

โครงการวิจัย

1. ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	การประเมินผลเชิงพัฒนานโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่อง
ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ)	The developmental evaluation of “One ID card smart hospital” policy in pilot area
คำสำคัญของการวิจัย	การประเมินเชิงพัฒนา, การประเมินนโยบาย, ระบบบริการสาธารณสุข, ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง
Keyword	developmental evaluation, policy evaluation, healthcare services, theory of change
หัวหน้าโครงการวิจัย	
ชื่อ-นามสกุล	ดร. ภาณุ.ปฤษฎัมพร กิ่งแก้ว
หน่วยงาน	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์	02-590-4549, 02-590-4374
โทรสาร	02-590-4369
E-mail address	omt@hitap.net, pritaporn.k@hitap.net

2. รายละเอียดของโครงการ

2.1 หลักการและเหตุผล

การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Exchange: HIE) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลด้านบริหารจัดการ การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ มักจะพบในเครือโรงพยาบาลที่ใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (health information standard) และระบบสารสนเทศ (Hospital Information System: HIS) แบบเดียวกัน เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบข้อมูล (data interoperability) โรงพยาบาลภาครัฐในประเทศไทยใช้ระบบสารสนเทศที่ต่างกันและยังใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ต่างกันด้วย (1) จึงเป็นอุปสรรคต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากระเบียนข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Personal Health Record: PHR) ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองจากการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่น ๆ ได้

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงการวิจัย	1	19.04.2567	1 / 24

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 เพื่อรองรับการบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 และเป็นเครื่องมือในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน และเปิดจองคิวเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 โดย “หมอพร้อม” เปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564 และได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นระบบฐานข้อมูลกลาง ในการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งปัจจุบัน ระบบแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากระเบียนข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Personal Health Record: PHR) ของแต่ละหน่วยงานระหว่างกันและพัฒนาเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่ หรือ Big Data ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเครือข่ายสาธารณสุขไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนทั้งในฝั่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ระบบการจัดการลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ของบุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ระบบการแพทย์ทางไกล การให้แพทย์ปรึกษาระหว่างแพทย์ด้วยกัน การนัดหมายออนไลน์ และการแจ้งเตือน ปัจจุบัน มีระบบการเชื่อมต่อโดยมีผู้ใช้งานผ่าน LINE Official Account จำนวน 15.4 ล้านคน และ application “หมอพร้อม” จำนวน 24.7 ล้านคน

นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”¹ เป็นนโยบายภาครัฐจากแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ประเด็นที่ 10 ว่าด้วยเรื่องดิจิทัลสุขภาพ (5) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการสุขภาพให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับและทุกสังกัด โดยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก มีคุณภาพ รวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาเดินทาง และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และประชาชนสามารถเลือกรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลทุกเครือข่ายทั้งโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน คลินิกทันตกรรม ร้านยา และห้องปฏิบัติการเอกชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ โดยเริ่มต้นจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ UC)

จากการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ได้มีมติเห็นชอบให้มีโครงการนำร่อง แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- **ระยะที่ 1** เริ่มต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และ นราธิวาส เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7 และ 12 ตามลำดับ
- **ระยะที่ 2** เริ่มต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และ พังงา เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 และ 11 ตามลำดับ

¹ มติคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 24 ตุลาคม 2566

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	2 / 24

- **ระยะที่ 3** เริ่มต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12

โดยนโยบายนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ 4 ส่วน (**รูปที่ 1**) ได้แก่ 1) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการที่ใช้ระบบสารสนเทศที่แตกต่างกันหรือยังไม่มีระบบสารสนเทศรองรับ เช่น คลินิกเอกชน ร้านยา หรือการให้บริการนอกสถานพยาบาล (สอน.บัดดี้) 2) ระบบยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ (HealthID) และผู้ให้บริการ (ProviderID) นำมาซึ่งความสามารถในการลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การตรวจสอบสิทธิและการยืนยันการเข้ารับบริการ 3) ระบบการทำงานเพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การแพทย์ทางไกลและเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ใบบรรองแพทย์ดิจิทัล ใบบัญยา/ใบบัญแลปอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น และ 4) ระบบเชื่อมต่อประชาชนเพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารและคืนข้อมูลสุขภาพ ผ่านช่องทาง Line OA และแอปพลิเคชันหมอพร้อม



ที่มา: เอกสารประกอบการนำเสนอเรื่อง ทิศทางการขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health)

โดย ดร. นพ.ศุภฤกษ์ ถวัลลาภ รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

รูปที่ 1 กรอบการพัฒนาระบบบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่

ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่โครงการต้องได้รับการประเมินเพื่อนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาโครงการให้บรรลุต่อเป้าหมายของการดำเนินงานต่อไป โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้รับมอบหมายจากสำนักสุขภาพดิจิทัล ให้ประเมินโครงการดังกล่าว โดยมุ่งเน้นให้ได้ผลการประเมินที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการให้บรรลุเป้าหมายอย่างรวดเร็ว ผู้ประเมินจึงนำแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Development Evaluation) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ใช้สำหรับการประเมินในสถานการณ์เชิงระบบที่มีความซับซ้อนและ

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	3 / 24

เป็นพลวัต (complex adaptive system) เช่นเดียวกับการดำเนินงานของนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวฯ ภายใต้สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยการประเมินดังกล่าวต้องผสมการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ประเมินและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดผ่านกระบวนการ “ร่วมเรียนรู้” เพื่อให้ได้แผนงานที่สอดคล้องกับสภาพบริบท และสามารถดำเนินการได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังได้ผลการประเมินที่รวดเร็วสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาโครงการได้อย่างสม่ำเสมอและทัน่วงที่ตลอดระยะเวลาการประเมิน ทันท่อสถานการณ์และทันต่อการเปลี่ยนแปลง

2.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

- 1) เพื่อวิเคราะห์นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” และการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง
- 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในพื้นที่นำร่องและพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาและพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดการประเมินผล นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบายฯ ในพื้นที่นำร่อง เช่น การตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของหน่วยบริการเอกชน ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค และถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดนำร่อง เพื่อเตรียมความพร้อมการดำเนินงานสำหรับการขยายผลของนโยบายในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย
- 4) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

2.3 การทบทวนวรรณกรรม

2.3.1 พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2566 (6) พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เช่น ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ เลือกที่จะใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ขณะที่ประชากรในภาคกลางส่วนใหญ่เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้แล้วยังพบว่า มีผู้ที่มีความต้องการได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 5.8 ของประชากรทั่วประเทศที่ไม่ได้รับการบริการ โดยมีสาเหตุ

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	4 / 24

3 ลำดับแรก คือ 1) การรอคิวที่นาน 2) การไม่มีเวลาไปรับการรักษา และ 3) เดินทางไม่สะดวกหรืออยู่ห่างไกลสถานบริการ โดยพบว่าในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ผู้ใช้บริการทั่วประเทศมีการหยุดกิจวัตรประจำวัน โดยเฉลี่ย 1.1 วัน สอดคล้องกับเหตุผลของกลุ่มที่มีความต้องการรักษา โดยจำเป็นต้องนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีเหตุผลที่ไม่ได้รับการรักษาใน 2 ลำดับแรก เช่นเดียวกับเหตุผลข้างต้น และมีเหตุผลเพิ่มเติมที่ไม่ได้รับการรักษาจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการทั้งในแง่ของความสามารถของบุคลากร หรือ ทรัพยากรทางการแพทย์ นอกจากนี้แล้วในการสำรวจครั้งนี้ได้ พบว่า ประชากรมีค่าใช้จ่าย เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพโดยเฉลี่ยที่สูงขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 145 บาท ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 261 บาท ในปี พ.ศ. 2566

2.3.2 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์

ประเทศไทยมีสัดส่วนจำนวนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,680 คน ขณะที่เกณฑ์สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรที่เหมาะสมขององค์การอนามัยโลก (WHO) อยู่ที่อัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1000 คน อย่างไรก็ตามสัดส่วนของแพทย์ส่วนใหญ่ ยังมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในสัดส่วนกว่า 1 ใน 4 ของอัตราแพทย์ที่มีในระบบสาธารณสุข (7) โดยจากข้อมูลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการลาออกของบุคลากรแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยปีละ 455 คน จึงทำให้เมื่อรวมกับจำนวนแพทย์ที่เกษียณ ประเทศไทยสูญเสียบุคลากรแพทย์เฉลี่ย 655 คนต่อปี ขณะที่อัตราการผลิตบุคลากรแพทย์เฉลี่ย ในช่วงปี 2561-2565 นั้นอยู่ที่อัตรา 2,628 คน

นอกจากนี้อัตราส่วนที่ WHO กำหนดสัดส่วนที่เหมาะสม ของพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1:200 ขณะที่พบว่าข้อมูลในปี 2565 สัดส่วนของพยาบาลต่อประชากรในประเทศไทย มีอัตราส่วนเท่ากับ 1:660 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ขณะนี้ พยาบาล 1 คน มีภาระงานมากขึ้นถึง 3 เท่า โดยภาระงานที่มากขึ้น สะท้อนผ่านอัตราการสูญเสียพยาบาลที่ลาออกจากระบบในแต่ละปีกว่า 7,000 คน โดยถึงแม้ว่าอัตราการผลิตพยาบาลจะอยู่ที่ปีละ 100,000 ตำแหน่ง ก็ตาม (8)

2.3.3 นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

ในปีงบประมาณ 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายเพื่อลดช่องว่างบริการสาธารณสุข ในนโยบายประเด็นที่ 10 ว่าด้วยประเด็นดิจิทัลสุขภาพ ผ่านนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินงานในระยะเวลา 100 วัน ให้เห็นเป็นรูปธรรมสำหรับประชาชน โดยวางภาพอนาคตระบบสาธารณสุขรูปแบบใหม่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มคุณภาพเพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนภายใต้เป้าประสงค์หลัก “ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน” นโยบายดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับและทุกสังกัด อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสุขภาพ พร้อมทั้งลดภาระการดำเนินงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพ โดยนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการ ดำเนินการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของ

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงสร้างการวิจัย	1	19.04.2567	5 / 24

หน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็นระบบเดียว และสามารถให้บริการสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล ควบคู่ไปกับการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ ยังปรับระบบบริการโดยให้ความสำคัญกับความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ของข้อมูลสุขภาพ โดยข้อมูลของประชาชนจะถูกเก็บไว้ในระบบคลาวด์และมีการกำหนดสิทธิของผู้ให้บริการในการเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วยจึงสามารถใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใดก็ได้ อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการปกติสามารถรับยาได้ที่ร้านยา โดยเภสัชกรจะเข้าชมประวัติการรักษาเพื่อจ่ายยาให้ตรงตามประวัติการรักษาเดิมของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถรับบริการเจาะเลือดที่ศูนย์เทคนิคการแพทย์ใกล้บ้าน ก่อนวันนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งประวัติการตรวจรักษาต่างๆ จะถูกอัปโหลดในระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้แพทย์ผู้รักษาสสามารถเห็นประวัติการรับยาและผลเลือดของผู้ป่วยในระบบออนไลน์ได้ จากนโยบายดังกล่าว ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขของไทยมีฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) ด้านสุขภาพของประเทศ สามารถยกระดับมาตรฐานการบริการด้วยปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence หรือ AI) พลิกโฉมระบบสุขภาพไทยให้พัฒนาขึ้นไปอีกระดับ และมี digital health platform หลักของประเทศไทย ที่ทันสมัย ก้าวสู่การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ 1 ใน 3 ของทวีปเอเชีย

วัตถุประสงค์ของนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

- 1) เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขของประชาชนด้วยดิจิทัล ให้สามารถรับการรักษาได้ทุกหน่วยบริการ
- 2) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพของตนเองด้วยดิจิทัล
- 3) เพื่อพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) (9)

การดำเนินงาน

- 1) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูล โดยการพัฒนาสารสนเทศและระบบเชื่อมโยงข้อมูล ทั้งจาก โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และนอกสังกัดสธ. โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านยา
- 2) การพัฒนาระบบยืนยันตัวตน ทั้งการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ เช่น ดิจิทัลไอดี ยืนยันตัวตนผู้ให้บริการ การตรวจสอบสิทธิการรักษา การยืนยันเข้ารับบริการ ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ การยืนยันตัวตนคนต่างด้าว
- 3) การพัฒนาระบบการทำงาน เช่น ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ สมุดสุขภาพประชาชน ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล การนัดหมายออนไลน์ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น
- 4) การพัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน ทั้งการผ่าน LINE OA และ Application เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงประชาชนทั่วประเทศ

ระยะดำเนินงาน แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงสร้างการวิจัย	1	19.04.2567	6 / 24

- **ระยะที่ 1** เริ่มต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ เพชรบุรี ราชบุรี และ นครราชสีมา เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 1, 5, 7 และ 12 ตามลำดับ
- **ระยะที่ 2** เริ่มต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 8 จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้วหนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และ พังงา เป็นการนำร่องพื้นที่ตัวแทนจากเขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 และ 11 ตามลำดับ
- **ระยะที่ 3** เริ่มต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 เป็นการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 4, 9 และ 12

ประเภทของหน่วยบริการ

- **โรงพยาบาล:** โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข แบ่งระดับโรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลศูนย์ (A) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (M2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ

- **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.):** เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่ง รพ.สต. บางส่วนปัจจุบันได้ถ่ายโอนอำนาจไปยังกระทรวงมหาดไทย

- **สถานพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** ได้แก่ ร้านยา, คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น, คลินิกเวชกรรม, คลินิกเทคนิคการแพทย์, คลินิกกายภาพบำบัด, คลินิกทันตกรรม และ คลินิกการแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการกำหนดเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณและจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการได้รวดเร็วขึ้น โดยปรับเกณฑ์จ่ายเงินหน่วยบริการให้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง (3 วัน) กรณีชดเชยผู้ป่วยนอก และ ทุก 7-14 วัน กรณีชดเชยผู้ป่วยใน

2.3.4 การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation)

เป็นการประเมินเพื่อใช้สำหรับการพัฒนา (developmental purpose) นโยบายที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน หรือนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่ หรือนโยบายที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัตไม่หยุดนิ่ง (complex and dynamic) โดยผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินจะทำงานร่วมกัน (co-creation) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะอย่างทันท่วงทีตลอดระยะเวลาการประเมิน (timely feedback) การประเมินผลเชิงพัฒนา (10)

การประเมินผลเชิงพัฒนาถูกนำมาใช้ในงานวิจัยที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น การประเมินโครงการปรับปรุงสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองประเทศออสเตรเลีย เพื่อศึกษาทำความเข้าใจปัญหาจากการส่งผ่านองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งกระบวนการนี้ดำเนินงาน

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	7 / 24

ในลักษณะวงจรการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการตอบสนองและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง (11) หรือการประเมินเชิงพัฒนาสำหรับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) (12) โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เพื่อช่วยให้ กสศ. รวมถึงภาคีเครือข่ายมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจน และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานรวมถึงการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ หรือการประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (13) ในระหว่างการดำเนินการโครงการนำร่อง

จากการทบทวนดังกล่าว การประเมินเชิงพัฒนาจึงถือเป็นแนวทางการดำเนินงานที่เป็นกลไกสำคัญเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่อยู่ในระหว่างการดำเนินงาน มีองค์ประกอบที่ซับซ้อนและผู้เกี่ยวข้องที่หลากหลาย

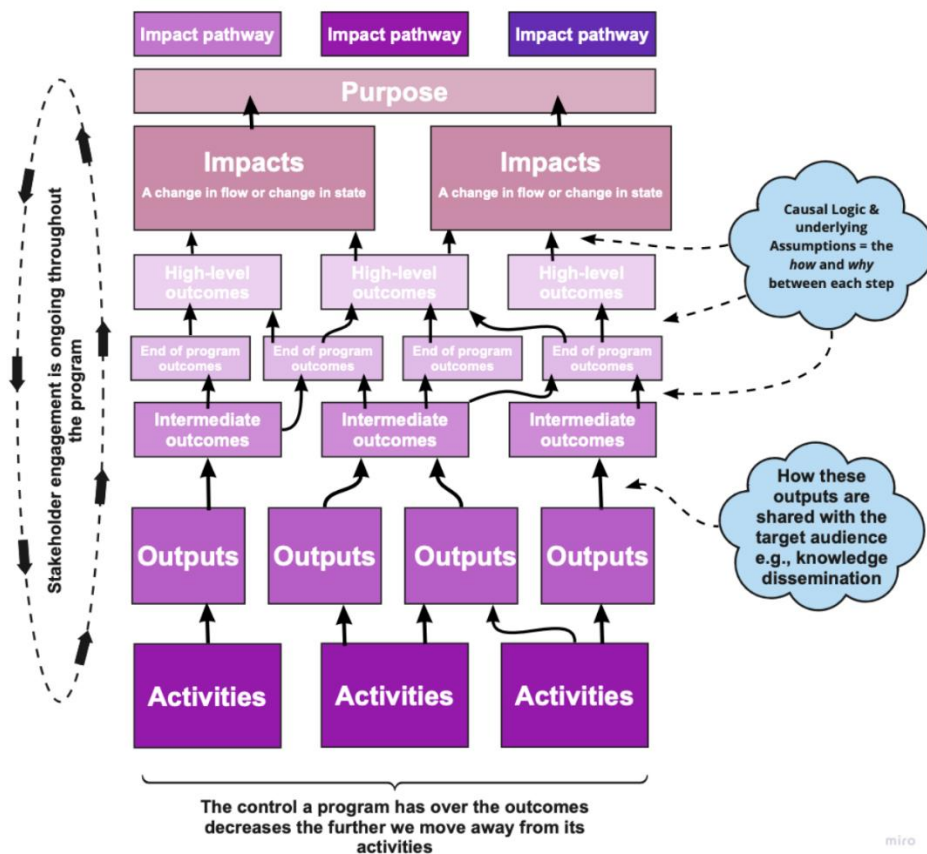
2.3.5 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นหนึ่งในแนวคิดสำหรับการประเมินโดยใช้ทฤษฎีขับเคลื่อน (theory-driven evaluation) ที่มุ่งเน้นทำความเข้าใจถึงทฤษฎีการทำงานของตัวแทรกแซง (intervention) เพื่อหาสาเหตุว่าทำไมตัวแทรกแซงถึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ และตัวแทรกแซงทำให้เกิดผลลัพธ์ได้อย่างไร (4)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นวิธีการทำความเข้าใจตัวแทรกแซงแบบย้อนกลับ หรือการทำความเข้าใจกระบวนการเกิดผลลัพธ์โดยเริ่มต้นที่เป้าหมายหรือผลลัพธ์ (outcomes-based approach) และมองย้อนกลับมาที่ละขั้นตอนเพื่อหาผลผลิต (output) กิจกรรม (activity) และปัจจัยนำเข้า (input) ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์นั้น ๆ ผลที่ได้จากการทำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมักแสดงในรูปแบบของแผนภาพลำดับเชิงตรรกะ (logical sequence diagram) หรือแผนภาพแสดงความเชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละองค์ประกอบอย่างเป็นเหตุผล เพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลทำความเข้าใจภาพรวมของกระบวนการได้โดยง่าย นอกจากการเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ ผลผลิต กิจกรรม และปัจจัยนำเข้า ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการระบุสมมติฐาน (assumption) ความเสี่ยง (risk) และตัวชี้วัด (indicator) ในแต่ละขั้นตอน โดยสมมติฐาน หมายถึง เงื่อนไข สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่จะทำให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้ ความเสี่ยง หมายถึง สิ่งนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ และสิ่งนั้นเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เกิดผลตามที่ตั้งไว้หรืออาจทำให้เกิดขึ้นล่าช้า ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จในแต่ละองค์ประกอบ (4, 14-16) (ดังรูปที่ 2)

การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกมิติ เพื่อให้แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงสะท้อนเป้าหมายและกระบวนการจากทุกภาคส่วน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการกำหนดองค์ประกอบของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรู้สึกมีส่วนร่วมต่อโครงการหรือกิจกรรมมากขึ้น เห็นภาพเป้าหมายการดำเนินงานและระบุได้ว่าตนเองมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอย่างไร รวมถึงเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและยอมรับในตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงานมากขึ้น (4, 14, 15)

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	8 / 24



รูปที่ 2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (17)

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้นำเอาทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินโครงการที่หลากหลาย ทั้งโครงการที่เกิดขึ้นใหม่ และโครงการที่ดำเนินงานมาแล้วในระยะหนึ่ง ได้แก่ การประเมินเชิงพัฒนาสำหรับกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) (12) การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 (18) การประเมินผลการสนับสนุนของ International Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อการจัดตั้งองค์กรประเมินเทคโนโลยีในประเทศอินโดนีเซีย (19) และการประเมินผลโครงการ Maternal and child health voucher scheme ในพื้นที่นาร่อง เมือง Yedashi สหภาพเมียนมาร์ (20)

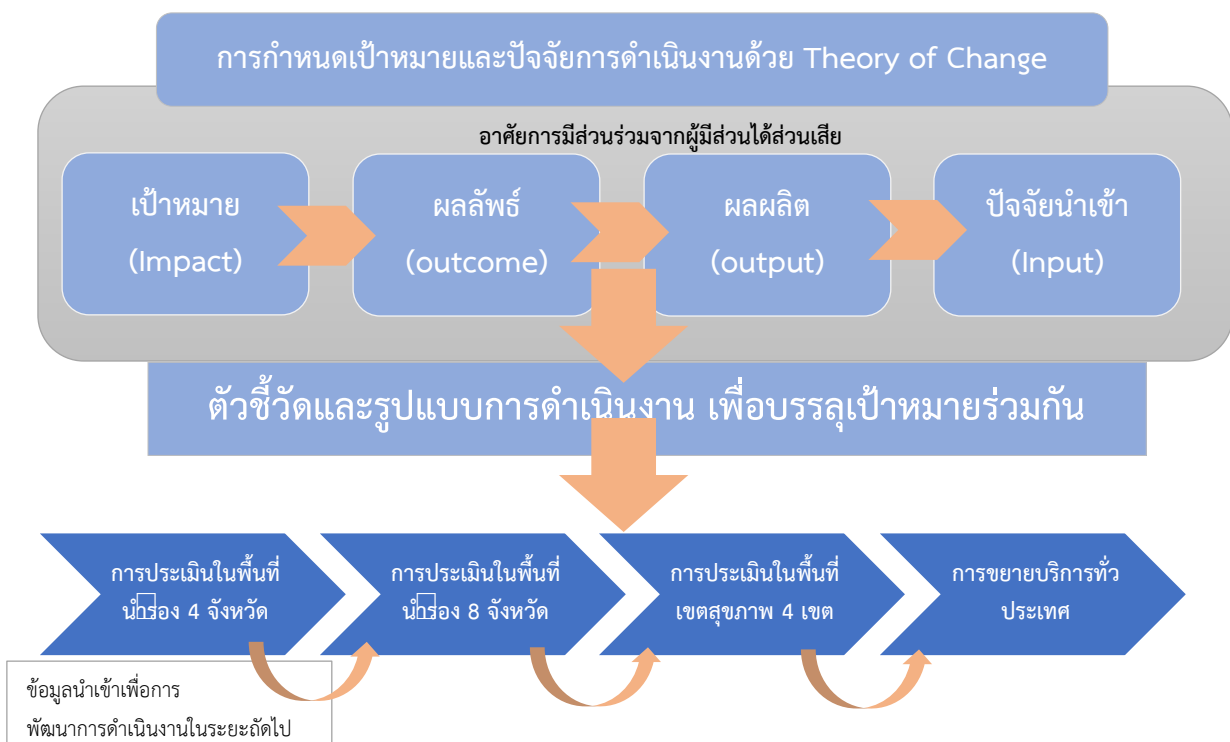
แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของโครงการทั้งหมดในข้างต้นถูกพัฒนาขึ้นโดยการจัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละโครงการ เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายหรือผลกระทบที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการหรือคาดหวังให้เกิดขึ้นภายหลังจากดำเนินโครงการ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างชัดเจนและรับทราบความคาดหวังจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่น เมื่อได้เป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันวางแผนกระบวนการที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ซึ่งกระบวนการนำไปสู่เป้าหมายนี้จะถูกใช้สำหรับการติดตามและ

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	9 / 24

ประเมินผลในภายหลัง เพื่อติดตามว่าการดำเนินงานยังคงเป็นไปตามแผนที่วางไว้และสามารถนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดหรือไม่ ดังนั้น แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจภาพรวมของโครงการ และช่วยในการวางแผนเพื่อติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ แต่แผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงไม่อาจการันตีถึงความสำเร็จของโครงการได้ เนื่องจากระหว่างการดำเนินงานอาจมีปัจจัยหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลตามที่กำหนดในแผนภาพ หรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการดำเนินงาน

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

งานวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation framework) (รูปที่ 3) โดยเริ่มจากขั้นแรก คือ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการดำเนินนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระหว่างทีมประเมินและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถมองย้อนกลับสู่ ผลลัพธ์ ผลผลิต ปัจจัยนำเข้า ที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน อีกทั้งยังพิจารณาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเมื่อทีมประเมินได้ตัวชี้วัดและรูปแบบการดำเนินงานสำหรับการประเมินโครงการ จึงดำเนินการประเมินโดยผลจากการประเมินในแต่ละระยะ ทีมประเมินจะสรุปผลการประเมินเพื่อเป็นข้อมูลส่งกลับไปยังผู้ดำเนินงานในพื้นที่การดำเนินงานระยะถัดไป



รูปที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดและการดำเนินงาน

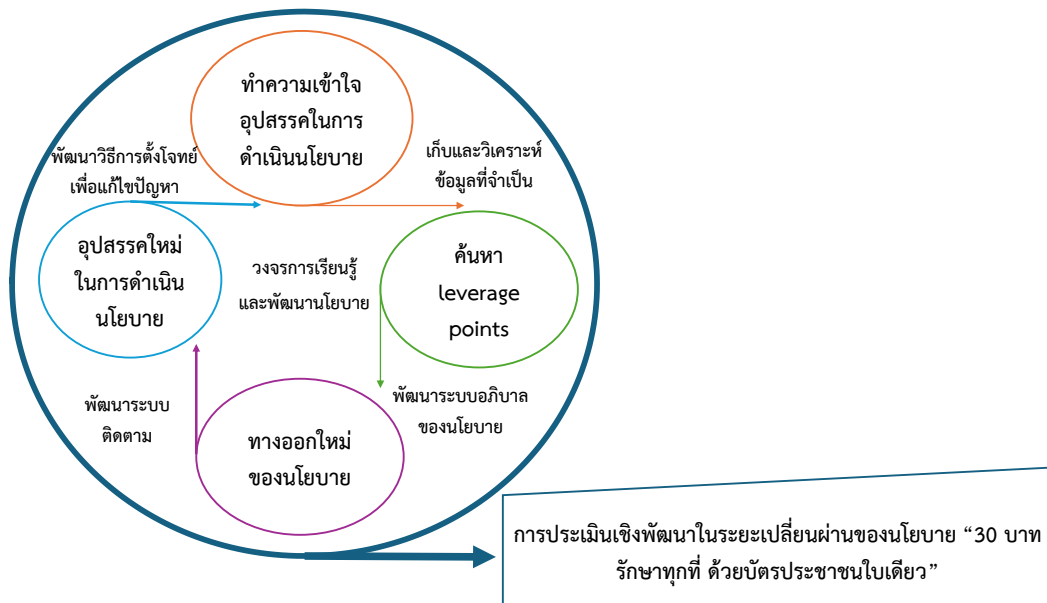
ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	10 / 24

2.5 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงานแผนการดำเนินงาน (action plan)

2.5.1 รูปแบบการวิจัย (research design)

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่าการวิจัยนี้ใช้แนวทางการประเมินผลเชิงพัฒนา เพราะที่มวิจัยมี **สมมติฐานสำคัญ** ได้แก่ 1) นโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลที่ต้องดำเนินงานอย่างไม่มีทางเลือก 2) นโยบายนี้จะมีการพัฒนาเป็นระยะๆ ในระหว่างการทำงานโดยยังไม่มีข้อสรุปของนโยบายอย่างตายตัวในขั้นตอนแรก 3) ผู้กำหนดนโยบายมีความคาดหวังใช้ประโยชน์จากการติดตามประเมินผลนี้ในทุกช่วงของการดำเนินนโยบาย ไม่ต้องการใช้ผลการประเมินเมื่อผ่านระยะเวลาทดลองในพื้นที่นำร่องไปแล้วเท่านั้น จึงเลือกใช้ที่มวิจัยที่อยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุขที่เคยทำงานใกล้ชิดในระดับนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

ดังนั้นรูปแบบการทำงานภายใต้โครงการนี้จึงออกแบบให้เหมาะสมกับระยะเปลี่ยนผ่านของนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ในช่วงหนึ่งปีแรกที่คาดว่าจะมีอุปสรรคและต้องการทางออกใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลาเป็นวงจรดังรูปที่ 4 กล่าวคือที่มวิจัยจะทำงานอย่างใกล้ชิดกับผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางและผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่นำร่อง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังที่จะแสดงรายละเอียดในส่วนถัดไป เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินนโยบาย เพื่อค้นหาทางออกและนำไปสู่ข้อเสนอแนะกับผู้กำหนดนโยบาย ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานเพื่อให้ทราบอุปสรรคใหม่หรืออุปสรรคเดิมที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในแต่ละช่วงเวลาเป็นวงจร



รูปที่ 4 แสดงวงจรการทำงานภายใต้กรอบการประเมินผลเชิงพัฒนา

โดยในขั้นตอนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) ทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) และเชิงปริมาณ (quantitative study)

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	11 / 24

โดยจะทำการกำหนดโจทย์วิจัย (สำหรับการประเมินเพื่อการพัฒนา) ร่วมกันระหว่างผู้บริหารนโยบายใน ส่วนกลางและผู้บริหารในพื้นที่ ผ่านคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพและการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมรายสัปดาห์ติดตามความคืบหน้าการขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (core team สำนักดิจิทัล) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ระยะที่ 2 จากคณะทำงานภายในกระทรวงสาธารณสุข การสังเกตการณ์ประชุมผู้บริหารเพื่อขับเคลื่อน นโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy Advocacy Meeting: PAM) รายสัปดาห์จากคณะผู้บริหาร สปสช. โดยมีข้อมูล นำเข้าจากทีมวิจัยนี้และทีมวิจัยอื่นๆ ที่ทำการประเมินนโยบายนี้พร้อมกัน เช่น ทีมนักวิจัยจากคณะ แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้รับมอบหมายจาก สปสช. ในทำการประเมินผลของนโยบายนี้เช่นกัน ทั้งนี้ทีมวิจัยทั้งสอง คือ จาก HITAP/IHPP และทีมวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จะมีการ ประชุมร่วมกันเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแบ่งปันข้อมูลและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการ ประเมินผล รวมถึงการเก็บข้อมูล และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากสองทีมจะทำให้เห็นนโยบายนี้มีเอกภาพและนำไปปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับสำหรับ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของนโยบาย “30 บาท รักษา ทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” นี้

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินในช่วงแรก ที่ทีม วิจัยได้จากการประชุมร่วมกับคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ และปรึกษาหารือร่วมกับทีมนักวิจัย จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งแบ่งเป็น 1) ความคาดหวังจากนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” 2) สถานการณ์และผลลัพธ์จากนโยบายฯ ทั้งในเชิงบวกและลบ 3) โจทย์จากผู้ กำหนดนโยบาย

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	12 / 24

ตารางที่ 1 ตัวอย่างของประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการประเมินในช่วงแรก ซึ่งรวบรวมจากการประชุมกับทีมคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพจนถึงวันที่ 21 มกราคม 2567

ระบบสาธารณสุข	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
<p>ความคาดหวัง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความคาดหวังต่อการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 	<p>ความคาดหวัง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความคาดหวังต่อการให้บริการในปัจจุบันและอนาคต 	<p>ความคาดหวัง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความคาดหวังต่อการรับบริการในปัจจุบันและอนาคต
<p>การบริหารจัดการทรัพยากร:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการบริการสาธารณสุข (การกระจุก/กระจายตัว การรับบริการ) - ระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (claim and reimbursement) - ธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) และระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพ - Cybersecurity, PDPA 	<p>การบริหารจัดการทรัพยากรและต้นทุนการให้บริการ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาระงานและความพร้อมในการให้บริการ - การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรงพยาบาลอัจฉริยะ - ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) - ต้นทุนการให้บริการ (direct costs, onsite VS online เช่น pharmacy, lab) 	<p>ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อรับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการรับบริการ (behavior of care seeking) - ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) - ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ (direct non-medical costs)
<p>ผลลัพธ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพสำหรับการพัฒนาบริการในอนาคต - ประเด็นเพิ่มเติมจาก theory of change (TOC) 	<p>ผลลัพธ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสิทธิภาพในการให้บริการ - ความปลอดภัย (safety) - คุณภาพการให้บริการ - ประเด็นเพิ่มเติมจาก theory of change (TOC) 	<p>ผลลัพธ์:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ (access) - ระยะเวลาการรอคอยและการรับบริการ (waiting time) - ความปลอดภัย - ความพึงพอใจและประสบการณ์การรับบริการ (satisfaction and experience)

2.5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยดำเนินการในจังหวัดน่านโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ซึ่งคาดว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลเชิงพัฒนา ดังนี้

(1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายฯ (stakeholder) รวมทั้งสิ้น 30 คน

กำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายฯ เพื่อกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลของการดำเนินงานในระยะยาวด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง โดยจำแนกเป็นกลุ่ม ดังนี้

- ผู้กำหนดนโยบายระดับกระทรวงและหน่วยงานกำกับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สำนักดิจิทัล ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันส่งเสริมการวิเคราะห์และบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ภาครัฐ (GBDI) เป็นต้น จำนวน 5 คน
- ผู้รับนโยบายระดับปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น จำนวน 5 คน
- ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง จำนวน 5 คน
- ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรที่เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินนโยบายฯ ในโรงพยาบาลภาครัฐและหน่วยบริการเอกชน ได้แก่ ร้านยา คลินิกการพยาบาล คลินิกเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 5 คน
- นักวิชาการระบบสาธารณสุข จำนวน 5 คน
- ภาคประชาชน ประชาสังคมและตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 5 คน

(2) กลุ่มผู้ให้บริการ (healthcare providers)

ระยะที่ 1: หน่วยบริการในจังหวัดน่าน่าน 4 จังหวัด (แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส) ทุกแห่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง และหน่วยบริการเอกชน ได้แก่ ร้านยา คลินิกการพยาบาล คลินิกเวชกรรม คลินิกเทคนิคการแพทย์ คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย ที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันมีหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 636 แห่ง และภาคเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ 451 แห่งที่เข้าร่วมให้บริการ (**ตารางที่ 2**) ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ให้บริการภาครัฐในระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปทุกแห่งจำนวน 49 แห่ง และภาคเอกชนอย่างน้อย 51 แห่ง รวมทั้งสิ้น 100 แห่ง

ระยะที่ 2: หน่วยบริการในจังหวัดน่าน่าน 8 จังหวัด (เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ พังงา) ทั้งนี้ ยังไม่มีการรายงานหน่วยบริการภาคเอกชนที่

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	14 / 24

เข้าร่วมในระยะที่ 2 ซึ่งทีมวิจัยจะสำรวจหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ต่อไป

ตารางที่ 2 แสดงหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมโครงการในระยะที่ 1

ประเภทหน่วยบริการ	แพร่	เพชรบุรี	ร้อยเอ็ด	นราธิวาส	รวม
ภาครัฐ					636
โรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S)	1	1	1	1	4
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับบริการส่งต่อ (M2)	0	1	4	1	6
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	1	1	1	2	5
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก (F2, F3)	6	5	14	9	34
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	122	117	237	111	587
ภาคเอกชน					451
ร้านยา	46	33	81	67	227
คลินิกพยาบาล	2	9	124	5	140
คลินิกเวชกรรม	0	1	12	8	21
คลินิกเทคนิคการแพทย์	4	5	2	4	15
คลินิกกายภาพบำบัด					
คลินิกทันตกรรม	7	5	31	1	44
คลินิกการแพทย์แผนไทย	0	0	1	3	4

อ้างอิงจาก <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/index.php> และ

<https://www.nhso.go.th/page/Innovative-services-4-provinces>

ข้อมูล ณ. วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ให้บริการหมายรวมถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่การเงิน ที่ทำงานและไม่ทำงานในหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานตามนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว”

- สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	15 / 24

- ผู้ที่มีความประสงค์ให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยเหตุผลส่วนตัว

(3) กลุ่มผู้รับบริการ (users/patients)

พิจารณาจากกลุ่มผู้รับบริการที่ใช้บริการสาธารณสุขในช่วงก่อนและหลังการมีนโยบาย

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

- ประชาชนที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ ขึ้นไป ได้รับการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกเพิ่มเติมสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ

- ผู้ป่วยมะเร็ง, ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs), ผู้ป่วยโรคไต, ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยที่เป็นคนพิการ, ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์, ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหายาก (rare diseases)

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ที่มีความประสงค์ให้ข้อมูล หรือขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเหตุผลส่วนตัว

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey) เพื่อประเมินการรับรู้ ความพึงพอใจ และการใช้งานจากกลุ่มผู้รับบริการที่ใช้บริการสาธารณสุขเปรียบเทียบกับพื้นที่นำร่องนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว (ระยะที่ 1 ใน 4 จังหวัดนำร่อง) กับพื้นที่ที่ยังไม่ได้ดำเนินการ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตร two sample mean estimation สามารถคำนวณโดยใช้สูตร

$$n = 2 \left\{ \frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{|\mu_1 - \mu_2|}{\sigma}} \right\}^2$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง $Z_{1-\alpha/2}$ = level of statistical significance
 μ = mean $Z_{1-\beta}$ = Desire power
 σ = variance

โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ($1 - \beta$) ที่ 0.20 และระดับความเชื่อมั่น (confidence level) ที่ 95% ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการสำรวจความพึงพอใจจากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว กำหนดให้ระดับความพึงพอใจที่ต้องการคือเพิ่มขึ้น 30% ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 200 คน ต่อจังหวัด ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลจากจังหวัดนำร่อง 4 จังหวัด (แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส) เปรียบเทียบกับ

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	16 / 24

จังหวัดที่ยังไม่ได้เริ่มนโยบาย นำร่อง 4 จังหวัดที่มีลักษณะภูมิศาสตร์และจำนวนประชากรที่ใกล้เคียงมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (ขอนแก่น สงขลา ประจวบคีรีขันธ์ อุดรดิตถ์) ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนการกำหนดโควตาการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามประเภทหน่วยบริการ จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 1,600 คน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนตัวอย่างจำแนกตามประเภทของหน่วยบริการ (เขตเมือง/นอกเขตเมือง)

พื้นที่	โรงพยาบาลรัฐ	ร้านยา	คลินิกชุมชนอบอุ่น	รวม
เขตเมือง	60	20	20	100
นอกเขตเมือง	60	20	20	100
รวม	120 (60%)	40 (20%)	40 (20%)	200

2.5.3 วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการสำรวจจากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face to face interview)

ด้วยแบบสอบถามมีโครงสร้างแบ่งหัวข้อการประเมินเป็น

1. ทรัพยากรและต้นทุน (/ค่าใช้จ่าย) ที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

i. ผู้ให้บริการ:

- ภาระงานและความพร้อมในการให้บริการ
- การบริหารจัดการทรัพยากรสำหรับโรงพยาบาลอัจฉริยะ
- ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy)
- ต้นทุนการให้บริการ (direct medical costs)

ii. ผู้รับบริการ:

- พฤติกรรมการรับบริการ (behavior of care seeking) ตามลักษณะความต้องการ

ด้านสุขภาพ

- ความรอบรู้ด้านดิจิทัล
- ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการ (direct non-medical costs)

2. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง:

- การเข้าถึงบริการ (access)
- ระยะเวลาการรอคอยและการรับบริการ (waiting time)
- ความปลอดภัย (safety) ทั้งด้านสุขภาพและความปลอดภัยทางไซเบอร์
- ความพึงพอใจและประสบการณ์การให้/รับบริการ (satisfaction and experience)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่มในประชากรกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในประเด็นด้านระบบสาธารณสุข

1. การพัฒนาแผนภาพทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง คณะผู้วิจัยจะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ การประชุมสำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายฯ และการประชุมสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการจาก 4 พื้นที่นำร่อง เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ร่วมกันพัฒนาแผนภาพ และแสดงความคิดเห็นต่อองค์ประกอบของแผนภาพผ่านการอภิปรายกลุ่ม คณะผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการประชุม แต่ละคนเขียนปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ เป้าหมาย เจาะใจ ความเสี่ยง และตัวชี้วัดของนโยบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงลงบนกระดาษ (แผ่นละหนึ่งข้อความ) โดยไม่จำกัดจำนวนกระดาษและไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล จากนั้นคณะผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์ตามประเด็นเพื่อจัดประเด็นความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันและสรุปผลเบื้องต้นโดยใช้โปรแกรม miro® (<https://miro.com/index/>) จากนั้นคณะผู้วิจัยจะทำการอภิปรายผลที่ได้ในเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม เพื่อตรวจทานความถูกต้องของข้อมูล เช่น ความครบถ้วนของข้อมูล ความถูกต้องของการเลือกใช้คำและการสรุปผล ความเหมาะสมของข้อมูล เป็นต้น เมื่อทำการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลครบถ้วนทั้งสองกลุ่มแล้ว คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์และสรุปผลที่ได้จากทั้งสองกลุ่มโดยใช้มุมมองของผู้ประเมิน (บุคคลที่สาม)

2. การพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม คณะผู้วิจัยจะพัฒนาแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสำรวจความเห็นของผู้ให้และผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ทั้งในหน่วยบริการที่เริ่มดำเนินการแล้วและยังไม่ดำเนินการ จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากจังหวัดนำร่อง 4 จังหวัด (แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส) เปรียบเทียบกับจังหวัดที่ยังไม่ได้เริ่มนโยบาย นำร่อง 4 จังหวัดที่มีลักษณะภูมิศาสตร์และจำนวนประชากรที่ใกล้เคียงมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (ขอนแก่น นครศรีธรรมราช ประจวบคีรีขันธ์ อุดรดิตต์) โดยแนวคำถามจะครอบคลุมประเด็นการยอมรับ ความพึงพอใจ การเข้าถึง และผลลัพธ์การใช้บริการ โดยคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการตอบคำถามในแต่ละประเด็นเพิ่มเติม ก่อนเริ่มขั้นตอนการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจะทดสอบแนวคำถามกับบุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทดสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม

- **การเก็บข้อมูลผู้รับบริการ** คณะผู้วิจัยจะขอให้ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรผู้ให้บริการช่วยเสาะหาผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตรงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากนั้น คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยใช้ช่องทางที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ได้แก่ การ อภิปรายกลุ่ม (focus groups) ขณะสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยจะบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- **การเก็บข้อมูลผู้ให้บริการและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ** เช่น กองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ คณะผู้วิจัยจะขอให้ผู้ประสานงานของหน่วยงานซึ่งเป็นบุคลากรผู้ให้บริการช่วยเสาะหาผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติตรงกับประชากร

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงสร้างการวิจัย	1	19.04.2567	18 / 24

กลุ่มเป้าหมาย จากนั้น คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า (in-depth Interviews) หรือ การอภิปรายกลุ่ม (focus groups) ขณะสัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่มคณะผู้วิจัยจะบันทึกเสียงระหว่างการเก็บ ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการเก็บข้อมูล

2.5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม Stata/MP 14 (College Station, TX: StataCorp LLC) ในการ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ยังใช้ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป จึงจะสามารถยอมรับและใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลเชิงปริมาณที่สำรวจมาเป็นข้อมูลนำเข้าทั้งในส่วนของ ความ คาดหวังจากนโยบาย “30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” สถานการณ์และผลลัพธ์จากนโยบาย ฯ ทั้งในเชิงบวกและลบ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม

(2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงมาถอดเทปอย่างละเอียดทุกคำพูดแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน โดยการลงรหัสเพื่อจัดประเภทของข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนภาคประชา สังคม ร่วมวิเคราะห์และการตรวจสอบคุณภาพของผลการศึกษา ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะ นำไปตรวจสอบกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (member checking) และการเปรียบเทียบตรวจสอบ (triangulation) กับผลการศึกษาจากทีมประเมินจากโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยนำเสนอข้อมูลจากผล การศึกษาเบื้องต้นแก่คณะทำงานกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ซึ่ง ประกอบด้วยนักวิชาการระบบสาธารณสุข ทีมประเมินจากโรงพยาบาลรามาธิบดีและทีมกำกับติดตามผลการ ดำเนินงาน สปสช. และปรับแก้ไขผลการศึกษาเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องอย่างมีคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) คณะผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงมา ถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่มีความคล้ายคลึงกันตามประเด็นที่ ศึกษา (thematic analysis) จากนั้นคณะผู้วิจัยจะจัดทำข้อรายงานและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	19 / 24

2.6 ระยะเวลาการดำเนินงาน

ตั้งแต่ 15 มีนาคม 2567 ถึง 14 มกราคม พ.ศ. 2568 รวม 10 เดือน

2.7 แผนการดำเนินงาน (action plan)

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เดือน												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1. การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ออกความคิดเห็นต่อโครงร่างวิจัย	เพื่อขอความเห็นต่อโครงร่างวิจัย													
2. การศึกษาดูงานในพื้นที่จังหวัดน่าน	เพื่อเรียนรู้จากการดำเนินงานนโยบายในจังหวัดน่าน													
3. การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อศึกษาความคาดหวังและตัวชี้วัดที่เหมาะสม	เพื่อดำเนินการจัดทำข้อมูลความคาดหวังและตัวชี้วัดที่เหมาะสม จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (theory of change)													
4. การขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	เพื่อการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม													
5. ปรับแบบเก็บข้อมูลและแนวคำถามสัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่ม	เพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล													
6. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์/อภิปรายกลุ่ม	เพื่อเก็บข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิจัย													
7. เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ	เพื่อเก็บข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิจัย													
8. จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	เพื่อวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง													
9. การประชุมเพื่อรายงานความก้าวหน้าและข้อค้นพบเบื้องต้นแก่ผู้ดำเนินงาน	เพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานและให้ออกความคิดเห็นต่อแผนการดำเนินงาน ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การประชุมรายสัปดาห์ติดตามความคืบหน้าการขับเคลื่อนนโยบายดิจิทัลสุขภาพ (core team สำนักดิจิทัล) - การประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ (สปสช.) ทุกไตรมาส 													
10. จัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ออกความคิดเห็นต่อผลการศึกษาเบื้องต้น	เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและร่วมกันพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในประเทศไทย													

ประเภทเอกสาร

VERSION

วันที่

หน้า

โครงร่างการวิจัย

1

19.04.2567

20 / 24

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เดือน												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
11. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์และ บทสรุปเชิงนโยบาย	เพื่อนำเสนอข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิง นโยบายสู่สาธารณะในระดับประเทศ													
12. ร่างบทความเพื่อการตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ	เพื่อนำเสนอข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิง นโยบายสู่สาธารณะในระดับนานาชาติ													

2.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านนโยบาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยประเมินผลเชิงพัฒนาไปพัฒนานโยบายและบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเด็นของการรักษาได้ทุกที่ หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ...
ด้านวิชาการ	ผลงานวิจัยมีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ รวมถึงมีการนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปนำเสนอในการประชุมวิชาการนานาชาติ และหน่วยงานวิจัยต่างประเทศ ...
ด้านพัฒนาสังคม/ชุมชน	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ช่วยเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ...
ด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำองค์ความรู้ไปพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

2.9 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคม โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน หน่วยบริการสาธารณสุข

2.10 เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศ. SmartHealth ID ระบบเชื่อมโยงและให้บริการข้อมูลสุขภาพ 2566 [Available from: <https://smarthealth.moph.go.th/th/about>.
2. Health Link แพลตฟอร์มเชื่อมข้อมูลสุขภาพ สู่ "Big Data" ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพธุรกิจ. 2565 17 มีนาคม 2565.
3. สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. Health Link: แพลตฟอร์มเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของคนไทย 2565 [Available from: <https://www.depa.or.th/th/article-view/health-link>.
4. Breuer E, Comas-Herrera A, Docrat S, Freeman E, Schneider M and the STRiDE team. STRiDE Theory of Change Workshops: Guidance and Resources. LSE, London: Care Policy and Evaluation Centre; 2019.

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	22 / 24

5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (ธันวาคม 2566) 2566.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สํารวจอนามัยและสวัสดิการ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566 [Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/96].
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กก. สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร 2564 [Available from: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60#:~:text=15%2C933,%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%20%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4].
8. ไทย BN. เปิดตัวทีท่อดบทเรียนภาวะ "Work ไร่ Balance" ในวงการแพทย์ไทย. 2566.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะประจำปีงบประมาณ 2567.
10. Patton MQ. Developmental evaluation : applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: Guilford Press; 2011. xxi, 375 p. p.
11. Bailie J, Laycock AF, Peiris D, Bainbridge RG, Matthews V, Cunningham FC, et al. Using developmental evaluation to enhance continuous reflection, learning and adaptation of an innovation platform in Australian Indigenous primary healthcare. Health Res Policy Syst. 2020;18(1):45.
12. อธิเจต มงคลโสฬศ, กานต์ชนก ศิริสอน, แพรวา กุศลธนาม. Policy Brief: ฉบับที่ 107: ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change) มองเป้าหมายระยะยาวสู่สิ่งที่ต้องทำในตอนนี้ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; เข้าถึง 19 มกราคม 2567 [Available from: <https://www.hitap.net/documents/182186>].
13. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, พัชรา ลีหทรงค์, อารยา ญาณพิบูลย์, กุณี พลรักดี, อรรถวิทย์ ยางธิสาร, et al. การประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2564.
14. Anderson A. The Community Builder's Approach to Theory of Change A Practical Guide to Theory Development: The Aspen Institute; 2005.
15. Oberlack C, Brey T, Giger M, Harari N, Herweg K, Mathez-Stiefel S-L, et al. Theories of change in sustainability science: Understanding how change happens. GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society. 2019;28:106-11.
16. Rogers P. Theory of Change. Florence: UNICEF Office of Research; 2014.

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงการวิจัย	1	19.04.2567	23 / 24

17. Stephanie Jones. Differences between Theory of Change, Log Frames, Results Frameworks and Logic Models – what are they and when to use them [Internet]: EVAL Academy; cited 19 Jan 2024 [Available from: <https://www.evalacademy.com/articles/differences-between-theory-of-change-log-frames-results-frameworks-and-logic-models-what-are-they-and-when-to-use-them>].
18. วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, บุสดี โสบุญ, นกตล พิมสาร, ปภาดา ราญรอน, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2565.
19. Sharma M, Teerawattananon Y, Luz A, Li R, Rattanaipapong W, Dabak S. Institutionalizing Evidence-Informed Priority Setting for Universal Health Coverage: Lessons From Indonesia. *Inquiry*. 2020;57:46958020924920.
20. World Health Organization. Country Office for M. Midterm review of maternal and child health voucher scheme. Yangon: World Health Organization. Country Office for Myanmar; 2014 2014.

ประเภทเอกสาร	VERSION	วันที่	หน้า
โครงร่างการวิจัย	1	19.04.2567	24 / 24