแนวทางและมาตรการ

ต่าง ๆ เพื่อนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว การวัดสมรรถนะ (Performance measurement) ของการให้บริการสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยในการปรับปรุงคุณภาพของบริการ และเพิ่มความโปร่งใสให้แก่การบริหารจัดการระบบบริการ<sup>2</sup> อีกทั้งยังช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างคุ้มค่า และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage scheme, UC)<sup>3</sup>

ในสหราชอาณาจักร มีการนำผลการวัดสมรรถนะไปเชื่อมโยงกับการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นการให้ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for performance, P4P) หรือการให้ค่าตอบแทนตามคุณภาพงาน (Value-based purchasing, VBP) โดยในทางเศรษฐศาสตร์เป็นการบริหารความคุ้มค่าเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่สมราคา ซึ่งในด้านการดูแลสุขภาพมีหลักสำคัญคือ การปรับปรุงคุณภาพของการดูแลสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นกลาง (Budget-neutral) ความคุ้มค่าที่จะทำให้ผู้จ่ายยอมรับว่าเป็นบริการสุขภาพที่มีคุณค่า อีกทั้งยังสร้างแรงจูงใจในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ลดความผิดพลาดและได้มาตรฐานตามข้อกำหนด<sup>4</sup> การให้ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานเป็นกลไกทางการเงินที่ถูกนำมาใช้ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาการจ่ายตามบริการ (Fee for services, FFS) ซึ่งเป็นกลไกการจ่ายดั้งเดิมที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างไม่สอดคล้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ผู้รับบริการหรือประชาชนได้รับ<sup>5</sup> และไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการได้<sup>6</sup> แนวคิด P4P ได้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมีความหลากหลาย เช่น ในประเทศฟิลิปปินส์<sup>7</sup> P4P ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการทางการแพทย์ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านการดูแลรักษาอาการป่วยทั่วไปของเด็ก พบว่า คะแนนคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 76 ในระยะเวลา 3 ปี ในขณะที่จำนวนครั้งของการใช้บริการไม่เพิ่มขึ้นในประเทศไต้หวัน พบว่า P4P ทำให้มีการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) ของผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเกิดอาการแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานลดลง และช่วยเพิ่ม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>8-10</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า P4P ช่วยเพิ่มความสามารถในการป้องกันโรค ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตที่มาจากการเจ็บป่วยได้ โดยเน้นการสร้างมาตรการป้องกันโรค หลีกเลี่ยงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (Re-admissions)<sup>4</sup> ในประเทศออสเตรเลีย นำ P4P ไปใช้ในโครงการ Practice Incentive Program ซึ่งเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิ<sup>11</sup> และสหราชอาณาจักรใช้ P4P สำหรับพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิในเวชปฏิบัติครอบครัว (Family practices) ที่เรียกว่า Quality and Outcome Framework (QOF)<sup>12</sup> มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างแรงจูงใจในรูปของตัวเงินให้แก่บุคลากรโดยให้ผลตอบแทนตามคะแนนการให้บริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality indicators) ที่กำหนดไว้

สำหรับประเทศไทย ประชาชนร้อยละ 75 อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>13</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and outcomes framework, QOF) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเรียกว่าโครงการ QOF ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>14</sup> โดยประยุกต์หลักการและแนวทางจาก QOF ของสหราชอาณาจักรที่ดำเนินการโดย National Health Services (NHS) ของอังกฤษและเวลส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีหลักการเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิด้วยการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพเพื่อประเมินสมรรถนะการให้บริการ โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปใช้ในการคำนวณผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน<sup>15</sup> ทั้งนี้ ตัวชี้วัดคุณภาพได้รับการปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และ

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในปีงบประมาณ 2558 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณมากกว่า 3.2 พันล้านบาทให้แก่โครงการ QOF ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 3 ของงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการในหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) จำนวนกว่า 1,000 เครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการกว่า 20,000 แห่งทั่วประเทศ<sup>16</sup> โครงการดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกด้านการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการที่มีคุณภาพ และได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด แม้จะนำต้นแบบมาจากสหราชอาณาจักร แต่ สปสช. ยังพิจารณาถึงทรัพยากร บริบทที่แตกต่างกัน และประสบการณ์การทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ทำให้ สปสช. คาดการณ์ได้ถึงข้อจำกัด และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น<sup>14</sup> ซึ่งในปัจจุบันยังขาดกลไกการประเมินโครงการและตัวชี้วัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้เป็นการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการดำเนินโครงการ QOF ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินโครงการทั้งในแง่ของการบริหารจัดการและการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อเป็นประโยชน์ของการดำเนินการต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เป็นระยะเวลา 3 เดือน (มิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2558) และระหว่างการเก็บข้อมูลนักวิจัยได้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มโดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

## การเก็บข้อมูล

นักวิจัยสืบค้นเอกสารและข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สำนักงานเขตของ สปสช. (สปสช.เขต) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และหน่วยงานในสังกัด สถาบันวิจัยต่างๆ รวมถึงการเข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้อง โดยเอกสารที่นักวิจัยนำมาทบทวน ประกอบด้วย รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานวิจัย คู่มือ แนวทางปฏิบัติ เอกสารประกอบการประชุม และรายงานการประชุม

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ โดยกำหนดแนวคำถามไว้ล่วงหน้า ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อโครงการ QOF ในประเด็นสถานการณ์ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการจนถึงปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่ส่งผลการดำเนินโครงการในแง่ของการบริหารจัดการและการพัฒนาตัวชี้วัด การศึกษานี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposeful sampling) โดยใช้มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ ผู้จัดการโครงการ QOF ในระดับประเทศ เขต และจังหวัด และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย คณะทำงานจาก สปสช. ส่วนกลาง 7 คน และ สปสช. เขต 4 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน

ในการสนทนากลุ่ม นักวิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดประเด็นการสนทนาเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึก แต่เพิ่มประเด็นด้านการปฏิบัติงานภายใต้โครงการ QOF ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่ คະแนนและงบประมาณที่ได้รับจากการให้บริการภายใต้โครงการ QOF ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ นักวิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ปฏิบัติงานภายใต้โครงการ QOF จาก 12 เขตตามคำแนะนำของ สปสช. เขต ในแต่ละเขตเลือกจังหวัดที่มีคะแนน QOF ของ CUP สูงและต่ำที่สุดในเขตนั้นๆ หน่วยงานละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน ในจำนวนนี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และหน่วยบริการปฐมภูมิ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มที่ได้บันทึกเสียงไว้ มาถอดเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการอ่านบทสัมภาษณ์ และบทสนทนาทั้งหมด รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน

### การประกันคุณภาพงานวิจัย

วิธีประกันคุณภาพงานวิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เป็นการเปรียบเทียบมุมมองหลายๆ ด้านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผลการวิเคราะห์ ตลอดจนผลของการวิจัย<sup>17</sup> มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านข้อมูล ได้มีการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูล และตรวจสอบเนื้อหาจากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 วิธี รวมถึงมีการนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF รวม 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ผู้แทนในระดับผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 27 คน จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กรมต่างๆ ของ สธ. สปสช. ส่วนกลางและระดับเขต และครั้งที่ 2 ผู้แทนในระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 31 คน จาก สสจ. สสอ. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค เครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มผู้ป่วย และสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดิมจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มบางส่วน ในการนำเสนอได้เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อผลการศึกษา ทั้งนี้ในการประชุมทั้งสองครั้งมีที่ปรึกษาจาก สปสช. และผู้เชี่ยวชาญจาก National Institute for Health and Care Excellence (NICE) และ University of Birmingham สหราชอาณาจักร เข้าร่วมสังเกตการณ์และแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นกับผู้เข้าประชุมท่านอื่นๆ 2) ด้านนักวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากนักวิจัยหลายๆ คน เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้น 3) ด้านทฤษฎี เป็นการเปรียบเทียบแนวคิดจากทฤษฎีของต่างประเทศ และได้รับการตรวจสอบและคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ 4) ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลหลายๆ วิธี ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลทั้ง 3 วิธี แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์การดำเนินโครงการ QOF 2) ปัญหาอุปสรรคของโครงการ QOF และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการทั้งในแง่ของการบริหารจัดการและการพัฒนาตัวชีวิต ดังนี้

#### 1. สถานการณ์การดำเนินโครงการงบจ่ายตามตัวชีวิตเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในปีงบประมาณ 2557 สปสช. เริ่มดำเนินโครงการ QOF โดยมี สปสช. เขต และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสช.) ร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์ตัวชีวิตพื้นที่ การคิดคะแนน และการจัดสรรงบประมาณ ในปีงบประมาณของโครงการ QOF ได้แก่ช่วงเวลาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนมีนาคม ซึ่งไม่ตรงกับปีงบประมาณของ สธ. จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในบางพื้นที่ พบว่า มีการประกาศหลักเกณฑ์ของ สปสช. ในเดือนตุลาคม ซึ่ง สปสช.เขต จะนำไปประชุมกับ อปสช. เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ระดับเขต รวมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจกับ CUP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ในเดือนพฤศจิกายน ส่งผลให้ในปีแรกผลงานส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานก่อนที่ผู้ให้บริการจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ต่างๆ อีกทั้งมีความแตกต่างระหว่างตัวชีวิต QOF และ สธ.

หรือหากเป็นตัวชี้วัดเดียวกัน รูปแบบการดำเนินงาน และกรอบเวลาที่มีความแตกต่างกันในการป้อนข้อมูล และการวัด

ตัวชี้วัดคุณภาพในโครงการ QOF แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดกลาง เป็นตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับปัญหาและนโยบายสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มีจำนวนไม่มาก และมีข้อกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งนำไปใช้ แต่เขตต่างๆ อาจให้น้ำหนักคะแนนไม่เท่ากัน และ 2) ตัวชี้วัดพื้นที่ เป็นตัวชี้วัดที่แต่ละเขตสามารถเลือกจากรายการตัวชี้วัดที่ สปสช. จัดทำขึ้น (Shopping list) ไปใช้ตามความเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถพัฒนาตัวชี้วัดอื่นๆ เพิ่มเติมได้ตามบริบทและ

ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันในระดับเขต ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทยปีงบประมาณ 2557-2558 มี 4 ด้าน (ตารางที่ 1) การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในโครงการ QOF สปสช. เป็นผู้พิจารณาเลือกตัวชี้วัด โดยเลือกจากตัวชี้วัดเดิมที่สอดคล้องกับนโยบายของ สป. และ สปสช.

“การพัฒนาตัวชี้วัดที่ทำมา 2 ปี ... ก็คือเราจะลือเอา KPI (Key performance indicator) ที่กระทรวงมีอยู่แล้วเลือกเอามาทำ แล้วถามกลับไปอีกว่าอันนี้สะดวกใจไหมที่จะให้อยู่ในส่วนกลาง (ตัวชี้วัดกลาง) อันนี้สะดวกใจไหมที่จะอยู่ Shopping list (ตัวชี้วัดพื้นที่)” (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสช.)

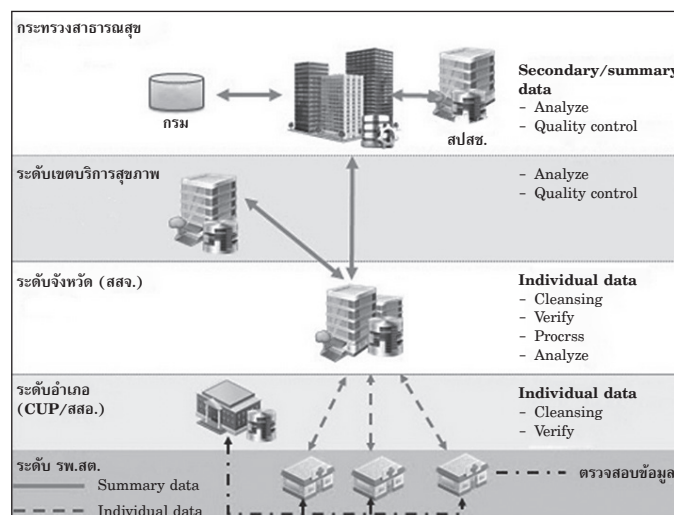
ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2557-2558

|   |   |
|---|---|
| <p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 1: คุณภาพและผลงานการจัดการจัดบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</b></p> <p><u>ตัวชี้วัดกลาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์</li> <li>ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์</li> <li>ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี</li> </ol> <p><u>ตัวชี้วัดพื้นที่</u> (แต่ละเขตเลือกจากรายการที่ สปสช. กำหนด)</p> | <p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 2: คุณภาพและผลงานการจัดการจัดบริการปฐมภูมิ</b></p> <p><u>ตัวชี้วัดกลาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วน OP ปฐมภูมิ /โรงพยาบาล</li> <li>อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากโรคหืด</li> <li>อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน</li> <li>อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคความดันโลหิตสูง</li> </ol> <p><u>ตัวชี้วัดพื้นที่</u> (แต่ละเขตเลือกจากรายการที่ สปสช. กำหนด)</p> |
| <p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 3: คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงบริการ ระบบส่งต่อ และการบริหารระบบ</b></p> <p><u>ตัวชี้วัดกลาง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละประชาชนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแล</li> <li>ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ขั้นทะเบียน</li> </ol> <p><u>ตัวชี้วัดพื้นที่</u> (แต่ละเขตเลือกจากรายการที่ สปสช. กำหนด)</p>   | <p><b>ตัวชี้วัดด้านที่ 4: คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบริการเสริมในพื้นที่</b></p> <p><u>ตัวชี้วัดพื้นที่</u></p> <p>คณะกรรมการฯ ระดับเขตและจังหวัด ร่วมพิจารณาตัวชี้วัดระดับพื้นที่</p>   |

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>14</sup>

ระบบข้อมูลบริการสุขภาพเป็นโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ที่จำเป็นในการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน จากการทบทวนเอกสารพบว่า โครงการ QOF ใช้ข้อมูลจากมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้ม ซึ่งเป็นระบบรายงานการให้บริการของหน่วยบริการสังกัด สธ. เป็นหลัก<sup>14</sup> กล่าวคือ เมื่อมีการให้บริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เอกชน และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่ สปสข. กำหนด หน่วยบริการนั้นๆ จะบันทึกข้อมูล

รายบุคคลของผู้รับบริการเพื่อส่งข้อมูลไปที่ สธ. และส่งข้อมูล OP/PP Individual คือ ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล ให้ สปสข. โดย สสอ. หรือ CUP ทำหน้าที่ตรวจสอบ แล้วส่งต่อไปที่คลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด คลังข้อมูลสุขภาพเขตบริการสุขภาพ และคลังข้อมูลสุขภาพ สนย. ตามลำดับ (รูปที่ 1) ซึ่งกรมต่างๆ ใน สธ. และ สปสข. สามารถเข้าถึงและนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ได้



ที่มา : แนวทางการดำเนินงานการบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>18</sup>  
รูปที่ 1 การส่งข้อมูลการให้บริการรายบุคคลจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปที่กระทรวงสาธารณสุข

2. ปัญหาและอุปสรรคของโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

2.1 ปัญหาและอุปสรรคของโครงการ QOF ในด้านการบริหารจัดการ

ลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิ

หนึ่งในอุปสรรคของโครงการ QOF ได้แก่ ลักษณะของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองที่กล่าวได้ว่า *ไม่มีบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง* (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสข. ส่วนกลาง) เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นส่วนขยายของแผนกผู้ป่วยนอก (Extended OPD) เพื่อลดความแออัดของ รพต. และ รพท. นอกจากนี้ประชาชนส่วนหนึ่งยังนิยมไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ซึ่งข้ามขั้นตอนของระบบดูแลเบื้องต้น แม้จะมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการเพียงบริการระดับปฐมภูมิในการป้องกันหรือแก้ไข ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิด้วยกลวิธีต่างๆ อาจจะได้ไม่เต็มที่ในเชิงระบบ

*“อีกอย่างค่านิยมของคนไทย ยังมีความ*

รู้สึกว่าคุณเองอยากจะเน้นเรื่องของ Hospital base มากกว่า มีอะไรก็อยากไปโรงพยาบาลมากกว่า จะไปหาหน่วยบริการที่เป็นปฐมภูมิ Primary care นี่เป็นส่วนหนึ่งอาจจะทำให้ถึงแม้เราจะกระตุ้นอะไรก็ตาม อาจจะมีขีดจำกัด” (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสช. ส่วนกลาง)

### ระบบข้อมูล และฐานข้อมูล

ข้อมูลตามตัวชี้วัดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของการดำเนินโครงการ QOF และมีรายงานว่าข้อมูลบางส่วนที่หน่วยบริการรายงานต่อ สนย. และ สปสช. นำมาใช้ในโครงการนี้ไม่มีคุณภาพ ไม่ครบถ้วน และไม่น่าเชื่อถือ มีความตั้งใจที่จะส่งข้อมูลบางส่วนที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบันทึกข้อมูลการให้บริการมากกว่าบริการที่จัดให้กับประชาชนจริงโดยเจตนา บางรายว่าจ้างบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ให้ความช่วยเหลือในการปรับแต่งข้อมูล ซึ่งบางกรณีเป็นการทำให้ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ขึ้น แต่บางกรณีก็เป็นการสร้างตัวเลขในการรายงานที่ไม่เป็นความจริง แต่ สปสช. ก็ไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ทั้งหมด และไม่มีความระมัดระวังป้องกันและลงโทษ

“มันไม่มีมาตรการเชิง Negative reinforcement เช่น Dump ข้อมูลมา ... การเคียมันไม่อยู่ในระบบแบบอังกฤษเป็นแบบ On the job ที่คุณต้องทำ ให้บริการแล้วต้องใส่ตามความเป็นจริง แต่ของเราอยากได้เคียๆ ใส่เข้ามา ... ส่งเข้ามาที่เราและเราก็ไปตั้งมารองและประมวล” (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสช. ส่วนกลาง)

ในทางตรงกันข้าม หน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ตามที่ให้บริการแก่ประชาชน ทำให้คุณภาพและผลงานบริการของหน่วยบริการนั้นๆ และในภาพรวมของ CUP ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังคำกล่าวที่ว่า บริการดี แต่เคียไม่เก่ง ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ชี้ว่าสาเหตุของปัญหา ได้แก่ ปัญหาทางเทคนิค

เช่น หน่วยบริการแต่ละแห่งใช้โปรแกรมจัดการข้อมูลที่แตกต่างกัน และไม่เข้ากัน ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และบุคลากรผู้ให้บริการไม่มีเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน รพ.สต. ขนาดเล็ก เมื่อให้บริการแล้วไม่ได้บันทึกข้อมูลในทันที ต้องมาบันทึกข้อมูลในภายหลัง ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้อง และเป็นภาระงาน อีกทั้งการที่หน่วยบริการไม่สามารถเรียกดูข้อมูลที่จัดส่งไปแล้วได้ ทำให้ไม่ทราบว่าคุณภาพบริการตามตัวชี้วัดแต่ละตัวมีความคืบหน้าไปในระดับใด และต้องให้บริการเพิ่มขึ้นอีกเท่าใดจึงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการในหน่วยบริการบางแห่งเห็นว่า การเก็บรวบรวมและจัดส่งข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นและยุ่งยาก และหน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถจัดการข้อมูลให้ถูกต้อง และครบถ้วนได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาของระบบข้อมูลและรายงานของ สปสช. เนื่องจาก สปสช. เลือกตัวชี้วัดกลางในโครงการ QOF ตามตัวชี้วัดในระบบรายงานข้อมูลจากมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แฟ้มของ สนย. ทำให้เกิดคำถามถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำมาใช้ในการติดตามประเมินผลนโยบายสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพที่ผ่านมา นอกเหนือจากโครงการ QOF อีกด้วย

### การจัดสรรงบประมาณ

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คณะกรรมการและงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากโครงการ QOF มิได้สะท้อนคุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิที่จัดโดยหน่วยบริการแต่ละแห่ง เนื่องจากตัวชี้วัดพื้นที่บางส่วนไม่ได้เกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลหรือประสิทธิภาพของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ปริมาณงานวิจัยที่ดำเนินการเป็นประจำทุกปี รวมถึงการจัดสรรงบประมาณ QOF ในพื้นที่ต่างๆ ไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจาก สปสช. เขต



และ อปสข. ในแต่ละพื้นที่มีอำนาจในการตัดสินใจ นอกจากนี้ สปสช. ได้วิเคราะห์อัตราจ่ายเทียบกับ คะแนน QOF ในแต่ละเขต<sup>19</sup> พบว่า งบประมาณ QOF ได้รับการจัดสรรตามคะแนน QOF เพียง 6 เขตจาก 13 เขตเท่านั้น อีก 7 เขต คะแนน QOF ถูกพิจารณาร่วมกับเกณฑ์อื่นๆ เช่น ประชากรลัทธิ UC ขนาดหน่วยบริการ (จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ) และลักษณะของชุมชน (พื้นที่ปกติ และพื้นที่ชายแดน)

## 2.2 ปัญหาและอุปสรรคของโครงการ QOF ในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด

ในการสื่อสารนโยบายก่อนการดำเนินโครงการนั้น ข้อมูลได้ถูกส่งจาก สปสช. ผ่าน สปสช. เขต ร่วมกับการชี้แจงการจัดสรรงบประมาณส่วนอื่นๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากนั้นข้อมูลดังกล่าวจะถูกส่งต่อไปยัง สสจ. สสอ. หรือ CUP และหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งผ่านการประชุมและเอกสาร เช่น หนังสือเวียน และเว็บไซต์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานทั้งใน สสจ. และหน่วยบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.สต. ไม่ทราบที่มาและนิยามของตัวชี้วัดบางตัว ไม่ทราบแหล่งข้อมูลที่ต้องการสำหรับขอคำแนะนำ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการคำนวณคะแนน QOF และการจัดสรรงบประมาณ

การสื่อสารระหว่างดำเนินโครงการ ทั้ง CUP และหน่วยบริการต้องการข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับการดำเนินการตามตัวชี้วัด ได้แก่ การคืนข้อมูลผลงานที่ผู้ปฏิบัติทยอยบันทึกเข้าไปในระบบ เพื่อใช้ในการติดตามความก้าวหน้า ซึ่งจะช่วยให้การเร่งรัดการปฏิบัติงานในกรณีที่ยังทำได้ห่างไกลจากเป้าหมาย แต่ผู้ปฏิบัติให้ข้อมูลว่า หน่วยบริการของตนไม่เคยได้รับข้อมูลดังกล่าวกลับคืน หรือบางหน่วยงานได้รับการคืนข้อมูลแต่ล่าช้าเกินกว่า

จะนำมาแก้ไขหรือทำผลงานเพิ่มเติม และในบาง CUP การที่ รพ.สต. ไม่มีข้อมูลผลการปฏิบัติงานของตน ประกอบกับขาดความเข้าใจในโครงการ QOF มีส่วนทำให้ รพ.สต. ขาดอำนาจต่อรองกับ รพช. หรือ รพศ. ที่เป็นแม่ข่ายในการจัดสรรงบประมาณได้ และปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารอีกปัญหาหนึ่งที่มีการกล่าวถึง ได้แก่ การสื่อสารระหว่าง สปสช. กับ สธ. และระหว่างหน่วยงานภายใน สธ. ด้วยกันเอง โดยเฉพาะในเรื่องของตัวชี้วัด และกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทุกฝ่ายควรรับทราบข้อมูลข่าวสารและแนวทางปฏิบัติที่ตรงกัน

นอกจากนี้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจและมีแนวปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน โดยส่วนหนึ่งเกิดความสับสนในเรื่องกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากตัวชี้วัดของ สธ. ให้ความสำคัญต่อการให้บริการกับประชาชนทุกสิทธิประกันสุขภาพ แต่โครงการ QOF ให้ความสำคัญเฉพาะประชากรลัทธิ UC ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารนโยบายขาดประสิทธิภาพ

## 3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

### 3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการ QOF ในด้านการบริหารจัดการ

รอบเวลาการปฏิบัติงานหรือปีงบประมาณของ สปสช. ในโครงการ QOF ไม่ตรงกับปีงบประมาณของ สธ. ส่งผลให้การคำนวณคะแนน QOF ในปีแรกใช้ข้อมูลการให้บริการในไตรมาสที่ 3 และ 4 ของปีงบประมาณที่ผ่านมา และไตรมาสที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณปัจจุบันของ สธ. อีกทั้งมีการประกาศหลักเกณฑ์ที่ล่าช้า ส่งผลให้หน่วยบริการมีเวลาปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ใหม่เพียง 4-5 เดือน ซึ่งหมายความว่า การคำนวณคะแนน QOF ในปีแรกไม่ได้สะท้อนการทำงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่แท้จริง

“ช่วงเวลาคะแนน QOF กับการดำเนินงาน ในช่วงปีงบประมาณ ใช้รอบในการประเมินต่างกัน ไตรมาส 3-4 ของปีงบประมาณที่แล้วกับไตรมาส 1-2 ของปีนี้ เพราะฉะนั้นคะแนนที่ได้ มันไม่ได้สะท้อนเรื่องการทำงาน” (ผู้ปฏิบัติงานจาก โรงพยาบาลจังหวัด)

### 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการ QOF ในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด

การพัฒนาตัวชี้วัดในโครงการ QOF เป็นการชี้วัดตัวชี้วัดเดิมของ สธ. อยู่ประมาณร้อยละ 70-80 โดยไม่ผ่านการพิจารณาร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใดๆ และไม่ได้ใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ เพื่อประกอบการพิจารณา ทำให้ผลงานบางอย่างได้รับผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การเร่งรัดของผู้บริหาร สธ. ที่เน้นผลงานตามนโยบายที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดคุณภาพ การกำกับติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยบริการตามตัวชี้วัดของ สธ. หรือการมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่หรือจริยธรรมของวิชาชีพของบุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการโดยไม่สนใจว่าจะได้รับคำตอบแทนตามที่โครงการกำหนด

“ต้องไปวัดตั้งแต่ใช้ QOF แล้วดูการเปลี่ยนแปลง ... การเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นโดยธรรมชาติ หรือเพิ่มโดย QOF หรือปัจจัยอื่น ... Access มันง่ายขึ้นไหม ... Social determinants มีตัวกวนเยอะมหาศาล ... เช่น Policy สิ่งมา เขาอาจจะไม่สนใจเรื่องเงินก็ได้ ... เขาทำเพราะ Policy ไม่ได้ทำเพราะ QOF อย่างนี้เป็นต้น” (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสช. เขต)

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ QOF ทั้งใน ส่วนกลาง ระดับเขต และหน่วยบริการมีความคิดเห็นแตกต่างกันต่อตัวชี้วัดที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เช่น ตัวชี้วัดส่วนใหญ่สะท้อนปัจจัยนำเข้า (หรือทรัพยากรที่มี) และกระบวนการให้บริการมากกว่าจะใช้วัดคุณภาพบริการ รวมทั้งเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ยาก เช่น ตัวชี้วัดกลางเกี่ยวกับ

การฝากครรภ์ทั้งสองตัวชี้วัดเป็นการประเมินเชิงปริมาณ ในขณะที่ตัวชี้วัดอื่นมีข้อเสนอให้เลือกตัวชี้วัดที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหรือภาวะโรคได้ และที่สำคัญควรกำหนดตัวชี้วัดให้เห็นความแตกต่างของระดับหน่วยบริการอย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีผู้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเลือกตัวชี้วัดพื้นที่ระดับเขตในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา เช่น ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ตัวชี้วัดที่เลือกมาบางตัวไม่เหมาะสมกับบางจังหวัดในเขตเดียวกัน ซึ่งมีความแตกต่างด้านปัญหาสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และมีข้อสงสัยว่าหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และ รพ.สต. มีศักยภาพในการพัฒนาตัวชี้วัดพื้นที่หรือไม่ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงขีดความสามารถในการนำตัวชี้วัดไปปฏิบัติในพื้นที่ (การจัดทำคู่มือ ฝึกอบรมบุคลากร การนิเทศให้คำแนะนำ และติดตามประเมินผล)

นอกจากนี้ บริบทเกี่ยวกับประชากรในพื้นที่และสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการดำเนินโครงการ QOF ในพื้นที่ที่มีประชากร UC ย้ายไปทำงานในพื้นที่อื่นโดยไม่ได้ขอย้ายสิทธิตามไปด้วย อาจทำให้การให้บริการบางประเภทไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด เนื่องจากหน่วยบริการไม่สามารถติดตามไปให้บริการได้ในทำนองเดียวกับพื้นที่ที่มีประชากร UC จากภายนอกเป็นจำนวนมาก เคลื่อนย้ายเข้าไป ซึ่งหน่วยบริการก็ต้องให้บริการแม้บริการบางประเภทจะไม่สามารถนำมารวมเป็นผลงานเพื่อประเมินในโครงการ QOF ได้

“ถ้า QOF จะดี ไม่ควรวัดที่ UC อย่างเดียว ควรจะมองที่กลุ่มอื่นด้วย กลุ่มประชากรที่เป็นประชากรแฝงที่มาอยู่ในพื้นที่ด้วย เพราะยังไงก็เป็นคนไทยเหมือนกัน ไม่ใช่จะต้องเป็น UC ต้องบังคับต้องเปลี่ยนสิทธิ์อะไรต่างๆ ควรจะหาวิธียังไงก็ได้ ให้เปิดช่องให้เป็นลักษณะว่าดูแลทุกกลุ่มที่เป็นคนไทย” (ผู้ปฏิบัติงานใน สสอ.)

## อภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อโครงการบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

### ด้านการบริหารจัดการ

กลไกความสำเร็จที่สำคัญของการดำเนินงานของ P4P ในการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลสุขภาพ คือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพตระหนักและเห็นคุณค่าของสิ่งจูงใจที่จะได้รับ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเพิ่มความสามารถในการส่งมอบบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติงานที่ตั้งไว้<sup>20</sup> ซึ่งโครงการ QOF ของไทยมีการถ่ายโอนแนวคิดและหลักการของ P4P มาใช้ในการดำเนินงาน และมีการเรียนรู้นโยบายและบทเรียนเกี่ยวกับ P4P จากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการในปีแรกจากคะแนนที่หน่วยบริการส่วนใหญ่ได้รับ พบว่าในระดับประเทศมีหน่วยบริการร้อยละ 54 ที่ได้คะแนนมากกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม และระดับเขต พบว่า ในบางเขตมีหน่วยบริการถึงร้อยละ 60-70 ที่ให้บริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด (ผู้กำหนดนโยบายจาก สปสช. ส่วนกลาง) จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายด้านและมีประเด็นที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ ความสอดคล้องของนโยบายระหว่าง สธ. และ สปสช. การส่งต่อและการสื่อสารนโยบายระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่ ทั้งในเรื่องของตัวชี้วัดคุณภาพระบบรายงานผลงาน และฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

### ด้านการพัฒนาตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดคุณภาพในโครงการ QOF ของประเทศไทยในปัจจุบัน มีกระบวนการพัฒนาที่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ ที่มีการใช้ P4P และกระบวนการพัฒนาและประเมินผลตัวชี้วัดจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น หน่วยงานในประเทศอังกฤษ the National Institute for

Health and Care Excellence (NICE) ได้พัฒนาตัวชี้วัด และกระบวนการประเมินผลของ QOF ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชา รวมถึงผู้จัดการ NHS และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้แน่ใจว่าตัวชี้วัดและการประเมินผลเหล่านี้ มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก<sup>21</sup> อีกทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดพื้นที่ในบางเขตไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของโครงการ QOF เนื่องจากตัวชี้วัดพื้นที่บางตัวไม่เกี่ยวข้องกับการวัดคุณภาพของบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ การดำเนินงานในโครงการ QOF ที่ผ่านมายังพบว่า ข้อมูลในระบบรายงานผลงานตามตัวชี้วัดไม่น่าเชื่อถือ ส่งผลให้ผลงานไม่สะท้อนคุณภาพและการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง เช่นเดียวกับการศึกษา QOF ในประเทศสวีเดน<sup>22</sup> เป็นการศึกษาาระบบข้อมูลการรายงานตามตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าฐานข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ไม่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของการบริการด้านการดูแลสุขภาพได้ อีกทั้งในประเทศเกาหลียังมีการศึกษาทัศนคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อ P4P ที่ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความสามารถในการดำเนินการป้อนข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และควรใช้ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ<sup>23</sup> ซึ่งระบบฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับการให้บริการมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการประเมินผลของ P4P<sup>24</sup>

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

#### ด้านการบริหารจัดการ

1. สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันบริหารในระดับนโยบายเพื่อลดช่องว่างด้านการสื่อสารทั้งในขั้นตอนการพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งหาก สธ. มีการดำเนินการที่สอดคล้องกับโครงการ QOF จะเป็นประโยชน์

อย่างมาก

2. สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันกำหนดเวลาในแต่ละปีงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการให้เหมาะสมและชัดเจน เช่น การชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายและหลักเกณฑ์ต่างๆ ตัวชี้วัดคุณภาพ ช่วงเวลาการจัดส่งข้อมูล และช่วงเวลาการจัดสรรงบประมาณ

3. สปสช. ควรจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF ในวงเงินที่เหมาะสมเพื่อจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการ และไม่ทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์

#### ด้านการพัฒนาตัวชี้วัด

1. สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพโดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับใช้กระบวนการที่โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

2. สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลของโครงการทั้งในภาพรวมและระดับพื้นที่

3. สธ. และ สปสช. ควรร่วมกันพัฒนาระบบสารสนเทศ รวมทั้งบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้มีการบันทึกข้อมูลที่เชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 นี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. (RTA5980011) ข้อค้น พบและข้อสรุปในบทความนี้ได้มาจากการศึกษาวิจัยและแหล่งทุนไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยหรือสนับสนุนบทความนี้

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติงานจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการให้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งที่มิวิจัย ได้แก่ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ดร.ภญ.จันทนา พัฒนภัสช นางสาวรัศมี บุตระชน และนางสาว สโรชา ชูติพงษ์ชัยวัฒน์ ที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำการศึกษา

## ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

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

## เอกสารอ้างอิง

1. ประจักษ์ บัวผัน. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์บริการวิชาการ. 2548;13(2):31-44.
2. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;361(4):368-78.
3. Evans DB, Etienne C. Health systems

- financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(6):402.
4. Tompkins CP, Higgins AR, Ritter GA. Measuring outcomes and efficiency in medicare value-based purchasing. *Health affairs (Project Hope)*. 2009; 28(2):w251-61.
  5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการประเมินตัวชี้วัดตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ ปีงบประมาณ 2557. 2557.
  6. Britton JR. Healthcare Reimbursement and Quality Improvement: Integration Using the Electronic Medical Record Comment on “Fee-for-Service Payment--an Evil Practice That Must Be Stamped Out?”. *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):549-51.
  7. Peabody JW, Shimkhada R, Quimbo S, Solon O, Javier X, McCulloch C. The impact of performance incentives on child health outcomes: results from a cluster randomized controlled trial in the Philippines. *Health policy and planning*. 2014;29(5):615-21.
  8. Latham LP, Marshall EG. Performance-based financial incentives for diabetes care: an effective strategy? *Canadian journal of diabetes*. 2015;39(1):83-7.
  9. Tan EC, Pwu RF, Chen DR, Yang MC. Is a diabetes pay-for-performance program cost-effective under the National Health Insurance in Taiwan? *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2014;23(2):687-96.
  10. Chang RE, Lin SP, Aron DC. A pay-for-performance program in Taiwan improved care for some diabetes patients, but doctors may have excluded sicker ones. *Health affairs (Project Hope)*. 2012;31(1):93-102.
  11. Practice Incentives Program [Internet]. 2015. Available from: <http://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/practice-incentives-programme/>.
  12. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N Engl J Med*. 2004;351(14):1448-54.
  13. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. *Health policy and planning*. 2015;30(9):1152-61.
  14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร; 2557.
  15. Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Quality in primary care*. 2010;18(2):103-9.

16. จำนวนสถานพยาบาลแยกตามประเภท [Internet]. 11 September 2015. 2014. Available from: [http://203.157.10.8/hcode\\_2014/query\\_02.php?p=3](http://203.157.10.8/hcode_2014/query_02.php?p=3).
17. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. 17 พ, editor. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2552.
18. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version 2.0 (1 ตุลาคม 2557) ปีงบประมาณ 2558 2557.
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 สระบุรี. แนวทางการบริหารค่าบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ปีงบประมาณ 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
20. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care. 2013;14(1):117-31.
21. Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon K, Burke M, Barber A, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK quality and outcomes framework. BMC family practice. 2011;12:85.
22. Djalali S, Frei A, Tandjung R, Baltensperger A, Rosemann T. Swiss quality and outcomes framework: quality indicators for diabetes management in Swiss primary care based on electronic medical records. Gerontology. 2014;60(3):263-73.
23. Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi. 2012;45(3):137-47.
24. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, รักมณี บุตรชน, สุธีนุช ตั้งสติกุลชัย, ณัฐธิดา มาลาทอง, สโรชา ชูติพงศ์ชัยวัฒน์, et al. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ นนทบุรี; 2559.