

การพัฒนากรอบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

Development of an Operational Framework for Implementing the 'Universal Health Coverage 30-Baht Co-Payment Policy via Single Identity Card in Ubon Ratchathani Provincial Health Network.

(Received: September 26,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พิทักษ์ ทองทวน¹ ประภัสสร ศันสนะพิทยากร¹ สุคนธา ไพเราะ¹
Pitak Tongtuan¹ Prapassorn Sansanaphitthayakorn¹ Sukontha Pairor¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาวิธีวัดประสิทธิผลการวิจัยเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ สร้างและพัฒนา ทดลองใช้และประเมินและปรับปรุงและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของ เครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการตั้งแต่เดือนระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567-มิถุนายน 2568 กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และองค์กร เอกชน 600 คน กลุ่มผู้รับบริการ 5 คน กลุ่มผู้ให้บริการ 5 คน และกลุ่มผู้บริหาร 3 คน จำนวน 13 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบ เจาะจง และผู้เชี่ยวชาญ 9 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่า ความ ต้องการอันดับแรก คือ ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Care) และอันดับรองลงมาคือ ด้านบริการแพทย์แผนไทยและ กายภาพบำบัด นโยบายนี้ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังมีปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยง ข้อมูลแบบเรียลไทม์ 2) รูปแบบฯ หลังการปรับปรุงพบว่า ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรร ทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การติดตาม ตรวจสอบและรายงาน (5) การประเมินผล (7) การปรับปรุงและขยายผล (8)การตั้ง คำถามอย่างสร้างสรรค์ (Appreciative Inquiry; AI) และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ3) พบ ความก้าวหน้าสูงในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่ง สามารถ ดำเนินการลงทะเบียน สอน. บัตรได้ครบถ้วน 100.0% ในขณะที่การเชื่อมโยงประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ทำได้ครบ 100.0% นอกจากนี้ยังมีการให้บริการดิจิทัลที่มีปริมาณมาก เช่น การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน และการให้บริการ แพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถึง 95,802 ครั้ง อย่างไรก็ตามผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยัง อยู่ในระดับสูงถึง 100.0% ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการขยายผลการบริการ ลงทะเบียนและสอนบัตรได้ครบ 100% การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น 100.0% ขณะเดียวกันการให้บริการดิจิทัลมีปริมาณสูงการยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง และพบว่า มีความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยังอยู่ใน ระดับสูงถึง 100.0% การลงทะเบียนและ สอน.บัตรได้ครบ 100% การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลครบ 100.0% การยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 100.0% ผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์เชิงบวกด้านประสิทธิภาพการทำงานในระดับปานกลางถึงมากและผลกระทบเชิงลบที่รุนแรงในระดับ มากที่สุดโดยเฉพาะด้านภาระงานบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ความแออัดภายในสถานพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์ แต่ระยะเวลาการคอยรับบริการของผู้ป่วยนอก (OPD) ลดลง เฉลี่ยโดยรวม 50.97 นาที

คำสำคัญ: 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว; การนำนโยบายไปปฏิบัติ; เครือข่ายสุขภาพ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Abstract

This research is classified as Research and Development (R&D). The objectives were to study the current state, identify problems and needs, create and develop, trial, evaluate, refine, and disseminate an implementation model for the "30-Baht Treatment Everywhere with a Single ID Card" policy within the health network of Ubon Ratchathani Province. The study was conducted from November 2024 to June 2025. The target group consisted of 600 individuals, including community leaders, Village Health Volunteers (VHVs), doctors, professional nurses, public health academics, and private organization representatives. Additionally, 13 purposively selected participants were included, comprising 5 service recipients, 5 service providers, and 3 administrators, along with 9 experts. Data were collected using questionnaires, recording forms, and focus group discussion guides. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The findings revealed that: 1) The highest service need was for chronic disease care, followed by traditional Thai medicine and physical therapy. A significant implementation barrier was the lack of real-time data integration in the IT systems. 2) The finalized implementation model comprised 8 steps: (1) Translating policy into action plans, (2) Resource allocation, (3) Communication and dissemination, (4) Plan execution, (5) Monitoring, inspection, and reporting, (6) Evaluation, (7) Improvement and scaling up, and (8) Creative questioning using Appreciative Inquiry (AI). The model's overall appropriateness and consistency were rated at the highest level. 3) Implementation progress was significant: 100% of the 26 hospitals and 366 network service units completed registration. Electronic Health Record (EHR) connectivity was achieved at 100%. Digital service utilization was high, with 862,023 citizen verifications using a Health ID and 95,802 Telemedicine consultations. Cybersecurity risks persisted at 100% despite achieving full integration (100%) of mHealth registration and Electronic Health Records (EHR). System adoption included 862,023 Health ID verifications and 95,802 telemedicine sessions. While digital transformation moderately improved operational efficiency, it significantly exacerbated staff workloads and hospital congestion, particularly in tertiary centers. Conversely, the transition successfully streamlined patient flow, reducing average outpatient (OPD) wait times by 50.97 minutes.

Keywords: 30-Baht Treatment Everywhere; Policy Implementation; Health Network.

บทนำ

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการจัดการและประสานกิจกรรมเพื่อนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามเจตจำนงของนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากนโยบาย หน่วยปฏิบัติที่จะได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ ความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรและความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นกระบวนการที่ส่งผลต่อความสำเร็จของนโยบาย¹ แต่จากการสังเคราะห์งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าการนำนโยบายภาครัฐไปปฏิบัติในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า มักประสบความล้มเหลวเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งแต่ละสาเหตุมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกัน กระจ่างเป็นสี่กลุ่มหลัก คือ กลุ่มแรกเป็นปัญหาด้านการออกแบบนโยบายและการสื่อสาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายกับบริบทท้องถิ่นและการ

สื่อสารที่ไม่ชัดเจน โดยนโยบายหลายโครงการถูกออกแบบโดยขาดการวิเคราะห์บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่อย่างลึกซึ้ง อีกทั้งยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ดังเช่นกรณีของนโยบายกองทุนหมู่บ้านของไทยที่ไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของชุมชนเพราะออกแบบจากส่วนกลางโดยขาดการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น² นอกจากนี้การสื่อสารที่คลุมเครือก็อาจนำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดและการปฏิบัติที่ล่าช้าได้ ตัวอย่างเช่น นโยบายพลังงานหมุนเวียนในเกาหลีใต้ที่ประสบปัญหาจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน³ ด้วยเหตุนี้การออกแบบนโยบายที่ขาดการมีส่วนร่วมและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจึงเป็นจุดเริ่มต้นของความล้มเหลว ถัดมาคือ ปัญหาด้านขีดความสามารถและการจัดการของหน่วยงานท้องถิ่น ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการของหน่วยงานท้องถิ่น โดยรวมถึงการขาดแคลน

งบประมาณ บุคลากรที่มีทักษะ และระบบติดตาม ประเมินผล ในเวียดนามพบว่า หน่วยงานท้องถิ่นในชนบทขาดความพร้อมทั้งด้านเงินทุนและความรู้ในการดำเนินนโยบาย⁴ ขณะที่โครงการในอินเดียก็พบปัญหาจากการขาดกลไกประเมินผล⁵ ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาการทุจริตยังซ้ำเติมให้การจัดการนโยบายแย่ลง ดังกรณีการคอร์รัปชันในมาเลเซียที่ทำให้นโยบายลดความยากจนไม่บรรลุเป้าหมาย⁶

โดยสรุปแล้วความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของหลายปัจจัย ไม่ว่าจะ เป็นนโยบายที่ออกแบบดีแต่ถูกบิดเบือนเพราะการเมืองท้องถิ่น หรือ นโยบายที่คำนึงถึงท้องถิ่นแต่ขาดการติดตามผลก็อาจล้มเหลวได้เช่นกัน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้แนวทางบูรณา ซึ่งรวมถึงการปรับปรุงการออกแบบนโยบาย การเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่น การสร้างกลไกแก้ไขความขัดแย้ง และการลดการแทรกแซงทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนและกลไกตรวจสอบถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติตามนโยบายอย่างยั่งยืน⁷

จากการทบทวนเอกสารข้างต้นชี้ให้เห็นถึงของประโยชน์และความสำคัญของนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" เป็นหนึ่งในมาตรการด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างเท่าเทียม โดยใช้เพียงบัตรประชาชนเป็นหลักฐาน การนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติมีประโยชน์และความสำคัญหลายประการ ทั้งในแง่ของสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การใช้บัตรประชาชนใบเดียวแทนเอกสารหลายชนิดยังทำให้กระบวนการสะดวกและรวดเร็วขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการเตรียมเอกสาร ประการต่อมา นโยบายดังกล่าวช่วยบรรเทาปัญหาด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน เพราะเมื่อคนเจ็บป่วยสามารถรักษาได้ในราคาประหยัด ก็ไม่จำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสินหรือขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีสุขภาพดียังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน และช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว⁸

นอกจากนี้ นโยบายนี้ยังส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม เพราะทุกคนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเท่ากัน โดยไม่แบ่งแยกสถานะทางสังคมหรือระดับรายได้ อีกทั้งระบบที่ใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียวยังช่วยลดความซับซ้อนและความซ้ำซ้อนของระบบสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลสามารถบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้นโยบายนี้จะมีข้อดีหลายด้านแต่ก็ต้องมีการพัฒนาต่อยอดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ การจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม และการลดปัญหาความล่าช้าในการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกและความพึงพอใจอย่างแท้จริง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจึงได้พัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังคงเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยมุ่งลดความเหลื่อมล้ำและสร้างหลักประกันว่าทุกคนจะได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้การปฏิบัติตามนโยบายนี้ อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นก้าวสำคัญในการสร้างสังคมที่แข็งแรงและเป็นธรรมสำหรับทุกคน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการ สร้างและพัฒนา ทดลองใช้และประเมินและปรับปรุงและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี การ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567-มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research : R1)

ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (A: analysis) (เดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567)

แหล่งข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเป้าหมาย สำหรับการสำรวจสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังเป็นประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน จำนวน 600 คน ได้มาจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) กลุ่มที่ 2 สำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้รับบริการ (ประชาชนทั่วไป) จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.) จำนวน 5 คน และกลุ่มผู้บริหาร (สสจ., ผอ.โรงพยาบาล, ผู้จัดการสิทธิ) จำนวน 3 คนจำนวน 13 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) แบบสำรวจความต้องการจำเป็น 2) แบบวิเคราะห์เอกสาร และ 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ประสานกับตัวแทนเครือข่าย 13 อำเภอเพื่อนำแบบสอบถามความต้องการจำเป็นให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง แล้วนัดหมายวันรับแบบสอบถามคืน โดยทิ้งระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ 2) ผู้วิจัยได้ติดตามแบบสอบถามคืน พร้อมกับ

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 600 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.0 และการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1) วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามสภาพที่เป็นจริง และความคาดหวังเกี่ยวกับการนำนโยบาย โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอผล โดยใช้วิธี Modified Priority Needs Index (PNI modified)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1)

พัฒนาการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติ (Design and Development : D) (เดือนมกราคม 2568)

แหล่งข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงรูปแบบฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ 1) มีประสบการณ์ด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพอย่างน้อย 2 ปี และ 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) ตารางวิเคราะห์ และสังเคราะห์เนื้อหา 2) สร้างรูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี และคู่มือการใช้รูปแบบและกลไก 3) แบบประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบและกลไก ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ในช่วง 0.80 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี โดยการพัฒนารูปแบบการนำนโยบาย จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฯ และตรวจสอบคุณภาพเพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เอกสารตำรา และวารสารที่เกี่ยวข้องโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้

ได้องค์ประกอบ และขั้นตอนของรูปแบบฯ 2) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญโดยการหาค่าเฉลี่ย (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research : R2) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงาน "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี (Implementation: I) (เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ร่วมวิจัย หรือ "การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวระดับอำเภอ ชุดละ 15 คน จำนวน 25 ชุด จำนวน 375 คน ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินรายงานผลการดำเนินงาน และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของประชาชน

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้กระบวนการดำเนินงานไปปฏิบัติ: กรณีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

ขั้นตอน	การประยุกต์ใช้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่"
1.การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ	สปสข. กำหนดแนวทางปฏิบัติ เช่น ประกาศหลักเกณฑ์การใช้สิทธิในทุกหน่วยบริการภายใต้ระบบ UCS โดยไม่จำกัดหน่วยบริการประจำ (ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว)
2.การจัดสรรทรัพยากร	-พัฒนาและเชื่อมระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิกับระบบ HDC และ สปสข. -จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว (Capitation) และงบบริการข้ามเขต -พัฒนาเจ้าหน้าที่ระบบ IT และเวชระเบียนให้พร้อม
3.การสื่อสารและเผยแพร่	สปสข. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์, สื่อสังคม, ออกคู่มือผู้ให้บริการและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน
4.การดำเนินการตามแผน	- เริ่มให้บริการตั้งแต่ปี 2567 -รพ.สต., โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลสิทธิผ่านเลขบัตรประชาชน -ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่ได้ก็ได้ในระบบ UCS
5.การติดตาม ตรวจสอบและรายงานผล	-ใช้ระบบ Thai Refer และระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูล สปสข. -ติดตามจำนวนผู้ใช้สิทธิ, ปัญหาการให้บริการข้ามเขต -ประเมินความพึงพอใจของประชาชน
6.การประเมินผล	-สสจ. รายงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ -ประเมินความพึงพอใจของประชาชน และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
7.การปรับปรุงและขยายผล	-พัฒนาระบบ Smart Health Card และแอปพลิเคชัน "เป่าตั้ง" เพื่อรองรับ Digital Health ID -เชื่อมโยงกับระบบบริการอื่น เช่น Telemedicine และคลินิกอบอุ่น

ขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1) **ขั้นเตรียมการ** โดย (1) การวางแผน และแต่งตั้งคณะกรรมการการขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการ "การขับเคลื่อนนโยบายยกระดับบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวและพื้นที่มอบหมายหน้าที่และบทบาทรูปแบบการดำเนินงานให้ทีมเข้าใจในแนวทางเดียวกันและร่วมกัน

2) **ขั้นตอนการดำเนินงาน** จากผลการสังเคราะห์พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" พบว่าประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา (Development : D2) เพื่อประเมินปรับปรุงแก้ไขและเผยแพร่รูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติ (Evaluation: E) (เดือนมิถุนายน 2568)

แหล่งข้อมูล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ที่ตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุงรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินงาน การดำเนินการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน 2) ติดป้ายชื่อสำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ 3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) จะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วย พร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย 4) สร้างบรรยากาศสร้างความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ 5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือครอบงำความคิดผู้อื่น และ 6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็น และถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในเอกสารหรือบันทึกมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ การตีความจะกระทำในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลัง เมื่อผู้วิจัยและคณะจะสรุปข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีใบรับรองเลขที่ SSJ.UB 11.034 ลงวันที่ 29 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1.สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

1.1 ผลการสำรวจความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว จากการสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 13 อำเภอ และสุ่มอำเภอละ 1 ตำบล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 600 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง 315 คน (52.5%) อายุเฉลี่ย 47.50 ปี (SD=12.45) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 358 คน (59.7%) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 338 คน (56.3%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 161 คน (26.6%) เมื่อพิจารณาความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว พบว่า ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นเป็นอันดับ 1 (PNI (modified) = 0.447) อันดับที่ 2 คือ ด้านบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด (PNI (modified) = 0.439) อันดับที่ 3 คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ 1 (PNI (modified) = 0.447) อันดับที่ 4 คือ การจัดบริการในชุมชน (PNI(modified) = 0.419) และอันดับที่ 5 คือ ด้านบริการทันตสาธารณสุขในชุมชน (PNI (modified) = 0.417) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ และดัชนีความต้องการจำเป็นด้านบริการสุขภาพ ของชุมชนในโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว

รายการประเมิน	I; Mean(SD.)	D; mean(SD.)	PNI	อันดับ
1.การเข้าถึงบริการสุขภาพ	4.32(0.88)	3.01(0.72)	0.432	3
2.การจัดบริการในชุมชน	4.27(0.86)	3.01(0.91)	0.419	4
3.บริการทันตสาธารณสุข	4.30(0.86)	3.04(0.94)	0.417	5
4.บริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด	4.31(0.87)	3.00(0.93)	0.439	2
5.การจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.29(0.89)	2.96(0.98)	0.447	1

1.2 สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่าประเด็นที่ได้จากการสังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการที่จะต้องนำไปแก้ไขตามลำดับความสำคัญ นโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังมีปัญหาในหลายด้าน ทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ทำให้สิทธิผู้ป่วยไม่ขึ้นและการเบิกจ่ายล่าช้า ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้นแต่ยังขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกระจุกตัวในโรงพยาบาลใหญ่ ทำให้ต้องมีระบบกระจายผู้ป่วยและส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์สิทธิยังไม่ครอบคลุมและชัดเจน จึงควรพัฒนาการสื่อสารและอบรมบุคลากรควบคู่กับการพัฒนาระบบ IT พร้อมติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมและตอบโจทย์ความต้องการของทุกฝ่าย

2.การสร้างและพัฒนารูปแบบฯ พบว่ารูปแบบการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้นตอน คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรรทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การดำเนินการตามแผน (5) การติดตาม ตรวจสอบและรายงาน (6) การประเมินผล และ (7) การปรับปรุงและขยายผล และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.58,SD= 0.36) และการสร้างคู่มือรูปแบบการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

3.ผลการทดลองใช้รูปแบบการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

3.1 การเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์จากผลการศึกษาค้นคว้าการเชื่อมประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลในจังหวัด พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าและดำเนินการเชื่อมต่อได้ครบถ้วนในสัดส่วน 100% ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขที่สามารถบูรณาการระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ยังมีบางพื้นที่ที่ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลโขงเจียมที่มีการเชื่อมต่อเพียงร้อยละ 50 ของหน่วยบริการทั้งหมด ซึ่งถือเป็นอำเภอที่มีการเชื่อมต่อน้อยที่สุด รองลงมาคือโรงพยาบาลเมืองอุบลราชธานีซึ่งมีการเชื่อมต่อร้อยละ 65 และโรงพยาบาลเขื่องในที่มีการเชื่อมต่อร้อยละ 80

3.2 การลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ของโรงพยาบาล จากผลการศึกษาตามตารางที่ 6 เรื่องการลงทะเบียน สอน. บัดดี้ ของโรงพยาบาล พบว่าภาพรวมของจังหวัดมีความก้าวหน้าสูง เนื่องจากโรงพยาบาลทุกแห่งสามารถดำเนินการลงทะเบียนได้ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมายทั้งหมดรวมจำนวน 26 โรงพยาบาล และหน่วยบริการสาธารณสุขในเครือข่ายอีก 366 แห่ง แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือและการบูรณาการของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถขับเคลื่อนตามนโยบายได้สำเร็จในทุกระดับ เมื่อพิจารณาในเชิงเปรียบเทียบ โรงพยาบาลที่มีจำนวนหน่วยบริการ

ลงทะเบียนมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ (32 แห่ง) และโรงพยาบาลเมืองอุบลราชธานี (30 แห่ง) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีจำนวน รพ.สต. ในความรับผิดชอบมาก ส่งผลให้มีภารกิจ การลงทะเบียนสูงกว่าพื้นที่อื่น ขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลนาเยี่ย ดอนมดแดง ตาลชุม น้ำขุ่น สิรินคร และเหล่าเสือโก้ก มีจำนวนหน่วยบริการลงทะเบียนน้อยที่สุด (ประมาณ 6-7 แห่ง) เนื่องจากมี รพ.สต. ในสังกัดจำนวนน้อย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเหล่านี้ก็สามารถดำเนินการลงทะเบียนได้ครบ 100% เช่นเดียวกัน ดังแสดงใน

3.3 กิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ ลงทะเบียนลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ Digital Signature จำนวน 189 กิจกรรม การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน การออกไปรับรองแพทย์ดิจิทัล Medical certificate จำนวน 3,077 ใบ การยืนยันตัวตนของบุคลากรที่มี Provider ID จำนวน 12,196 คน การส่งยาและเวชภัณฑ์ Health Rider จำนวน 9,041 ครั้ง และผลการประเมินความเสี่ยง Cyber Security อยู่ระดับความเสี่ยงความมั่นคงปลอดภัยสูง 100.0% การบริการแพทย์ทางไกล Telemedicine จำนวน 95,802 ครั้ง และรายการที่มีนัดหมายออนไลน์ Appointment (รายการ/โรงพยาบาล) 3,871 รายการ

4. หลังการปรับปรุงพบว่า ขั้นตอนการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) การแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติ (2) การจัดสรรทรัพยากร (3) การสื่อสารและเผยแพร่ (4) การดำเนินการตามแผน (5) การติดตาม ตรวจสอบ และรายงาน (6) การประเมินผล (7) การปรับปรุงและขยายผล (8) การตั้งคำถามอย่างสร้างสรรค์ และความเหมาะสม และความสอดคล้อง โดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.58, SD.= 0.36) และการสร้างคู่มือรูปแบบการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพภายใต้ นโยบาย "30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ในกลุ่มตัวอย่าง 600 คน พบว่าความต้องการอันดับแรกคือ ด้านการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Care) และอันดับรองลงมาคือด้านบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพบำบัด นโยบายนี้ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง แต่ยังคงพบปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ซึ่งทำให้การแสดงสิทธิและการเบิกจ่ายเกิดความล่าช้า ปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนยังรวมถึงภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นภายใต้การขาดแคลนทรัพยากร อีกทั้งผู้ป่วยยังคงกระจุกตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการกระจายผู้ป่วยและส่งเสริมหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อเสนอแนะให้พัฒนาการสื่อสารเรื่องสิทธิแก่ประชาชน ควบคู่กับการพัฒนาระบบ IT พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสม สอดคล้องกับผลสำรวจของผู้ใช้ในหลายประเด็น คือ (1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ The Active⁸ ที่เน้นย้ำว่านโยบายนี้ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังกล่าวถึงผลเชิงบวกที่ทำให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น (2) ปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดย HITAP⁹ ก็ยอมรับว่า "แม้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ไอที) ซึ่งใช้เก็บรักษาและเชื่อมโยงข้อมูลการไปรับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลต่างๆ จะเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญต่อความสำเร็จของ 30 บาทรักษาทุกที่" ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงความสำคัญของ IT และโดยนัยคือความท้าทายในการทำให้ระบบสมบูรณ์ และ (3) ภาระงานบุคลากรและการกระจุกตัวของผู้ป่วย ทั้งนี้ HITAP (2024) ได้กล่าวถึง "ผลลัพธ์เชิงลบ ในแขนงบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น และเกิดความแออัดใน

โรงพยาบาล" ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับผลสำรวจที่ระบุว่า การเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยลดความแออัดที่โรงพยาบาลและลดภาวะแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นการยอมรับถึงปัญหาดังกล่าวและนำเสนอแนวทางแก้ไข

แม้จะมีความสอดคล้องกันในหลายประเด็น แต่ก็ยังมีบางจุดที่งานวิจัยนำเสนอภาพที่แตกต่างหรือขัดแย้งกับผลสำรวจของผู้ใช้ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศความสำเร็จของระบบ พบว่า ผลสำรวจของผู้ใช้พบว่าระบบเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่เชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ทำให้การแสดงผลและการเบิกจ่ายล่าช้า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน อย่างไรก็ตามบทความของ The Active กลับเน้นย้ำถึงความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยี Digital เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ และมีระบบยืนยันตัวตนการรับบริการของผู้ป่วย รวมถึงระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-referral) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ซึ่งมุมมองนี้ขัดแย้งกับผลสำรวจที่ยังคงพบปัญหาในทางปฏิบัติ บทความของ HITAP⁹ แม้จะยอมรับความสำคัญของ IT แต่ก็ไม่ได้ระบุถึงความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์อย่างชัดเจน

2. ขั้นตอนการนำนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ไปปฏิบัติ 8 ขั้นตอนและความเหมาะสมและความสอดคล้องโดยรวมของทั้ง 5 องค์ประกอบ (ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการนำไปปฏิบัติ) อยู่ในระดับมากที่สุด พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นแรกโดย Oh และคณะ¹⁰ เสนอมุมมองเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดของ "Policy implementation science" ซึ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายสุขภาพไม่ได้จบลงที่การประกาศ แต่ต้องเข้าใจเป็นระบบเชิงไดนามิกที่มีหลายระดับ (Multi-level) และต้องมีวงจรการเรียนรู้ (Learning health policy system) ที่ผสานการออกแบบนโยบายกับการปฏิบัติจริง โดยเน้นความสำคัญของการแปลงนโยบายสู่แผนปฏิบัติที่ชัดเจน (Policy conversion) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ต้น, การจัดสรร

ทรัพยากรที่ตอบโจทย์บริบท และการติดตามผลที่เชื่อมโยงกลับมาสู่การปรับนโยบาย (Policy-practice feedback loop) ดังนั้นกรอบนี้สอดคล้องโดยตรงกับขั้นที่ 1 (การแปลงนโยบายสู่แผน) และขั้นที่ 5-7 (การติดตาม ประเมิน และปรับปรุง) เพราะเน้นวงจรเรียนรู้เพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างเดียวกัน Oh et al. เตือนว่าหากไม่มีระบบข้อมูลและกลไกการมีส่วนร่วมที่แข็งแกร่ง การแปลงนโยบายอาจกลายเป็นเพียง "เอกสาร" และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติอย่างแท้จริง (Oh 2021).

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Danforth และคณะ¹¹ มุ่งเน้นการพัฒนากรอบการติดตามและประเมิน (M&E) สำหรับการนำ "Essential packages of health services" ไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งมีองค์ประกอบที่ชัดเจนและเป็นขั้นตอน (Step-by-step) ตั้งแต่การกำหนดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) การตั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การออกแบบระบบรายงาน การวางกลไกการทบทวนผลอย่างสม่ำเสมอ และการใช้ผลประเมินเพื่อปรับปรุงการให้บริการในพื้นที่ งานนี้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Data-to-decision pathways) และการออกแบบ M&E ให้ตอบโจทย์ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับขั้นที่ 3 (การสื่อสารและเผยแพร่) ขั้นที่ 5 (การติดตาม ตรวจสอบและรายงานผล) และขั้นที่ 6-7 (การประเมินและปรับปรุง) โดยเตือนว่าหากละเลยการออกแบบ M&E ที่เชื่อมโยงกับการตัดสินใจเชิงนโยบายแล้ว ข้อมูลที่ได้จะไม่ถูกนำมาใช้เพื่อปรับปรุงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการทดลองใช้นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว" ในจังหวัดอุบลราชธานี พบความก้าวหน้าสูงในการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลทั้ง 26 แห่ง และหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่ง สามารถดำเนินการลงทะเบียน สอน. บัตรได้ครบถ้วน 100.0% ตามเป้าหมาย ในขณะที่การเชื่อมโยงประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ทำได้ครบ 100.0% แต่ยังคงพบความท้าทายในบางพื้นที่ เช่น

โรงพยาบาลของเจียมที่มีการเชื่อมต่อเพียงร้อยละ 50.0 ของหน่วยบริการทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการให้บริการดิจิทัลที่มีปริมาณมาก เช่น การยืนยันตัวตนประชาชนที่มี Health ID จำนวน 862,023 คน และการให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ถึง 95,802 ครั้ง อย่างไรก็ตามผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ยังอยู่ในระดับสูงถึง 100.0% ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่ไปกับการขยายผลการบริการ

ผลการทดลองในอุบลราชธานีชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าที่เด่นชัดด้านการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ: โรงพยาบาลทั้ง 26 แห่งและหน่วยบริการเครือข่าย 366 แห่งลงทะเบียนและสอนบัตรดีครบ 100% ตามเป้าหมาย การเชื่อมต่อ EHR ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น 100.0% แต่ยังพบจุดอ่อน เช่น โรงพยาบาลของเจียมเชื่อมต่อได้เพียง 50.0% ของหน่วยบริการ ขณะเดียวกันการให้บริการดิจิทัลมีปริมาณสูงการยืนยันตัวตนผู้มี Health ID จำนวน 862,023 ราย และการให้บริการแพทย์ทางไกล 95,802 ครั้ง แต่ระดับความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ถูกประเมินว่าอยู่ในระดับสูงถึง 100% ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญก่อนการขยายผลต่อไป เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่วิเคราะห์การใช้บริการ Telehealth/Telemedicine) ในประเทศไทย¹² จะพบความสอดคล้องหลายประการแสดงว่าโครงการ telemedicine ของ NHSO ที่เริ่มตั้งแต่ ธันวาคม 2563 ทำให้การใช้บริการ telemedicine เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงการระบาดของ COVID-19 และผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคเรื้อรัง ชี้ว่า telemedicine จะเป็นกลไกสำคัญของระบบในอนาคต แต่ยังคงมีการออกแบบแผนติดตามและประเมินเพื่อรองรับการขยายตัว ข้อเสนอแนะสอดคล้องกับตัวเลขการให้บริการ telemedicine จำนวน 95,802 ครั้ง สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการยอมรับและการนำไปใช้จริง แต่ก็เตือนว่าเพื่อให้บริการยั่งยืน

จำเป็นต้องมี M&E ที่ดี ระบบชัดเจน และการจัดการทรัพยากรที่รองรับการใช้งานในระยะยาว

อย่างไรก็ตามสอดคล้องกับภาพรวมการศึกษาเชิงสโคปเกี่ยวกับการแทรกแซงด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ในองค์กรสาธารณสุข¹³ ให้มุมมองที่สำคัญต่อความเสี่ยง 100.0% ที่รายงานในอุบลราชธานี งานนี้สรุปว่ามีงานวิจัยด้านการแทรกแซงไซเบอร์ในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ (LMICs) น้อยและการแทรกแซงที่มีรายงานมักเป็นระดับสถานพยาบาลจำนวนน้อย (1-5 แห่ง) โดยครอบคลุมมิติทั้ง Governance, risk management, awareness/training และ technical capabilities ซึ่งยังมีความหลากหลายและความไม่สม่ำเสมอสูง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสถานะความเสี่ยงที่สูงในอุบลราชธานีและชี้ชัดว่าแม้การเชื่อมต่อ EHR และการให้บริการดิจิทัลจะประสบความสำเร็จเชิงปริมาณ แต่ถ้าไม่มีมาตรการความมั่นคงปลอดภัยระดับนโยบายและการลงทุนด้านเทคนิค/บุคลากรอย่างเพียงพอ การขยายผลในวงกว้างอาจเปิดช่องให้เกิดเหตุการณ์หยุดชะงักที่รุนแรง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นอยู่ที่สามารถให้ภาพรวมเชิงระบบของการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ไปปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การสื่อสาร การดำเนินงาน ตลอดจนการติดตามและประเมินผล ทำให้เห็นความสอดคล้องและความเหมาะสมของขั้นตอนต่าง ๆ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสามารถสนับสนุนการปรับปรุงและขยายผลนโยบายให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น ขณะเดียวกันการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดคือ มุ่งเน้นเพียงภาพรวมของกระบวนการโดยไม่ได้เจาะลึกรายละเอียดการปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน ข้อมูลบางส่วนอาจได้รับอิทธิพลจากความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม และยังไม่มีการวัดผลเชิงคุณภาพของบริการหรือความพึงพอใจของประชาชนอย่างเป็นระบบ ทำให้การตีความผลการวิจัยควรพิจารณาควบคู่กับบริบทและข้อมูลเชิงปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ข้อเสนอแนะคือควรรักษามาตรฐานและความต่อเนื่องของขั้นตอนการนำนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โดยเน้นการวางแผนเชิงปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การสื่อสารที่ชัดเจน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำผลการ

ประเมินมาปรับปรุงและขยายผลบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ในส่วนของการวิจัยในอนาคต ควรเน้นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของการให้บริการและความพึงพอใจของประชาชน ศึกษารายละเอียดเชิงพื้นที่และบริบทของแต่ละหน่วยบริการ รวมทั้งทำการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานหรือภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นรูปธรรมและสนับสนุนการพัฒนานโยบายอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- บุญเกียรติ การเวกพันธุ์.(2566). เอกสารประกอบการบรรยายกระบวนวิชา PAD 7402 การนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินผลนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง;2566.
- Srisawat A, Tangchonlatip K.(2021). Why Do Good Policies Fail? A Case Study of Thailand’s Village Fund Implementation. *J Southeast Asian Policy Stu**. 2021;15(2):45-67.
- Lee S, Kim J.(2022). Miscommunication in South Korea’s Renewable Energy Policy. *Energy Policy*. 2022;160:112678.
- Nguyen TTH, Smithson M, Le HV.(2022). Capacity Gaps in Local Governance: Evidence from Rural Vietnam. *Asian J Public Adm*. 2022;44(1):88-105.
- Bhattacharya S.(2023). Monitoring Gaps in India’s Swachh Bharat Mission. *Dev Policy Rev*. 2023;41(2):e12655.
- Ahmad MZ.(2021). Corruption as a Barrier to Policy Implementation in Malaysia. *J Public Integr*. 2021;23(4):501-518.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ.(2566). รายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวง; 2566.
- The Active.(2024). Government announces success of the “30 Baht Treatment Anywhere” policy, Phase 2 in eight provinces. Thai PBS. 2024 Apr 21. Available from: <https://theactive.thaipbs.or.th/news/public-health-20240421> [In Thai].
- Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP).(2024). Two sides of the coin of “30 Baht Treatment Anywhere”: Revealing possible positive and negative impacts on the health system. HITAP Foundation. 2024 Jun 7. Available from: <https://www.hitap.net/news/189704> [In Thai].
- Oh A, Abazeed A, Chambers DA.(2021). Policy implementation science to advance population health: the potential for learning health policy systems. *Front Public Health*. 2021;9:681602. doi:10.3389/fpubh.2021.681602.
- Danforth K, Ahmad AM, Blanchet K, Khalid M, Means AR, Memirie ST, et al.(2023). Monitoring and evaluating the implementation of essential packages of health services. *BMJ Glob Health*. 2023;8(Suppl 1):e010726. doi:10.1136/bmjgh-2022-010726.
- Kirkpatrick DL.(1998). Evaluating training programs: The four levels. 2nd ed. Berrett-Koehler; 1998.
- Hasegawa K.(2024). Cybersecurity interventions in health care organizations in low- and middle-income countries: a scoping review. *JMIR Med Inform*. 2024;12:e47311. doi: 10.2196/47311.