

รายงานการประชุมเพื่อปรึกษาหารือการดำเนินโครงการ
งบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (QOF)

วันพุธที่ 29 กรกฎาคม 2558 เวลา 09.300-12.00 น.

ณ ห้องประชุมसानใจ 1/2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นพ. ศุภกิจ ศิริลักษณ์ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 3. นายชาติ เอี่ยมมา | สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.อภิชัย มงคล | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 5. นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ | กรมควบคุมโรค |
| 6. นายบารมี จรัสสิงห์ | กรมสุขภาพจิต |
| 7. นางนิภา ทิพย์พิลา | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 8. นพ.อรรถสิทธิ ศรีสุบัติ | กรมการแพทย์ |
| 9. นางรัตนา สุกุมลจันทร์ | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 10. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 11. ดร.นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 12. นพ.ชูชัย ศรชำนิ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 13. นางจุฬาดาทา สุขุมลววรรณ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 14. นางบำรุง ชลอเดช | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 15. พญ.ขจีรัตน์ ปรักเอโก | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 16. นางสาววิชยา คำแฝง | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 17. นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 |
| 18. ดร.ทพ.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 |
| 19. ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 20. นางสาวดารุ่ง คำวงศ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 21. นางสาวจิรพร คุ่มสร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 22. Dr. Françoise Cluzeau | NICE International |
| 23. Dr. Paramjit Gill | University of Birmingham |
| 24. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 25. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. ดร.ภญ.จันทนา พัฒนเกษัช | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 27. นางสาวรุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

28. นางสาวรัศมี บุดรชน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
29. นางสาวสโรชา ชุตินวงศ์ชัยวัฒน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
30. นางสาวณัฐธิดา มาลาทอง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
31. นางสาวบุณฑริกา รัชตเศรษฐนันท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
32. นางสาวพรพิมล แสนสะอาด	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
33. นางสาวอนงค์วีดี ต่านปาน	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
34. นางสาวสุกฤดี ต้วงโคตะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
35. นางสาวกุลศิริ เจริญศุภกุล	ล่าม
36. นายสุขพันธ์ วิโรจน์ดูล	ล่าม

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวเปิดการประชุม และให้ผู้เข้าร่วมประชุมแนะนำตัวเอง และเริ่มดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

ระเบียบวาระที่ 1 เปิดอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินโครงการบ่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังนี้

- อุปสรรคที่สำคัญของประเทศไทยในการใช้ตัวชี้วัด คือ ขาดข้อมูลสนับสนุน ทำให้เป็นภาระสำหรับสถานพยาบาลในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
- แม้ว่าที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่อุปสรรคที่สำคัญคือการสื่อสารกับสำนักงานประมาณ กระทรวงการคลัง ในการของบประมาณ เพราะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นวัดผลสัมฤทธิ์ยาก หลายเรื่องจะเห็นผลในระยะยาว เพราะฉะนั้นการกำหนดตัวชี้วัดและนำข้อมูลเพื่อไปแสดงต่อสำนักงานประมาณจึงเป็นเรื่องยาก
- ประเทศอังกฤษให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิมากที่สุด รัฐบาลได้จัดสรรทรัพยากรเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ และก่อนที่จะมีการเริ่มโครงการ QOF พบว่ามีความหลากหลายในการให้บริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ โดยการพัฒนาคุณภาพบริการเริ่มขึ้นในปี 1980 ซึ่งในตอนนั้นก็มีปัญหาด้านข้อมูลเช่นเดียวกัน แต่เมื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นพ้องกันว่าเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนา จึงมีการเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาประมวลผลและสะท้อนข้อมูลกลับ ทำให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์จากข้อมูล
- QOF ในประเทศไทยและประเทศอังกฤษมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในด้านบริบท ชีตความสามารถ (competency) ของผู้ให้บริการปฐมภูมิในประเทศไทยนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านการให้บริการทางคลินิกและการบันทึกข้อมูล ด้วยข้อจำกัดนี้ทำให้เป็นเรื่องยากในการวัดผลลัพธ์ทาง

คลินิก ดังนั้นที่ผ่านมากการออกแบบตัวชี้วัดจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้และพยายามปรับให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของผู้ให้บริการ

- ในปัจจุบัน QOF ของประเทศอังกฤษจะเลือกตัวชี้วัดต่างๆที่ครอบคลุมตลอดการรักษาเริ่มตั้งแต่คนไข้มาพบแพทย์ที่ GP practice การส่งต่อไปที่โรงพยาบาล และส่งกลับจากโรงพยาบาลมาที่ GP practice
- QOF ที่ดีต้องมีองค์ประกอบสำคัญต่างๆ ดังนี้
 - Incentive ที่จูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและอื่นๆ
 - ระบบธรรมาภิบาลที่โปร่งใส (good governance) มีการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
 - การจ่ายเงินต้องขึ้นอยู่กับผลงานที่ทำจริงๆ โดยต้องมีระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีคุณภาพ
 - ระบบการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการประกาศตัวชี้วัดในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีระบบการสะท้อนข้อมูลกลับอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการจ่ายเงินที่ตรงเวลาและเหมาะสม เป็นต้น
 - การพัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้ข้อมูลวิชาการประกอบ มีหลักฐานยืนยันว่าหลังจากที่ดำเนินโครงการ QOF ไปแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
 - QOF เป็นการลงทุนระยะยาว
 - การสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ QOF ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงผู้ปฏิบัติ
- ในการพัฒนาตัวชี้วัด ต้องเริ่มจากเลือกสิ่งที่เป็นภาระโรคของประเทศที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องกัน แล้วจัดทำตัวชี้วัด และงบประมาณต้องมีความเหมาะสม เพราะถ้ามีการงบประมาณมากเกินไป อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้บริการที่มีอยู่เดิม โดย GP อาจไปเน้นให้บริการตามตัวชี้วัดเพียงอย่างเดียว แล้วละเลยบริการอื่นๆ ส่วนถ้างบประมาณน้อยเกินไป ก็ไม่สามารถจูงใจ GP ได้ ประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมกังวล คือ เมื่อมีการประกาศตัวชี้วัดลงไป จะมีการพัฒนาในด้านนั้น แต่เมื่อยกเลิกตัวชี้วัด ก็จะไม่มีการดำเนินงานในด้านนั้นต่อไป
- รัฐบาลปัจจุบันได้พยายามสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิ โดยมีนโยบายที่มหอมครอบครัว (family care team) และเน้นที่การเชื่อมทีมมหอมครอบครัวเข้ากับชุมชนและระบบบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ ซึ่งก็เป็นการยกระดับบริการปฐมภูมิและเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอประสบการณ์การดำเนินโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิในประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษเริ่มดำเนินโครงการ QOF ในปี 2004 โดยก่อนหน้านั้นมีประเด็นเรื่องความหลากหลายในการให้บริการของ GP จึงมีแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพบริการของ GP ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการและนโยบายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ GP และรักษา GP ไว้ในระบบบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม QOF ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับให้บริการทั้งหมด QOF จะเน้นที่การจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นภาระสูง ดำเนินงานด้านการป้องกันโรค และเน้นที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยครอบคลุมปัญหาสุขภาพ

ต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น ทั้งในมิติทางด้านคลินิกและสาธารณสุข การดำเนินโครงการ QOF ในช่วงเริ่มต้น ปี 2005-2009 มีการพัฒนาตัวชี้วัดโดยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงขาดความโปร่งใส ดังนั้นในปี 2010 เป็นต้นมา จึงมีหน่วยงานวิชาการ NICE เข้ามาช่วยในการพัฒนาตัวชี้วัด ตั้งแต่การพัฒนาตัวชี้วัดใหม่ การทบทวนและยกเลิกตัวชี้วัดเดิมที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายแล้ว โดยเน้นสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วม โดยจัดตั้ง Advisory committee เพื่อให้คำแนะนำในการพัฒนาตัวชี้วัด โดยองค์ประกอบของ advisory committee ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ GP นักวิชาการ ตัวแทนผู้ป่วย เป็นต้น

ตัวชี้วัดในโครงการ QOF ของอังกฤษในช่วงแรกจะให้ความสำคัญที่ประเด็น เช่น องค์กร (organization), โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นต้น แต่ต่อมาเพิ่มเรื่อง การสูบบุหรี่ productivity และลดความสำคัญของ organization ลง นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัด จะมีการทดสอบใช้ตัวชี้วัดในพื้นที่ เมื่อเสร็จสิ้นการทดสอบก็จะรายงานผลไปที่ advisory committee และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ในการยกเลิกตัวชี้วัดแต่ละตัวต้องพิจารณาในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ อัตราการบรรลุเป้าหมาย แนวโน้มการบรรลุเป้าหมายของแต่ละตัวชี้วัด แนวโน้มของความหลากหลายของการบรรลุเป้าหมาย การพิจารณาอัตราและแนวโน้มของ exception reporting และแนวโน้มของความหลากหลายของอัตรา exception reporting การติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอาศัยระบบข้อมูล ระบบการคำนวณงบประมาณ และการประเมินจากผู้ประเมิน QOF

ที่ผ่านมาโครงการ QOF ได้ทำให้เกิดการพัฒนาในด้านคุณภาพข้อมูล กระบวนการทำงานเป็นทีม และตัวชี้วัดหลายตัวได้ถูกปลุกฝังลงในพฤติกรรมของ GP ซึ่งส่งผลให้การให้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ตัวชี้วัดบางตัว (ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การลดลงของการมารับบริการฉุกเฉินจากโรคที่อยู่ในชุดตัวชี้วัด) ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ส่วนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ พบว่ายังไม่ชัดเจน มีการศึกษาบางส่วนแสดงให้เห็นว่า GP practice ที่มีคะแนนน้อยที่สุดสามารถพัฒนาได้มากที่สุด ซึ่งทำให้ลดช่องว่างความไม่เท่าเทียมของการให้บริการสุขภาพ

ประสบการณ์ที่สำคัญของประเทศอังกฤษ คือ ต้องเริ่มจากตัวชี้วัดจำนวนน้อย มีการทดสอบและทดลองใช้ในพื้นที่ การจ่ายเงินต้องมีความเหมาะสม มีการทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามผลที่เกิดกับคนไข้และผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากตัวชี้วัด มีการบริหารจัดการที่ดี มีระบบธรรมาภิบาล มีการสื่อสารโครงการ QOF กับทุกภาคส่วน สร้างการมีส่วนร่วม สร้างระบบสนับสนุน เช่น ระบบข้อมูล การฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้อง และมีการสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

ระเบียบวาระที่ 3 เปิดอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินโครงการบ่งจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ

- การพัฒนาตัวชี้วัดในประเทศอังกฤษจะยึดตาม guideline ของประเทศ ซึ่งเป็น guideline ที่ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยนำข้อเสนอแนะจาก guideline มาคิดคะแนน อย่างไรก็ตามมีกระบวนการที่ GP สามารถให้ความเห็นว่าสามารถดำเนินการตามเป้าหมายในข้อเสนอแนะนั้นได้

หรือไม่ ในกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดจะเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคประชาสังคมและตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้สามารถเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาหรือถูกละเลย เช่น ปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งต่อมาก็มีการพัฒนาตัวชี้วัดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการใช้หลักฐานเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (health economic evaluation) เข้ามาประกอบการพิจารณาในการเลือกตัวชี้วัด แต่ในกระบวนการจัดสรรงบประมาณนั้นจะเป็นการประชุมปิด โดย negotiators ซึ่งเป็นการตัดสินใจทางการเมือง

- การจัดสรรงบประมาณเป็นประเด็นสำคัญและมีผลต่อความสัมพันธ์ของระบบเครือข่ายการให้บริการ หาก CUPs ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่มีอยู่ เกิดความคลางแคลงและขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในประเทศอังกฤษหน่วยบริการมีสถานะเป็นเอกชน เมื่อมีงบประมาณจัดสรรลงมา GP practice สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการทำงานแบบ partnership หากไม่มีการจัดสรรเงินไปให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ก็ไม่สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายได้
- วิธีการคิดตัวชี้วัดทางคลินิกแบบเดิมอาจเป็นปัญหา เพราะไม่มีการแยกบทบาทชัดเจนว่าส่วนไหนเป็นของ รพสต. ส่วนไหนเป็นของโรงพยาบาล จึงควรมีตัวชี้วัดที่แยกบทบาทอย่างชัดเจนเพื่อให้สถานพยาบาลทราบว่าผลงานของตนเองเป็นอย่างไร ตัวชี้วัดจึงต้องครอบคลุมทั้ง structure process และ clinical outcome
- ที่ผ่านมาในเวทีของผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีการนำ QOF มาอภิปรายกันอย่างจริงจัง ผู้กำหนดนโยบายยังไม่ทราบและไม่เข้าใจเกี่ยวกับ QOF
- การดำเนินโครงการ QOF ซึ่งใช้กลไกการเงิน ต้องคำนึงถึง 3 ประการ คือ งบประมาณต้องเป็นเงินเต็มมิใช่เงินตัด ต้องมีตัวชี้วัดที่ทุกคนเห็นตรงกันว่าสามารถพัฒนาคุณภาพบริการ และต้องสร้างการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ

ปิดการประชุมเวลา 12.00 น.

.....

นางสาวรุ่งนภา คำผาง

ผู้บันทึกการประชุม

.....

ภญ.จันทนา พัฒนเภสัช

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม