

1. ชื่อโครงการ

ภาษาไทย: การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว

ภาษาอังกฤษ: Synthesis Research for Economic Evaluation of Primary Care Cluster Policy

2. รายละเอียดของโครงการ

2.1 หลักการและเหตุผล

สถานะทางสุขภาพของประชาชนถือเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญในการพัฒนาประเทศและถือเป็นหน้าที่หลักของรัฐบาลในการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชน ดังนั้นประเทศต่างๆทั่วโลกจึงพยายามพัฒนาระบบบริการและสร้างหลักประกันทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนของตน ซึ่งประเทศไทยได้จัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับประชาชนทุกคนตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งนโยบายดังกล่าวเป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็น โดยค่าใช้จ่ายจะต้องไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ รวมถึงหลักการดังกล่าวได้ถูกระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานจากสถานพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งปัจจุบันถือได้ว่าประชาชนไทยเกือบทั้งหมดมีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของรัฐรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามแนวนโยบายดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การบริการสุขภาพระดับต้นหรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยจัดเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงขึ้นไปในระดับทุติยภูมิ (Secondary care) หรือตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้การรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องอาศัยเครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่ไม่สูงจนเกินไป การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถือเป็นหน่วยบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดบริการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับพื้นที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยก่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม

สุขภาพและการป้องกันโรคทั้งที่ยังไม่เกิดขึ้นและป้องกันการเกิดโรคหรืออาการแทรกซ้อนในกรณีที่เกิดโรครุนแรงแล้ว รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้นเมื่อเกิดกว่าศักยภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งหากสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยลดการใช้บริการทางสาธารณสุขในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมิบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่อยู่ในเขตชนบท สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของต่างประเทศที่บ่งชี้ว่าระบบบริการปฐมภูมิเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม¹

ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในอุดมคติ ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขปฐมภูมิให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า และมองระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวมทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆและชุมชน ในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน[1]

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีการกำหนดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit) และมีการพัฒนาในลักษณะหลากหลายรูปแบบมากขึ้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขก็ได้พัฒนาศักยภาพด้านต่างๆของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งการปรับเปลี่ยนสถานีนอมนายให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่และจำนวนประชาชนที่ต้องดูแลที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภค พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วนและมีคุณภาพมาตรฐาน

ภายใต้แนวคิดด้านบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งให้สูงขึ้นตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางแห่งสามารถพัฒนาไปศูนย์แพทย์ชุมชน ที่จัดบริการได้ครบถ้วนซึ่งมีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำ บางแห่งมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามยังขาดการดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการพัฒนาไปสู่การจัดตั้งทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และมีแพทย์เป็นทีมสนับสนุนในฐานะ

ที่ปรึกษา[2] ซึ่งทำให้มีการกำหนดผู้ดูแลประชาชนที่ชัดเจน ก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลในระดับหนึ่งแต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากหัวหน้าทีมยังไม่ใช่แพทย์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของทีมบริการ ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานประสบความสำเร็จในด้านการเข้าถึงพื้นที่ การเยี่ยมบ้าน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสร้างและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าประชาชนบางส่วนยังคงไปรับบริการในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ โดยที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเลย ถึงแม้ว่าบริการรักษาพยาบาลนั้นสามารถจัดบริการได้ที่หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิก็ตาม ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่เชื่อมั่นต่อบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือต้องการพบแพทย์ที่มีความเฉพาะทาง ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลใหญ่ การดูแลยังมุ่งเน้นเฉพาะโรค ขาดเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ[3] โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่มีสร้างความมั่นคงของระบบบริการ ลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559 ซึ่งกำหนดไว้ใน หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 (ข) ด้านอื่นๆ (5) ที่กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และ แผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข องค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และ เป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

จากแนวนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ดังกล่าวเชื่อว่าจะนำไปสู่การสร้าง ความเชื่อมั่นของหน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนได้ จากการที่มีแพทย์ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลประชาชน 1 คนต่อประชาชน 10,000 คน และมีทีมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขด้านต่างๆเป็นทีมสนับสนุน โดยผลที่คาดว่าจะเกิดคือจากการดำเนินนโยบายดังกล่าวจะช่วยให้สามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มที่มีสุขภาพดีผ่านการส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพให้ยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรง รวมถึงการคัดกรองโรคเรื้อรังซึ่งหากตรวจพบก็จะสามารถดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็วทำให้สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้ นอกจากนี้ยังสามารถให้การดูแล

ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปเล็กน้อยๆ สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิได้โดยไม่ต้องไปรับบริการในหน่วยบริการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและค่าใช้จ่ายของประชาชนลงได้ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังหากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ทำให้สามารถชะลอการดำเนินไปของโรค (Progression) หรือลดอาการแทรกซ้อน (Complication) ของโรคลงได้ ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลงได้ นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ รวมถึงเพิ่มความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตามการพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการดำเนินโครงการหรือนโยบายถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจดำเนินโครงการหรือนโยบาย โดยพิจารณาจากต้นทุน (Cost) หรืองบประมาณที่ต้องใช้เพื่อดำเนินการเทียบกับผลลัพธ์ (Benefit) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากโครงการหรือนโยบายดังกล่าวในรูปแบบของตัวเงิน (Monetary) ซึ่งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวถือเป็นนโยบายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งในการพัฒนานโยบายดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว โดยการประเมินเป็นลักษณะของการประเมินก่อนการดำเนินงาน (Ex-ante evaluation) ซึ่งจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายได้ทราบอย่างคร่าวๆ ถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งแนวทางในการประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการพิจารณาตัดสินใจลงทุนนโยบายดังกล่าว และนำไปสู่การพัฒนาตัวชี้วัดทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวของนโยบายในอนาคตได้อีกด้วย

2.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนารอบในการประเมินผลการดำเนินและความสำเร็จของนโยบายนี้ในอนาคต

2.3 การทบทวนวรรณกรรม

นโยบายคลินิกหมอครอบครัว

นโยบายคลินิกหมอครอบครัวเป็นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิซึ่งอาศัยศาสตร์ของเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การบริการโดย

ทีมสหสาขาวิชาชีพในสัดส่วนต่อประชากรที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริการด้านสุขภาพได้ทุกกลุ่มวัย ทุกมิติสุขภาพตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสุขภาพ หรือในชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีช่วยในการดูแลเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา นโยบายคลินิกหออัครครบถ้วนได้เริ่มดำเนินการตามร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปีพ.ศ. 2559 และมีเป้าหมายในการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศภายใน 10 ปี[3]

รูปแบบของคลินิกหออัครครบถ้วนจะมีการจัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิแบบต่างๆ คือ แบบหน่วยบริการเดี่ยว (ประชากรมากกว่า 30,000 คน/ แห่ง) แบบรวมหน่วยบริการ (มีประชากรน้อยกว่า 20,000 คน แต่สามารถรวมกลุ่มที่มีพื้นที่ติดต่อกันเพื่อให้ได้จำนวนประชากรประมาณ 30,000 คน) หรือแบบมีหน่วยบริการเอกชนร่วมจัดบริการ หรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ให้บริการสามารถเลือกจัดเครือข่ายได้หลากหลายรูปแบบเพื่อให้สามารถบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถดำเนินการได้ทั้งในระดับบุคคล (personal care) ครอบครัว (family care) ชุมชน (community care) หรือ ประชากร (population care)[3]

ผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเสมือนประตูด่านแรกในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และเกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญคือการทำให้ผู้รับบริการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นด้วยต้นทุนที่ต่ำ นอกจากนี้การบริการสุขภาพปฐมภูมิยังช่วยในด้านความเสมอภาคทำให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ลดการใช้ทรัพยากรในสถานพยาบาล เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น[4] โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการมีแพทย์เพิ่มขึ้นในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการดูแลโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการตายของทารก เป็นต้น[5]

สำหรับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการจัดการโรคเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่ห่างไกลของประเทศออสเตรเลียก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ ผู้รับบริการจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นทั้งในโรคไต โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจะลดอัตราการนอนในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น[6] ในประเทศแอฟริกาใต้ก็มีการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกบริการปฐมภูมิ ซึ่งคลินิกจะทำให้ผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีการจัดกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยด้วย พบว่าผู้ป่วยที่เข้าในโปรแกรมคลินิกบริการปฐมภูมิในระยะ 15 เดือน จะมีระดับน้ำตาลในเลือด (ระดับ HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยลดจาก 9.7% เหลือ 8.4%[7]

ผลลัพธ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic outcome) และผลลัพธ์ทางมนุษยธรรม (humanistic outcome) ซึ่งการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่สามารถวัดผลลัพธ์ง่าย และได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เนื่องจากการตัดสินใจในกิจกรรมใดๆ ซึ่งมีทรัพยากรที่จำกัด จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านต่างๆ มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น ความเสมอภาค ความพึงพอใจ ค่าเสียโอกาส เป็นต้น หากจะพิจารณาผลลัพธ์ทั้งหมดจะมีข้อจำกัดในการรวมผลลัพธ์เข้าด้วยกัน ซึ่งไม่สามารถนำผลลัพธ์มิติต่างๆ รวมกันได้ การลดข้อจำกัดประการหนึ่งคือ การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์แทน เนื่องจากผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์สามารถสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ในมิติอื่นๆ ได้ในรูปของตัวเงินที่เหมือนกัน

การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์สำหรับการบริการสุขภาพได้มีการศึกษาในหลายประเทศ ดังเช่น Hardin และคณะ[8] ได้พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโอกาสและความต้องการสูงในใช้บริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูงด้วย เป็นการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผลลัพธ์ที่ได้พบว่า การมีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี จะช่วยลดจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 28% ในแผนกผู้ป่วยใน 50% ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาล 49% และลดจำนวนการใช้บริการทางการแพทย์ คือลดการใช้ CT scan 67% ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ลดลง \$US 721.654 หรือ ลดลง 51% นอกจากนี้มีการศึกษาในอังกฤษเพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างปีค.ศ.2004/2005 ถึงปีค.ศ.2007/2008 ทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลดลง 130 ล้านปอนด์ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ลดลงเป็นผลมาจากการลดลงของการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก[8] ส่วนการศึกษาของ Thanassoulis และคณะ[9] พบว่า การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของสหราชอาณาจักร ระยะเวลา 1 ปี ค.ศ.2007-2008 มีต้นทุนในการส่งต่อผู้ป่วยและต้นทุนค่ายาลดลง คิดเป็น 6.4% ของค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด

นอกจากนี้ การประเมินผลของการให้บริการสุขภาพยังสามารถประเมินในเชิงของความสัมพันธ์ของต้นทุนด้านบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบของต้นทุนที่ใช้กับผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งอาจวัดเป็น ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ต้นทุนผลได้ (cost-benefit analysis) หรือต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jacob และคณะ[10] ระหว่างปีค.ศ.1980-2012 เพื่อศึกษาการประเมินผลของการให้บริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการควบคุมความดันโลหิตสูงใน

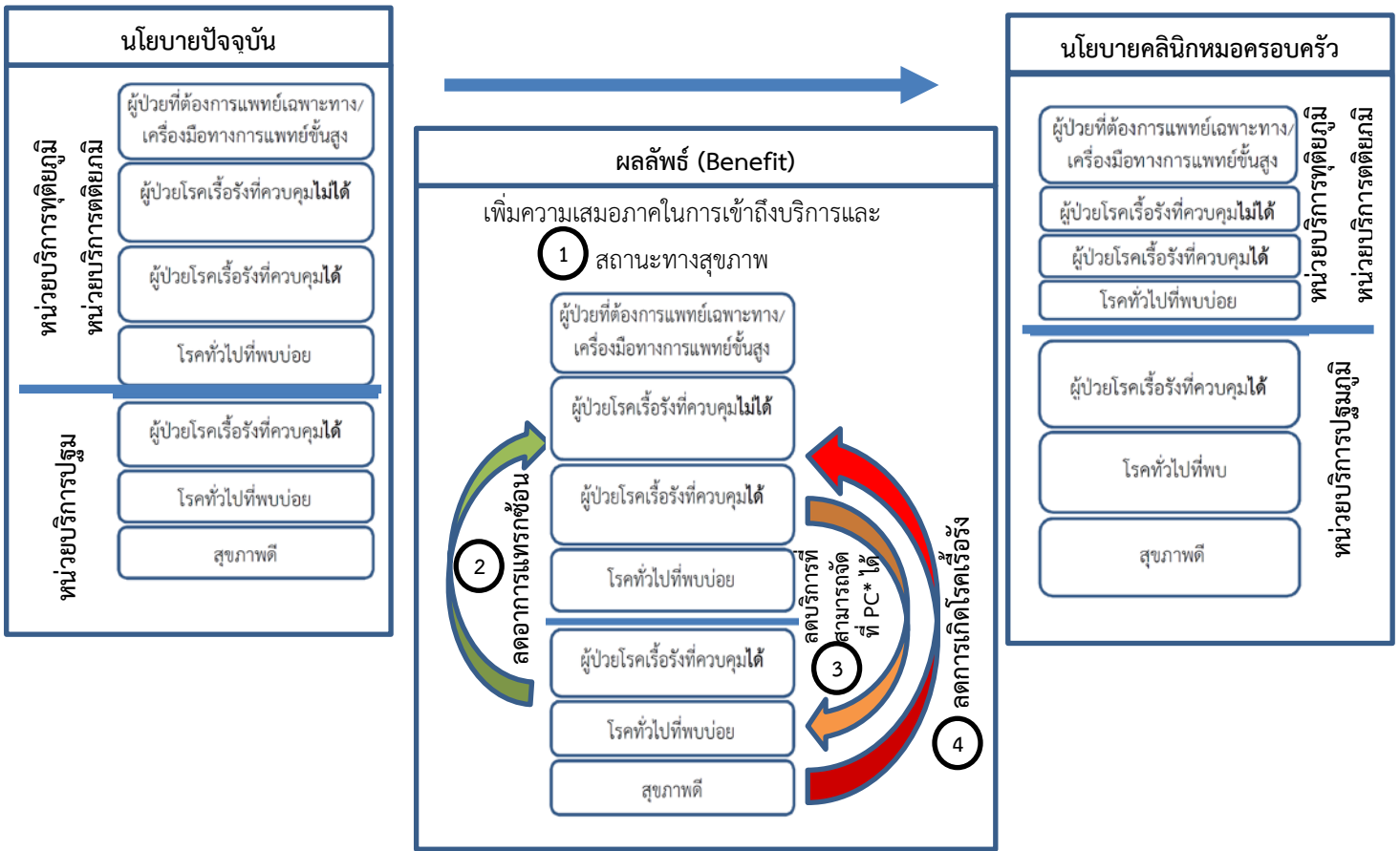
ผู้ป่วย พบว่าการให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีผลได้ทางเศรษฐศาสตร์ คือ การประหยัดเงินจากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเมื่อมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ก็就不用เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตอนป่วย และผู้ป่วยสามารถเพิ่มผลผลิตให้แก่สังคมได้เมื่อผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ส่งผลให้ไม่ต้องขาดงานและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อพิจารณาค่าสัดส่วนผลได้ต่อต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการสุขภาพในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผลได้ต่อต้นทุนเป็น 12: 1 ซึ่งหมายความว่า การให้บริการสุขภาพด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้นมีความคุ้มค่าโดยมีผลได้มากกว่าต้นทุนที่ลงทุน ซึ่งถือว่าการให้บริการสุขภาพนี้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

2.4 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

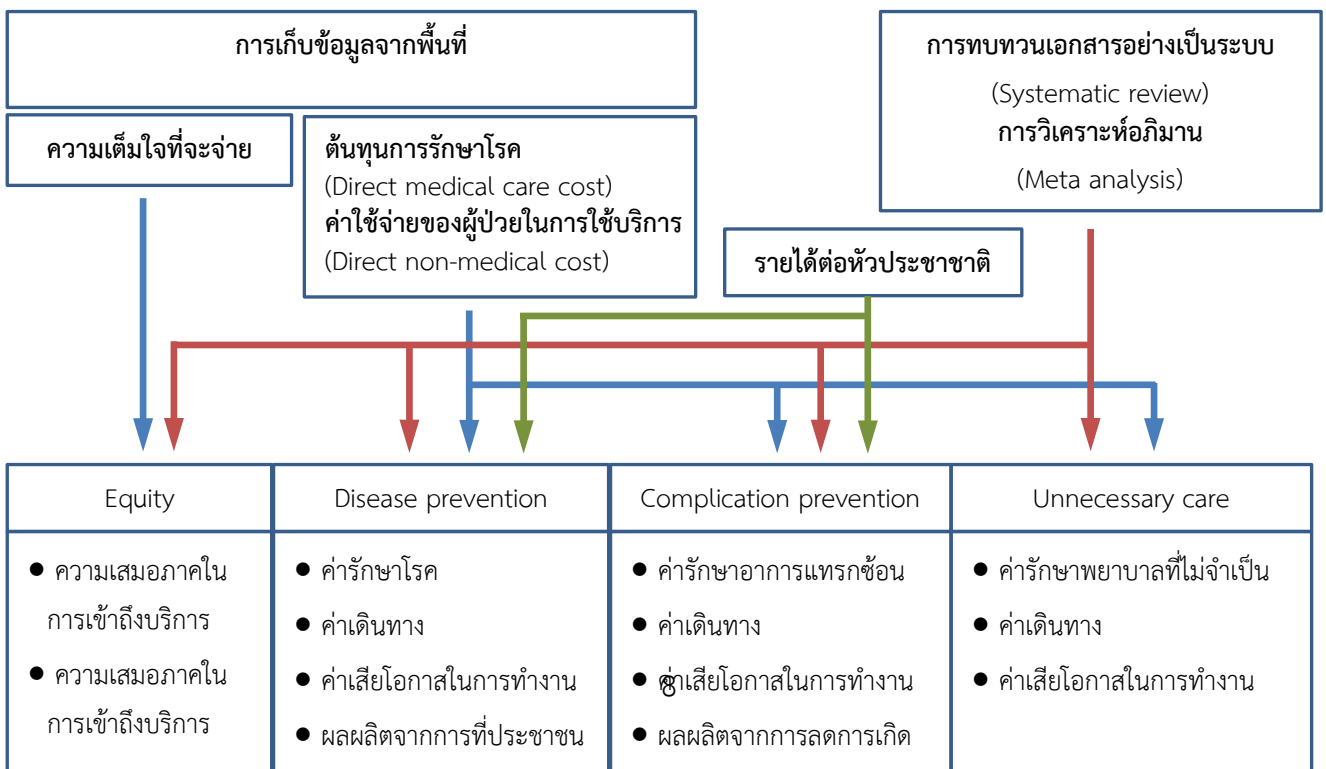
การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประเด็นที่มีผลต่อความคุ้มค่าของนโยบาย (attributable factor) เช่น การลดต้นทุนของการให้บริการ การลดลงของโรคแทรกซ้อน การลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการใช้บริการ ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะสามารถใช้ในการประเมินผลและติดตามหรือใช้เป็นตัวชี้วัดของการประเมินโครงการ โดยใช้โมเดลทางเศรษฐศาสตร์ ร่วมกับการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การใช้โมเดลทางเศรษฐศาสตร์จะช่วยในการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ในระยะยาว ซึ่งการวิจัยกำหนดกรอบเวลาในการศึกษาเป็นระยะ 10 ปี ทั้งนี้ข้อมูลที่จะใช้ในโมเดลจะมาจาก 2 ส่วนคือ ข้อมูลในพื้นที่ที่มีการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งจะเป็นข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับผลลัพธ์ในการดำเนินงานบริการด้านปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย* (Conceptual framework)



กรอบการดำเนินงานวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมที่ประกอบด้วย 2 ส่วนคือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการลงพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับคลินิกหมอครอบครัวเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เนื่องจากนโยบายคลินิกหมอครอบครัวยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาในอดีตทั้งจากในและต่างประเทศที่แสดงว่าหากมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในลักษณะดังกล่าว จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการและประสิทธิภาพ

ดังนั้นการศึกษานี้จึงทบทวนผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจากวรรณกรรมที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่เชื่อถือได้ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งเชื่อได้ว่าข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าวน่าจะมี ความเชื่อถือได้พอสมควร เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายคลินิกหมอครอบครัว โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัวกับผลลัพธ์ของการดำเนินงานบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยจะทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, the Cochrane Library, SCOPUS เป็นต้น ตั้งแต่เริ่มมีฐานข้อมูลจนถึงเดือนมีนาคม 2560 รวมถึงการสืบค้นโดยพิจารณาจากเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย รายงานวิจัยที่สืบค้นได้จะถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด

โดยผลลัพธ์ที่จะทำการสืบค้นและรวบรวมจากวรรณกรรมแบ่งเป็น 6 ประเภทคือ

- 1.1 ผลลัพธ์จากการลดค่ารักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น (unnecessary medical care cost)
- 1.2 ผลลัพธ์จากการลดค่ารักษาอาการแทรกซ้อน (complication treatment cost)
- 1.3 ผลลัพธ์จากการลดค่าเดินทาง (traveling cost)
- 1.4 ผลลัพธ์จากการลดค่าเสียโอกาสในการทำงาน (opportunity cost)
- 1.5 ผลลัพธ์จากผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการที่ประชาชนมีสุขภาพดี และลดการเจ็บป่วย (productivity gain)
- 1.6 ผลลัพธ์จากความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (equity)

การสืบค้นวรรณกรรมจะพิจารณาผลลัพธ์จากการรับบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ และผู้ที่มีสุขภาพดี และนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เพื่อสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละประเภทของนโยบายคลินิกห่อภิมาณเมื่อเทียบกับนโยบายในปัจจุบัน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ต้นแบบ

เพื่อให้ได้ข้อมูลผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่แท้จริง ซึ่งจะนำมาประกอบในการวิเคราะห์ผล การศึกษาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ผู้วิจัย จะเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนและการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งจากพื้นที่ที่ดำเนินการตามนโยบายคลินิกห่อภิมาณ (กลุ่มตัวอย่าง) และพื้นที่ที่ดำเนินการตามปกติ (กลุ่มควบคุม) สำหรับพื้นที่ที่จะเก็บรวบรวม ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเมืองใหญ่ (Mega city) ระดับเมือง (city) และระดับชนบท (community) โดยจะเลือกพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลระดับละ 1-3 แห่ง โดยการเลือกสถานที่เก็บข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม จะเลือกพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันหรือในจังหวัดเดียวกัน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการใช้ทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ และแบบเก็บข้อมูลต้นทุนประเภทต่างๆ

การทดสอบเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ดำเนินการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยการลงพื้นที่ รพ.สต.วังตะกั่ว อ.เมือง จ.นครปฐม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับการเก็บ รวบรวมข้อมูลในพื้นที่จริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลจะถูกรวบรวมทั้งจากพื้นที่ที่ดำเนินการตามนโยบายคลินิกห่อภิมาณ (กลุ่มตัวอย่าง) และพื้นที่ที่ดำเนินการตามนโยบายปัจจุบัน (กลุ่มควบคุม) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา แบ่งตามผลลัพธ์ของ การบริการสุขภาพ ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์จากการลดค่ารักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น (unnecessary medical care cost)

กลุ่มเป้าหมาย: กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ และผู้มีสุขภาพดี

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย จำนวนครั้งของการรับการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ จำนวนผู้รับบริการ

2.2 ผลลัพธ์จากการลดค่ารักษาอาการแทรกซ้อน (complication treatment cost)

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการรักษาอาการแทรกซ้อน จำนวนครั้งของการรับการรักษา สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังคงควบคุมผลทางคลินิกได้

2.3 ผลลัพธ์จากการลดค่าเดินทาง (traveling cost)

กลุ่มเป้าหมาย: กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: ค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติในการไปรับบริการทั้งจากรักษาพยาบาล และการรักษาอาการแทรกซ้อน จำนวนครั้งของการรับบริการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการเกิดอาการแทรกซ้อน

2.4 ผลลัพธ์จากการลดค่าเสียโอกาสในการทำงาน (opportunity cost)

กลุ่มเป้าหมาย: กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: เวลาที่สูญเสียของผู้ป่วยและญาติในการไปรับบริการทั้งจากรักษาพยาบาล และการรักษาอาการแทรกซ้อน จำนวนครั้งของการรับบริการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการเกิดอาการแทรกซ้อน

2.5 ผลลัพธ์จากผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการที่ประชาชนมีสุขภาพดี และลดการเจ็บป่วย (productivity gain)

กลุ่มเป้าหมาย: กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ และผู้มีสุขภาพดี

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง: อัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต อัตราการขาดงาน

2.6 ผลลัพธ์จากความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (cost of equity)

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยทั้งหมด และผู้มีสุขภาพดี

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม: ความพึงพอใจ/ ความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ เพื่อทำให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยข้อมูลนี้จะเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่สะท้อนถึงนโยบายที่ได้จัดขึ้น

วิธีการเก็บข้อมูล: ใช้แบบสอบถามความเต็มใจที่จะจ่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อสอบถามกลุ่มเป้าหมาย

3. การพัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

พัฒนาแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ คือ แบบจำลองการตัดสินใจ (decision tree model) โดยใช้ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ทั้งในส่วนของคุณภาพจากพื้นที่จริง และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้แบบจำลองเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะ 10 ปี สำหรับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตจะถูกปรับลดโดยกำหนดอัตราการปรับลด (discount rate) เท่ากับ 3% เพื่อทำให้เป็นค่าปัจจุบัน (present value) ตามคำแนะนำในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการรวมผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดที่เกิดจากนโยบายคลินิก หมอครอบครัว และผลลัพธ์ทั้งหมดจากการบริการสุขภาพในปัจจุบัน เพื่อหาผลต่างของผลลัพธ์จากทั้งสองบริการสุขภาพโดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

เนื่องจากตัวแปรต่างๆที่ใช้ในแบบจำลองอาจมีความคลาดเคลื่อนตามความน่าจะเป็น การศึกษาครั้งนี้จะทำการประเมินความคลาดเคลื่อนหรือความอ่อนไหว (Sensitivity analysis) ด้วยวิธีการทางสถิติที่เรียกว่า Probabilistic sensitivity analysis โดยทำการสุ่มตัวแปรต่างๆซ้ำๆกัน 1,000 ครั้ง (Monte carlo simulation) เพื่อหาค่าความน่าจะเป็นที่ 95% (confidence interval) และจะมีการวิเคราะห์ว่าตัวแปรหรือปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าของนโยบายนี้ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อการติดตามความก้าวหน้าหรือผลสำเร็จของการดำเนินนโยบายในอนาคต

การนำเสนอผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอผลโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในมุมมองของผู้ให้บริการ/ระบบประกันสุขภาพ มุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และมุมมองของสังคม

2.5 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้จะศึกษาข้อมูลผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการสุขภาพตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว และการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1.ผลได้จากการลดบริการที่ไม่จำเป็น ณ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Unnecesary care) 2.ผลได้จากการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน (Complication prevention) 3.ผลได้จากการป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี (Disease prevention) และ 4.ผลในด้านความเสมอภาค (Equity) ในการเข้าถึงบริการและสถานะทางสุขภาพ โดยจะแปลงผลทั้งหมดให้อยู่ในรูปตัวเงิน

เนื่องจากข้อมูลที่ใช้เป็นตัวแปรสำคัญของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์อาจไม่สามารถเก็บได้อย่างครบถ้วนในพื้นที่หรือในระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องใช้ตัวแปรบางส่วนจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทย อย่างไรก็ตามนักวิจัยจะระบุถึงที่มาของตัวแปรเหล่านั้นอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับนักวิจัยในประเทศในการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในประเทศไทยต่อไป

กรอบการศึกษานี้มีกำหนดเวลา 10 ปี ต้นทุนหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้อาจส่งผลในระยะเวลายาวนานกว่านี้ เนื่องจากการประมาณการต้นทุนและผลลัพธ์ในระยะเวลายาวนานกว่านี้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้สูงและนโยบายนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก เนื่องจากสังคม เศรษฐกิจและปัจจัยในระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป นักวิจัยจึงกำหนดกรอบการศึกษาเพียง 10 ปี ดังที่ระบุข้างต้น

2.6 ระยะเวลาในการดำเนินงาน

การวิจัยนี้มีระยะเวลาในการดำเนินงานรวม 3 เดือน ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2560

2.7 แผนการดำเนินงาน (Action Plan)

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	สัปดาห์ที่												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
กำหนดกรอบการวิจัย	กรอบการวิจัย	←→												
พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล		←→											
ทบทวนวรรณกรรม (Systematic review)	ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม				←→									
การทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์				←→									

2.10 งบประมาณค่าใช้จ่ายตลอดโครงการ

งบประมาณสนับสนุนจาก สวรส.

2.11 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. **ด้านนโยบาย** เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาความคุ้มค่าในการลงทุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนางานคลินิกหมอครอบครัว และพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวในอนาคต

2. **ด้านชุมชนและพื้นที่** เพื่อได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนางานคลินิกหมอครอบครัวในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. **ด้านวิชาการ** เพื่อพัฒนาระเบียบวิธีวิจัยและขีดความสามารถของประเทศไทยในการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายสาธารณสุขขนาดใหญ่ ซึ่งจะนำไปสู่การใช้ข้อมูลที่รอบด้านสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย นำไปสู่ระบบธรรมาภิบาลที่ดีของระบบสุขภาพและของสังคมไทยในอนาคต

2.12 หน่วยงานรัฐบาลผู้ใช้ประโยชน์

- คณะรัฐมนตรี
- สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
- กระทรวงการคลัง
- กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2.13 ผลงานนำส่ง

1. ผลการประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ของนโยบายคลินิกหมอครอบครัว
2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย
3. กรอบในการประเมินผลการดำเนินและความสำเร็จของนโยบายนี้ในอนาคต

2.14 เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. บทความระบบบริการปฐมภูมิ (*Primary care*). [cited 2017 14 มีนาคม]; Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ทีมหมอครอบครัว (*Family care team*). 2557, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. 2559, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
4. Rao, M. and E. Pilot, *The missing link-the role of primary care in global health*. Global health action, 2014. 7.
5. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi, *Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States*. International journal of health services, 2007. **37**(1): p. 111-126.
6. Zhao, Y., et al., *Better health outcomes at lower costs: the benefits of primary care utilisation for chronic disease management in remote Indigenous communities in Australia's Northern Territory*. BMC health services research, 2014. **14**(1): p. 463.
7. Motta, L.A., et al., *Point-of-care testing improves diabetes management in a primary care clinic in South Africa*. Primary Care Diabetes, 2017.
8. Dusheiko, M., et al., *Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care*. Journal of health economics, 2011. **30**(5): p. 919-932.
9. Thanassoulis, E., M.C.S. Portela, and M. Graveney, *Estimating the scope for savings in referrals and drug prescription costs in the general Practice units of a UK primary care trust*. European Journal of Operational Research, 2012. **221**(2): p. 432-444.
10. Jacob, V., et al., *Economics of team-based care in controlling blood pressure: a community guide systematic review*. American journal of preventive medicine, 2015. **49**(5): p. 772-783.