



สภาองค์กรของผู้บริโภค
Thailand Consumers Council



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษา การพัฒนารูปแบบโมเดล เพื่อยกระดับระบบบริการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตกรุงเทพมหานคร

2568

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากสภาองค์กรของผู้บริโภค



โครงการศึกษาการพัฒนาารูปแบบโมเดลเพื่อยกระดับระบบบริการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ดร.พทป.สมธนิ์ก โชติช่วงฉัตรชัย	Somtaneuk Chotchoungchatchai
นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์	Anond Kulthanmanusorn
นางสาวนิจันท์ ปาณะพงศ์	Nitjanan Panapong
นางสาวพิชญา ดังศิริแสงทอง	Pichaya Dungsirisangthong

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสภาองค์กรของผู้บริโภค

บทสรุปผู้บริหาร

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยไม่เป็นภาระทางการเงิน อย่างไรก็ตาม บริบทของกรุงเทพมหานคร (กทม.) แตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศ เนื่องจากมีลักษณะเป็น “ระบบสุขภาพในเขตเมืองขนาดใหญ่” ที่ประกอบด้วยหน่วยบริการหลากหลายสังกัด ทั้งศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ของกทม. โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และคลินิกเอกชน ซึ่งต่างมีรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ และแรงจูงใจที่ไม่เหมือนกัน ความซับซ้อนนี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานครมีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและเชิงงบประมาณมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ

จุดเปลี่ยนสำคัญเกิดขึ้นในปี 2567 เมื่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปรับระบบการจ่ายเงินสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิจากการจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งเป็นระบบปลายปิดที่จำกัดวงเงินงบประมาณ ทำให้หน่วยบริการต้องรับความเสี่ยงทางการเงินโดยตรง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่หน่วยบริการต้องรับผิดชอบเองในครั้งแรก 800 บาทต่อครั้ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแม้มีเจตนาควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบ แต่กลับส่งผลในทางกลับกันเมื่อหน่วยบริการจำนวนมากเริ่มจำกัดการส่งต่อเพื่อลดภาระการจ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธการออกไปส่งตัวหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ไกลเกินความจำเป็น ปัญหานี้ทำให้ข้อร้องเรียนต่อสายด่วน สปสช. 1330 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2567–2568 และกลายเป็นสัญญาณสะท้อนของวิกฤต “ความไม่ไว้วางใจ” ในระบบหลักประกันสุขภาพของเมืองหลวง

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจรากเหง้าของปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ผ่านการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด 9 กลุ่ม ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน หน่วยงานกำกับดูแล และภาคประชาชน เพื่อวิเคราะห์พลวัตของระบบบริการในกรุงเทพมหานคร และพัฒนาแนวทางเชิงนโยบายที่สามารถนำไปสู่การยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพให้ตอบสนองต่อบริบทของเมืองใหญ่ได้จริง

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพในกทม. ไม่ได้เกิดจากกลไกใดกลไกหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นผลสะสมจาก “ความไม่สมดุลเชิงโครงสร้าง” ระหว่างกลไกทางการคลัง โครงสร้างการบริการ และระบบการอภิบาล ข้อเท็จจริงเชิงระบบชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ใน กทม. เป็นคลินิกเอกชนที่กระจายตัวตามย่านพาณิชย์มากกว่ากระจายตัวตามพื้นที่เขตชุมชน ขณะที่ ศบส. ของ กทม. มีจำนวนจำกัดและมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ส่งผลให้ไม่สามารถรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิส่วนใหญ่ก็อยู่ภายใต้สังกัดต่าง

หน่วยงาน ซึ่งขาดกลไกเชื่อมโยงในเชิงพื้นที่ ทำให้ระบบส่งต่อขาดความต่อเนื่องและเกิดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ในด้านการเงินการคลัง แม้งบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทองจะอยู่ที่ 1,462.77 บาทต่อคนต่อปี แต่เมื่อหักงบส่วนกลางและกองทุนเฉพาะกิจต่าง ๆ แล้ว หน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับงบสุทธิเพียงประมาณ 801 บาทต่อคนต่อปี หรือเฉลี่ยเพียง 67 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นวงเงินที่อาจไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยหากมีสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังหรือมีการส่งต่อมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) กลับเหลือค่างในระบบปีละนับพันล้านบาท เนื่องจากข้อจำกัดของระเบียบการเบิกจ่ายที่ไม่สามารถโยกมาใช้ในการกองทุนอื่นได้ ความไม่ยืดหยุ่นของกลไกการคลังเช่นนี้จึงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบในภาพรวม

ในระดับโครงสร้างการบริหาร กทม.ไม่มีหน่วยงานเทียบเท่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่จะทำหน้าที่กำกับและเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการในพื้นที่ สปสช. เขต 13 ซึ่งเป็นผู้จ่ายค่าบริการสุขภาพจึงมีบทบาทจำกัดในการกำกับดูแลเชิงพื้นที่ ทำให้การบริหารจัดการระบบอาศัยเพียงกลไกทางการเงินเป็นเครื่องมือหลักโดยขาดพลังเชิงสถาบันในการบูรณาการระบบ การขาดกลไกกลางนี้ยังส่งผลต่อความไม่ชัดเจนในความรับผิดชอบระหว่างหน่วยบริการ โดยเฉพาะเมื่อเกิดกรณีข้อร้องเรียนหรือปัญหาการส่งต่อ

ปัญหาทั้งหมดข้างต้นนำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “วงจรอุบาทว์ของความไม่ไว้วางใจ” ในระบบบริการสุขภาพกทม. ประชาชนรู้สึกว่าคุณเองเป็นเพียงผู้ถือสิทธิ์ที่ไร้อำนาจต่อรอง หน่วยบริการเอกชนรู้สึกว่าถูกบีบด้วยงบประมาณและภาระความเสี่ยง ขณะที่หน่วยงานกำกับไม่สามารถใช้อำนาจเชิงระบบได้เต็มที่ ผลลัพธ์คือการทำงานของระบบที่ขับเคลื่อนด้วยความระแวงระวังมากกว่าความร่วมมือ และยิ่งตอกย้ำความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างกลุ่มประชาชน

การฟื้นฟูระบบหลักประกันสุขภาพในกทม.จึงจำเป็นต้องมองปัญหาในเชิงโครงสร้าง ควบคู่ไปกับการแก้ไขในระดับปฏิบัติการ การปรับอัตราค่าชดเชยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากไม่สร้างกลไกความไว้วางใจที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ ผู้กำกับติดตาม และผู้รับบริการ แนวทางเชิงนโยบายจึงควรมุ่งไปสู่การสร้างสมดุลระหว่างวินัยการคลังและความยืดหยุ่นของระบบ โดยการออกแบบกลไกการกระจายความเสี่ยงทางการคลังและการจัดการงบประมาณอย่างยืดหยุ่นระหว่างกองทุนย่อยต่าง ๆ ภายใต้กรอบความโปร่งใสและความรับผิดชอบ ปรับปรุงการกระจายประชากรให้อยู่กับหน่วยบริการปฐมภูมิตามหลักการใกล้บ้านใกล้ใจ อาจใช้แนวทางล้างไพ่ใหม่ทั้งหมด หรือดำเนินการเริ่มต้นจากประชาชนที่สมัครใจ นอกจากนี้ ยังควรเร่งสร้างระบบข้อมูลกลางเพื่อติดตามการส่งต่อและประสิทธิภาพของหน่วยบริการในระดับพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความโปร่งใสให้กับทุกฝ่าย

ในเชิงโครงสร้าง กทม. ควรได้รับการเสริมบทบาทของ ศบส. ให้เป็นหน่วยบริการหลักของรัฐในเมือง มีศักยภาพในการดูแลกลุ่มเปราะบางและเป็นฐานข้อมูลสุขภาพของชุมชน ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน ควรจัดทำข้อตกลงความร่วมมือเชิงระบบเพื่อเชื่อมโยงการส่งต่อข้ามสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนสภาองค์กรของผู้บริโภคและภาคประชาชนควรถูกยกระดับให้

เป็นกลไกเฝ้าระวังสิทธิที่มีพลังและสามารถสื่อสารเชิงสร้างสรรค์กับหน่วยบริการและหน่วยงานรัฐได้อย่างเท่าเทียม

กล่าวโดยสรุป ระบบหลักประกันสุขภาพในกทม. กำลังอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่าง “ความครอบคลุมของสิทธิ” กับ “ความเป็นจริงของระบบ” หากยังคงใช้กรอบบริหารแบบเดียวกับพื้นที่ภูมิภาค ระบบจะไม่สามารถตอบสนองต่อพลวัตของเมืองใหญ่ได้ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของกทม. จึงไม่ใช่เพียงการแก้ปัญหาการส่งต่อ แต่เป็นการสร้างระบบใหม่ที่ตั้งอยู่บนฐานของความไว้วางใจ ความโปร่งใส และความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วน การศึกษาครั้งนี้จึงมิได้เป็นเพียงการนำเสนอโมเดลของระบบบริการที่เหมาะสมกับกทม. เท่านั้น แต่ยังสะท้อนแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของเมืองใหญ่ในประเทศไทยในอนาคต ที่ประชาชนเข้าถึงได้จริง หน่วยบริการมีเสถียรภาพ และผู้กำหนดนโยบายสามารถบริหารด้วยข้อมูลความร่วมมือ และความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	8
1.1 ที่มาและความสำคัญ	8
1.2 วัตถุประสงค์	9
1.3 คำย่อ	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด	10
2.1 บริบทระบบสุขภาพ กทม. และความเป็นมาก่อนยุค Model 5	10
2.2 ภาพรวมเครือข่ายบริการสุขภาพใน กทม. ในปัจจุบัน (ยุค Model 5)	11
2.3 สถานการณ์ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับ	14
2.4 การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: จากภาพใหญ่สู่หน่วยปฐมภูมิ กทม.	16
2.5 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ทางออกของระบบบริการสุขภาพ	18
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	22
3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ	22
3.2 การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและการทวนสอบ	23
3.3 การสังเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหา	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา	25
4.1 การจัดบริการสุขภาพและการส่งต่อ	25
4.2 การคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน	28

4.3 การอภิบาลระบบและโครงสร้าง	34
4.4. ทรัพยากรและปัจจัยนำเข้า	37
4.5 ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ	40
บทที่ 5 การวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ	41
5.1 สังเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ: วงจรอุบาทว์ของความไม่ไว้วางใจ	41
5.2 การเชื่อมโยง "เสียง" จากภาคสนาม สู่ "ข้อเท็จจริง" เชิงโครงสร้าง	42
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ	45
6.1 สำหรับ สปสช. และ อปสช. กทม. (ในฐานะผู้กำกับดูแลและบริหารกองทุน)	45
6.2 สำหรับ กทม. / สำนักอนามัย / ศบส. (ในฐานะเจ้าของพื้นที่และหน่วยบริการภาครัฐ)	45
6.3 สำหรับ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) / กรมการแพทย์ / โรงเรียนแพทย์	46
6.4 สำหรับ คลินิกชุมชนอบอุ่น (ในฐานะหน่วยบริการภาคเอกชน)	46
6.5 สำหรับ สภากงศ์กรของผู้บริโภค	46
6.6 สำหรับ ภาคประชาชน	46
รายการอ้างอิง	47
ภาคผนวก	48
กลุ่มที่ 1: คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกเอกชน	48
กลุ่มที่ 2: ศบส. และสำนักอนามัย	50
กลุ่มที่ 3: โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ และ กลุ่มที่ 4: โรงพยาบาลสังกัด กทม. /สำนัก การแพทย์	52
กลุ่มที่ 5: โรงพยาบาลเอกชน	53
กลุ่มที่ 6: ผู้รับบริการ ศูนย์คุ้มครองสิทธิ และกลุ่มที่ 8: ผู้ป่วยเรื้อรัง	54
กลุ่มที่ 7: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 13	56
ประวัติผู้วิจัย	58

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2567	17
ภาพที่ 2 แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 building blocks of health systems)	19
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary healthcare monitoring conceptual framework)	20
ภาพที่ 4 แผนภาพกรอบแนวคิดเป้าหมายของนโยบายด้านการเงินการคลังสุขภาพ (health financing policy objectives)	21

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 รูปแบบเครือข่ายบริการในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่กทม.ในปัจจุบัน	13
ตารางที่ 2 ตารางแหล่งข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ	23
ตารางที่ 3 จำนวนเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563-2568	27
ตารางที่ 4 ข้อมูลค่าเช่าพื้นที่เฉลี่ย เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ในปี 2566-2568	31
ตารางที่ 5 ประมาณการณ้ค่าใช้จ่ายบุคลากรชั้นต่ำตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ	33
ตารางที่ 6 จำนวนประชากรที่ ศบส. รับผิดชอบ และโอกาสที่จะขยายการรองรับประชาชนของ ศบส.	39

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สร้างความครอบคลุมให้ประชาชนคนไทยทุกคน โดยหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ โดยไม่เป็นภาระทางการเงิน ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเข้าถึงบริการและมาตรการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน [1] โดยเฉพาะการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นเครือข่ายของระบบบริการสุขภาพที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นด่านหน้าในการรับผู้ป่วยปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่รับส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในระดับอำเภอ โดยหากผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาในระดับตติยภูมิก็จะมีส่งต่อให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ในระดับจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ในระดับเขตสุขภาพต่อไป สำหรับมาตรการทางการเงินการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใช้รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลคู่สัญญาสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (outpatient: OP) โดยการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งเป็นลักษณะการจ่ายเงินปลายปิด (closed-end budget) กล่าวคือ มีการกำหนดวงเงินงบประมาณที่แน่นอนไว้ล่วงหน้า ข้อดีคือช่วยให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมได้ แต่มีข้อจำกัดคือภาระความเสี่ยงทางการเงินจะตกอยู่กับหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากงบประมาณปลายเปิด (open-end budget) ที่จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง รูปแบบปลายปิดนี้ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและทำให้เกิดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหน่วยงานภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [2] อย่างไรก็ตาม รูปแบบของระบบสุขภาพเขตเมือง โดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร (กทม.) ที่มีผู้ให้บริการสุขภาพอยู่ในสังกัดกทม. และในภาคเอกชนกลับพบปัญหาเกี่ยวกับปัญหาการส่งต่อ และอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นๆ

กทม.เป็นพื้นที่ที่มีระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่แตกต่างไปจากระบบสุขภาพระดับอำเภอในส่วนภูมิภาค โดยมี ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) สังกัดกทม. เป็นหน่วยบริการประจำ คลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกทม. โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ ซึ่งส่วนมากมีศักยภาพในระดับตติยภูมิ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบริการในส่วนภูมิภาค จะสังเกตได้ว่าพื้นที่กทม. ขาดแคลนหน่วยบริการทุติยภูมิประจำในทุกเขตพื้นที่ ซึ่งเป็นความท้าทายของบริบทพื้นที่กทม. การจัดสรรผู้มีสิทธิเข้ารับบริการตามหน่วยบริการประจําพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติ กลับพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระบบส่งต่อเพิ่มขึ้นอย่างมาก

คณะทำงานศึกษาและพัฒนาข้อเสนอต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กทม.ภายใต้คณะอนุกรรมการด้านบริการสุขภาพ สภาองค์กรของผู้บริโภค ได้ติดตามสถานการณ์ปัญหาการส่งตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง การประสานงานระหว่างสถานพยาบาล และการจัดการสิทธิของผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยที่ประสบปัญหา เช่น การถูกปฏิเสธการส่งตัว เจ็บป่วยการส่งตัวที่ยุ่งยาก การถูกส่งตัวไปยังหน่วยบริการที่ต้องเดินทางข้ามเขตไกลเกินความจำเป็น และการรอกรักษานานเกินไปโดยขาดช่องทางร้องเรียนหรืออุทธรณ์ที่มีกลไกการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบ (model) เพื่อแก้ไขปัญหาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกทม. เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของกทม. โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการ และองค์กรของผู้บริโภค เพื่อให้เกิดการออกแบบระบบที่ตอบโจทย์ทั้งในเชิงประสิทธิภาพ ความครอบคลุม และความเป็นธรรม โดยโครงการวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการวางรากฐานของระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีมาตรฐาน และสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษา รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ต้นตอของปัญหาการเข้าถึงระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่กทม.ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้บริโภคทั้งหมดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระยะเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563 - 2568
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาถอดบทเรียน
- 3) พัฒนารูปแบบโมเดลทางออกของระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกทม.

1.3 คำย่อ

OP - Outpatient บริการผู้ป่วยนอก

P&P - Health Promotion & Disease Prevention บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รพ.สต. - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รพช. - โรงพยาบาลชุมชน

รพท. - โรงพยาบาลทั่วไป

สปสช. - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ศบส. - ศูนย์บริการสาธารณสุข

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด

2.1 บริบทระบบสุขภาพ กทม. และความเป็นมาก่อนยุค Model 5

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตกทม. มีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างจากระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ข้อแตกต่างสำคัญคือโครงสร้างของระบบสุขภาพที่ประกอบด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิในกทม. ที่มีสัดส่วนสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเรียกว่า "คลินิกชุมชนอบอุ่น" เป็นส่วนมากและมีสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ "ศบส." เป็นส่วนน้อย กทม. เป็นพื้นที่ที่มีระบบสุขภาพตติยภูมิแข็งแรงที่สุดในประเทศ ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่จำนวนมาก ทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในคณะแพทยศาสตร์ ระดับมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ในขณะที่ กทม. ขาดแคลน โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในพื้นที่ ด้วยบริบทของโครงสร้างในลักษณะนี้ จึงเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการที่ซับซ้อนและมีบริบทที่แตกต่างจากระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่อื่นๆ

ในช่วงเวลาก่อนเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ระบบบริการปฐมภูมิของ กทม. ส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้รูปแบบที่เรียกว่า "Model 2" ในโมเดลนี้คลินิกชุมชนอบอุ่นมีสถานะเป็น "หน่วยบริการประจำ" (Main Contractor) ที่มีขอบเขตประชากรในการดูแลจากผู้มีสิทธิบัตรทองที่ลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลรูปแบบที่ สปสช. ใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้กับคลินิกเหล่านี้คือ "เหมาจ่ายรายหัว" (capitation) ซึ่งหมายความว่าคลินิกจะได้รับงบประมาณเป็นก้อนต่อปีตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนดูแล โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งที่มารับบริการจริง รูปแบบนี้มอบความยืดหยุ่นให้คลินิกในการบริหารจัดการงบประมาณ แต่ในขณะเดียวกันคลินิกก็เป็นผู้รับภาระความเสี่ยงทางการเงิน ในการดูแลสุขภาพประชากรในมือด้วย

หัวใจสำคัญของกลไกการเงินใน Model 2 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการให้บริการโดยตรง คือเงื่อนไขความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนอก หรือ "OP Refer" ภายใต้กติกานี้ คลินิกชุมชนอบอุ่นซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำ มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนแรกที่เกิดขึ้นเมื่อจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาล โดยในปีงบประมาณ 2563 เพดานความรับผิดชอบที่คลินิกต้องจ่ายให้กับรพ.รับส่งต่ออยู่ที่ 1,600 บาทต่อครั้ง เงื่อนไขนี้ทำให้คลินิกมีบทบาทเป็น "ผู้เฝ้าประตู (gatekeeper)" ของระบบอย่างสมบูรณ์ และสร้างแรงจูงใจให้คลินิกพยายามรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดในระดับปฐมภูมิเพื่อควบคุมต้นทุนการส่งต่อ และส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพให้กับระบบสุขภาพตติยภูมิหรือตติยภูมิอย่างสมเหตุผล

แม้จะมีข้อจำกัดและความท้าทายอยู่บ้าง แต่ต้องถือว่าระบบ Model 2 ได้สร้างสถานะสมดุลและเสถียรภาพให้กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ กทม. มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง กลไกการเหมาจ่ายรายหัวและการรับผิดชอบค่าส่งต่อเป็นรูปแบบที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างคุ้นชินและปรับตัวเข้าหากันได้ในระดับ

หนึ่ง นอกจากนี้ สปสช.ได้กำหนดวิธีการจ่ายสำหรับ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) โดยใช้ให้ การจ่ายตามผลงานบริการ (Fee Schedule) ยิ่งทำมาก ยิ่งได้มาก เพื่อเป็นแรงจูงใจให้คลินิกทำงานเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม สถิติรภาพดังกล่าวได้ดำเนินมาถึงจุดสิ้นสุดในปี พ.ศ. 2563 จุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ เกิดขึ้นเมื่อ สปสช. ตรวจพบความผิดปกติอย่างกว้างขวางในการเบิกจ่ายงบบริการ P&P ซึ่งเป็นผลมาจากกลไก การจ่ายตามผลงานที่ขาดระบบการยืนยันตัวตนผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ การตรวจสอบดังกล่าวได้นำไปสู่ การยกเลิกสัญญากับหน่วยบริการครั้งประวัติศาสตร์ถึง 190 แห่ง เหตุการณ์นี้ได้สร้างผลกระทบเป็นวงกว้าง และรุนแรงต่อประชาชนผู้มีสิทธิบัตรทองใน กทม. ทันที โดยมีจำนวนประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการ ยกเลิกสัญญากับคลินิกชุมชนอบอุ่น กว่า 2 ล้านคน ที่ต้องย้ายสิทธิไปใช้บริการสถานพยาบาลอื่น บางส่วนเป็น กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ประมาณ 500,000 คน [3, 4, 5] สถานการณ์ดังกล่าวได้กลายเป็นแรงผลักดันให้ สปสช. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเร่งออกแบบและปฏิรูประบบบริการสุขภาพของ กทม. ใหม่ ซึ่งผลลัพธ์จากความ พยายามในการแก้ปัญหาครั้งนี้ ก็คือการถือรูปแบบบริการใหม่ที่รู้จักกันในชื่อ "Model 5"

2.2 ภาพรวมเครือข่ายบริการสุขภาพใน กทม. ในปัจจุบัน (ยุค Model 5)

จากการปรับตัวของระบอบอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปัจจุบันรูปแบบเครือข่ายบริการสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทอง ใน กทม. มีรายละเอียดและมีความซับซ้อน จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ (2567) [6] ได้สรุปรูปแบบโมเดลต่าง ๆ โดยมีโครงสร้าง, การบริหารการเงิน, และวิธีการเข้ารับ บริการที่แตกต่างกัน โดยมีรูปแบบหลักที่ปรากฏในปัจจุบันดังนี้

Model 1 เป็นโมเดลที่ให้รพ. เป็นศูนย์กลาง โดยทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการ รับส่งต่อ และหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมี ศบส. ร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายด้วย งบประมาณจ่ายราย หัวจะถูกจัดสรรให้กับรพ.เพื่อบริหารจัดการ โมเดลนี้ดูแลประชากร 359,200 คน ประชาชนในโมเดลนี้สามารถ เข้ารับบริการที่รพ. ที่เป็นแม่ข่ายหรือ ศบส. ในเครือข่าย ได้โดยไม่ใช้ใบส่งตัว ซึ่งให้ความสะดวกในการเข้าถึง บริการระดับสูง กรณีการส่งต่อรพ.หน่วยบริการประจำ จะเป็นผู้ตามจ่ายไปที่ ศบส. หรือ รพ. อื่น

Model 2 เป็นโมเดลที่ให้รพ. เป็นศูนย์กลาง และบริหารจัดการเครือข่าย โดยทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วย บริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเดิมในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2563 หน่วยบริการ ปฐมภูมิจะเป็น ศบส. หรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นรพ. เท่านั้น งบประมาณจ่ายรายหัวจะถูกจัดสรร ให้กับรพ.เพื่อบริหารจัดการ โมเดลนี้ดูแลประชากร 261,370 คน ประชาชนในโมเดลนี้จะเข้ารับบริการที่รพ. ที่เป็นแม่ข่าย ได้โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว หากมีความจำเป็นในการส่งต่อหน่วยบริการประจำ (รพ.) จะเป็นผู้ตาม จ่ายไปที่ รพ. อื่น (ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2563 หน่วยบริการประจำ (รพ.) จัดสรรงบประมาณให้แก่ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ศบส. หรือ คลินิก) นอกจากนี้รพ.ที่เป็นแม่ข่าย ยังมีอำนาจในการบริหารจัดการเครือข่าย ทำงาน ร่วมกับลูกข่าย และมีกลไกสนับสนุนการทำงานร่วมกันในด้านบริการสุขภาพ

Model 4 เป็นโมเดลที่ให้รพ. เป็นศูนย์กลาง โดยมี ศบส. เป็น “ผู้เฝ้าประตู (Gatekeeper)” โดยให้ประชาชนต้องเริ่มต้นเข้ารับบริการสุขภาพที่ ศบส. ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนเสมอและส่งต่อไปรับบริการที่รพ. ที่เป็นทั้งหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ เมื่อเกินศักยภาพ โดยต้องมีหนังสือส่งตัวหากต้องรับการรักษาต่อที่ รพ. งบประมาณจ่ายรายหัวจะถูกจัดสรรให้กับรพ. เพื่อบริหารจัดการ โดยรพ. จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการที่ ศบส. หรือเมื่อส่งต่อไป รพ. อื่น โมเดลนี้ดูแลสำหรับประชากรประมาณ 229,821 คน

Model 5 เป็นโมเดลที่ให้ ศบส. เป็นศูนย์กลาง เป็นหน่วยงานประจำ และมี ศบส. คลินิก และรพ. ขนาดเล็ก เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีบทบาทเป็น ผู้เฝ้าประตู โดยประชาชนต้องเริ่มเข้ารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ และส่งต่อไปรับบริการที่รพ. ที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เมื่อเกินศักยภาพ โดยต้องมีหนังสือส่งตัวหากต้องรับการรักษาต่อที่ รพ. งบประมาณจ่ายรายหัวจะถูกจัดสรรให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศบส. และคลินิก) และหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีส่งต่อ โมเดล 5 ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของ กทม. ถึงประมาณ 2.7 ล้านคน นอกจากนี้ Model 5 ยังมีความเปลี่ยนแปลง สำคัญ 2 ช่วง ได้แก่

- Model 5 ที่จัดสรรด้วย Fee schedule (พ.ย. 2563 – ก.พ. 2567): ในช่วงแรก Model 5 ใช้รูปแบบการจัดสรรเงินด้วย การจ่ายตามรายการบริการ (Fee schedule) โดยใช้ระบบคะแนน (point system) ภายใต้วงเงินรวม (global budget) ซึ่งตรงกับสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 (ปีงบประมาณ 2564-2565) ส่งผลให้ประชาชนเข้ารับบริการน้อยกว่าปกติ งบประมาณที่คงเหลือเมื่อสิ้นปีงบประมาณได้จัดสรรคืนให้กับหน่วยบริการ ทำให้ในภาพรวมหน่วยบริการได้รับงบประมาณเพียงพอ มูลค่าต่อคะแนน (point) จึงสูงกว่าที่คาดการณ์ไว้ (1 บาท ต่อ 1 คะแนน) อยู่ที่ 1.85 และ 1.68 บาทตามลำดับ ทำให้ระบบในขณะนั้นดูมีเสถียรภาพและให้ผลตอบแทนที่ดี อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในปีงบประมาณ 2566 เมื่อการใช้บริการของประชาชนกลับสู่ภาวะปกติและเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วหลังช่วงโควิด ประกอบกับมีรายการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2565 ส่วนหนึ่ง แจ่งเข้าสู่ระบบในช่วงปีงบประมาณ 2566 ส่งผลให้งบประมาณที่ตั้งไว้ไม่เพียงพอต่อปริมาณบริการที่เกิดขึ้นจริง สถานการณ์นี้ทำให้มูลค่าต่อคะแนนลดลงอย่างรุนแรง จนเหลือเพียง 0.57 บาทต่อคะแนน ในช่วงปลายปีงบประมาณ ในเรื่องการส่งต่อมีเงื่อนไขให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีส่งต่อไปยังรพ. 1,600 บาทแรกต่อครั้ง
- Model 5 ที่จัดสรรด้วย capitation (มี.ค. 2567 – ปัจจุบัน): จากปัญหาการจัดสรรเงินในปีงบประมาณ 2566 สปสช. จึงได้ปรับรูปแบบการจัดสรรเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 โดยได้เพิ่มเงื่อนไขให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีส่งต่อไปยังรพ. 800 บาทแรกต่อครั้ง ส่วนเกิน 800 บาท ใช้กองทุนส่งต่อ การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เองที่ได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาวิกฤต "การส่งตัว" ในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบเครือข่ายบริการในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่กทม.ในปัจจุบัน

รูปแบบ	จำนวนประชากร (คน)	หน่วยบริการ	การเข้ารับบริการ	การจัดสรรงบประมาณ ผู้ป่วยนอก	การจัดการค่ารักษาพยาบาล
Model 1	359,200	รับส่งต่อ: รพ. ประจำ: รพ. ปฐมภูมิ: ศบส. หรือ รพ.	เข้ารับบริการที่ ศบส.หรือ รพ. ได้โดยไม่ใช้หนังสือส่งตัว	งบเหมาจ่ายรายหัว จัดสรรให้หน่วยบริการ ประจำ (รพ.)	หน่วยบริการประจำ (รพ.)เป็น ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ ที่ ศบส. หรือส่งต่อไป รพ. อื่น
Model 2*	261,370	รับส่งต่อ: รพ. ประจำ: รพ. ปฐมภูมิ: รพ. (ศบส. หรือคลินิก)*	เข้ารับบริการที่ รพ. ได้โดยไม่ ใช้หนังสือส่งตัว	งบเหมาจ่ายรายหัว จัดสรรให้หน่วยบริการ ประจำ (รพ.)	หน่วยบริการประจำ (รพ.)เป็น ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อส่งต่อไป รพ. อื่น
Model 4	229,821	รับส่งต่อ: รพ. ประจำ: รพ. ปฐมภูมิ: ศบส.	เข้ารับบริการที่ ศบส. ก่อน กรณีเกินศักยภาพต้องมี หนังสือส่งตัวไปที่ รพ.	งบเหมาจ่ายรายหัว จัดสรรให้หน่วยบริการ ประจำ (รพ.)	หน่วยบริการประจำ (รพ.)เป็น ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ ที่ ศบส. หรือส่งต่อไป รพ. อื่น
Model 5	2,705,111	รับส่งต่อ: รพ. ประจำ: ศบส. ปฐมภูมิ: ศบส. หรือ คลินิกฯ และ รพ.ขนาดเล็ก (Model 5.3)	เข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ศบส./คลินิกฯ) ก่อน กรณีเกินศักยภาพต้องมี หนังสือส่งตัวไปที่ รพ.	งบเหมาจ่ายรายหัว จัดสรรให้หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ศบส./คลินิกฯ)	หน่วยบริการปฐมภูมิ (ศบส./คลินิกฯ) เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายกรณีส่ง ต่อไป รพ. 800 บาทแรก ส่วนเกิน 800 บาท ใช้กองทุนส่งต่อ

หมายเหตุ: * ก่อน พ.ย. 2563 รพ. ศบส. หรือคลินิกฯ เป็นหน่วยบริการประจำและปฐมภูมิใน Model 2

ปรับปรุงจาก: สำนักงานเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2567) [6]

2.3 สถานการณ์ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ

สภาองค์กรของผู้บริโภคได้จัดเวที เพื่อหาหรือหาทางออก เรื่อง แนวทางแก้ไขปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย บัตรทองในกทม. เพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค ในวันที่ 29 มิ.ย. 2567 สามารถสรุปสถานการณ์ปัญหา และผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนี้

- 1) คลินิกชุมชนอบอุ่นหลายแห่งไม่ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาที่ รพ.
- 2) ศบส. (หน่วยบริการประจำ) ไม่ออกใบส่งตัว ให้ผู้ป่วยมาขอรับใบส่งตัวที่คลินิกชุมชนอบอุ่น จากเดิมไปรับใบส่งตัวที่ ศบส. ได้และใบส่งตัวมีระยะเวลา 1 ปี
- 3) โรงพยาบาลที่ส่งตัวไป ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น ไม่ส่งตัวไป โรงพยาบาล ที่มีประวัติรักษาเดิม หรือ ไม่ส่งตัวไป รพ.รับส่งต่อ ตามหน้าบัตร แม้ว่าผู้ป่วยไม่ยินยอมไปที่โรงพยาบาลใหม่
- 4) ห้องสิทธิของ โรงพยาบาล มีมาตรฐานที่ต่างกัน แม้ในโรงพยาบาลเดียวกันแต่คนละตึกก็มีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน เช่น ได้รับใบส่งตัวมาตรวจกับแพทย์โรคหัวใจ แพทย์ส่งตรวจอัลตราซาวด์ เพราะชาวม แต่ห้องสิทธิให้ไปขอใบส่งตัวมาใหม่
- 5) ไม่สามารถใช้โครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ได้
- 6) ไม่สามารถใช้สิทธิฉุกเฉินได้ เจ้าหน้าที่เข้าใจไม่ตรงกัน
- 7) ปัญหาการจัดหน่วยบริการให้ประชาชน เช่น รพ.รับส่งต่อหน้าบัตรไม่ตรงกับโรงพยาบาลที่เคยรักษาต่อเนื่อง ศบส. ไม่เปิดรับลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ แม้ผู้ป่วยจะมีปัญหากับคลินิกเอกชน อยากจะย้ายสิทธิเข้าก็ไม่ สามารถทำได้ คลินิกชุมชนอบอุ่นย้ายสิทธิให้ผู้ป่วยไปยังอีกคลินิกโดยที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่ย้ายสิทธิให้ พอไปขอใบส่งตัวที่อีกคลินิก คลินิกใหม่แจ้งและขอร้องให้ผู้ป่วยย้ายไปที่คลินิกเดิม ผู้ป่วยไม่กล้าย้ายสิทธิ เพราะถ้าย้ายสิทธิจะต้องเปลี่ยนรพ.รับส่งต่อเป็นสิทธิส่งต่อ สายด่วน สปสช. 1330 เป็นต้น
- 8) ปัญหาสายด่วน สปสช. 1330 เช่น ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเพราะว่า เจ้าหน้าที่สายด่วน สปสช. 1330 ตัดสินใจไม่ได้ ใช้เวลานานกว่าจะแก้ปัญหาได้บางครั้งต้องยอมจ่ายค่าบริการไปก่อน จับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้ บันทึกข้อมูลไม่ครบ พอเปลี่ยนผู้รับผิดชอบทำให้ติดต่อประสานงานช้า เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยที่ร้องเรียนกับหน่วยบริการที่โดนร้องเรียน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไปรักษาที่หน่วยบริการที่เคยร้องเรียน การร้องเรียนสายด่วน สปสช. 1330 เรื่องโดนเรียกเก็บค่าบริการ มีขั้นตอนและเอกสารมาก เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้บันทึกเสียงที่โทรเข้าไปเป็นหลักฐานการร้องเรียน ทำให้ต้องเขียนคำร้องพร้อมแนบหลักฐานส่งกลับไป เป็นต้น
- 9) ปัญหาพฤติกรรมบริการของหน่วยบริการ เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่นแจ้งว่าไม่มีเงินรักษา ไม่อยากจ่ายเงินส่งต่อ บางคลินิกปฏิเสธผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วย จ่ายเงินไปรักษาจ่ายเงินที่โรงพยาบาลเอง ไม่ต้องมาที่คลินิกหรือขอใบส่งตัว ประชาชนรู้สึกเหมือนเหมือนเป็นพลเมืองชั้น 2 เวลาที่ใช้บริการสิทธิบัตรทองในหน่วยบริการเอกชน สังเกตว่าได้รับบริการที่แตกต่างจากสิทธิอื่นและผู้ป่วย

จ่ายเงินเอง เช่น โดนไล่ พุดด้วยน้ำเสียงที่รุนแรง ได้รับการคุกคามจากคลินิกบางแห่งที่ร้องเรียน เป็นต้น

- 10) ปัญหาเรื่องการเงิน เช่น สปสช. จ่ายเงินและให้อำนาจการตัดสินใจไปที่คลินิกเอกชน ทำให้ประชาชนมีอำนาจต่อรองต่ำ ขาดการตรวจสอบเงินที่หน่วยบริการใช้กับประชาชน และไม่ได้ติดตามผลกำไรของหน่วยบริการ การจ่ายเงินแบบปัจจุบันไม่จูงใจให้แข่งขันที่ดีทำให้คลินิกที่ดีมีคนป่วยไปลงทะเลเบียนและรักษามากยิ่งขาดทุน การเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเงินขาดการศึกษาผลกระทบและไม่ได้มารับฟังความเห็นประชาชน สปสช. มีนโยบายใหม่ที่เพิ่มสิทธิประโยชน์ตลอดเวลา แต่การบริการโรคเรื้อรังที่จำเป็นยังทำได้ไม่ดี เช่น การรักษาโรคเล็กน้อย หน่วยบริการบางแห่งพยายามเพิ่มยอดการให้บริการโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ เช่น การแจกชุดตรวจ HIV ในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยง

การที่สปสช. ปรับให้ Model 5 มาใช้การจ่ายรายหัว เพื่อแก้ไขปัญหา Model 5 เดิม โดยในการปรับครั้งใหม่มีการกำหนดเพดานการใช้จ่ายให้ชัดเจนขึ้น โดยหน่วยบริการปฐมภูมิต้องตามจ่ายค่าใช้จ่าย 800 บาทแรกในการส่งต่อ หลังการเปลี่ยนแปลงพบว่า มีข้อร้องเรียนเรื่องการส่งตัวเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งเกิดจากการที่หน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งพยายามควบคุมการส่งตัว ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากรู้สึกถูกจำกัดสิทธิ โดยเฉพาะกลุ่มที่เคยเข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่าย ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย คลินิก และ สปสช. และนำไปสู่การร้องเรียนและการใช้สายด่วน สปสช 1330 เพื่อขอใบส่งตัวในสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายเชิงระบบไม่ได้เกิดจากรูปแบบการจ่ายเงินเพียงอย่างเดียว แต่รวมไปถึงโครงสร้างระบบสุขภาพซึ่งเป็นบริบทเฉพาะของกทม. ที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นอย่างสิ้นเชิง ทั้งในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ระบบบริหาร และกลไกการอภิบาล หน่วยบริการปฐมภูมิใน กทม. ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชนมีการกระจายตามพื้นที่เชิงพาณิชย์มากกว่าการกระจายตัวตามแผนบริการ ขณะที่หน่วยบริการของรัฐ เช่น ศบส. มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ไม่สามารถรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นได้อย่างทั่วถึง สำหรับระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งมีต้นสังกัดที่หลากหลาย เช่น มหาวิทยาลัย หรือ รัฐวิสาหกิจ ซึ่งไม่ได้อยู่ในโครงสร้างการกำกับของ กทม. ทำให้ระบบส่งต่อไม่สามารถจัดการเป็นเขตพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงปัญหาโรงพยาบาลไม่รับผู้ป่วยจากคลินิกหรือไม่ส่งกลับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ด้านระบบการกำกับและอภิบาล บริบทของกทม. ที่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน มีผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนเป็นส่วนมากและภาครัฐเป็นส่วนน้อย นอกจากนี้ยังไม่มีกลไกกลางในการกำกับติดตามภาพรวมทั้งจังหวัดในลักษณะของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ สปสช. เขต 13 ที่ทำหน้าที่ผู้จ่ายค่าบริการสุขภาพ (purchaser) โดยไม่มีอำนาจบังคับสั่งการให้หน่วยบริการเข้าร่วมเป็นคู่สัญญาหรือไม่ หรือลงทุนในการทรัพยากรเพื่อให้บริการสุขภาพแบบใดได้ การกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติจึงเป็นเพียงการใช้กลไกทางการเงินสร้างแรงจูงใจ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการ หรือให้ข้อเสนอแนะ ในขณะที่ผู้ให้บริการสุขภาพมีความหลากหลาย มีต้นสังกัดที่แยกกัน ทำให้การกำหนดบทบาทหน้าที่และเป้าหมายร่วมกันแตกต่างกัน นำไปสู่รูปธรรมของความร่วมมือไม่ชัดเจน

ประเด็นสำคัญอีกอย่าง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ซึ่งในทางหลักการเป็นหัวใจของระบบสุขภาพเชิงรุก เช่น การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การสร้างสุขภาวะในชุมชน แต่ในกทม. กลับมีปัญหางบประมาณ P&P ที่เหลือค้างในระบบทุกปี เนื่องจากคลินิกเอกชนจำนวนมากไม่มีทรัพยากรหรือไม่ได้ลงทุนในศักยภาพ บุคลากร ที่จะดำเนินกิจกรรม P&P หน่วยบริการภาครัฐเองที่ควรเป็นตัวหลัก ก็มีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่และชุมชน ทำให้ประชาชนจำนวนมากหลุดจากการดูแลเชิงรุก ส่งผลต่อเนื่องถึงผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่อเกิดโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายในระยะยาว

2.4 การบริหารงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: จากภาพใหญ่สู่หน่วยปฐมภูมิกทม.

การบริหารงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการที่ตั้งอยู่บนกรอบกฎหมายและหลักการเชิงนโยบายหลายชั้น โดยใช้ "ความจำเป็นทางสุขภาพ" ของประชาชนเป็นตัวตั้ง และใช้วิธีการคำนวณจากต้นทุนต่อหน่วยคุณด้วยปริมาณบริการที่คาดการณ์ (price and quantity) [7] เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่าเหตุใดงบประมาณที่หน่วยบริการปฐมภูมิใน กทม. ได้รับจึงมีจำกัด เราจำเป็นต้องทำความเข้าใจเส้นทางการจัดสรรงบประมาณตั้งแต่ระดับประเทศ โดยเริ่มต้นจากตัวเลขงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทองทั่วประเทศ เงินก้อนใหญ่นี้เปรียบเสมือน "เค้กตั้งต้น" ของทั้งระบบ ซึ่งจะถูกแบ่งออกเป็นส่วนต่าง ๆ [8] ตามภารกิจดังนี้

จากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่ 3,472.24 บาทต่อคนต่อปี ได้รวม งบสำหรับเงินเดือนบุคลากรในหน่วยบริการภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 64,890.72 ล้านบาท คิดเป็น 29% ของงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รวมงบกลางและพรก.กู้เงิน จำนวน 223,553.37 ล้านบาท [8] เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ได้รับเงินเดือนจากงบประมาณแผ่นดินอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการจ่ายเงินซ้ำซ้อน สปสช. จึงกันเงินส่วนนี้ออกจากงบเหมาจ่ายรวม

หลังจากหักเงินเดือนแล้ว เงินส่วนที่เหลือจะถูกแบ่งไปสำหรับกองทุนบริการเฉพาะด้านต่าง ๆ ซึ่งบริหารจัดการแยกต่างหาก เช่น ค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ, ค่าบริการการแพทย์แผนไทย, และค่าบริการกรณีเฉพาะต่าง ๆ เงินส่วนที่เหลือสุดท้ายจึงจะกลายเป็นงบประมาณหลักสำหรับบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ค่าบริการผู้ป่วยใน (IP), ค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP), และ ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)



ภาพที่ 1 งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2567

ที่มา: สปสช. 2568[8]

ในปีงบประมาณ 2568 ในบริบทของ กทม. มติ สปสช. ครั้งที่ 9/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 งบประมาณตั้งต้นสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) จะอยู่ที่ 1,462.77 บาทต่อประชากรต่อปี แต่เงินก้อนนี้ยังต้องถูก "กั้น" ไว้สำหรับกองทุนส่วนกลางของ กทม. จำแนกเป็น Central Reimbursement 361 บาทต่อประชากรต่อปี OPAE กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 27 บาทต่อประชากรต่อปี (ชดเชยทั้ง OPAE ในเครือข่ายและนอกเครือข่าย) OP พิกัดและทหารผ่านศึก 220 บาทต่อประชากรต่อปี OP Anywhere กรณีเหตุสมควรที่เป็นความจำเป็นในการรับบริการนอกเครือข่าย 73 บาทต่อประชากรต่อปี OP ทันตกรรม 28 บาทต่อประชากรต่อปี รวมเงินที่มีการกั้นเอาไว้ 709 บาทต่อประชากรต่อปี นอกจากนี้ยังมีการกั้นเงิน OP Refer อัตราเริ่มต้น 300 บาทต่อประชากรต่อปี และหากมีการเบิกจ่ายเกินวงเงิน 360 บาทต่อประชากรต่อปี หรือวงเงินที่กั้นไว้ ให้ปรับจ่ายตาม Point System ในขณะที่งบ P&P สำหรับ กทม. อยู่ที่ 351.40 บาท/คน/ปี ก็ถูกบริหารจัดการโดยรูปแบบการจ่ายตามรายการบริการ (Fee Schedule)

การจัดสรรงบประมาณที่มีการ "กั้น" ส่วนสำหรับกองทุนต่าง ๆ จนเหลือเงินสุทธิสำหรับบริการปฐมภูมิจริง ๆ เพียง 801.77 บาทต่อคนต่อปี หรือเฉลี่ยประมาณ 67 บาทต่อคนต่อเดือน แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงทางด้านการคลังของคลินิก โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การมีสัดส่วนผู้ป่วยเรื้อรังต่อประชากรสูง การตามจ่ายสำหรับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการส่งต่อ 800 บาทแรกต่อครั้ง สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง, หรือการมีจำนวนประชากรในความดูแลน้อย ซึ่งทำให้การกระจายความเสี่ยง ไม่มีประสิทธิภาพและมีความเสี่ยงต่อการขาดทุนสูง

ประเด็นสำคัญที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น คือกลไก "การเทคีน" ของงบประมาณแต่ละกองทุน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ได้แก่

- กองทุน OP (ในอดีต): ในยุคที่ Model 5 ใช้ระบบ Fee schedule (พ.ย. 63 – ก.พ. 67) งบประมาณก้อนนี้มีลักษณะเป็น Global budget หากสิ้นปีมีเงินเหลือ เงินส่วนที่เหลือจะถูกนำมาคำนวณเพื่อเพิ่มมูลค่าต่อคะแนน (Point) และ "เทคิน" ให้กับหน่วยบริการที่ให้บริการไป แต่ในทางกลับกัน เมื่อใช้งบเกิน วงเงินก็จะถูกหารเฉลี่ยและทำให้มูลค่าต่อคะแนนต่ำลง ดังที่เกิดขึ้นในปี 2566
- กองทุน P&P: มีวิธีคิดที่แตกต่างออกไป โดยงบ P&P ใน กทม. เหลือใช้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี (มีผู้ระบุในที่ประชุมว่าอาจสูงถึง 1,500 ล้านบาท) กลับไม่มีกลไกการ "เทคิน" ให้กับหน่วยบริการ เหตุผลหลักที่งบ P&P ที่เหลือไม่ถูกนำมาจัดสรรใหม่ มาจากรูปแบบการจ่ายเงินที่เป็น "จ่ายตามรายการบริการ" (Fee-for-Service) เงินในกองทุนนี้ถูกจัดสรรไว้สำหรับ "กิจกรรม" ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า หากหน่วยบริการไม่ได้จัดกิจกรรมและส่งเบิก งบประมาณส่วนนั้นก็จะคงเหลือในระบบ และตามระเบียบแล้ว เงินที่เหลือจะต้องถูกส่งคืนคลังของ สปสช. ส่วนกลางเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

ในแง่หนึ่ง กลไกนี้ถูกออกแบบมาอย่างมีเหตุผลเพื่อยืนยันว่า งบ P&P ต้องถูกใช้สำหรับบริการเชิงรุกเท่านั้น การที่หน่วยบริการ "ไม่ได้ให้บริการ" ไม่มีการเบิกจ่าย และงบประมาณคงเหลือถูก "เทคิน" ถือเป็นการรักษาวินัยทางการคลังให้ตรงตามเจตนารมณ์ของกองทุนฯ ป้องกันไม่ให้งบประมาณถูกโยกย้ายไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตาม ความแข็งตัวของกฎเกณฑ์นี้ทำให้ระบบโดยรวมขาดประสิทธิภาพอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์ที่งบ OP สำหรับการรักษาพยาบาลขาดแคลนอย่างหนัก แต่งบ P&P กลับมีเงินคงเหลือจำนวนมากซึ่งไม่สามารถนำมาเฉลี่ยเพื่อแก้ปัญหาวิกฤตเฉพาะหน้าได้

ภาวะที่งบประมาณที่กองหนึ่งไม่เพียงพอในขณะที่อีกกองหนึ่งคงเหลือ ความแตกต่างเช่นนี้จึงมักเป็นประเด็นที่ถูกหยิบเป็นข้อเสนอมให้ทบทวนและออกแบบกลไกการบริหารงบประมาณในภาพรวมใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัย การตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหาจุดสมดุลที่เหมาะสมระหว่าง "การรักษาวินัยการคลังตามวัตถุประสงค์" กับ "การสร้างความยืดหยุ่นเพื่อประโยชน์สูงสุดของระบบโดยรวม"

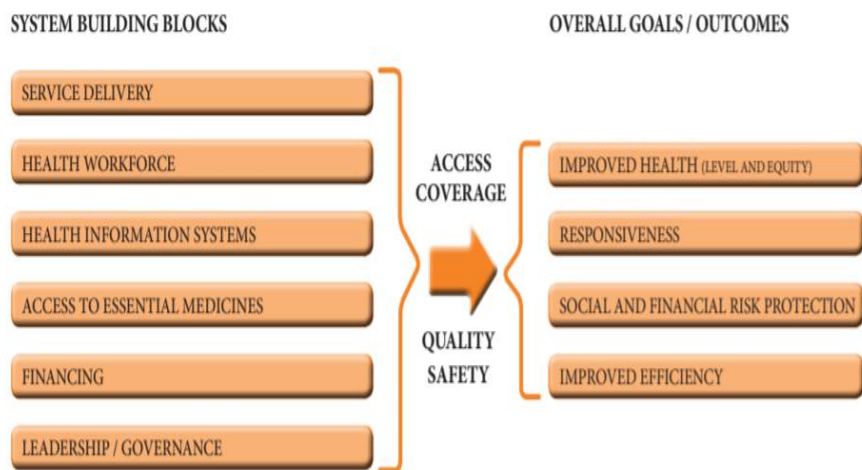
2.5 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ทางออกของระบบบริการสุขภาพ

ในโครงการนี้เลือกใช้กรอบแนวคิด 3 กรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 building blocks of health systems)[9] กรอบแนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (primary healthcare monitoring conceptual framework)[10] และ กรอบแนวคิดเป้าหมายของนโยบายด้านการคลังสุขภาพ (health financing policy objectives)[11]

2.5.1 กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

อธิบายถึงองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) บริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาที่จำเป็น 5) การคลังสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและการ

อภิบาลระบบ ใน 6 เสาหลักนี้ มี 2 เสาหลักที่สนับสนุนส่งเสริมอีก 4 เสาหลักให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เมื่อเสาหลักทั้ง 6 ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย และบรรลุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การยกระดับสุขภาพของประชาชนและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน การป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ นอกจากนี้ยังมีผลลัพธ์ระหว่างทาง ได้แก่ ความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพ [9] (ภาพที่ 2)

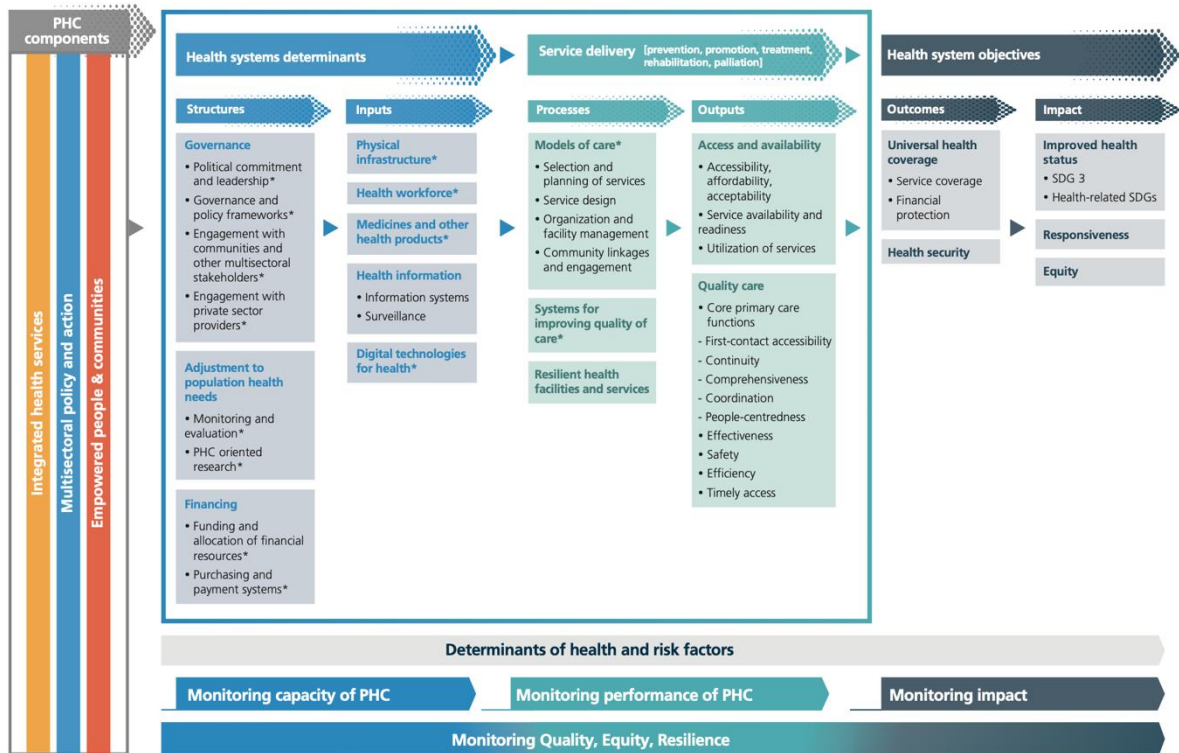


ภาพที่ 2 แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 building blocks of health systems)

ที่มา: WHO 2010 [9]

2.5.2 กรอบแนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

อธิบายถึงองค์ประกอบในการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การติดตามศักยภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (capacity of primary healthcare) ครอบคลุม ปัจจัยกำหนดระบบสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้าง (structures) และ ปัจจัยนำเข้า (inputs) 2) การติดตามประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุม บริการสุขภาพ ได้แก่ กระบวนการ (process) และ ผลผลิต (outputs) และ 3) การติดตามผลกระทบ ครอบคลุม เป้าหมายของระบบสุขภาพ ได้แก่ ผลลัพธ์ (outcomes) และ ผลกระทบ (impact) โดยค่านึงองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชน[10] (ภาพที่ 3)

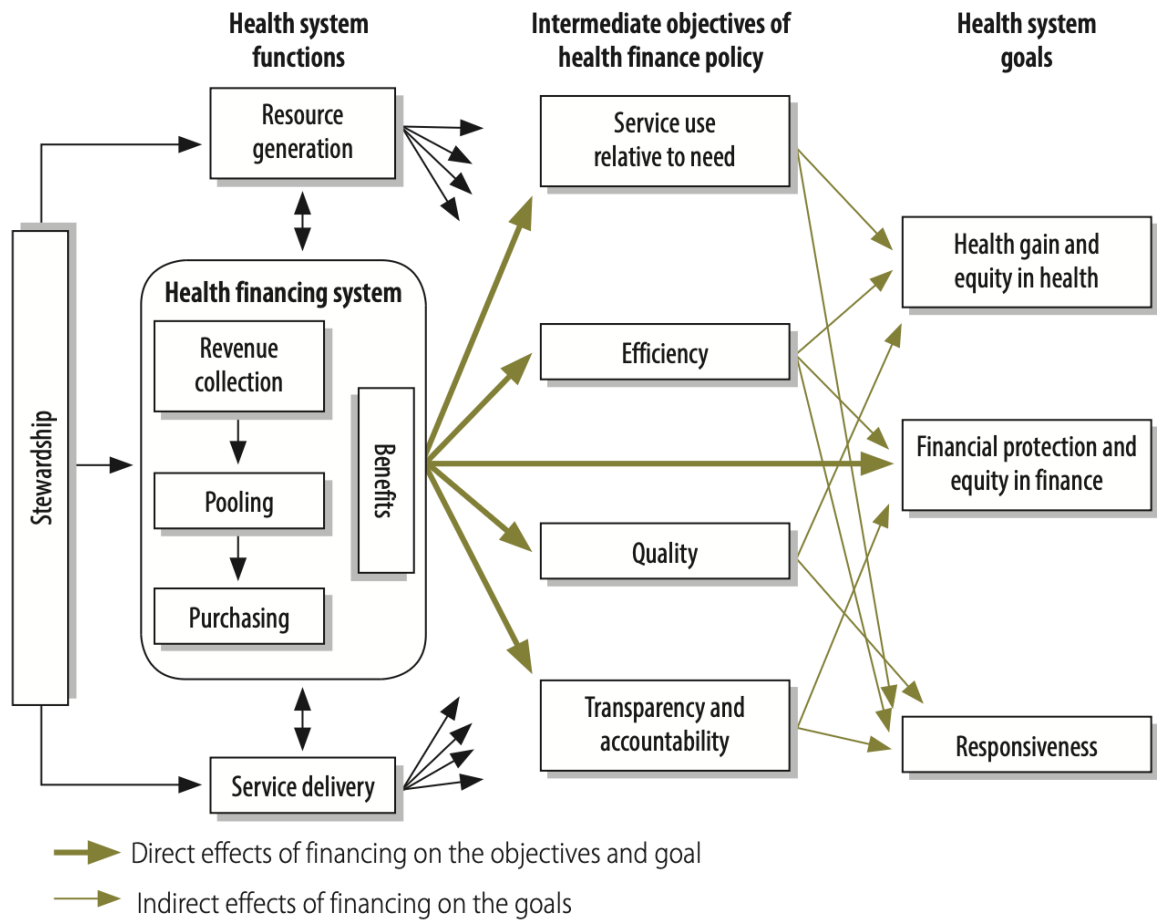


ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
(Primary healthcare monitoring conceptual framework)

ที่มา: WHO 2022 [10]

2.5.3 กรอบแนวคิดเป้าหมายของนโยบายด้านการคลังสุขภาพ

กรอบแนวคิดนี้แสดงถึง องค์ประกอบของระบบการคลังสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน สำคัญ ได้แก่ 1) การรวบรวมรายได้ (revenue collection) 2) การรวมงบประมาณ (pooling) 3) การจ่าย (purchasing) และ 4) สิทธิประโยชน์ (benefits) และมีเป้าหมายระยะกลางของนโยบายการคลังสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้บริการสุขภาพสัมพันธ์กับความจำเป็นสุขภาพ 2) ความมีประสิทธิภาพ 3) คุณภาพ และ 4) ความโปร่งใสและความรับผิดชอบ โดยเป้าหมายระยะกลางนี้จะนำไปสู่ เป้าหมายของระบบสุขภาพ 3 ข้อ ได้แก่ 1) สถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้นและความเป็นธรรมสุขภาพ 2) การปกป้องทางการเงินและความเป็นธรรมด้านการเงิน 3) การตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน [11](รูปที่ 4)



ภาพที่ 4 แผนภาพกรอบแนวคิดเป้าหมายของนโยบายด้านการเงินการคลังสุขภาพ
(health financing policy objectives)

ที่มา: Kutzin 2013 [11]

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมรอบด้าน การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ

ขั้นตอนหลักในการรวบรวมข้อมูลคือการทำความเข้าใจมุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ซึ่งดำเนินการผ่าน:

3.1.1 การทบทวนวรรณกรรม

การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของ กทม. เอกสารงานวิจัย บทความทางวิชาการ รายงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างกรอบแนวคิดและทำความเข้าใจบริบทของปัญหา รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ เช่น จากเว็บไซต์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ (กทม.) <https://bkk.nhso.go.th/main/>

3.1.2 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็น

การทบทวนบันทึกการประชุม และการเข้าร่วมรับฟังความคิดเห็นร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบ Focus Group ที่จัดโดยคณะทำงานศึกษาและพัฒนาข้อเสนอต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ กทม. โดยวางแผนกำหนดผู้เข้าร่วม จำนวน 9 กลุ่ม มีองค์ประกอบ ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 คลินิกเอกชนทั้งหมด
- กลุ่มที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย
- กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลมหาลัย / โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์
- กลุ่มที่ 4 โรงพยาบาลสังกัด กทม. / สำนักงานการแพทย์
- กลุ่มที่ 5 โรงพยาบาลเอกชน
- กลุ่มที่ 6 ประชาชนผู้รับบริการ / ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง
- กลุ่มที่ 7 สปสช. เขต 13
- กลุ่มที่ 8 คนร้องเรียน / ผู้ป่วยเรื้อรัง
- กลุ่มที่ 9 ผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น บอร์ดภาคประชาชน

3.1.3 การประชุมคินข้อมูลและรับฟังความเห็น

การจัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 9 กลุ่มและคณะทำงานฯ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและแนวทางการขับเคลื่อนผลการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ

ความถูกต้องของข้อมูล รับฟังมุมมองเพิ่มเติม และสร้างความเข้าใจร่วมกันในแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกทม.ต่อไป

3.2 การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิและการทวนสอบ

กระบวนการนี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อใช้ในการ "ทวนสอบ" (Triangulate) ข้อค้นพบจากข้อมูลปฐมภูมิ โดยมีกระบวนการดังนี้:

3.2.1 การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3 หน่วยงานหลัก เพื่อนำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์และสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดข้อมูลที่ต้องการ เช่น ขอร้องเรียน การใช้จ่าย จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สปสช. กทม. และ สภากงศ์กรของ ผู้บริโภค

ตารางที่ 2 ตารางแหล่งข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ

หน่วยงาน	ข้อมูลที่ใช้
สปสช.	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลขอร้องเรียน สายด่วน สปสช. 1330 และ ศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทอง 50(5) ที่เกี่ยวข้องกับบริการในพื้นที่ กทม. (จำนวน, ประเด็น และรายละเอียด) - ข้อมูลการออกไปส่งตัวผ่าน สายด่วน สปสช. 1330 (จำนวน, สาเหตุ) - ข้อมูล Master CUP จำนวนประชากรแต่ละเครือข่าย แยกประเภท (Model 1 2 4 และ 5) เพื่อศึกษาการจัดเครือข่ายของ สปสช. - ข้อมูลการแบ่งเขตรับผิดชอบของคลินิก/ศบส./โรงพยาบาล - รายได้ ที่ สปสช. โอนให้หน่วยบริการแต่ละแห่ง แยกตามกองทุน (OP, IP, P&P) - จำนวนผู้มีสิทธิ แยกตามอายุ เพศ - จำนวนคลินิกนวัตกรรมใน กทม.
สำนักอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ แยกตาม ศบส. และ ศบส. สาขา (ปัจจุบัน) ทั้ง ข้าราชการ ลูกจ้าง และ พนักงานจ้างเวลา - เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน ณ 30 กันยายน - จำนวน P&P/OP visit
สภากงศ์กรของ ผู้บริโภค	<ul style="list-style-type: none"> - ขอร้องเรียนด้านการใช้บริการของประชาชน

3.1.4 การสืบค้นหลักฐานภายนอกเพื่อการทวนสอบ

คณะผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลภายนอกที่เป็นอิสระ เช่น ฐานข้อมูลวารสารวิชาการ (ThaiJo, Google Scholar), ฐานข้อมูลงานวิจัย สวรส., และเอกสารเชิงนโยบายจากหน่วยงานภาครัฐ วัตถุประสงค์ของการสืบค้นในส่วนนี้เพื่อนำข้อมูลที่พบ (หรือไม่พบ) มาเปรียบเทียบและทวนสอบกับความคิดเห็นที่ได้จากการรับฟัง 9 กลุ่ม กระบวนการนี้ช่วยให้สามารถประเมินได้ว่าความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นสอดคล้องกับหลักฐานภายนอกเพียงใด และที่สำคัญคือช่วยในการระบุ "ช่องว่างทางองค์ความรู้" ซึ่งจะถูกนำไปอภิปรายและพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับวาระการวิจัยในอนาคตต่อไปในบทที่ 5

3.3 การสังเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหา

ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จากทุกแหล่งจะถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม:

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: ใช้วิธีการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic Analysis) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญ, รูปแบบ, และความเชื่อมโยงของปัญหาที่เกิดขึ้นจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ

ข้อมูลเชิงปริมาณ: ใช้ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อสรุปและนำเสนอข้อมูลตัวเลขให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์

การตรวจสอบข้อมูลใช้วิธีการทวนสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) 2 วิธีการ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความลำเอียงในการเก็บข้อมูล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลต่างกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อพิสูจน์ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้อาจมาจากแหล่งที่มาต่าง ๆ โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน และ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวม เป็นการใช่วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน โดยมีผู้วิจัยหลายคนในการรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน แต่รวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน โดยจะใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการซักถาม พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบ เป็นต้น

การสังเคราะห์เชิงกรอบ นำผลการวิเคราะห์ทั้งหมดมาสังเคราะห์ร่วมกับกรอบแนวคิดหลัก 3 กรอบหลัก ได้แก่ กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ กรอบแนวคิดการติดตามการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และกรอบแนวคิดเป้าหมายของนโยบายด้านการคลังสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางการแก้ปัญหาที่มีความครอบคลุมและสร้างข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีโครงสร้างและเป็นระบบ

บทที่ 4 ผลการศึกษา

บทนี้เป็นการนำเสนอผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 9 กลุ่ม ข้อมูลจากการประชุมคืบข้อมูล และข้อมูลเชิงปริมาณที่รวบรวมเพิ่มเติม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฉายภาพสถานการณ์ปัญหาของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกทม. โดยจะนำเสนอ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การจัดบริการสุขภาพและการส่งต่อ 2) การคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน 3) การอภิบาลระบบและโครงสร้าง 4) ทรัพยากรและปัจจัยนำเข้า 5) ประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยเป็นการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 9 กลุ่ม (ภาคผนวก) โดยนำเสนอผ่าน 5 มุมมอง ได้แก่ 1) มุมมองผู้รับบริการ (ประชาชน ศูนย์คุ้มครองสิทธิ และ ผู้ป่วยเรื้อรัง) 2) มุมมองหน่วยปฐมภูมิภาคเอกชน (คลินิกชุมชนอบอุ่น) 3) มุมมองหน่วยปฐมภูมิภาครัฐ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) 4) มุมมองหน่วยบริการรับส่งต่อ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กทม. โรงพยาบาลเอกชน) และ 5) มุมมองของ สปสช. เขต 13 กทม.

4.1 การจัดบริการสุขภาพและการส่งต่อ

4.1.1 ปัญหาการจัดบริการสุขภาพและการส่งต่อ

มุมมองของผู้รับบริการ การออกไปส่งตัว เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษา คลินิกแต่ละแห่งตั้งกฎเกณฑ์ของตัวเองอย่างไม่มีมาตรฐานกลางร่วมกัน บังคับให้ต้องเดินทางไปคลินิกหลายครั้งเพื่อไปส่งตัวเพียงใบเดียว เช่น จำกัดจำนวนการออกไปส่งตัวรายวัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า "ถ้าเข้ามาเต็ม 40 คน แล้วคนที่มาสายหน่อยก็ต้องรอรอบบ่าย แต่ถ้ารอบบ่ายก็ไม่ได้คิวอีก สุดท้ายคนที่มาต้องกลับไปมือเปล่า" บางคลินิกกำหนดให้ต้องมายื่นขอใบส่งตัวล่วงหน้า 3 วัน บางแห่งจะออกไปส่งตัวให้เพียง 1 วันก่อนวันนัด บางคลินิกต้องพาผู้ป่วยติดเตียงมาที่คลินิกและปฏิเสธที่จะออกไปส่งตัวให้แก่ญาติที่มาขอใบส่งตัวแทน แม้ว่าจะมีใบนัดจากโรงพยาบาล เงื่อนไขเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับใบส่งตัว หรือต้องเดินทางไปคลินิกเพื่อขอให้ส่งตัวหลายครั้ง เป็นภาระทั้งด้านเวลาและค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยที่ได้รับใบส่งตัวแล้ว บางคนถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่าย (chain hospital) กับคลินิก ไม่ตรงกับรพ.รับส่งต่อที่สปสช.กำหนดไว้ ซึ่งอาจจะอยู่ไกลและไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้รับบริการคนหนึ่งระบุว่า "เขาส่งต่อไป รพ. ไกลบ้าน ทั้งที่ตามสิทธิควรส่งไป รพ. ใกล้บ้าน ทำให้คนไข้เสียโอกาสเสียเวลา และการรักษาก็ไม่ต่อเนื่อง" บางคลินิกออกไปส่งตัวโดยมีระยะเวลา เพียง 1-3 วัน หากผู้ป่วยมีเหตุสุดวิสัยที่ไม่สามารถไปรับบริการที่รพ.รับส่งต่อได้ในเวลานั้น ก็จำเป็นต้องเริ่มกระบวนการขอใบส่งตัวใหม่อีกครั้ง

เมื่อบางคลินิกปิดตัวหรือมีเหตุให้ยกเลิกหรือถูกยกเลิกจากการเป็นคู่สัญญา สปสช. จะกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่นตามทะเบียนบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการความต่อเนื่อง

ในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยต้องเริ่มต้นการรักษาที่รพ.ใหม่ เนื่องจากระบบการส่งต่อเป็นเพียง "การส่งไป" โดยไม่มีการติดตามผลหรือส่งข้อมูลการรักษาต่อ ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องและคุณภาพที่ควรจะเป็น อาจไม่คำนึงถึงประวัติการรักษาเดิม และเมื่อร้องเรียนไปยังสายด่วน สปสช. 1330 ก็พบว่ากระบวนการแก้ไขล่าช้าและซับซ้อน

ประชาชนบางส่วนจึงรู้สึกว่าคุณเองถูกเลือกปฏิบัติเหมือนเป็น "พลเมืองชั้นสอง" และต้องเผชิญกับพฤติกรรมทำให้บริการที่ไม่ดี ซึ่งปัญหา "เรื่องใบส่งตัว" เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษา ทำให้ประชาชนรู้สึกเหมือนถูกใช้เป็น "ตัวประกัน" และเสียโอกาสในการรักษาที่ต่อเนื่อง

มุมมองของคลินิกเอกชน บางคลินิกประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย สูงกว่างบประมาณเหมาะสมที่ได้รับ โดยเฉพาะกรณีที่สัดส่วนผู้ป่วยเรื้อรังต่อประชากรสูง หรือ ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความต้องการบริการที่รพ.ส่งต่ออย่างเฉพาะเจาะจง โดยการย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขอใบส่งตัว หรือ ต้องการบริการที่อาจจะเกินความจำเป็น เช่น CT Scan/MRI นอกจากนี้พบว่า เมื่อผู้ป่วยไปรับบริการที่รพ.รับส่งต่อพบว่าหลายกรณีจะเป็นการนัดผู้ป่วยต่อเนื่องแล้วสั่งให้กลับมาเอาใบส่งตัวที่คลินิก โดยไม่มีการส่งกลับผู้ป่วยกลับมารับบริการปฐมภูมิโดยคลินิก ซึ่งค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้นี้นำไปสู่ภาวะขาดสภาพคล่องรุนแรง ทำให้คลินิกต้องจำกัดการส่งต่อเพื่อความอยู่รอด และหากไม่สามารถบริหารจัดการงบประมาณได้ ท้ายที่สุดก็ต้องตัดสินใจออกจากระบบ

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" สร้างปัญหาหน้างานเนื่องจากโรงพยาบาลยังคงให้ผู้ป่วยกลับมาขอใบส่งตัวที่ ศบส. นอกจากนี้ โรงพยาบาลใหญ่ยังนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่ให้กลับไปตรวจต่อเนื่อง ซึ่งถูกมองว่าเป็นการ "ทำลายสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ" ในอีกด้านหนึ่งเมื่อคลินิกเอกชนปิดตัวหรือปฏิเสธการส่งต่อ ภาระทั้งหมดจะถูกส่งต่อมาให้ ศบส. ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ นอกจากนี้ ปัญหาใหญ่คือระบบการส่งกลับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่มายังปฐมภูมิแทบไม่เกิดขึ้นจริง แม้จะมีการตกลงกัน แต่ในทางปฏิบัติยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ภาระงานของ ศบส. เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) ความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานพบ และมีความแออัดมากขึ้นเมื่อระบบปฐมภูมิล้วนส่งต่อให้โรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมถึงความคาดหวังของประชาชนจากการทราบการประชาสัมพันธ์โดยไม่ได้ระบุเงื่อนไขในรายละเอียด เช่น นโยบาย "บัตรประชาชนใบเดียว" ก็ยังไม่สามารถใช้ได้จริงกับโรงพยาบาลในสังกัด กทม. ทำให้เกิดปัญหาในการเปิดสิทธิ์ให้ผู้ป่วยและเกิดข้อร้องเรียนจำนวนมาก โดยเฉพาะกรณีวิกฤตฉุกเฉิน เป็นต้น โรงพยาบาลเผชิญกับความสับสนของผู้ป่วยจากนโยบายที่ไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่หน้างานต้องเป็นผู้รับแรงปะทะโดยตรง

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาการส่งต่อเกิดจากการเปลี่ยนผ่านรูปแบบการบริหารจัดการ จากเดิม Model 2 ที่ รพ.เป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และเป็นแม่ข่ายที่มีอำนาจในการกำกับดูแล หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มาสู่ Model 5 (ระยะแรก) ที่หน่วยบริการในเครือข่าย ขาดกลไกที่กำหนดบทบาท อำนาจ หน้าที่ ในการกำกับดูแลการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการส่ง

ต่อมากเกินไป จนถึงรูปแบบ Model 5 ในปัจจุบันทำให้ คลินิกควบคุมเรื่องการส่งตัวเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงิน ในขณะที่ประชาชนบางกลุ่มก็มีความต้องการรับบริการที่รพ.รับส่งต่อ ทั้ง ๆ ที่เป็นศักยภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การดูแลได้ ประกอบกับการสื่อสารนโยบายที่ประชาชนรับรู้ ที่ทำให้เกิดความคาดหวังที่ไม่ตรงกับบริการที่เข้าถึงได้จริง

4.1.2 ข้อมูลการร้องเรียน

จากการศึกษาข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการใน กทม.ที่มีการร้องเรียนผ่านระบบร้องเรียนสายด่วน สปสช. 1330 และ ผ่านระบบร้องเรียนของสายด่วน สภากาชาดของผู้บริโภค 1502 แสดงจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการส่งตัวได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จาก 38 เรื่อง ในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 3,706 เรื่อง ในปีงบประมาณ 2567 และเพิ่มขึ้นเป็น 9,665 เรื่องในปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568) สอดคล้องกับช่วงเวลาที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่าย Model 5 เป็นการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการ OP และกำหนดการตามจ่ายกรณีการส่งต่อ 800 บาทต่อครั้ง ในเดือนมีนาคม 2567 และพบว่าในช่วงปี 2567 ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการส่งตัวเพื่อรักษาต่อ เป็นปัญหาที่ถูกร้องเรียนสูงที่สุดคิดเป็น 37%-43% ของเรื่องร้องเรียนบัตรทองทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนเรื่องร้องเรียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563-2568

ประเด็นร้องเรียนหลัก (ตาม ม.57 และ ม.59)	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568 (ถึง 30 มิ.ย.)
จำนวนเรื่องทั้งหมด (มีมูลความจริง)	1,563	2,028	12,423	3,184	10,868	22,031
1. ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานฯ (ม.57)	24	11	16	24	22	6
2. ไม่ได้รับความสะดวก (ม.59)	586	660	11,626	1,146	3,490	4,918
3. ถูกเรียกเก็บค่าบริการ (ม.59)	270	514	290	707	841	537
4. ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ (ม.59)	683	843	491	1,307	6,515	16,570
- การส่งตัวเพื่อรักษาต่อ*	104	58	29	38	3,706	9,665

*การส่งตัว เป็น ประเด็นที่มีการร้องเรียนสูงสุดในกลุ่ม ไม่ได้รับบริการตามสิทธิ (ม.59)

ที่มา: สปสช. 2568

ข้อร้องเรียนภายใต้มาตรา 57 เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ตัวอย่างที่พบได้แก่ ความผิดพลาดในการจ่ายยา การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือผิดพลาด การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เหมาะสม หรือการผ่าตัดที่เกิดความผิดพลาด ซึ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ใช่เพียงความทุกข์ทรมานทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสูญเสียโอกาสในการรักษาที่ทัน่วงที่ การสูญเสียคุณภาพ

ชีวิต และการสูญเสียความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุข ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ในขณะที่ มีข้อร้องเรียนภายใต้มาตรา 59 เป็นข้อร้องเรียนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงและคุณภาพบริการ ตัวอย่างที่พบได้แก่ ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการตามสิทธิ การรอคิวนานและการได้รับบริการที่ล่าช้า และ การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากผู้ใช้บริการบัตรทอง เป็นต้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2568 ข้อร้องเรียนมาตรา 57 มีจำนวนเพียง 11-24 เรื่องต่อปี ในขณะที่ ข้อร้องเรียนในระบบทั้งหมดอยู่ในส่วนของ มาตรา 59 และมีจำนวนมากขึ้นอย่างมากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และ ปีงบประมาณ 2568

4.1.3 ข้อเสนอ การจัดการบริการสุขภาพและการส่งต่อ

มุมมองของผู้รับบริการ ข้อเสนอที่ถูกพูดถึงมากที่สุดคือ "ถ้ามีใบนัดจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องการให้ (ผู้ป่วย) สามารถเดินไป(รับบริการที่รพ.รับส่งต่อ)ได้เลย ไม่ต้องกลับมาขอใบส่งตัว" หรือ สปสช. ต้องกำหนด "มาตรฐานในเรื่องการออกใบส่งตัว ให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันทุกแห่ง" และควรมีกลไกที่ให้ทุกฝ่ายมาออกแบบแล้วพัฒนา (แนวทางปฏิบัติ) ร่วมกัน

มุมมองของคลินิกเอกชน เสนอให้พัฒนาระบบอนุมัติก่อนการรักษาหรือการกำหนดมาตรฐานแนวทางการรักษาและระบบตรวจสอบเพื่อควบคุมการส่งบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปทุมภูมิ) เสนอให้สร้างระบบส่งกลับ (refer back) ที่ใช้งานได้จริง โดยมีข้อตกลงและระบบข้อมูลที่สนับสนุน เสนอให้ทบทวนหรือยกเลิกนโยบาย "OP Anywhere" แล้วกลับมาส่งเสริมหลักการ "ใกล้บ้านใกล้ใจ"

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ เสนอให้มีการวางระบบเครือข่ายบริการที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้มีการพิจารณากลับไปใช้กลไก Primary Care Trust (PCT) ให้โรงพยาบาล เป็นแม่ข่ายและมีบทบาทหน้าที่กำกับดูแลบริหารงบประมาณในเครือข่าย และมี ศบส. และคลินิกเอกชน เป็นหน่วยบริการปทุมภูมิในเครือข่าย นอกจากนี้อยากให้ภาคประชาชนเพิ่มบทบาทในการ สื่อสารสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ในการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน

4.2 การคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน

4.2.1 ปัญหาการคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน

มุมมองของผู้รับบริการ ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปัญหาใบส่งตัว ที่คลินิกกำหนดกระบวนการที่ยุงยาก ต้องเดินทางไปคลินิกหลายรอบ หลายครั้ง การส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ไกลกว่าเดิม ทำให้ผู้ป่วยเสียค่าเดินทางและเวลามากขึ้น ประชาชนรู้สึกว่าได้รับบริการสุขภาพที่จำกัดจากปัญหาการขาดงบประมาณ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังคนหนึ่งสะท้อนว่า "โรคเบาหวาน ความดันต้องตรวจเลือด แต่คลินิกบอกไม่มีงบ ถ้าอยากตรวจต้องไปตรวจเองแล้วเอาผลมาส่ง ทั้งที่เรามีสิทธิ์บัตรทองอยู่แล้ว"

มุมมองของคลินิกเอกชน ปัญหาที่คลินิกกำลังประสบคือคือวิกฤตการเงิน โดยในเดือนพฤษภาคม 2567 ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า “มีคลินิกถึง 37 แห่ง ได้เงินศูนย์บาท และคลินิกอีก 130 แห่งเนี่ยอาการสาหัส” และให้ความเห็นว่าสาเหตุมาจากรูปแบบการจ่ายเงินที่ไม่เป็นธรรม ระบบ risk pooling ทำให้คลินิกเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงทางการคลัง และอัตราจ่ายตามความเจ็บป่วยไม่ครอบคลุมภาระโรคที่แท้จริงของคลินิก

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ศบส. ดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดทางการเงินงบประมาณไม่เพียงพอ โดยเฉพาะหลังจากการจัดสรรงบประมาณภายในสำนักอนามัย กทม. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่างบประมาณที่ได้รับ นอกจากนี้การจ่ายเงินของ สปสช. ไม่มีรายละเอียด ขาดความโปร่งใส ทำให้ไม่สามารถทวงบัญชีได้ และยังมี การเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ย้อนหลัง ทำให้ผลงานที่ได้ทำไปแล้วไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจาก สปสช. ได้

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) ตัวแทนจากรพ. ให้ข้อมูลว่า รพ.รับภาระขาดทุนจากสิทธิบัตรทอง โดยต้องนำงบประมาณที่ได้จากประกันสังคมมาชดเชย และให้ความเห็นระบบการเบิกจ่ายของสปสช. จ่ายน้อย แต่มีขั้นตอนและเงื่อนไขมาก

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิ่งที่เกิดขึ้นดำเนินงานภายใต้ "งบประมาณที่จำกัด" รูปแบบการจ่ายในปัจจุบัน เป็นความพยายามในการแก้ปัญหาจาก Model 5 ที่ จ่ายโดยวิธี Fee Schedule แล้วไม่เพียงพอ เป็นการใช้รูปแบบการเหมาจ่ายรายหัว

4.2.2 ข้อมูลต้นทุน ค่าเช่า และ ค่าจ้างบุคลากรของคลินิกในกทม.

ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเช่าอาคารพาณิชย์ในปี 2566- 2568 แสดงให้เห็นว่าค่าเช่าใน กทม. (สูงสุด 550,000 บาท/เดือน) สูงกว่าหัวเมืองใหญ่อื่น ๆ เช่น เชียงใหม่ (สูงสุด 35,000 บาท) และขอนแก่น (สูงสุด 25,000 บาท) อย่างมหาศาล (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตาม ช่วงราคาที่กว้างตั้งแต่ 10,000 ถึง 550,000 บาทต่อเดือน ขึ้นอยู่กับขนาดและทำเล เช่น ในปี 2568 ค่าเช่ารายเดือน

- ย่านบางแค หนองแขม เพชรเกษม สุขสวัสดิ์ रामอินทรา ใน ซอยเล็ก ไม่ติดถนนใหญ่ 10,000 บาทต่อคูหา, 51 ต่อตารางเมตร
- ย่านคลองเตย 42,500 บาทต่อคูหา, 500 บาทต่อตารางเมตร
- ย่านลาดพร้าว रामค่าแหง 75,000 บาทต่อคูหา, 1,650 บาทต่อตารางเมตร
- ย่านอารีย์ พญาไท 150,000 บาทต่อคูหา, 1,000 บาทต่อตารางเมตร
- ย่านสีลม สาทร 360,000 บาทต่อคูหา, 2,400 บาทต่อตารางเมตร

ส่วนจังหวัดตัวแทนภาคอื่น เช่น อุดรฯ, เชียงใหม่, ขอนแก่น, และภูเก็ต มีราคาเช่าที่ต่ำกว่ากทม. อย่างเห็นได้ชัด โดยราคาต่อตารางเมตรในกทม. อยู่ระหว่าง 51 - 640 บาท ขณะที่จังหวัดเมืองรอง เช่น สมุทรปราการ ลพบุรี เชียงราย ชัยภูมิ และสงขลา มีราคาต่อตารางเมตรช่วงประมาณ 70 - 600 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตาม ค่าเช่าในตลาดอสังหาริมทรัพย์ที่มีอาคารพาณิชย์มักมีการตกลงราคากันระหว่างเจ้าของทรัพย์สินกับผู้เช่าตามสภาพตลาดช่วงเวลานั้น ซึ่งอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากในช่วง 1 ปีถัดไป โดยเฉพาะรายานที่มีความนิ่ง เช่น เขตกลางเมืองหรือพื้นที่ศักยภาพสูง

ตารางที่ 4 ข้อมูลค่าเช่าพื้นที่เฉลี่ย เปรียบเทียบระหว่างจังหวัด ในปี 2566-2568

ภาค	จังหวัด (เมืองหลัก/ เมืองรอง)	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
		ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)	ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)	ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)
กทม.และ ปริมณฑล	กทม.	10,000 - 160,000	100 - 1,000	10,000 - 300,000	50 - 640	10,000 - 550,000	51 - 640
	สมุทรปราการ	15,000 - 45,000	100 - 400	20,000 - 50,000	150 - 600	20,000 - 50,000	150 - 600
ภาคกลาง	อยุธยา	8,000 - 20,000	90 - 300	8,000 - 25,000	90 - 350	10,000 - 25,000	100 - 350
	ลพบุรี	5,000 - 7,000	70 - 180	6,000 - 8,000	80 - 200	6,000 - 8,000	80 - 200
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	12,000 - 30,000	90 - 300	5,000 - 35,000	100 - 350	15,000 - 35,000	100 - 350
	เชียงราย	6,000 - 12,000	80 - 200	7,500 - 15,000	90 - 250	7,500 - 15,000	90 - 250
ภาคอีสาน	ขอนแก่น	6,000 - 20,000	90 - 280	8,000 - 25,000	100 - 300	8,000 - 25,000	100 - 300
	ชัยภูมิ	4,000 - 9,000	60 - 150	5,000 - 11,000	70 - 180	5,000 - 11,000	70 - 180

ภาค	จังหวัด (เมืองหลัก/ เมืองรอง)	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
		ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)	ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)	ราคาเช่าเฉลี่ยต่อคูหา (บาท/เดือน)	ราคาค่าเช่าต่อ ตารางเมตร (บาท/เดือน)
ภาคใต้	ภูเก็ต (ป่าตอง)	30,000 - 180,000	700 - 2,500	40,000 - 250,000	1,000 - 3,000	40,000 - 250,000	1,000 - 3,000
	สงขลา	10,000 - 25,000	100 - 350	15,000 - 30,000	120 - 400	15,000 - 30,000	120 - 400

ที่มา: <https://www.ddproperty.com>, <https://www.baania.com>, <https://www.remax.co.th> เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 1 ตุลาคม 2568

นอกเหนือจากโครงสร้างต้นทุนค่าเช่าสถานที่ที่สูงใน กทม. แล้ว จากการศึกษาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2567 ได้ระบุว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่ส่งผลต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการปฐมภูมิ หากใช้เกณฑ์มาตรฐานบุคลากรขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิใน กทม. ซึ่งกำหนดให้ต้องมีบุคลากรหลัก 5 คน (แพทย์ 1, พยาบาล 2, นักสาธารณสุข 2) และเปิดให้บริการ 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พบว่าคลินิกชุมชนอบอุ่นจะมี ต้นทุนค่าใช้จ่ายเฉพาะบุคลากรขั้นต่ำอยู่ที่ประมาณ 218,000 บาทต่อเดือน [6] แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประมาณการณ์ค่าใช้จ่ายบุคลากรขั้นต่ำตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิชาชีพ	ค่าจ้าง	จำนวน (คน)	ค่าใช้จ่าย (บาท)
แพทย์	500 บาท x 244 ชั่วโมง	1	122,000
พยาบาลวิชาชีพ	30,000 บาท/เดือน	2	60,000
นักสาธารณสุขชุมชน	18,000 บาท/เดือน	2	36,000
รวม			218,000

ที่มา สำนักงานเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2567 [6]

เมื่อนำต้นทุนครั้งนี้มาพิจารณาร่วมกับรายรับจากบเหมาจ่ายรายหัว จะทำให้เห็นถึงความเปราะบางทางการเงินของคลินิกได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะภายใต้เงื่อนไขปัจจุบันที่คลินิกต้องรับผิดชอบตามจ่ายค่าบริการ 800 บาทแรก แม้ สปสช. จะจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว แต่เมื่อหักลบด้วยการตามจ่าย รายรับนี้มีความไม่แน่นอนสูงและสามารถลดลงจนถึงศูนย์บาท หรือแม้กระทั่งติดลบ

สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่า ภายใต้รูปแบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน คลินิกที่ดูแลประชากรน้อย หรือมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องส่งต่อสูง มีความเสี่ยงอย่างยิ่งที่จะดำเนินงานโดยไม่มีรายรับเหลือ หรือขาดทุน ประกอบกับการที่ไม่มีการกำหนดรายได้ขั้นต่ำที่รับประกันให้หน่วยบริการ ทำให้คลินิกไม่สามารถวางแผนทางการเงินในระยะยาวได้ และส่งผลโดยตรงต่อศักยภาพในการจัดบริการให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพขั้นต่ำที่กำหนด

4.2.3 ข้อเสนอการคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน

มุมมองของผู้รับบริการ เสนอให้มีการแก้ไขปัญหางบประมาณของคลินิก และต้องการให้คลินิกสามารถเบิกจ่ายยาได้ยาวนาน 1-2 เดือน และทำการตรวจเลือดที่จำเป็นได้ตามมาตรฐาน

มุมมองของคลินิกเอกชน สร้างความมั่นคงทางการเงินให้หน่วยบริการ โดยรูปแบบการจ่ายที่มีการันตีขั้นต่ำและนำระบบ "จ่ายล่วงหน้ามาก่อนสามเดือน" กลับมาใช้

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ทำให้ระบบการจ่ายเงินมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และจ่ายตรงตามเวลา "เบิกไป 1,000 บาท คุณก็ต้องจ่าย 1,000 บาท"

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) เสนอให้ สปสช. ปรับปรุงอัตราค่าการจ่ายให้ทัดเทียมกับระบบประกันสังคม "จ่ายให้เหมือนประกันสังคมก็รอดนะครับ"

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำลังพิจารณารูปแบบการจ่าย โดยโอนงบประมาณบริหารจัดการไปยังโรงพยาบาล คล้ายประกันสังคม ให้โรงพยาบาลบริหารจัดการการจ่ายเงินให้คลินิกเอง เช่น ในกรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

4.3 การอภิบาลระบบและโครงสร้าง

4.3.1 ปัญหาการอภิบาลระบบและโครงสร้าง

มุมมองของผู้รับบริการ ประชาชนผู้รับบริการได้รับผลกระทบเมื่อ คลินิกปิดตัว ยกเลิกหรือถูกยกเลิก สัญญา กับ สปสช. การย้ายสิทธิเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ในด้านหนึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของ สปสช. ที่ต้องทำให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในอีกด้านหนึ่ง การย้ายสิทธิเกิดขึ้นโดยประชาชนไม่มีส่วนร่วม ไม่มีโอกาสเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ บางครอบครัวสมาชิกถูกแยกหน่วยบริการ ผู้รับบริการคนหนึ่งเล่าประสบการณ์ว่า "พอคลินิกปิด สิทธิเราถูกย้ายไปที่อื่นโดยไม่รู้ตัว ครอบครัวก็ถูกกระจายไปคนละที่ (การเดินทาง) ลำบากมาก" ปัญหานี้ส่งผลกระทบมากในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยติดเตียง ทำให้การดูแลผู้ป่วยยุ่งยากมากขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการหลายรายสะท้อนว่า "ทำไมไม่ให้เราเลือกเองว่าจะไปที่ไหน เหมือนเราไม่มีสิทธิในตัวเอง" การขาดส่วนร่วมในการตัดสินใจนี้ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถูกควบคุมและไม่ได้รับการเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐาน

ปัญหาการสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับผู้รับบริการเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่สร้างความไม่ไว้วางใจ ประชาชนจำนวนมากไม่ได้รับการแจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือการปิดคลินิก บางคนทราบข้อมูลจาก SMS ที่ส่งมาในวันสุดท้าย บางคนทราบเมื่อไปใช้บริการแล้วถูกปฏิเสธ ผู้รับบริการคนหนึ่งเล่าว่า "วันนั้นไปคลินิกตามปกติ พอถึงหน้าคลินิกดันเจอป้ายปิด แล้วก็รู้ว่าสิทธิเราไปอยู่ที่ไหน ต้องโทรไปถามหลายที่ถึงจะรู้" การขาดการแจ้งล่วงหน้าทำให้ผู้ป่วยหลายรายเดินทางไปถึงคลินิกแล้วพบว่าปิดตัว ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย

ระบบการสื่อสารผ่าน SMS ก็มีปัญหา เนื่องจากข้อความมักไม่ชัดเจน บางคนรู้สึกว่าต้องระวัง มีจรรยาบรรณ บางคนรู้สึกว่าใช้ภาษาราชการที่เข้าใจยาก และบางครั้งข้อความไม่ระบุข้อมูลที่จำเป็น เช่น ที่อยู่ คลินิกใหม่หรือวิธีการเดินทาง ผู้รับบริการสูงอายุหลายรายสะท้อนว่า "ได้ข้อความมาแต่อ่านไม่รู้เรื่อง ต้องให้ลูกหลานอ่านให้ฟัง" สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงการขาดการพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้การขาดมาตรฐานกลางในการให้บริการเป็นปัญหาใหญ่ที่สร้างความสับสนและความไม่เป็นธรรมอย่างมาก แม้แต่แต่ละคลินิกมีกฎระเบียบที่แตกต่างกัน ตั้งแต่เวลาในการออกใบส่งตัว จำนวนใบส่งตัวต่อวัน ไปจนถึงขั้นตอนการขอใบส่งตัว ความไม่สม่ำเสมอนี้ทำให้ผู้รับบริการต้องเรียนรู้กฎใหม่ทุกครั้งที่เปลี่ยนคลินิก ผู้รับบริการคนหนึ่งเปรียบเทียบว่า "คลินิกเก่าออกใบส่งตัววันเดียวก็ได้ แต่คลินิกใหม่ต้องมาก่อน 3 วัน ทำไมไม่เหมือนกัน เราเป็นคนไทยคน

เดียวกัน ใช้บัตรประชาชนใบเดียวกัน" ความไม่สม่ำเสมอนี้ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม เพราะผู้รับบริการในพื้นที่ต่างกันได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกัน บางคลินิกมีมาตรฐานการตรวจติดตามโรคเรื้อรังที่ดี ในขณะที่บางแห่งไม่มี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่สม่ำเสมอ ผู้รับบริการหลายคนสะท้อนว่า "ที่คลินิกเก่าตรวจเลือดให้ทุก 3 เดือน แต่ที่ใหม่บอกปีละครั้งพอ แล้วเราจะเชื่อใครดี" ความไม่แน่นอนนี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการรักษาและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

มุมมองของคลินิกเอกชน (ปฐมภูมิ) รากฐานที่ทำให้กลไกการเงินผิดพลาดคือปัญหาเชิงโครงสร้างดั้งเดิมที่ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า "คุณให้คนถือคนออกนโยบายกับคนถือเงินเป็นคนเดียวกัน" ซึ่งก่อให้เกิดภาวะ "conflict of interest" ทำให้ขาดการตรวจสอบถ่วงดุลที่มีประสิทธิภาพ

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ศบส. มองว่า สปสช. มีอำนาจเบ็ดเสร็จและหน่วยบริการไม่มีอำนาจต่อรอง สำหรับบทบาทการกำกับดูแลคลินิกเอกชนนั้น ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง เพราะ "การขับเคลื่อนงานของ คลินิก มันต้องขับเคลื่อนด้วยเงิน สำหรับเราไม่ใช่เจ้าของเงิน" และไม่มีอำนาจในการกำกับคลินิกที่ไม่ทำตามมาตรฐาน

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) ปัญหาเชิงโครงสร้างคือ "ความไม่เป็นธรรม" ในการจัดสรรทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลสังกัด กทม. กับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีอำนาจต่อรองสูงกว่า และการที่ สปสช. มีอำนาจเบ็ดเสร็จในการกำหนดนโยบาย ทำให้โรงพยาบาลไม่มีอำนาจต่อรอง

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ สปสช. มองเห็นคือ "บริบทของ กทม. มีความพิเศษ" แตกต่างจากต่างจังหวัดอย่างสิ้นเชิง ทำให้การใช้กฎเกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ "มันเหมือนกันไม่ได้" นอกจากนี้ สปสช. เขต 13 เองก็มีข้อจำกัดด้านอำนาจในการตัดสินใจ และยังขาดอำนาจในการสั่งการหน่วยบริการของรัฐโดยตรง

4.3.2 กรณีศึกษาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ท่ามกลางวิกฤตการณ์ของระบบบริการปฐมภูมิในกทม. ได้เกิดข้อเสนอเชิงรูปธรรมเพื่อหาทางออกจากปัญหาเชิงโครงสร้างคือ "โครงการนำร่องเครือข่ายบริการ" (sandbox Model) ซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่แสดงความสนใจที่จะเข้ามาเป็นแกนนำในการปฏิรูป ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โมเดลนี้ไม่ได้เป็นเพียงการปรับแก้กลไกการเงิน แต่เป็นการเสนอให้เกิดการอภิบาลระบบ จากเดิมที่ สปสช. ควบคุมจากส่วนกลาง มาสู่การกระจายอำนาจให้เกิด "การบริหารจัดการตนเองโดยเครือข่าย" ในระดับพื้นที่

หลักการสำคัญของ sandbox Model คือการสร้าง "เจ้าภาพ" ที่ชัดเจนในแต่ละพื้นที่ โดยให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำหน้าที่เป็น "แม่ข่าย" บริหารจัดการระบบสุขภาพของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองอย่างครบวงจร แนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่อทลายกำแพงระหว่างหน่วยบริการต่างสังกัด และสร้างระบบนิเวศทางสุขภาพที่มีเอกภาพ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีบทบาทและความรับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาศักยภาพ, ควบคุมคุณภาพ, และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายของตน ไม่ว่าจะเป็น ศบส. หรือคลินิกเอกชน

หัวใจของกลไกที่จะทำให้โมเดลนี้ทำงานได้จริง คือการปฏิรูปกลไกทางการเงินที่เรียกว่า "บัญชีเสมือน" (virtual account) ภายใต้ข้อเสนอแนะ สปสช. จะคำนวณงบประมาณผู้ป่วยนอก ทั้งหมดของประชากรในพื้นที่ sandbox (รวมเคส พิกการ + ทหารผ่านศึก) และโอนเข้ามาไว้ในบัญชีเสมือนเพียงบัญชีเดียว ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีของเครือข่ายโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งมีประชากรในความดูแลประมาณ 337,096 คน เมื่อคำนวณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2568 ที่ 1,462.77 บาทต่อคนต่อปี จะครอบคลุมงบประมาณ 493 ล้านบาทต่อปี และเมื่อหักการกันเงิน (central reimburse: CR) (361 บาทต่อคนต่อปี) จะทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณรวมกันเดียวถึง 371 ล้านบาทต่อปี การทำเช่นนี้เป็นการสร้าง "แหล่งรวมความเสี่ยงขนาดใหญ่" ที่มีเสถียรภาพทางการเงินสูงกว่าการที่คลินิกแต่ละแห่งซึ่งดูแลประชากรหลักพันหรือหลักหมื่นต้องแบกรับความเสี่ยงด้วยตนเองหลายเท่าตัว

กลไก virtual account นี้ ถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหา "วิกฤตใบส่งตัว" ที่ต้นตอโดยตรง เมื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ และเป็นผู้บริหารงบประมาณก้อนใหญ่ถึง 361 ล้านบาทนี้เอง ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย (referral cost) ทั้งหมดจะถูกบริหารจัดการจากงบประมาณกลางของเครือข่าย นั่นหมายความว่า ภาระในการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย 800 บาทแรกจะถูกยกออกจากคลินิกแต่ละแห่งโดยสิ้นเชิง การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำลายแรงจูงใจเชิงลบทางการเงินที่บีบให้คลินิกต้องจำกัดการส่งต่อผู้ป่วย และจะช่วยฟื้นฟูความไว้วางใจให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างสะดวกและรวดเร็วขึ้น

นอกจากการแก้ปัญหาการส่งต่อแล้ว โมเดลนี้ยังมุ่งสร้างความมั่นคงทางการเงินให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอีกด้วย ข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลแม่ข่ายทำข้อตกลงร่วมกับลูกข่าย เพื่อจัดสรรงบประมาณให้กับคลินิกในรูปแบบที่คาดการณ์ได้และมีเสถียรภาพ เช่น การจ่ายงบบริการ OP ในอัตราคงที่ 70 บาทต่อประชากรต่อเดือน (หรือ 840 บาทต่อคนต่อปี) ในกรณีหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน (ยังไม่หักเงินเดือน) และ อัตราคงที่ 51.9 บาทต่อประชากรต่อเดือน (หรือ 622.8 บาทต่อคนต่อปี) (หักเงินเดือน) ในกรณีหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ จากงบประมาณก้อนใหญ่ที่ได้รับมา การสร้างหลักประกันรายได้ที่มั่นคงนี้จะช่วยให้คลินิกสามารถวางแผนทางการเงิน, ลงทุนพัฒนาคุณภาพบริการ, และที่สำคัญคือสามารถกลับมามุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องกังวลกับความเสียหายทางการเงินที่ผันผวนดังเช่นในปัจจุบัน

ท้ายที่สุด เพื่อให้การบริหารจัดการเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โมเดลนี้ยังได้เสนอให้มีโครงสร้างสนับสนุนที่สำคัญอีกสามส่วนคือ 1) "คณะกรรมการบริหารเครือข่ายฯ" ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันกำหนดกติกาและกำกับดูแลกันเอง โดยมีข้อเสนอให้คณะกรรมการ จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะทาง ได้แก่ คณะทำงานด้านการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ คณะทำงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ คณะทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยพิการและกลุ่มเปราะบาง คณะทำงานด้านเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และโลจิสติกส์ คณะทำงานด้านการจัดการข้อร้องเรียนและคุณภาพบริการ และคณะทำงานด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน คณะทำงานด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีสุขภาพ และ คณะทำงานติดตามและประเมินผล 2) การบังคับใช้ "ระบบ

ข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน" (เช่น Health Link Platform, NHSO digital platform เป็นต้น) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม และ 3) การพัฒนาเครือข่าย การบูรณาการการจัดการระหว่าง Primary care trust (PCT) เชื่อมต่อ Primary care Cluster (PCC) เพื่อจัดการด้านงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ใช้งบประมาณจาก P&P BKK มาจัดการ โดยมีคณะทำงานจาก รพ.นพรัตน์ราชธานี เป็นผู้จัดการวงเงิน และกำหนดกิจกรรมพื้นฐาน การกำกับติดตามทั้งหมดนี้คือภาพรวมของ sandbox model ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงรุกที่มุ่งแก้ไขปัญหาของระบบสุขภาพ กทม. อย่างเป็นองค์รวมทั้งในมิติการเงิน, การบริการ, และการอภิบาลระบบ

4.3.3 ข้อเสนอการอภิบาลระบบและโครงสร้าง

มุมมองของผู้รับบริการ เสนอให้ กทม. ควบคุมดูแลสุขภาพประชาชน โดยตรงและเป็นเจ้าภาพหลักในการออกแบบระบบ

มุมมองของคลินิกเอกชน เสนอให้แยกคนคิโนนโยบาย และ คนถือ ออกจากกันและต้องมีคนกลาง และอนุญาตให้คลินิกควรวรรวมกันได้

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) เสนอให้ กทม. เป็นเจ้าภาพในการเจรจาต่อรองกับ สปสช. เพื่อสนับสนุนโมเดลแบบ กทม.

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) สร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและคลินิกในพื้นที่

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากการบริหารของ สปสช. กทม. ไม่เหมือนพื้นที่อื่น ๆ และจำเป็นที่จะต้องมีการเชื่อมโยงหรือรูปแบบการบริหารจัดการที่ทำให้เขต กทม. สามารถดำเนินนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของ กทม.

4.4. ทรัพยากรและปัจจัยนำเข้า

4.4.1 ปัญหาทรัพยากรและปัจจัยนำเข้า

มุมมองของผู้รับบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ประสบปัญหาและแสดงความกังวลเกี่ยวกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลและการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งปัญหาสำคัญจากคำสัมภาษณ์ของผู้รับบริการคือ "ระบบการใช้ดาต้าข้อมูลของคนไข้...มันไม่ได้ Link กัน" ทำให้ใบส่งตัวในปัจจุบันเป็นเพียง "ระบบส่งไป ไม่ใช่ระบบส่งต่อ" กล่าวคือ

ข้อมูลผู้ป่วยไม่เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลปฐมภูมิกับรพ.รับส่งต่อ ทำให้ทุกครั้งที่ไปรับบริการยังต้อง เริ่มต้นซักประวัติใหม่ทุกครั้ง รวมถึงปัญหาการติดตามข้อมูลส่วนบุคคลที่กระจัดกระจายไปหลายที่ ทำให้ไม่ทราบว่าข้อมูลอยู่ที่ไหน นอกจากนี้ ระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการรู้สึกว่าการส่งต่อเป็นเพียงการ "ส่งไป" ไม่ใช่ "ส่งต่อ" ที่มีการติดตามผล และข้อมูลไม่ถูกส่งต่อให้ "ได้รับ" กันเท่าที่ควร ทำให้

การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องจะประสบปัญหาเมื่อคลินิกออกจากระบบหรือมีการเปลี่ยนนโยบาย ทำให้ต้องเริ่มต้นกระบวนการใหม่และอาจไม่ได้พบแพทย์คนเดิม

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการบริการที่ทำได้ยาก การที่ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกันทำให้การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเองเป็นเรื่องยาก และสร้างภาระในการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น เนื่องจากต้องเดินทางหลายครั้งเพื่อขอใบส่งตัว (เช่น ต้องกลับมาขอใบส่งตัวอีกครั้ง หากมีนัดโรงพยาบาลแล้ว) และหากคิวเต็มก็จะไม่ได้รับใบส่งตัว ทำให้พลาดนัดโรงพยาบาลได้ ซึ่งระบบเหล่านี้ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยติดเตียงและผู้พิการ เช่น คลินิกไม่ออกใบส่งตัวให้ญาติผู้ป่วยติดเตียง โดยอ้างว่าต้องพาผู้ป่วยมาแสดงตน แม้มีใบนัดจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาระอย่างมาก ระบบเหล่านี้สร้างความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการปฐมภูมิและ ทุติยภูมิที่รับส่งต่ออย่างมาก การที่คลินิกปฐมภูมิออกจากระบบเป็นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพโดยรวมด้วยเช่นกัน

มุมมองของคลินิกเอกชน ปัญหาสำคัญคือการที่ "สาระสนเทศของ สปสช. มันเปลี่ยนแปลงบ่อยมาก" ทำให้หน่วยบริการตามไม่ทัน และที่สำคัญคือ "ภาครัฐ...ขาดข้อมูลอยู่ชุดหนึ่ง...คือข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการภาคเอกชน"

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ศบส. ขาดแคลนทรัพยากรอย่างหนัก บางแห่งมี "หมอคนเดียว" และภาระในการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกเงินยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเสียเวลาไปจากงานดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ระบบ IT ที่ สปสช. สร้างขึ้นก็ขาดความเสถียร และมีหลายระบบตามแต่ละกองทุน

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) โรงพยาบาลสังกัด กทม. เผชิญกับปัญหา "ขาดแคลนบุคลากร" อย่างรุนแรง แต่ไม่สามารถขออัตรากำลังเพิ่มได้เพราะติดขัดเรื่องงบประมาณและโครงสร้างของราชการ และยังขาดข้อมูลจาก สปสช. ในการบริหารจัดการ

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ยอมรับว่าขาดข้อมูลสำคัญในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะ "ข้อมูลต้นทุน ของคลินิก" ทำให้การกำหนดอัตราจ่ายที่เป็นส่วนที่เป็นเกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ เกิดข้อถกเถียงถึงเงื่อนไขที่ควรมีความเฉพาะเจาะจงต่อบริบทของกทม.

4.4.2 ข้อมูลศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีโอกาสรองรับประชาชนคนกทม. ได้มากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักอนามัย ชี้ให้เห็นว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ทั้ง 69 แห่งใน กทม. ยังมีขีดความสามารถในการดูแลประชากรได้อีกมากถึง 151,018 คน ตารางที่ 6 ในปัจจุบัน ศบส. ทั้ง 69 แห่ง มีแพทย์ประจำ 79 คน ผอ. ที่เป็นแพทย์ 41 คน แพทย์ Part-time 174 คน มีประชากรดูแล รวม 853,632 คน หากใช้เกณฑ์แพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 8,000-12,000 คน ตามข้อกำหนดการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ตารางที่ 6 จำนวนประชากรที่ ศบส. รับผิดชอบ และโอกาสที่จะขยายการรองรับประชาชนของ ศบส.

จำนวน ศบส. (แห่ง)	จำนวนประชากรที่ดูแล (ประชากรต่อแพทย์ 1 คน)	ความคาดหวังในการดูแลประชากร	โอกาสในการขยายการรองรับประชาชน
30	1,012-7,955	ไม่น้อยกว่า 8000 คน	รับประชากรได้เพิ่มขึ้น 151,018 คน
20	8,000-12,000	คงเดิม	อยู่ในเกณฑ์
19	12,000-26,927	คงเดิม	มากกว่า เกณฑ์ 88,729 คน ควรพิจารณา สนับสนุนทรัพยากรให้เหมาะสม

ที่มา สำนักอนามัย กทม. 2568

4.4.3 ข้อเสนอทรัพยากรและปัจจัยนำเข้า

มุมมองของผู้รับบริการ ได้เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและอำนวยความสะดวกมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ผู้รับบริการต้องการให้ นโยบาย "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่" เกิดขึ้นจริงและมีประสิทธิภาพ เพื่อที่ประวัติการรักษาจะปรากฏให้แพทย์เห็นและสามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ขณะเดียวกัน หน่วยบริการก็ควรรองรับนโยบายหรือมีคำอธิบายและคำแนะนำที่ดี กรณีที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มาจากต่างพื้นที่ได้
2. การอำนวยความสะดวกในการขอใบส่งตัว ควรอนุญาตให้ใช้ใบนัดจากโรงพยาบาลเป็นใบส่งตัวได้ทันที เพื่อลดภาระและขั้นตอนที่ไม่จำเป็น รวมถึงลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางของประชาชน และควรพิจารณาออกใบส่งตัวให้ครอบคลุมระยะเวลาขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น 1 ปี หรือ 2-3 เดือน) เพื่อลดการเดินทางและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและการดำเนินการซ้ำซ้อน และสิ่งสำคัญคือ ควรให้ครอบครัวเดียวกันสามารถรับบริการในสถานพยาบาลเดียวกันได้ เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและญาติในการดูแล
3. เสนอให้มีระบบใบมอบอำนาจ หรือใบอนุมัติสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางได้สะดวก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้ญาติดำเนินการแทนได้โดยมีหลักฐานรับรอง (เช่น จากผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน)
4. ควรยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง โดยมีบุคลากรและอุปกรณ์เพียงพอ รวมถึงแพทย์เฉพาะทางบางสาขา หรือเครื่องมือตรวจวินิจฉัยพื้นฐาน (เช่น X-ray) เพื่อลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็นและทำให้ประชาชนเชื่อมั่น รวมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริการและขยายทางเลือกของการให้บริการ เช่น การใช้ Telemedicine (แพทย์

ทางไกล) เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย และนำ clinical practice guidelines with AI (CPG-2 AI) มาใช้ในการคัดกรองและประเมินความจำเป็นในการรักษาหรือส่งต่อ

5. สปสช. และ กทม. ต้องพัฒนาระบบการสื่อสารกับประชาชนให้เข้าถึงง่ายและทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสิทธิสุขภาพอย่างทั่วถึง ผ่านหลายช่องทาง รวมถึงผ่านเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ (ไม่ใช่แค่ SMS หรือเว็บไซต์)

มุมมองของคลินิกเอกชน ดำเนินการ "ศึกษาต้นทุนในการให้บริการของคลินิกเอกชน" อย่างเป็นทางการ

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) พัฒนาระบบ IT กลางที่มีประสิทธิภาพและเสถียร และแก้ไขปัญหาการกระจายข้อมูลที่ไม่จำเป็น เพื่อ "เอาเจ้าหน้าที่คืนประชาชนเถอะ"

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) ควรมีการจัดสรรอัตรากำลังคนให้สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริง

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้าง "ฐานข้อมูล" ที่ทุกฝ่ายสามารถเห็นร่วมกันได้ และกำหนดมาตรฐานของคลินิกและเกณฑ์คุณภาพการรักษาที่ชัดเจน

4.5 ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

มุมมองของผู้รับบริการ ความเชื่อมั่นที่หายไปต่อระบบปฐมภูมิ เป็นปัญหาพื้นฐานที่ทำให้ประชาชนต้องการไปโรงพยาบาลใหญ่ และมี ภาพจำของ "ยุคทอง" ก่อนเกิดวิกฤตว่ามีปัญหาน้อยกว่า

มุมมองของคลินิกเอกชน เงื่อนไขการออกจากระบบ ที่บังคับให้บริการต่อโดยไม่จ่ายเงิน 180 วัน เป็นสัญญาที่ไม่เป็นธรรม และ "คลินิกนวัตกรรม" ได้กลายเป็นทางรอดของบางแห่ง

มุมมองของศูนย์บริการสาธารณสุข (ปฐมภูมิ) ภาระที่มองไม่เห็นของ กทม. ที่ต้องใช้งบประมาณของตนเองมาอุดหนุนระบบ และความรู้สึกของการเป็น "พลเมืองชั้นสอง" ในระบบสุขภาพเมื่อเทียบกับต่างจังหวัด

มุมมองของโรงพยาบาลรับส่งต่อ (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) การใช้เงินจากส่วนอื่นมาโปะ สะท้อนว่าระบบบัตรทองไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ และมีความตึงเครียดเรื่อง ความเหลื่อมล้ำภายในระบบรัฐ ระหว่างโรงพยาบาลสังกัด กทม. และโรงเรียนแพทย์

มุมมองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้อสังเกตต่อข้อเสนอที่รุนแรง เช่น "การล้างไฟ" เพื่อปฏิรูประบบใหม่ทั้งหมด ว่าอาจเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ เมื่อประชาชนที่ได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการ จะไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง และยังคงมีประเด็นพิพาทระหว่างการรักษานโยบาย "ความเท่าเทียม" กับการยอมรับ "บริบทพิเศษ" ของ กทม.

บทที่ 5 การวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ

จากการศึกษาและสังเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน สามารถอภิปรายผลการศึกษาเชิงระบบได้ว่า ปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพในกทม. ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง แต่เป็นผลลัพธ์ของความล้มเหลวเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในภาพรวมเพื่อนำไปสู่ทางออกที่ยั่งยืน

5.1 สังเคราะห์ปัญหาเชิงระบบ: วงจรอุบาทว์ของความไม่ไว้วางใจ

ปัญหาทั้งหมดที่ค้นพบในบทที่ 4 สามารถนำมาสังเคราะห์เป็นภาพใหญ่ได้ว่า ระบบกำลังติดอยู่ใน "วงจรอุบาทว์ของความไม่ไว้วางใจ" ซึ่งปัญหาแต่ละส่วนไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่เชื่อมโยงและเสริมแรงซึ่งกันและกัน วงจรนี้เริ่มต้นจากกลไกการเงินที่ผลกระทบความเสี่ยงทางการเงินที่สูงเกินไปให้หน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปสู่วิกฤตใบส่งตัว ที่คลินิกต้องจำกัดการส่งต่อเพื่อความอยู่รอด ประกอบกับการบริหารจัดการกำลังคนในสถานพยาบาล นำไปสู่ "วิกฤตความไว้วางใจ" ที่ทุกฝ่ายต่างไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ประชาชนไม่เชื่อมั่นในระบบปฐมภูมิ คลินิก ศบส. และ รพ.รับส่งต่อ ไม่ไว้วางใจสปสช. ที่ไม่โปร่งใสในการสื่อสาร และไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่สปสช. ก็ไม่ไว้วางใจสถานพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายผิดปกติ ท้ายที่สุด วิกฤตความสัมพันธ์นี้ได้ต่อยกย่ำสถานะ สภาวะไร้เจ้าภาพในระบบสุขภาพกทม. ไม่สามารถเข้ามาแก้ไขปัญหได้อย่างเบ็ดเสร็จ ทำให้ระบบยังคงวนเวียนอยู่ในวงจรอุบาทว์นี้ต่อไป

วงจรอุบาทว์นี้มีจุดเริ่มต้นที่ชัดเจนจากกลไกการเงินที่เป็นปัญหา การที่หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีขนาดเล็กและมีประชากรในความดูแลจำกัด ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งต่อซึ่งเป็นงบประมาณปลายเปิดและควบคุมไม่ได้ ภายใต้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับอย่างจำกัด แรงกดดันนี้เองที่นำไปสู่พฤติกรรมการจำกัดการส่งต่อ ซึ่งแม้จะเป็นการกระทำที่สมเหตุสมผลในมุมมองของการบริหารจัดการเพื่อความอยู่รอดของคลินิก แต่กลับสร้างผลกระทบลูกโซ่ต่อกลไกอื่นของระบบ เมื่อประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ ความไว้วางใจต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกถูกมองว่าเป็น "อุปสรรค" มากกว่า "ผู้ดูแล" ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีนี้ยิ่งทำให้การทำงานของบุคลากรหน้างานยากลำบากขึ้น และเมื่อทุกฝ่ายต่างมุ่งเน้นไปที่การเอาตัวรอดเฉพาะหน้า ขาดการมองภาพรวมและความร่วมมือ ก็ยิ่งเป็นการต่อยกย่ำสถานะ "ไร้เจ้าภาพ" ที่ไม่มีใครสามารถเข้ามาบริหารจัดการหรือสร้างกติกาที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกันได้สำเร็จ

วิกฤตความไม่ไว้วางใจเป็นปัญหาที่ลึกซึ้งไปกว่าปัญหาเชิงเทคนิค คือวิกฤตความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างทุกภาคส่วนในระบบ ประชาชนไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ และรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจว่าใครคือผู้รับผิดชอบที่แท้จริงเมื่อเกิดปัญหา ขณะที่คลินิกเอกชนก็ไม่ไว้วางใจ สปสช. ที่เปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อยครั้งและบริหารงบประมาณอย่างไม่เป็นธรรม หน่วยบริการภาครัฐ (ศบส. และโรงพยาบาลสังกัด กทม.) ก็รู้สึกว่าคุณภาพตนเองไม่มีอำนาจต่อรองและต้องเป็นผู้รับแรงปะทะจากทุกทิศทาง การขาด

ยุทธศาสตร์ในการขยายศักยภาพการให้บริการในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านกฎหมายของกทม. ทั้งหมดนี้สะท้อน "ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่สมดุล" ในขณะที่ สปสช. ก็ไม่มีอำนาจสั่งการใด ๆ ต่อระบบบริการ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนในการร่วมให้บริการประชาชน สิ่งที่ได้ก็คือการขอความร่วมมือ และกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายงบประมาณ สปสช. จึงถูกมองว่าเป็นผู้กุมอำนาจเบ็ดเสร็จในการกำหนดนโยบายการเงิน ในขณะที่หน่วยบริการและประชาชนมีมุมมองว่าตนเองอยู่ในสถานะที่จำยอมต่อการใช้อำนาจของ สปสช.

5.2 การเชื่อมโยง "เสียง" จากภาคสนาม สู่ "ข้อเท็จจริง" เชิงโครงสร้าง

การศึกษาครั้งนี้ได้นำ "เสียง" ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่รวบรวมได้ในบทที่ 4 มาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับ "ข้อเท็จจริง" เชิงโครงสร้างและข้อมูลภายนอกที่ได้ทบทวนไว้ในบทที่ 2 ซึ่งทำให้เห็นปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และยืนยันว่าสิ่งที่ผู้คนในระบบประสบอยู่นั้นเป็นผลลัพธ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากความบกพร่องเชิงโครงสร้าง

"เสียง" ของคลินิกที่ว่า "ขาดทุน" และ "ได้เงินศูนย์บาท" นั้นมีข้อมูลเพื่อการพิจารณาเพิ่มเติม โครงสร้างต้นทุนของ กทม. ทั้งค่าเช่าที่ดินและค่าจ้างบุคลากร ซึ่งสูงกว่าต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับข้อเท็จจริงเรื่องกลไกการบริหารงบประมาณของ สปสช. ที่มีการ "กั้นเงิน" ไว้ในกองทุนส่วนกลางต่าง ๆ เป็นสัดส่วนที่สูง จนเหลืองบสุทธิสำหรับบริการปฐมภูมิที่จำกัด ตัวเลขนี้แสดงให้เห็นว่ารายรับพื้นฐานของคลินิกนั้นเปราะบาง และสามารถถูกหักล้างจากภาระค่าส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สถานการณ์ทั้งหมดนี้ตอกย้ำให้เห็นถึงปัญหาที่รากฐานที่สุด นั่นคือการที่ระบบยังขาด ข้อมูลต้นทุนการให้บริการที่แท้จริง (unit cost) ของหน่วยบริการในบริบทของกทม. ดังนั้น ทางออกของปัญหานี้จึงจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการ ดำเนินการศึกษา ต้นทุนอย่างเป็นระบบและสร้างให้เป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบกลไกการเงินที่เป็นธรรมและยั่งยืนสำหรับระบบสุขภาพของ กทม. ต่อไปในอนาคต

ในทำนองเดียวกัน "เสียง" ของผู้ป่วยต่อปัญหาใบส่งตัว ก็ยืนยันด้วยจำนวนข้อร้องเรียน จากสายด่วน สปสช. 1330 และสายด่วน สภากงศ์กรของผู้บริโภค 1502 ที่มีจำนวนสูงขึ้นกว่า 10 เท่าหลังการเปลี่ยนแปลง นโยบายในเดือนมีนาคม 2567

5.3 การอภิปรายทางออกเชิงปฏิรูป: กรณี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีโมเดล

ข้อเสนอ "Sandbox Model" โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีโมเดล ที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นพิจารณาในการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ชำรงต้นโดยตรง โดยสามารถตั้งเป็นสมมติฐานหลัก 3 ประการ ที่ควรสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลจากการนำไปปฏิบัติจริง

สมมติฐานที่ 1 การปรับรูปแบบทางการเงิน โดยใช้กลไก "large risk pool" ที่ระดับรพ. และการใช้ "virtual account" เพื่อแก้ปัญหาความเปราะบางทางการเงินของคลินิกแต่ละแห่ง และสร้างเสถียรภาพทางการคลังให้กับเครือข่ายบริการ ในขณะเดียวกัน การที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้บริหารงบประมาณส่งต่อเอง และยกเลิกภาระ 800 บาทแรกของคลินิก ก็ถูกคาดหวังว่าจะแก้ไขปัญหาใบส่งตัวได้อย่างตรงจุด พื้นฟูระบบการส่ง

ต่อให้กลับมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดข้อร้องเรียนและฟื้นฟูความไว้วางใจของประชาชนได้ที่ต้นตอ

สมมติฐานที่ 2 การปรับรูปแบบการจัดการเครือข่าย โดยการฟื้นฟูการจัดการระหว่าง primary care trust (PCT) เชื่อมต่อ primary care cluster (PCC) เพื่อกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของเครือข่าย

สมมติฐานที่ 3 การปฏิรูปการอภิบาลระบบ การสร้าง "คณะกรรมการบริหารเครือข่าย" ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (โรงพยาบาล, ศบส., คลินิก, ภาคประชาชน) ถูกตั้งสมมติฐานว่าจะสามารถเข้ามาเติมเต็ม "สุญญากาศทางการอภิบาล" ในระดับพื้นที่ได้ โดยการสร้าง "เจ้าภาพ" ที่มีความชอบธรรมในการตัดสินใจและออกแบบกติกาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งจะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันและลดความขัดแย้งในระบบลงได้

5.4 ความจำเป็นในการปฏิรูปการเงินการคลังสำหรับกทม.

วิกฤตสภาพคล่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิกำลังเผชิญอยู่นั้น ไม่ใช่เพียงปัญหางบประมาณขาดแคลน แต่เป็นผลลัพธ์เชิงโครงสร้างที่เกิดจากการกำหนดนโยบายการเงินที่ไม่สะท้อนต้นทุนและความเป็นจริงของบริบทเมืองหลวง ประการแรกคือ โครงสร้างต้นทุนที่สูงกว่าโดยธรรมชาติ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเช่าและค่าครองชีพที่สูงกว่าต่างจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้การใช้งบประมาณเหมาะสมจายรายหัวในอัตราเดียวกับต่างจังหวัด กลายเป็นสูตรที่ไม่เป็นธรรมและไม่ยั่งยืน ประการที่สองคือ ภาระจากความไม่สมดุลของระบบบริการ ซึ่งโครงสร้างกายภาพของ กทม. ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่เพียงพอ แต่มีหน่วยบริการตติยภูมิกระจุกตัวมาก ประกอบกับพฤติกรรมผู้ป่วยที่นิยมเข้ารับบริการโดยตรงที่โรงพยาบาลใหญ่ ทำให้ต้นทุนเฉลี่ยของระบบสูงขึ้นโดยปริยาย และประการสุดท้ายคือ งบประมาณปลายปิดที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายปลายเปิด ซึ่งการที่คลินิกต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งต่อซึ่งเป็นงบประมาณที่ควบคุมไม่ได้ ภายใต้งบประมาณเหมาะสมจายรายหัวที่ได้รับอย่างจำกัด คือความบกพร่องเชิงออกแบบที่นำไปสู่ภาวะขาดทุนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากเหตุผลข้างต้น จึงเห็นได้ชัดว่าการแก้ปัญหาจำเป็นต้องอาศัย การปรับเพิ่มงบประมาณและการออกแบบกลไกการเงินใหม่ ที่คำนึงถึงต้นทุนตามบริบทของพื้นที่ และมีกลไกการกระจายความเสี่ยงด้านการเงินในระดับที่มีการรวมงบประมาณที่มีขนาดใหญ่เพียงพอ (ใหญ่กว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประชากร เพียง 8,000-12,000 คน)

5.5 ความจำเป็นในการสร้างกลไกการอภิบาลระบบที่จำเพาะต่อบริบท

การเพิ่มงบประมาณเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน หากยังขาดกลไกการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของ กทม. ประการแรกคือ การขาดเจ้าภาพที่แท้จริง ซึ่งปัจจุบันไม่มีหน่วยงานใดที่มีอำนาจและความรับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของ กทม. อย่างเบ็ดเสร็จ สภาวะ "ไร้เจ้าภาพ" นี้ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายที่เด็ดขาดและสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ได้ ประการที่สองคือ ความล้มเหลวของนโยบายแบบเหมารวม ซึ่งการใช้กลไกกำกับดูแลและกฎเกณฑ์รูปแบบ

เดียวกับต่างจังหวัดได้พิสูจน์แล้วว่าไม่มีประสิทธิภาพใน กทม. และการออกนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับบริบท เช่น OP Anywhere ได้ทำลายความต่อเนื่องในการพัฒนาและความสัมพันธ์ในระบบบริการปฐมภูมิ และประการสุดท้ายคือ ความจำเป็นในการบูรณาการทรัพยากรที่กระจัดกระจาย ซึ่งระบบข้อมูลที่แตกแยกและไม่เชื่อมโยง และการขาดกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ล้วนเป็นอาการของการขาดกลไกกลางที่มีอำนาจในการกำกับและบูรณาการทรัพยากรทั้งหมดให้ทำงานสอดประสานกัน ดังนั้น ทางออกของปัญหาจึงจำเป็นต้องมีการ ปฏิรูปการอภิบาลระบบ โดยอาจจะต้องผลักดันให้ กทม. เข้ามามีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักอย่างชัดเจน และยกระดับกลไกในพื้นที่ เช่น คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ให้มีอำนาจในการตัดสินใจและออกแบบระบบที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองมากขึ้น

5.6 ข้อจำกัดและวาระการวิจัยสำหรับอนาคต

การศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เพื่อสนับสนุนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ "ระบบข้อมูลที่กระจัดกระจาย (Fragmented Data System)" การที่ไม่มีข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกสังกัดได้ ความท้าทายในการหาข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนสำหรับวาระสำคัญ เช่น การขาดแคลนบริการระดับทุติยภูมิ หรือต้นทุนที่แท้จริงของหน่วยบริการใน กทม. ตอกย้ำให้เห็นถึงความล้มเหลวของระบบข้อมูลในปัจจุบัน การที่ข้อมูลกระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่าง สังกัด (กทม., สธ., สปสข., มหาวิทยาลัย, เอกชน) ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางเทคนิค แต่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการกำกับดูแล การประเมินผล และการพัฒนานโยบายที่ตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลอย่างแท้จริง

ข้อเสนอหนึ่งคือการผลักดันให้เกิด "วาระการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อ กทม." เพื่อตอบคำถามเชิงโครงสร้างที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน และการลงทุนพัฒนาระบบ "แพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพกลางของ กทม." ในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งยวด เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพของกทม.ในอนาคต ตั้งอยู่บนฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปสู่การพัฒนาแบบที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง

บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพในกทม. มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในหลายมิติ ข้อเสนอแนะทั้งหมดในบทนี้จึงตั้งอยู่บนฐานคิดที่ว่า การปฏิรูปที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จาก "ผู้ได้รับผลกระทบ" หรือ "ผู้ปฏิบัติตาม" มาสู่การมี "ความเป็นเจ้าของร่วมกัน" และ "ความรับผิดชอบร่วมกัน" ในการสร้างสรรค์ระบบ โดยมีเป้าหมายสูงสุดไม่ใช่เพียงการเพิ่มงบประมาณ แต่คือการออกแบบระบบใหม่ que ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสถานะที่ทุกฝ่ายอยู่รอด และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่แต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรเข้ามามีส่วนร่วม ดังนี้

6.1 สำหรับ สปสช. และ อปสช. กทม. (ในฐานะผู้กำกับดูแลและบริหารกองทุน)

ในฐานะหน่วยงานกลางที่มีบทบาทในการออกแบบกลไกการเงินและกำกับดูแลระบบ สปสช. และ อปสช. กทม. ควรเป็นผู้นำในการปฏิรูปเชิงนโยบาย โดย อนุมัติและสนับสนุนโครงการ sandbox model (รพ. นพรัตน์ราชธานี) ต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2569 และขยายผลไปโรงพยาบาลสังกัด กทม. นอกจากนี้ ควรร่วมมือกับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการสนับสนุนให้มีการศึกษาต้นทุนตามบริบทพื้นที่อย่างเป็นทางการ และทบทวนกลไกการบริหารงบประมาณ P&P ให้มีความยืดหยุ่น สามารถนำงบประมาณส่วนหนึ่งมา "ลงทุนซ้ำในระบบปฐมภูมิ" เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ระบบในระยะยาว นอกจากนี้ เสนอให้แก้ไขการจัดสรรหน่วยบริการที่ขัดกับหลักใกล้บ้านใกล้ใจ ทบทวนและออกแบบและวางแผนเครือข่ายบริการ "ใกล้บ้านใกล้ใจ" ทั่วพื้นที่ โดยพิจารณามาตรการ เช่น การล้างไฟ เพื่อจัดสรรประชากรใหม่ให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ ตามหลักการใกล้บ้านใกล้ใจ อาจใช้การดำเนินการทั้งพื้นที่กทม. หรือจะเริ่มดำเนินการจากกลุ่มประชาชนที่สมัครใจ เป็นต้น

6.2 สำหรับ กทม. / สำนักอนามัย / ศบส. (ในฐานะเจ้าของพื้นที่และหน่วยบริการภาครัฐ)

กทม. ควรแสดงบทบาทการเป็น "เจ้าภาพหลัก" ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง เพื่อให้ได้มาซึ่งกลไกที่เหมาะสมกับบริบทของเมืองหลวง ที่สำคัญคือต้อง ลงทุนเพิ่มอัตรากำลังและทรัพยากรใน ศบส. เพื่อให้สามารถเปิดรับลงทะเบียนประชาชนได้เต็มศักยภาพ และศึกษาความเป็นไปได้ในการยกระดับ ศบส. สู่อุตสาหกรรมสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ ควรศึกษาแนวทางการหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมอย่างจริงจัง ตัวอย่างเช่น การผลักดันให้เกิดการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้ กทม. สามารถจัดเก็บ "ภาษีบุหรี่ยุคใหม่" ได้ เป็นต้น

6.3 สำหรับ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) / กรมการแพทย์ / โรงเรียนแพทย์

ในฐานะผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่สำคัญของประเทศ ซึ่งตั้งอยู่ใน กทม. หน่วยงานในสังกัด สธ. ควร ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ในการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือลูกข่ายในโครงการ sandbox model พิจารณาความเป็นไปได้ที่ รพ.สังกัด สธ. จะเข้าร่วมในรูปแบบคล้าย นพรัตน์โมเดล และที่สำคัญคือ ต้องพัฒนาระบบการส่งกลับผู้ป่วย (refer back) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความแออัดและการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการคงที่กลับไปดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสร้างความสมดุลและไม่ให้กระทบต่อการจัดสรรทรัพยากร สำหรับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ

6.4 สำหรับ คลินิกชุมชนอบอุ่น (ในฐานะหน่วยบริการภาคเอกชน)

คลินิกชุมชนอบอุ่นต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการเดี่ยว มาสู่การเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศสุขภาพที่ใหญ่ขึ้น โดย เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการในพื้นที่ (sandbox model) และทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและ ศบส. อย่างใกล้ชิดขณะเดียวกัน ก็ต้องสนับสนุนให้เกิดการศึกษาข้อมูลต้นทุนของคลินิก เพื่อการตัดสินใจปรับปรุงงบประมาณ และร่วมกับภาคส่วนอื่นในการออกแบบระบบรางวัล-ลงโทษที่เป็นธรรม ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพบริการของตนเองให้ได้ตามมาตรฐานกลางที่เครือข่ายกำหนด

6.5 สำหรับ สภากงศ์กรของผู้บริโภค

ในฐานะตัวแทนของผู้รับบริการ สภากงศ์กรของผู้บริโภคควรทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ หรือ “watchdog” ที่คอยติดตามและประเมินผลการปฏิรูปในภาพรวมจากมุมมองของผู้บริโภค และเป็นแกนนำในการผลักดันให้เกิดการสร้าง “แพลตฟอร์มข้อมูลกลาง” เพื่อความโปร่งใสของระบบ นอกจากนี้ ควรมีบทบาทสำคัญในการร่วมกับ สปสช. เพื่อ สื่อสารและให้ความรู้ แก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อลดความสับสนและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

6.6 สำหรับ ภาคประชาชน

ท้ายที่สุด การปฏิรูปจะสำเร็จไม่ได้หากขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ประชาชนต้องเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้รับบริการ" มาเป็น "ผู้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน" (active engagement) โดยการ มีส่วนร่วมในการเลือก และลงทะเบียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายใหม่ตามหลักการกลับบ้านใกล้ใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (feedback) เกี่ยวกับคุณภาพบริการผ่านช่องทางที่เป็นทางการ และที่สำคัญคือ เรียนรู้และทำความเข้าใจ สิทธิและหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้สามารถใช้บริการได้อย่างเหมาะสมและสมเหตุสมผล ซึ่งจะช่วยลดภาระที่ไม่จำเป็นของระบบในภาพรวมได้

รายการอ้างอิง

1. Viroj Tangcharoensathien, Woranan Witthayapipopsakul, Warisa Panichkriangkrai, Walaiporn Patcharanarumol, Anne Mills. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*. 2018;391(10126):1205-23.
2. Viroj Tangcharoensathien. Thailand health system review. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2024.
3. Line Today. เปิดรายชื่อ 108 คลินิก-โรงพยาบาล ถูกยกเลิกบัตรทอง 1 ต.ค.นี้. Today LINE. 2020 2020-09-29 ER.
4. ไทยรัฐออนไลน์. เปิดรายชื่อ คลินิก 64 แห่ง ถูกยกเลิกสัญญาบัตรทอง มีผลวันนี้. ไทยรัฐออนไลน์. 2020 2020-09-17 ER.
5. P. B. S. News Thai. "8 แสคนคน" กระทบปมเลิกสัญญาคลินิก-รพ.โงงบัตรทอง. Thai PBS News. 2020 2020-07-09 ER.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการวิเคราะห์ รูปแบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอกโมเดล 5 ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในกทม.. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567.
7. Robert G. Evans. Financing Health Care: Taxation and the Alternatives: IICSE University Online; n.d.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2567 2568. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15/55684-2567-22/file>.
9. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies: World Health Organization; 2010.
10. World Health Organization, the United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO & UNICEF; 2022.
11. J. Kutzin. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):602-11.

ภาคผนวก

สรุปประเด็นที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็น จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กลุ่มที่ 1: คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกเอกชน

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบัน คลินิกเอกชนต้องรับมือขอรับการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้ระบบที่ผู้ให้บริการมองว่า "การส่งต่ออย่างเดียว Capitalization ก็รับไม่ไหวแล้ว" ข้อมูล 5 เดือนแรกของปี 2567 ชี้ให้เห็นว่าค่าส่งต่อสูงถึง 1,514 ล้านบาท ในขณะที่บิโหมง่ายมีเพียงประมาณ 1,200 ล้านบาท สาเหตุสำคัญมาจากโครงสร้างที่คลินิกมีงบประมาณปลายปิดแต่ต้องตามจ่ายให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายปลายเปิด ส่งผลกระทบต่อคลินิกเกิดภาวะขาดสภาพคล่องรุนแรง ดังที่ผู้ประกอบการรายหนึ่งกล่าวว่า "ตอนนี้ผมกุม่าเป็นเกือบสองล้านแล้ว" และท้ายที่สุดก็ต้องตัดสินใจออกจากระบบ ซึ่งการปิดตัวของคลินิกหนึ่งแห่งกระทบต่อประชาชนนับหมื่นคน

ในมุมมองของผู้รับบริการ ปัญหาซับซ้อนขึ้นจากผู้ป่วยบางกลุ่มที่ถูกจัดว่าเป็นพวก "WANT" คือต้องการบริการเกินความจำเป็น เช่น "ฉันอยากไปทำ CT MRI เพราะฉันรู้จักหมอ" ขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็มีส่วนสร้างปัญหาโดยนัดผู้ป่วยต่อเนื่องแล้วสั่งให้กลับมาเอาใบส่งตัวที่คลินิก และยังมีภาวะที่เรียกว่า "overutilize" หรือ "Defensive Medicine" คือการที่โรงพยาบาลสั่งตรวจทุกอย่างเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง ท่ามกลางปัญหานี้ สายด่วน สปสช. 1330 กลับถูกมองว่า "ต้องให้ข้อมูลที่ ทำให้คลินิกเนื้อกายเป็นผู้ร้าย" ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคลินิกกับผู้ป่วยยิ่งแย่งลง

ปัญหาที่หน้างานทั้งหมดนี้มีรากมาจากวิกฤตการเงินโดยตรง โดยในเดือนพฤษภาคม 2567 มีคลินิกถึง "สามสิบเจ็ดแห่ง...ได้เงินศูนย์บาท" และอีก "ร้อยสามสิบสามคลินิกเนี่ยสาหัส" สาเหตุมาจากรูปแบบการจ่ายเงินที่ไม่เป็นธรรม ระบบ Risk Pooling ไม่มีประสิทธิภาพ การกระจายความเสี่ยงไม่สมดุล และการปรับอัตราจ่ายตามความเจ็บป่วย (CCI) ก็ไม่ครอบคลุมภาระโรคที่แท้จริงของคลินิก เช่น กลุ่มจิตเวชและโรคทางระบบประสาท ผลกระทบคือคลินิกไม่มีความมั่นคงทางการเงิน เพราะ "การันตีขั้นต่ำไม่มี ทำให้เราไม่รู้เลยว่าเดือนต่อไป...อนาคตเราเราจะไปต่ออย่างไร"

รากฐานที่ทำให้กลไกการเงินผิดพลาดคือปัญหาเชิงโครงสร้าง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า "คุณให้คนถือคอนอกรนโยบายกับคนถือเงินเป็นคนเดียวกัน" ซึ่งก่อให้เกิดภาวะ "conflict of interest" ทำให้ขาดการตรวจสอบถ่วงดุลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ "ระบบตรวจสอบมันมีปัญหา"

มีกรณีที่โรงพยาบาลเบิกจ่ายยาผิดพลาดเป็นเวลาสิบปีโดยไม่มีใครตรวจสอบเจอ และเมื่อคลินิกปฏิเสธการจ่ายเงินที่เบิกเกินเลยมา สปสช. กลับหักเงินจากหน่วยบริการไปกองไว้เฉย ๆ เกือบสามร้อยล้านบาท ผลกระทบคือเกิดความไม่เป็นธรรมในระบบอย่างรุนแรง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาค้นต่อได้

ท้ายที่สุด ภายใต้โครงสร้างที่มีปัญหา การบริหารจัดการทรัพยากรก็ล้มเหลวไปด้วย ปัญหาสำคัญคือการที่ "สาระสนเทศของ สปสช. มันเปลี่ยนแปลงบ่อยมาก" ทำให้หน่วยบริการตามไม่ทัน และที่สำคัญคือ "ภาครัฐ...ขาดข้อมูลอยู่ชุดหนึ่ง...คือข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการภาคเอกชน" ทำให้การกำหนดงบประมาณเป็นไปอย่างไม่มีหลักการที่ชัดเจนดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้บริการข้างต้น

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

จากภาพปัญหาดังกล่าว สามารถสรุปแนวทางแก้ไขได้ว่า ในระดับปฏิบัติการควรมีการปฏิรูประบบใบส่งตัว โดยเสนอให้ "ใบนัดจากโรงพยาบาล...ใช้เป็นใบส่งตัวเลย" และพัฒนาระบบอนุมัติก่อนการรักษา หรือที่ผู้เสนอเรียกว่า "CPG to AI" เพื่อควบคุมการสั่งบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในมุมมองของผู้รับบริการ มีข้อเสนอให้มี "การร่วมจ่ายเพื่ออะไรเพื่อป้องกันการใช้อย่างที่มันไม่จำเป็น"

สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายการเงินซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ คือการสร้างความมั่นคงทางการเงินให้หน่วยบริการ โดย "การันตีขั้นต่ำ...สี่สิบบาทอะคะ" นำระบบ "ฟรีเพศจ่ายล่วงหน้ามาก่อนสามเดือน" กลับมาใช้เพื่อเสริมสภาพคล่อง และพิจารณา "กันเงินแยกมาเป็นค่าบุคลากร" เพื่อให้คลินิกมีเงินทุนคงที่ในการบริหารจัดการ

ในระดับโครงสร้าง มีข้อเสนอที่สำคัญคือ "ควรแยกค่าส่วนที่เป็นคนคิดนโยบายต่างหากคนที่เป็นคนถือเงินต่างหากและต้องมีคนกลาง" รวมถึงเสริมสร้างความโปร่งใสโดย "เปิดเผยข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อสาธารณะ" และอนุญาตให้คลินิกสามารถควรวรรวมกันได้เพื่อบริหารจัดการความเสี่ยง ท้ายที่สุด ในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ต้องพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อติดตามและควบคุมต้นทุน และสร้างระบบ "เตือนภัยการเบิกจ่ายที่ผิดปกติ" พร้อมทั้งดำเนินการ "ศึกษาต้นทุนในการให้บริการของคลินิกเอกชน" อย่างเป็นทางการ

3) ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

นอกเหนือจากกรอบปัญหาหลัก ยังมีประเด็นที่น่าสนใจอื่น ๆ ที่สะท้อนความซับซ้อนของระบบ ประเด็นแรกคือ **พลวัตระหว่างระบบประกันสุขภาพ** ซึ่งมีข้อเสนอให้เชื่อมต่อกับระบบ

ประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เพื่อเพิ่มปริมาณผู้รับบริการให้คลินิกอยู่รอดได้ ประเด็นที่สองคือ "คลินิกนวัตกรรม" ซึ่งกลายเป็นทางรอดของคลินิกบางแห่งที่หนีจากระบบ Capitation เพราะมีรูปแบบการจ่ายเงินที่ดีกว่า ประเด็นที่สามคือ **ปรัชญาการวัดผลงาน P&P** ซึ่งมีการตั้งคำถามว่า ระบบที่เน้น "Output" (กิจกรรม) แต่ไม่สน "Outcome" (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) นั้นล้มเหลวหรือไม่ และสุดท้ายคือ **เงื่อนไขการออกจากระบบ** ที่บังคับให้คลินิกที่ยื่นลาออกต้องให้บริการต่อโดยไม่จ่ายเงินเป็นเวลา 180 วัน ซึ่งเป็นสัญญาที่ไม่เป็นธรรม

กลุ่มที่ 2: ศูนย์บริการสาธารณสุขและสำนักอนามัย

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

ในมุมมองของหน่วยบริการภาครัฐ ปัญหาหน่วยงานเริ่มต้นเมื่อคลินิกเอกชนปิดตัวหรือปฏิเสธการส่งต่อเพราะ "ขาดทุน เขาก็ไม่รับ" ภาระทั้งหมดจึงตกมาที่ สปส. ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ นอกจากนี้ปัญหาใหญ่คือระบบการส่งกลับผู้ป่วย (Refer-back) จากโรงพยาบาลใหญ่มายังปฐมภูมิแทบไม่เกิดขึ้นจริง แม้จะตกลงกัน แต่หน่วยงาน "ผู้ปฏิบัติไม่ทำ" ส่วนการทำงานส่งเสริมป้องกันโรค (P&P) ก็ "ทำยาก...เบิกจ่ายยาก" เพราะมีขั้นตอนที่ซับซ้อน

ในมิติของผู้รับบริการ นโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" (OP Anywhere) ได้สร้างปัญหาอย่างมาก เพราะโรงพยาบาลยังคงให้ผู้ป่วยกลับมาขอใบส่งตัวที่ สปส. นอกจากนี้ โรงพยาบาลใหญ่ยังนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่ให้กลับไปตรวจต่อเนื่อง ซึ่งถูกมองว่าเป็นการ "ทำลายสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ"

ปัญหาเหล่านี้ถูกขับเคลื่อนด้วยข้อจำกัดทางการเงินที่รุนแรง สปส. ต้องส่งเงินค่าหัวที่ได้รับให้สำนักอนามัย 30% และเงินที่เหลือก็มักจะไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกับผู้ป่วย NCD ที่ค่าใช้จ่าย "เกินราคาของที่จ่ายอยู่แล้ว" ระบบการจ่ายเงินของ สปสช. ยังขาดความโปร่งใส ทำให้หน่วยบริการ "ดูบัญชีไม่ออกเลยว่า...จ่ายรายละเอียดต่อมาจริง ๆ แต่ละไอเทม แต่ละคนใช้เลย จ่ายเท่าไร" และยังมี การเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ย้อนหลัง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้อง "ทำฟรีอะ"

รากฐานของปัญหาทั้งหมดมาจากโครงสร้างการอภิบาลระบบที่ สปสช. มีอำนาจเบ็ดเสร็จดังที่ผู้ให้ข้อมูลมองว่า "สปสช. เองเนี่ย เป็นทั้งผู้ถือเงินเอง ทั้งผู้กำหนดแพ็คเกจบริการเอง ทั้งผู้จ่ายให้กับสถานพยาบาลเอง และพอเงินไม่พอ สามารถปรับ...สิ่งที่ตัวเองเป็นคนกำหนดขึ้นมาได้ด้วย" สำหรับบทบาทการเป็น "Area Manager" ของ สปส. เพื่อกำกับดูแลคลินิกเอกชนนั้น ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง เพราะ "การขับเคลื่อนงานของ Clinics มันต้องขับเคลื่อนด้วยเงิน สำหรับเราไม่ใช่เจ้าของเงิน"

ท้ายที่สุด ศบส. ยังขาดแคลนทรัพยากรอย่างหนัก บางแห่งมี "หมอกคนเดียว" และภาระในการคีย์ข้อมูลเพื่อเบิกเงินยังทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเสียเวลาไปจากงานดูแลผู้ป่วย ดังที่กล่าวไว้ว่า "เปลี่ยน หมอกับพยาบาล...ให้การเป็นบรรณารักษ์ ต้องมานั่งคีย์ข้อมูล หาเงิน" นอกจากนี้ ระบบ IT ที่ สปสช. สร้างขึ้นก็ "กดแล้วมันเข้าไม่ได้" ทำให้การทำงานร่วมกันเป็นไปได้ยาก

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

จากภาพปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอในระดับปฏิบัติการคือการสร้างระบบส่งกลับ (Refer-back) ที่ใช้งานได้จริง และปรับปรุงกระบวนการเบิกจ่ายงบ P&P ให้ง่ายขึ้น ในมุมมองของผู้รับบริการ มีข้อเสนอให้ทบทวนหรือยกเลิกนโยบาย "OP Anywhere" แล้วกลับมาส่งเสริมหลักการ "ใกล้บ้านใกล้ใจ"

ในด้านการเงิน ข้อเสนอหลักคือทำให้ระบบการจ่ายเงินมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และจ่ายตรงตามเวลา "เบิกไป 1,000 บาท คุณก็ต้องจ่าย 1,000 บาท" และหากเกิดภาวะขาดสภาพคล่องจน Point Rate ต่ำกว่า 0.7 สปสช. ต้องมีแนวทางเข้ามาช่วยเหลือ

สำหรับข้อเสนอเชิงโครงสร้างที่สำคัญที่สุด คือการให้ กทม. เป็นเจ้าภาพในการเจรจาต่อรองกับ สปสช. เพื่อ "สนับสนุนโมเดลแบบ กทม." ที่เหมาะสมกับบริบท และหากจะให้ ศบส. เป็น Area Manager ก็ต้องมอบอำนาจและทรัพยากรที่จำเป็นให้สามารถทำงานได้จริง ท้ายที่สุด ต้องมีการพัฒนาระบบ IT กลางที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาภาระการคีย์ข้อมูลที่ไม่จำเป็น เพื่อ "เอาเจ้าหน้าที่คืนประชาชนเถอะ"

3) ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

นอกเหนือจากรอบปัญหาหลัก ยังมีประเด็นเรื่อง **ภาระที่มองไม่เห็นของ กทม. และความรู้สึกของการเป็น "พลเมืองชั้นสอง"** ซึ่งสะท้อนว่าระบบสุขภาพใน กทม. นั้นด้อยกว่าต่างจังหวัด และ ศบส. ต้องแบกรับภาระขาดทุนโดยใช้งบของ กทม. เข้ามาอุดหนุน นอกจากนี้ ยังมีมุมมองว่าปัญหาที่แท้จริงคือ **Over-service ไม่ใช่ Over-utilization** คือการให้บริการเกินจำเป็นจากฝั่งผู้ให้บริการ (โดยเฉพาะ โรงพยาบาล) มากกว่าฝั่งผู้ป่วย และสุดท้ายคือ **ศักยภาพของ ศบส.** ที่มีความพยายามจะยกระดับตัวเองสู่การเป็นหน่วยบริการทุติยภูมิขนาดย่อม (Secondary Care) เพื่อแก้ปัญหาของระบบ

กลุ่มที่ 3: โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ และ กลุ่มที่ 4: โรงพยาบาลสังกัด กทม. /สำนักการแพทย์

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

ในมุมมองของโรงพยาบาลสังกัด กทม. ปัญหาหน่วยงานเริ่มต้นเมื่อคลินิกปฐมภูมิมีปัญหา "ถ้าคลินิกเขาอยู่ไม่ได้...เขาก็จะมาลงโรงพยาบาล กทม." ทำให้เกิดความแออัดอย่างหนัก นอกจากนี้ นโยบาย "บัตรประชาชนใบเดียว" ก็ยังไม่สามารถใช้ได้จริงกับโรงพยาบาลในสังกัด กทม. ทำให้เกิดปัญหาในการเปิดสิทธิ์และเกิดข้อร้องเรียนจำนวนมาก ในมุมมองของผู้ป่วย พวกเขา มีความสับสนจากนโยบายและรู้สึกที่โรงพยาบาลกำลังปฏิเสธสิทธิ์ โดยเฉพาะเรื่องฉุกเฉิน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลระบุว่า "คนไข้เขาคิดแต่ว่า...ฉันจะต้องการสิทธิ์ แต่ฉันไม่รับผิดชอบสิทธิ์อะไร"

ปัญหาเหล่านี้ถูกขับเคลื่อนด้วยข้อจำกัดทางการเงินอย่างรุนแรง ระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. ถูกมองว่า "จ่ายน้อย แต่เรื่องเยอะ ขึ้นตอนเยอะ" และมีการออกกฎเกณฑ์ย้อนหลัง ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระขาดทุน ดังที่ผู้บริหารท่านหนึ่งกล่าวว่า "ถ้าบุคคลผมขาดทุนน้อยที่สุดในสำนักงานแพทย์...เพราะผมได้เงินบริหารคนน้อยกว่าเขา ผมจะต้องประหยัดไปจ้างคน" จนต้องใช้วิธี "เอากำไรจากประกันสังคม...เอามาปิดแก้ป"

รากของปัญหาเชิงโครงสร้างคือ "ความไม่เป็นธรรม" ในการจัดสรรทรัพยากรเมื่อเทียบกับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีอำนาจต่อรองสูงกว่า และการที่ สปสช. มีอำนาจเบ็ดเสร็จในการกำหนดนโยบาย ทำให้โรงพยาบาลไม่มีอำนาจต่อรอง ท้ายที่สุด โรงพยาบาลยังเผชิญกับปัญหา "ขาดแคลนบุคลากร" อย่างรุนแรง แต่ไม่สามารถขออัตรากำลังเพิ่มได้เพราะติดขัดเรื่องงบประมาณและโครงสร้างของราชการ และยังขาดข้อมูลจาก สปสช. ในการบริหารจัดการ โดยเคย "ขอสถิติ สปสช. ไป 3 ปี ยังไม่ได้เลย"

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

จากภาพปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอหลักในเชิงปฏิบัติการคือการวางระบบเครือข่ายบริการ (Health Zoning) ที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง และ สปสช. ต้องสื่อสารนโยบายให้ชัดเจนและรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอที่สำคัญที่สุดในด้านการเงินคือ "จ่ายให้เหมือนประกันสังคมก็รอดนะครับ" โดยให้ สปสช. ปรับปรุงอัตราการจ่ายให้ทัดเทียมกับระบบประกันสังคม และให้มุ่งเน้นการของงบประมาณ

จากรัฐบาลเพิ่ม แทนที่จะมาประหยัดจากหน่วยบริการ ในเชิงโครงสร้าง ต้องมีการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและคลินิกในพื้นที่ และแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายการจ่ายค่าบริการที่ไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะเรื่องอัตราค่ารักษา

3) ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

ประเด็นที่น่าสนใจจากกลุ่มนี้คือ การแข่งขันและความเหลื่อมล้ำภายในระบบบริการของรัฐ ซึ่งเห็นได้ชัดจากความตึงเครียดระหว่างโรงพยาบาลสังกัด กทม. และโรงเรียนแพทย์ที่ถูกมองว่ามี "อภิสิทธิ์" มากกว่า นอกจากนี้ ยังมีประเด็น **ภาระการขาดทุนที่ต้องใช้เงินจากส่วนอื่นมาโปะ** ซึ่งสะท้อนว่าระบบบัตรทองในปัจจุบันไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ และสุดท้ายคือ **การผลักภาระผู้ป่วยที่มีต้นทุนสูง** จากสิทธิอื่นมาให้สิทธิบัตรทอง ซึ่งทำให้ภาระทางการเงินของกองทุนยิ่งหนักขึ้น

กลุ่มที่ 5: โรงพยาบาลเอกชน

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ออกจากระบบเครือข่ายบัตรทองไปแล้ว และให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (UCEP) เท่านั้น แต่ก็ยังต้องช่วยดูแลผู้ป่วยบัตรทองที่ถูกส่งต่อมาจากที่อื่นอยู่เสมอ โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่า "เราช่วยระบบอย่างมาก...ควักเงินตัวเองอย่างนั้นค่ะ" ในมุมมองของผู้รับบริการ พวกเขามีความคาดหวังในการบริการที่สูงเนื่องจาก "ต้นทุนเราก็ค่อนข้างสูง" แต่ไม่เข้าใจข้อจำกัดของสิทธิประโยชน์ ทำให้เกิดความขัดแย้งหน้างาน

"แก่น" ของปัญหาที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนออกจากระบบคือเรื่องการเงิน โดยปัญหาสำคัญคือ "ค่าใช้จ่ายกับค่าหัว หรือรายรับที่ไม่บาลานซ์" ต้นทุนการให้บริการของเอกชนสูงกว่าอัตราการเบิกจ่ายที่ สปสช. กำหนดอย่างมาก ทำให้ต้อง "ยอมขาดทุน" มาโดยตลอด นอกจากนี้ ระบบการเบิกจ่ายยังมีปัญหาความล่าช้าและมีการ "อกระเบียบใหม่...โดยมีผลย้อนหลังไป" สร้างความเสียหายทางการเงินอย่างมาก

ปัญหาเชิงโครงสร้างคือการที่ สปสช. ออกนโยบายโดยที่ "ไม่ได้มาดูปัญหาของหน้างาน" ทำให้กฎระเบียบที่ออกมาไม่สอดคล้องกับโครงสร้างต้นทุนของเอกชน ท้ายที่สุด ด้วยทรัพยากรที่มีต้นทุนสูง ทำให้การเข้าร่วมในระบบบัตรทองนั้น "ไม่สามารถอยู่ได้" ในระยะยาว

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

จากภาพปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอในระดับปฏิบัติการคือการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยหลังพ้นภาวะฉุกเฉิน (Post-UCEP) ให้มีประสิทธิภาพ และสร้างระบบ Refer-back ที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งผู้ป่วยที่อาการคงที่กลับไปดูแลที่คลินิกปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วย "ลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อ" ของคลินิกได้

ในด้านการเงิน หากจะให้โรงพยาบาลเอกชนกลับเข้าระบบ ต้องมีการปรับโครงสร้างราคาการเบิกจ่ายให้สะท้อน "ต้นทุนที่แท้จริง" และสำหรับคลินิกในเครือข่าย ต้องมีขนาดประชากรในความดูแลที่ใหญ่พอ (เสนอตัวเลขที่ "สองแสน" คน) จึงจะสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้ ส่วนในเชิงโครงสร้าง การออกนโยบายใด ๆ ของ สปสช. ต้องผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยบริการเอกชน เพื่อให้เข้าใจโครงสร้างต้นทุนและปัญหาหน้าที่แตกต่างกัน

3) ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดจากกลุ่มนี้คือประสบการณ์ของโรงพยาบาลที่ตัดสินใจ "ออกจากบัตรทองแล้วเป็นยังไง" ซึ่งให้บทเรียนที่สำคัญคือ **สถานะทางการเงินดีขึ้น** โดยผู้ให้ข้อมูลตอบว่าแม้ "รายรับลดลง แต่รายจ่ายลดลงเยอะกว่า" และสถานะโดยรวม "ฟังดูดีขึ้น" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการอยู่ในระบบบัตรทองสร้างภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากจนทำให้การออกจากระบบกลายเป็นทางเลือกที่ดีกว่า และโรงพยาบาลได้ **เปลี่ยนบทบาท** จากผู้รับผิดชอบประชากรมาเป็น "ผู้สนับสนุนระบบโดยการให้ทรัพยากรเท่าที่ให้ได้" ซึ่งบริหารจัดการได้ง่ายขึ้น

กลุ่มที่ 6: ผู้รับบริการ ศูนย์คุ้มครองสิทธิ และกลุ่มที่ 8: ผู้ป่วยเรื้อรัง

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

ปัญหาใหญ่ที่สุดที่ผู้รับบริการเผชิญคือ "เรื่องใบส่งตัว" ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคสำคัญ คลินิกแต่ละแห่งตั้งกฎเกณฑ์ของตัวเองอย่างไม่มีมาตรฐาน เช่น จำกัดโควต้า "เข้า 40 บ่าย 40" หากคิวเต็มแล้ว "ไม่ออกให้ค่ะ...ถ้าไม่พอใจก็ให้ย้ายสิทธิ์ ไปที่อื่น" หรือให้วางใบนัดไว้ก่อนแล้ว "อีกสามวันค่อยมารับ" และมีกรณีที่น่าตกใจคือคลินิกบังคับให้ "ต้องพาผู้ป่วยติดเตียงมา" ที่คลินิก เพียงเพื่อจะขอใบส่งตัว ผลกระทบโดยตรงคือประชาชนต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเสียโอกาสในการรักษาที่ต่อเนื่อง

ในมิติของประสบการณ์ ประชาชนรู้สึกว่าคุณเองถูกคลินิกที่กำลังจะออกจากระบบเอามาเป็น "ตัวประกัน" และต้องเผชิญกับพฤติกรรมบริการให้บริการที่ไม่ดี เมื่อคลินิกปิดตัว สปสช. จะกระจายผู้ป่วย "ลงตามทะเบียนบ้าน" โดยไม่คำนึงถึงประวัติการรักษาเดิม ทำให้การดูแลต่อเนื่องขาดตอน เมื่อร้องเรียนไปยังสายด่วน สปสช. 1330 ก็พบว่ากระบวนการแก้ไขล่าช้าและซับซ้อน

ผู้รับบริการรับรู้ได้ถึงผลกระทบจากปัญหาการเงินของคลินิกอย่างชัดเจน คลินิกมักจะอ้างเรื่องข้อจำกัดทางการเงินในการจำกัดบริการ เช่น การจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังให้เพียง "1 อาทิตย์ หรือแค่ 15 วันเอง" หรือการปฏิเสธการตรวจเลือดที่จำเป็นโดยอ้างว่า "ไม่มีงบประมาณเจาะเลือด" และให้ผู้ป่วย "จ่ายเงินเอง"

ปัญหาในมุมมองของผู้รับบริการคือ "ระบบการส่งตัว มันยังไม่มีมาตรฐาน" และ "คลินิกแต่ละคลินิก มีกฎระเบียบไม่เหมือนกัน" ซึ่งสะท้อนถึงการขาดการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพจาก สปสช. นอกจากนี้ โครงสร้างของ กทม. ที่ "ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน" เหมือนต่างจังหวัด ทำให้เกิดช่องว่างในระบบบริการ ท้ายที่สุด ปัญหาสำคัญคือ "ระบบการใช้ดาต้าข้อมูลของคนไข้...มันไม่ได้ลิงค์กัน" ทำให้ใบส่งตัวในปัจจุบันเป็นเพียง "ระบบส่งไป ไม่ใช่ระบบส่งต่อ"

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

ข้อเสนอที่ถูกพูดถึงมากที่สุดในระดับปฏิบัติการคือ "ถ้ามีใบนัดจากโรงพยาบาลแล้ว สามารถเดินไปได้เลย ไม่ต้องกลับมาขอใบส่งตัว" และควรยกระดับคลินิกปฐมภูมิให้มีศักยภาพสูงขึ้น ในด้านประสบการณ์ของผู้รับบริการ ข้อเสนอหลักคือให้ สปสช. กำหนด "มาตรฐานในเรื่องการออกใบส่งตัว" ให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันทุกแห่ง

ในด้านการเงิน ต้องแก้ไขปัญหงบประมาณของคลินิกให้สามารถ "จ่ายยา...1-2 เดือน" และทำการตรวจเลือดที่จำเป็นได้ตามมาตรฐาน สำหรับข้อเสนอเชิงโครงสร้าง มีการเสนอให้ "กทม. ควบคุมดูแลสุขภาพประชาชน โดยตรงและเป็นเจ้าภาพหลักในการออกแบบระบบ และเสนอให้กลับไปใช้ระบบ "ก่อนยุคคลินิก" ซึ่งประชาชนรู้สึกว่ามีปัญหาน้อยกว่า รวมถึงให้คนในครอบครัวเดียวกัน "ควรอยู่สถานพยาบาลเดียวกัน" ท้ายที่สุด ควรมีการขยายบริการทางเลือก เช่น ร้านยาใกล้บ้าน หรือตู้ Telemedicine และพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมต่อกันอย่างแท้จริง

3) ประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ **ความเชื่อมั่นที่หายไปต่อระบบบริการปฐมภูมิ** โดยประชาชน "ไม่มั่นใจ ไม่เชื่อใจ" ในคุณภาพการรักษาของคลินิก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้พวกเขาต้องการเพียงใบส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่ นอกจากนี้ ยังมีภาพจำของ **"ยุคทอง" ก่อนเกิดวิกฤต** ที่ผู้รับบริการหลายคนมองว่า "ก่อนที่จะยุบมานะ ไม่มีปัญหา" และสุดท้ายคือ **พลังของภาคประชาชนในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง** ซึ่งมีความตื่นตัวอย่างสูงว่าต้องรวมตัวกันเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง

กลุ่มที่ 7: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 13

1) ภาพรวมสถานการณ์ปัญหา

ในมุมมองของ สปสช. ปัญหาการส่งต่อเกิดจากการเปลี่ยนผ่านรูปแบบการบริหารจัดการจากเดิม Model 2 ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายมีอำนาจกำกับดูแล มาสู่ Model 5 ที่กระตุ้นให้เกิดการส่งต่อมากเกินไป จนถึงรูปแบบปัจจุบันที่ทำให้เกิดการ "ควบคุมเรื่องการส่งตัว ไม่ส่งไป" นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการจัดเครือข่ายที่รพ.รับส่งต่ออยู่ไกลจากคลินิก เพราะในบางพื้นที่ "มันไม่มีโรงพยาบาลแถวนั้น"

สปสช. รับรู้ถึงปัญหาร้องเรียน แต่ในขณะเดียวกันก็มองว่ามีปัญหาจากฝั่งประชาชนเช่นกัน โดยระบุว่า "บางครั้งเขาไม่ได้มีความจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล แต่เป็นความต้องการของเขา" และนโยบายที่สื่อสารออกไปในภาพใหญ่ เช่น "รักษาได้ทุกที่" ก็มักจะถูกตีความอย่างง่ายเกินไป ทำให้เกิดความคาดหวังที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ในด้านการเงิน ปัญหาเริ่มต้นขึ้นในยุค Model 5 ที่ "เงินที่กันไว้สำหรับ Fee Schedule ไม่พอ" ทำให้ต้องปรับมาสู่รูปแบบปัจจุบันที่ให้คลินิกบริหารงบเหมาจ่ายรายหัวเอง แต่ทั้งหมดนี้ดำเนินงานภายใต้ "วงเงินจำกัด...มันมีเท่านี้" สำหรับงบส่งเสริมป้องกันโรค (P&P นั้น มีประวัติการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายเงินหลายครั้งเพราะมีปัญหาเรื่องการทุจริตและการเบิกจ่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ

รากของปัญหาเชิงโครงสร้างที่ สปสช. มองเห็นคือ "บริบทของ กทม. มีความพิเศษ" แตกต่างจากต่างจังหวัดอย่างสิ้นเชิง ทำให้การใช้กฎเกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ "มันเหมือนกันไม่ได้" นอกจากนี้ สปสช. เขต 13 เองก็มีข้อจำกัดด้านอำนาจในการตัดสินใจ โดยนโยบายใหญ่ๆ มักจะมาจากส่วนกลาง

และยังขาดอำนาจในการสั่งการหน่วยบริการของรัฐโดยตรง "เราไม่มี authority...ที่จะให้ใครรับหรือไม่รับ" ทำได้เพียง "ขอความร่วมมือเจรจา" เท่านั้น ท้ายที่สุด สปสช. ยอมรับว่าขาดข้อมูลสำคัญในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะ "ข้อมูลต้นทุนอย่างจริงๆจัง...ของคลินิก"

2) ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหา

จากภาพปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอในระดับปฏิบัติการคือการกลับไปใช้โมเดลที่ "ให้โรงพยาบาล เป็นเจ้าของบอร์ด" หรือเป็นแม่ข่าย แล้วให้คลินิกเป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลโดยตรง เพื่อ "สร้างความผูกพันกันในการทำงานร่วมกัน" และให้เงินบริหารจัดการก้อนใหญ่ไปที่โรงพยาบาล แล้วให้โรงพยาบาลไปบริหารจัดการการจ่ายเงินให้คลินิกเอง ในมุมมองของผู้รับบริการ ภาคประชาชนควรมีบทบาทในการ "ช่วยเราในงานสื่อสารด้วย" เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

ในด้านการเงิน มีข้อเสนอที่รุนแรงคือการ "ล้างไฟ" เรื่องการจัดสรรงบประมาณและการจัดเครือข่ายใหม่ทั้งหมด และเสนอให้ กทม. "เอาเงินมาลงขันทำกองทุน" โดยสมทบงบประมาณเพิ่มเติมเข้ามาในระบบ

ในเชิงโครงสร้าง ต้องยอมรับว่า "กทม. ไม่เหมือนที่อื่น" และให้อิสระในการบริหารจัดการแก่เขต กทม. มากขึ้น และต้องสร้างคณะทำงานที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงและมีความเป็นวิชาการมากขึ้น ท้ายที่สุด ต้องมีการสร้าง "ฐานข้อมูล" ที่ทุกฝ่ายสามารถเห็นร่วมกันได้ และกำหนดมาตรฐานของคลินิกและเกณฑ์คุณภาพการรักษาที่ชัดเจน

3) ประเด็นอื่นๆ ที่น่าสนใจ

ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดจากกลุ่มนี้คือข้อเสนอเรื่อง "การล้างไฟ" ซึ่งเป็นการปฏิรูประบบการขึ้นทะเบียนและจัดเครือข่ายใหม่ทั้งหมดใน กทม. อย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้ยังมีแนวคิด กทม. ต้องเป็น **เจ้าภาพและร่วมลงทุน** ผ่านรูปแบบ "Matching Fund" และสุดท้ายคือ **ความตึงเครียดระหว่าง "ความเท่าเทียม" กับ "บริบทพิเศษ"** ซึ่งเป็นภาวะที่ยากลำบากของ สปสช. ระหว่างการรักษา นโยบายที่เท่าเทียมกันทั่วประเทศ กับการยอมรับความจริงว่า กทม. ต้องการระบบที่ออกแบบมาเป็น พิเศษ

ประวัติผู้วิจัย

1. นักวิจัยหลัก : ดร.พทป.สมรณีก โขติช่วงฉัตรชัย

Mr. Somtanuek Chotchoungchatchai

Position Researcher/Consultant

Nationality: Thai

Address: 148/25 Sukhumvit 22 road, Klongtoei Subdistrict, Klongtoei District, Bangkok, 10110

Email address: tueyz@hotmail.com, tueyztueyz@gmail.com

Mobile: +66 80-585-0087

Work experience

2025 Researcher/Consultant (Freelance)

2024-2525 Guest lecturer in the topic universal health coverage and health financing in global health system and policy course, Public Health Program (PhD), Mae Fah Luang University

2022-2025 Thailand's country focal point of P4H: Social health protection network

2022-2025 Thailand's country focal point for health service coverage index SDG 3.8.1 and SDG 3.8.2 for WHO's country consultation on UHC

2022-2024 Coordinator of ASEAN Health Cluster 3, Thailand

2019-2025 Researcher (October 2019 – April 2025), Health financing and Universal Health Coverage Node, International Health Policy Program Foundation (IHPPF)

Research area

- Health systems and policy, Health financing, Universal Health Coverage, Health system devolution, Thai Traditional medicine

Examples of the research project

- 2025 SDG localization

- 2023 Health System Intelligent Unit (HSIU): the devolution of Sub-district Health Promoting Hospital (health center) to Provincial Administrative Organizations
- 2022 Situation analysis and measurement of intrinsic capacity of Thai Elderly
- 2021 Strengthening monitoring system on access to non-COVID-19 health services for Universal Coverage Scheme
- 2020 Effective coverage assessment for Cervical Cancer Services
Shot course
- Health Financing for Universal Health Coverage, World Health Organization, February-March 2024.
Education
- Doctor of Philosophy (Ph.D.)(Phytopharmaceutical Sciences), Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand, 2012-2018, thesis title: An efficacy of honey and Thai herbal oil preparation on pressure ulcer treatment using hybrid methodology.
- Master of Science (M.Sc.)(Plant Science), Faculty of Science, and Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand, 2008-2011, thesis title: Medicinal plants used and factors related to utilization of traditional medicine in Kabchoeng Hospital, Surin Province, Thailand. (Distinguished Thesis Award 2012)
- Bachelor of Applied Thai Traditional Medicine (B.ATM.), Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand, 2004-2007, First Class Honors.

Publication

2024

- Tangcharoensathien V., Yothasamut J., Patcharanarumol W., Chotchoungchatchai S, Kalita A. (2024). Political economy analysis of primary health care-oriented reforms: a case study on contracting district health systems for primary care services in Thailand. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240102743>
- Uansri S., Markchang K., Chotchoungchatchai S., Ontong S., Panapong N., Pattanasiri T. (2024). The Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to Local

Government Organizations: Progress and Challenges J Health Syst Res;18(3):314-30. (in Thai)

- Tangcharoensathien, V., editor. (2024). Thailand Health System Review. 2nd ed. By Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapatanavong, P., Sawaengdee, K., Fahamnuaypol, P. (1st ed.), and Bundhamcharoen, K., Kunpeuk, W., Viriyathorn, S., Chotchoungchatchai, S., Lekagul, A., Yothasamut, J. (2nd ed.). Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific.

2023

- Marshall A. I., Witthayapipopsakul W., Chotchoungchatchai S., Wangbanjongkun W., and Tangcharoensathien V. (2023). Contracting the private health sector in Thailand's Universal Health Coverage. *PLOS Global Public Health*, 3(4), e0000799.

2022

- Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V., Chotchoungchatchai S., Chotchoungchatchai D., and Rajan S. (2022). Embedding people's voice and ensuring participatory governance. (chapter 29). In: Siddiqi S., Mataria A., Rouleau KD., and Iqbal M., eds. *Making health systems work in low and middle income countries: textbook for public health practitioners*, 449–63. Cambridge: Cambridge University Press.

- Sachdev S., Viriyathorn S., Chotchoungchatchai S., Patcharanarumol W., and Tangcharoensathien V. (2022). Thailand's COVID-19: How public financial management facilitated effective and accountable health sector responses. *Int J Health Plann Mgmt*. 2022;37(4):1894-1906. <https://doi.org/10.1002/hpm.3464>

- Tangcharoensathien V., Yamamoto N., Suphanchaimat R., Sukbut H., and Chotchoungchatchai S. (2022). Impact of climate change on biodiversity, agriculture and health: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(4), 238.

- Chotchoungchatchai S., Krairit O., Tragulpiankit P., Prathanturarug S. (2022). Development and reliability testing of an assessment tool for pressure ulcers

based on Thai traditional medicine. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 17:1. 29-36.

- Witthayapipopsakul W., Wanwong Y., Marshall A.I., Chotchoungchatchai S., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. (2022). Effective coverage and its application in the Thai context. Journal of Health Systems Research 2022;16:112-2

(In Thai) <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5545>

2021

- Saengruang N, Cetthakrikul N, Kulthanmanusorn A, Chotchoungchatchai S, Pudpong N, and Suphanchaimat R. (2021). Self-assessment of attitudes towards conditions to provide safe abortion among new medical graduates in Thailand, 2018: an application of cross-sectional survey with factor analysis. BMC Women's Health;21:273.
- Marshall A.I., Archer R., Witthayapipopsakul W., Sirison K., Chotchoungchatchai S., Sriakpokin P., Srisookwatana O., Teerawattananon Y., Tangcharoensathien V. (2021). Developing a Thai national critical-care allocation guideline during the COVID-19 pandemic: a rapid review and stakeholder consultation. Health Research Policy and Systems, 19: 47. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00696-z>
- Marshall A.I., Kantamaturapoj K., Kiewnin K., Chotchoungchatchai S., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. (2021). Participatory and responsive governance in universal health coverage: an analysis of legislative provisions in Thailand. BMJ Global Health, 6: e004117. <https://doi:10.1136/bmjgh-2020-004117>

2020

- Archer R., Marshall A.I., Sirison K., Witthayapipopsakul W., Sriakpokin P., Chotchoungchatchai S, Srisookwatana, O, Teerawattananon, Y, Tangcharoensathien, V. (2020). Prioritizing critical-care resources in response to COVID-19: Lessons from the development of Thailand's Triage protocol. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1-5. <https://doi:10.1017/S0266462320001890>

- Kantamaturapoj K., Marshall A.I., Chotchoungchatchai S., Kiewnin K., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. (2020). Performance of Thailand's universal health coverage scheme: Evaluating the effectiveness of annual public hearings. *Health Expectations*, 23: 1594-1602. <https://doi.org/10.1111/hex.13142>
- Kiewnin K., Chotchoungchatchai S., Kantamaturapoj K., Marshall A.I., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. (2020). Citizen participation in governing Thailand's Universal Health Coverage Scheme. *Journal of Health Systems Research*, 14(3): 274 - 88. (In Thai) <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5246>
- Marshall A.I., Archer R., Witthayapipopsakul W., Sirison K., Chotchoungchatchai S., Sriakpokin P., Srisookwatana O., Teerawattananon Y., Tangcharoensathien V. (2020). Developing a Thai national critical-care allocation guideline during the COVID-19 pandemic: a rapid review and stakeholders' consultation, 02 September 2020, PREPRINT (Version 1) available at Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-69153/v1>
- **Chotchoungchatchai S.**, Marshall A.I., Witthayapipopsakul W., Panichkriangkrai W., Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V. (2020). Primary health care and sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization: Policy & practice*, BLT.19.245613. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.245613>
- **Chotchoungchatchai, S.**, Krairit, O., Tragulpiankit, P., Prathanturarug, S. (2020). The efficacy of honey and a Thai Herbal Oil preparation in the treatment of pressure ulcers based on Thai traditional medicine wound diagnosis versus standard practice: an open-label randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 17: 100538. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100538>
2019 and before
- **Chotchoungchatchai, S.**, Krairit, O., Tragulpiankit, P., Prathanturarug, S. (2019). An open-labeled randomized controlled trial on the efficacy of Thai traditional medicine for pressure ulcer. *Planta Medica*, 85(18): 1557, P-408. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3400119>

- **Chotchoungchatchai, S.**, Saralamp, P., Jenjitikul, T., Pornsiripongse, S., Prathanturarug, S. (2012). Medicinal plants used with Thai Traditional Medicine in modern healthcare services: A case study in Kabchoeng Hospital, Surin Province, Thailand. *Journal of Ethnopharmacology*, 141(1): 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2012.02.019>

Presentation

- Chotchoungchatchai, S., Krairit, O., Tragulpiankit, P., Prathanturarug, S. (2019). An open-labeled randomized controlled trial on the efficacy of Thai traditional medicine for pressure ulcer. 67th International Congress and Annual Meeting of the Society for Medicinal Plant and Natural Product Research (GA 2019), Innsbruck, Austria. 1-5 September 2019. (poster)
- Chotchoungchatchai, S., Krairit, O., Tragulpiankit, P., Prathanturarug, S. (2017). Development of a pressure ulcer assessment tool based on Thai Traditional Medicine concept: an observational study. 9th International Congress on Traditional Asian Medicines (ICTAM IX), Kiel, Germany. 6-12 August 2017; Panel 6 Disease, from history to present.
- Chotchoungchatchai, S., Saralamp, P., Jenjitikul, T., Pornsiripongse, S., Prathanturarug, S. (2011). Medicinal plants used in Thai traditional medicine: a case study in Kapchoeng Hospital, Surin Province, Thailand. The XVIII International Botanical Congress, 23-30 July 2011, Melbourne, Australia; SYM 177 Traditional Medicine Plants.

2. นักวิจัยร่วม : นพ.อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์

1. Personal

Name: Anond Kulthanmanusorn
 Office Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand
 address 1: Tiwanond Road, Muang District, Nonthaburi, 11000 THAILAND
 Tel +662-590-2396, Fax +662-590-2385
 Office Sookaphawa Roadside, Co. Ltd.
 address 2: 14 Soi Chokchai 4, Soi 69, Chokchai 4 Road, Ladprao Subdistrict,
 Ladprao District, Bangkok 10230 Tel +668-2646-0033
 Contact +668-7508-9458
 number:
 E-mail: anond@ihpp.thaigov.net

2. Education

2007 - Doctor of Medicine
 2013 Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand
 2019 - Master of Public Health
 2020 King's College London, United Kingdom

3. Current work experiences

Year	Position	Organisation
2025-present	Assistant Director	Regional Health Office 13 (Bangkok), Ministry of Public Health, Thailand
2024-present	Medical Doctor and Researcher	Health Technical Office, Ministry of Public Health, Thailand
2024-present	Researcher	International Health Policy Foundation, Thailand
2024-present	Atlantic Fellow	The Atlantic Institute
2023-present	Equity Initiative Fellow	The Equity Initiative

2022-present	Co-founder and Medical Director	Sookaphawa Roadside, Co. Ltd.
2022-present	Special lecturer	Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Thailand (Urban Disease Control Program – Master Degree)

4. Past work experiences

Year	Position	Organisation
2022-2024	Researcher	International Health Policy Program, Ministry of Public Health (MOPH), Thailand
2022-2023	Positive Health Disruptor Fellow	Positive Health Disruptor Fellowship Program, National Health Foundation
2017-2021	Health Policy and System Research fellow	International Health Policy Program, Ministry of Public Health (MOPH), Thailand
2015-2017	Hospital director	Banluang hospital, Nan, Thailand
2014-2015	Medical doctor	Chalermprakiat Hospital, Nan, Thailand
2013-2014	Medical doctor (internship)	Nan hospital, Nan, Thailand

5. Research experiences as a main responsible person

- 2024 – Strengthening monitoring and evaluation systems for evidence-informed antimicrobial resistance policies (AMR Watch) phase 2
- Situation Analysis on Integration of Antimicrobial Resistance Interventions with Primary Healthcare System in Thailand

- 2023 — Development of Antibiotic Use Monitoring System in Bangkok Primary Care Units
- 2022 — Health Service System for Elderly with COVID-19 infection (Home Isolation Service) in Bangkok
- 2021 — Evaluation of Primary Healthcare Network Policy in Bangkok
- 2020 — Socioeconomic-related Inequality and Horizontal Inequity of Healthcare Utilisation in Thailand: Evidence from the Biennial Health and Welfare Surveys 2011 – 2019 (MPH dissertation)
- 2019 — Estimate AMR morbidity in patients with hospital-associated infections
- 2018 — System analysis for antimicrobial resistance morbidity monitoring in Thailand
 - Knowledge management of the National Health Security Office of Thailand
 - Develop the national point prevalence survey of healthcare-associated infection, antimicrobial resistance, antimicrobial use, antimicrobial resistance attributable mortality and its economic cost in Thailand protocol
 - Evaluation of the devolved health centres: synthesis lesson learnt from 51 health centres and policy options
- 2017

6. Research experiences as a co-researcher

- 2021 — Point Prevalence Survey on Antimicrobial Use, Antimicrobial Resistance, and Healthcare Associated Infection in Hospitals in Thailand
- 2020 — Knowledge management of the response on the COVID-19 pandemic under district health system settings in six provinces
- 2019 — Effective contracting model for HIV service delivery in Thailand
 - Evaluation of the health and economic effects of compulsory licensing on high-cost drugs during 2006 and 2009 in Thailand
- 2018 — Evaluation of health policy and system research capacity in the Philippines
 - Comparative study on health policy and system research in three countries
 - Effective coverage of HIV/AIDs service in Thailand

7. Other work experiences

- 2023- present — Committee for Bangkok Primary Health Care Development, Bangkok Metropolitan Administration
- Committee for Healthcare Network System Standard Development, Bangkok Metropolitan Administration
- 2022- present — Committee for Integrated Health Service System Development at Dusit Sandbox Model, Navamindradhiraj University, Bangkok Metropolitan Administration
- 2022- 2024 — Working Group for Primary Care, Health Promotion and Disease Prevention under the Bangkok Health Security Board
- 2022 — Working Group for Antimicrobial Surveillance Information and Technology Development
- Academic Working Group for Primary Health Care Reform for Combating Pandemic in BKK under the National Committee on Public Health Reform
- 2021- 2023 — Working Group for National Antimicrobial Resistance Strategic Plan (Phase 2) Development
- 2021- 2022 — Core team of CoCare Volunteer Group (an online health professional volunteer group for combating the COVID-19 pandemic)
- Thai Red Cross Health Professional Volunteer for COVID-19
- Working Group for Assessment of the Bangkok Health Security Board’s Strategic Plan
- Consultative Physician at Bangkok Legal Clinic, Thammasart University (a lawyers’ network for legal status and right of vulnerable persons)
- 2021 — Academic working group for Development of 5-Year Plan for Enabling Health Promotion through Reorientate Health Service, Health System Development Department, Thai Health Promotion Foundation
- Consultative Physician for Urban Poor During COVID-19 Pandemic at Khlong Toey Dee Jung (an CSOs for urban poor at a congested community in BKK)
- 2018 — An external reviewer of “Surveillance of antimicrobial consumption report in Thailand: annual report for 2017”
- 2016- 2017 — Member of Provincial Health Financing Committee

- 2016 — Analysis of unit costs of health centres in Nan province, 2015-2016
- 2015- — Ultrasound surveillance for cholangiocarcinoma in Banluang district
- 2017 — A hospital action plan for resolving financial problems and enhancing financial efficacy
- Development of an integrated care using a multidisciplinary team in COPD clinic
- Establishment of physical therapy and Thai traditional medicine clinics
- Palliative chemotherapy project for end-stage cancer patients
- Establishment of continuous care centre providing medical instruments for long-term care patients
- 2014 — Setting up mobile NCDs clinics in remote areas
- Development of home healthcare service using a multidisciplinary team for vulnerable and disability patients

8. Publications

- 2024 — Moolasart, V., Srijareonvijit, C., Charoenpong, L., Kongdejsakda, W., Anugulruengkitt, S., **Kulthanmanusorn, A.**, Thienthong, V., Usayaporn, S., Kaewkhankhaeng, W., Rueangna, O., Sophonphan, J., Manosuthi, W., & Tangcharoensathien, V. (2024). Prevalence and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections among Hospitalized Pediatric Patients: Point Prevalence Survey in Thailand 2021. *Children (Basel, Switzerland)*, 11(6), 738. <https://doi.org/10.3390/children11060738>
- 2023 — Anugulruengkitt, S., Charoenpong, L., **Kulthanmanusorn, A.**, Thienthong, V., Usayaporn, S., Kaewkhankhaeng, W., Rueangna, O., Sophonphan, J., Moolasart, V., Manosuthi, W., & Tangcharoensathien, V. (2023). Point prevalence survey of antibiotic use among hospitalized patients across 41 hospitals in Thailand. *JAC-antimicrobial resistance*, 5(1), dlac140. <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlac140>
- Viriyathorn S, Witthayapipopsakul W, **Kulthanmanusorn A**, et al. Definition, Practice, Regulations, and Effects of Balance Billing: A Scoping Review. *Health Services Insights*. 2023;16. doi:10.1177/11786329231178766

- Topothai, T., Tangcharoensathien, V., Edney, S. M., Suphanchaimat, R., Lekagul, A., Waleewong, O., Topothai, C., **Kulthanmanusorn, A.**, & Müller-Riemenschneider, F. (2023). Patterns and correlates of physical activity and sedentary behavior among Bangkok residents: A cross-sectional study. *PloS one*, 18(10), e0292222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292222>
- 2021 — Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, **Kulthanmanusorn A**, Pablos-Mendez A. Paths towards Universal Health Coverage: beyond political commitments. *J Glob Health*. 2021 Nov 20;11:16002. doi: 10.7189/jogh.11.16002. PMID: 34912555; PMCID: PMC8645239.
- Saengruang, N., Cetthakrikul, N., **Kulthanmanusorn, A.**, Chotchoungchatchai, S., Pudpong, N., & Suphanchaimat, R. (2021). Self-assessment of attitudes towards conditions to provide safe abortion among new medical graduates in Thailand, 2018: an application of cross-sectional survey with factor analysis. *BMC women's health*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01412-3>
- 2020 — Tangcharoensathien V, Thammatach-aree J, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, **Kulthanmanusorn A**, and Patcharanarumol W. Political economy of Thailand's tax-financed universal coverage scheme. *Bulletin of the World Health Organization* 2020;98:140-5.
- Kantamaturapoj K, **Kulthanmanusorn A**, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, Wibulpolprasert S, and Tangcharoensathien V. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization* 2020;98:117-25.
- Kosiyaporn H, Chanvatik S, Issaramalai T, Kaewkhankhaeng W, **Kulthanmanusorn A**, Saengruang N, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Kirivan S, Kunpeuk W, Suphanchaimat R, Lekagul A, and Tangcharoensathien V. Surveys of knowledge and awareness of antibiotic use and antimicrobial resistance in general population: a systematic review. *PLOS ONE* 2020;15:e0227973.
- Suchonwanich N, et al. (2020) Drug Distribution. In Chokevivat V (editor) *Thai Drug System 2020*. Health System Research Institute. 162-205. (Book chapter)

- 2019 — Witthayapipopsakul W, **Kulthanmanusorn A**, Patcharanarumol W, Suphanchaimat R, Kanchanachitra C, Soucat A, and Tangcharoensathien V. Accelerating universal health coverage: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization* 2019; 97:171-71A.
- Witthayapipopsakul W, **Kulthanmanusorn A**, Vongmongkol V, Viriyathorn S, Wanwong Y, Tangcharoensathien V. Achieving the targets for universal health coverage: how is Thailand monitoring progress? *WHO South-East Asia J Public Health*. 2019;8(1)
- Viroj Tangcharoensathien, Walaiporn Patcharanarumol, **Anond Kulthanmanusorn**, Nithiwat Saengruang & Hathairat Kosiyaporn (2019) The Political Economy of UHC Reform in Thailand: Lessons for Low- and Middle-Income Countries, *Health Systems & Reform*, DOI: 10.1080/23288604.2019.1630595
- 2018 — Siripongsakun S, Vidhyarkorn S, Charuswattanakul S, Mekraksakit P, Sungkasubun P, Yodkhunnathum N, ..., **Kulthanmanusorn A**, ..., Mahidol C. (2018). Ultrasound surveillance for cholangiocarcinoma in an endemic area: A prove of survival benefits. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 33(7), 1383–1388. <https://doi.org/10.1111/jgh.14074>
- Tuangratananon T, Topothai T, Khamput T, Saengruang N, Kosiyaporn H, **Kulthanmanusorn A**, ... Supanchaimart R. (2018). Public Policy and Social Determinants of Health Management at Three Levels of Municipalities in Thailand. *Journal of Health System Research*, 12(3), 384–403. [in Thai]

9. Presentations

- 2024 — Oral presentation “Reforming the Primary Healthcare System through an Area-Based Primary Care Network: A Case Study from Bangkok, 21st November 2024, The 8th Global Symposium on Health System Research, Japan
- 2023 — Oral presentation “Improving PHC performance through Health Financing Reforms: Thailand”, 22 October 2023, Workshop on UHC Partnership and PHC, Kazakhstan

- 2022 — Panelist “Role and Challenge of Bangkok Metropolitan Administration on International Affair for SDGs Achievement”, 11 July 2022, Bangkok Metropolitan Administration
- 2021 — Panelist “Urban Primary Health Care: Challenges and Lessons Webinar”, July 29, 2021, International Institute for Primary Health Care - Ethiopia
- 2020 — Special Lecturer on “Basic Health System Science” at Field Epidemiological Training Program, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand
 - Poster presentation “Equality of healthcare utilization in the Thai Universal Coverage Scheme, 2014-2017” at 6th Global Symposium on Health Systems Research (virtual conference), November 8-12, 2020”
- 2019 — Oral presentation “E-pharmacy in Thailand: Profile, Regulation and Challenges” at Wellcome Trust Seed Grant Workshop, 17th January 2019, London School of Hygiene and Tropical Medicine, the United Kingdom
 - Oral presentation “E-pharmacy: Feasibility- Where and How?” at Technical Consultation on the Impact of CPTPP Agreement in Health and Medicine System in Thailand, 19th-20th June 2019, Nonthaburi, Thailand
- 2018 — Oral presentation “Building Sustainable Networks to achieve CORDS’ vision and mission” at CORDS 2018 Conference, 30th January 2018, Bangkok, Thailand

10. Short courses and workshops

- 2023 — Public Narrative Workshop, 8-10 December 2023, Inspire Leadership School
 - Organizing Workshop, 14-17 December 2023, Leading Change Network
- 2022 — Hand-on Data Science and Machine Learning, 14-29 June 2022, Government Big Data Institute, Thailand
- 2021 — Workshop on Knowledge Management, March - June 2022, Thai Health Academy, Thailand
- 2019 — Wellcome Trust Seed Grant Workshop “Designing Fir-for-purpose Regulation for Evolving Healthcare System”, 16-18 January 2019, London School of Hygiene and Tropical Medicine, the United Kingdom

- The Workshop on Behavioral Economics, 10th June 2019, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand
- Health Economic Evaluation Training (basic and advance), Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Nonthaburi, Thailand
- Health and Healthcare Costing Training, Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Nonthaburi, Thailand
- 2018 – Transformative research methodology training, 15-19 May and 5-9 June 2018, Mahidol University, Thailand
- Introductory course on epidemiology and biostatistics, 11 June - 6 July 2018, MOPH, Thailand
- Summary measures of population health workshop, 10-12 September 2018, IHPP, Thailand
- The 10th Asia Pacific action alliance on human resources for health (AAAH) workshop, 19-21 November 2018, Vietnam

3. ผู้ช่วยนักวิจัย : นางสาวนิจันท์ ปาณะพงศ์

ชื่อ นางสาวนิจันท์ ปาณะพงศ์ Nitjanan Panapong
 ที่อยู่: 99/94 ถนนเจริญนคร 57/1 แขวงสำเหร่ เขตธนบุรี กรุงเทพฯ
 10600
 เบอร์ติดต่อ: 0971892804
 Email: nitjanan-panapong@outlook.co.th

ประวัติการศึกษา:

ปีที่ศึกษา-สำเร็จการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ	ชื่อสถาบันการศึกษา- ประเทศ
พ.ศ. 2562 - 2566	ปริญญาโท ศิลปศาสตรมหา บัณฑิต สาขามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี	มหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2556- 2559	ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) สาขา มานุษยวิทยา คณะโบราณคดี	มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประสบการณ์การทำงาน:

ระยะเวลา	ตำแหน่ง	ชื่อหน่วยงาน
พ.ศ. 2566 – 2568	ผู้ช่วยนักวิจัย	มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF)
พ.ศ. 2564 - 2565	ผู้ช่วยนักวิจัย (อิสระ)	ศูนย์วิจัยภาษาและวัฒนธรรมอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2563 - 2564	ผู้ช่วยนักวิจัย (อิสระ)	บริษัท สนใจ เฮาส์ จำกัด
พ.ศ. 2562 - 2563	ผู้ประสานงานโครงการ (อิสระ)	มูลนิธิชีวิตไท (Local Act)
พ.ศ. 2560 - 2563	ผู้ช่วยนักวิจัย (อิสระ)	คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร
พ.ศ. 2559 – 2560	ผู้ช่วยนักวิจัย (อิสระ)	คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

โครงการที่กำลังดำเนินการ

- 1) ผู้ช่วยนักวิจัย รับผิดชอบงานทบทวนวรรณกรรมโครงการ “การทบทวนสถานการณ์และ
ช่องว่างด้านการจัดการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติและผู้ที่ไม่สัญชาติที่อาศัยอยู่บน
ผืนแผ่นดินไทย” (สวรส.)

- 2) ผู้ประสานงานโครงการ “การสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพประชาชนไทย และสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมระดับพื้นที่” ภายใต้งานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะว่าด้วยการสานพลังสร้างสถานะแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) โดยความร่วมมือจากกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผลงานทางวิชาการ: ระดับนานาชาติ

- 1) Research assistant in project “Risk Communication and Community Engagement (RCCE) and National Strategies in Thailand”
- 2) Budget Proposal APW with International Health Policy Program, (IHPP) to do a country comparative study (CCS) on impact of COVID on migrants across Malaysia, Singapore and Thailand
- 3) Rethinking strategies for long-term health policies for migrants in Malaysia, Singapore, and Thailand: A case study of COVID-19 (2024)
- 4) Sikhiwat N, Rajsiri K, Nunes J, Uansri S, Panapong N, Kunpeuk W, Adhibai R, Wongsuwanphon S, & Suphanchaimat R 2024. Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors among Cross Border Migrants in Thailand, 2023: a Mixed-methods Study. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*, 17(4), 214–221.

ผลงานทางวิชาการ: ภายในประเทศ

- 1) โครงการการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการวัคซีนขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2568
- 2) Uansri S, Markchang K, Chotchongchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. 2567. The Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to Local Government Organizations: Progress and Challenges *J Health Syst Res*;18(3):314-30.
- 3) โครงการการศึกษาความเป็นไปได้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้ระบบ “ระบบฉุกเฉินวิกฤตทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) สำหรับระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2567

- 4) อานนท์ กุศลธรรมานุสรณ์, ชญานันท์ ครุฑศุทธิพิพัฒน์, นิจันท์ ปาณะพงศ์, ศรวณีย์ อวนศรี, ปวันรัตน์ มิ่งเมือง. (2567). การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ประกันตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว, กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
- 5) การศึกษาความเป็นไปได้ในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ด้านจิตเวชในประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิในประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- 6) Wichuwaran K, Panapong N, Uansri S, and Suphanchaimat R. Unveiling the anthropological frontier: navigating the awareness of fieldwork. *Journal of Health Science* 2023;32: 584-6.
- 7) Nitjanan Panapong. (2023). Drought Adaptation of Ban Huai Oi's Farmer in Dansai, Loei. Master of Arts (Anthropology) Faculty of Archaeology. Silpakorn University, Bangkok.
- 8) Meyer M, Montrivade V, Jewajinda Y, Panapong N, and others. (2023). "Pandemic without Frontier: The Landscape of Change in Contemporary Thai Society" focus on sub-research project Otherness in Times of the COVID-19 Pandemic: The Lived Experience of Migrants in ASEAN's Global Cities. Research Institute for Languages and Cultures of Asia. Mahidol University
- 9) เอกรินทร์ พึ่งประชา, นิจันท์ ปาณะพงศ์ และคณะ. (2564). โครงการ "การขับเคลื่อนเกษตรผสมผสาน เพื่อลดความเสี่ยงและลดภาระหนี้สินของเกษตรกรอย่างยั่งยืน" สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- 10) Panapong N. (2021). "Drought Adaptation of Ban Huai Oi's Farmer in Dansai, Loei." 11th National Graduate Conference entitled "Research and Innovation for Change". June, 24-25: 406-413.
- 11) Samranjit P.(Ed.), Panapong N. and others. (2020). The power of organic society to solve farmers' debts (พลังสังคมอินทรีย์ แก้หนี้ชาวนา). Local Act. <https://books.google.co.th/books?id=tCmgzQEACAAJ>
- 12) Panapong N. (2020). "Drought Management in the Food System of Farmers in Dan Sai District, Loei Province." Thailand's 2nd Annual Conference on

Anthropology and Sociology entitled “Dynamism, Deconstruction, De-territorialization, Destabilization”. November, 21-22: 498.

- 13) จัดทำหลักสูตร การอบรมจากชุดความรู้ทางวิชาการ เรื่อง ตลาดอินทรีย์ความหวังการหลุดพ้นกับดักหนี้สินชาวนา, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 14) จัดทำหลักสูตร การอบรมจากชุดความรู้ทางวิชาการ เรื่อง แนวคิดและเทคนิคเกษตรอินทรีย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 15) จัดทำหลักสูตร การอบรมจากชุดความรู้ทางวิชาการ เรื่อง พฤติกรรมทางการเงินของชาวนากับการแก้ปัญหาหนี้สิน, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 16) โครงการ “การพัฒนาต้นแบบการปรับตัวของชาวนาที่มีปัญหาหนี้สินสู่การผลิตอาหารที่ยั่งยืนเพื่อวิถีชีวิตสุขภาวะ” พื้นที่ตำบลดงบัง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดปราจีนบุรี (2019) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- 17) เอกรินทร์ พึ่งประชา, นิจันท์ ปาณะพงศ์ และคณะ. (2562). โครงการ “การเพิ่มศักยภาพเกษตรกรและหมู่บ้านต้นแบบการผลิตและการตลาดสีเขียวมาตรฐานด้านซ้ายกรีนเน็ตโดยประยุกต์ใช้แนวทางระบบการรับรองมาตรฐานอย่างมีส่วนร่วม อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย”, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- 18) Panapong N. (2016). Discursive Practice on HIV/AIDS Patients in Pak Phanang District of Nakhon Si Thammarat Province. . Master of Arts (Anthropology) Faculty of Archaeology. Silpakorn University, Bangkok.
- 19) นิจันท์ ปาณะพงศ์. (2563). “ประวัติศาสตร์เมืองสารคาม” ส่วนหนึ่งของหนังสือพระกฐินพระราชทาน ประจำปี 2563 โดย ธนาครกรุงเทพ
- 20) หนังสือ “หนองจอก: ลำนำเรื่องราวชุมชนทางรถไฟถึงชายทุ่ง” ใน โครงการเพิ่มพูนทักษะนักศึกษาด้วยการวิจัยภาคสนามทางมานุษยวิทยา ณ ชุมชนหนองจอก อำเภอยาง จังหวัดเพชรบุรี
- 21) ทบทวนวรรณกรรม 10 ผลงานเขียนของ Michel Foucault ในโครงการ 10 นักมานุษยวิทยาของศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร
- 22) หนังสือ “บันทึกจากแก่งครก วัฒนธรรมชาวบ้านแห่งลุ่มน้ำหมัน” จังหวัดเลย ภายใต้โครงการค่ายโบราณคดีเพื่อเด็กและชุมชน ครั้งที่ 21

4. ผู้จัดการโครงการ : นางสาวพิชญา ตั้งศิริแสงทอง

Name: Pichaya Dungsirisangthong (*Music Therapist*)

E-mail: pichaya.dung@gmail.com

Mobile: (+66) 97-449-6466

EDUCATION

2022 **Master of Art in Music Therapy (M.A.)**, College of Music, Mahidol University, Nakornpathom, Thailand

2011 **Bachelor of Engineering in Industrial Engineer (B.E.)**, Engineering Department, Mahidol University, Nakornpathom, Thailand

CERTIFICATION

2022 **Certification of Neurologic Music Therapy**, Academy of Neurologic Music Therapy, The University of Toronto, Canada

WORK EXPERIENCES

2023-present **Music therapist**, Soulsmith by Empathy Sauce Co.,Ltd: Mental Health Service Provider

2022-present **Music therapist (Part-time)**, Dementia Day Center, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand

Music therapist (Part-time), Cognitive Fitness Center, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand

Co-Founder and Music therapist, Sookaphawa Roadside Co.,Ltd: Medical Respite Care and Mobile Health Clinic for Homeless

Founder, almost. Music therapy: Workshop Provider and Knowledge Sharing about Music for Self-care

2022 **Music therapist (Part-time)**, Navasri Nursing Home, Bangkok, Thailand

2019 **Music therapy internship**, Dementia Day Center, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand

Music therapy internship, Cognitive Fitness Center, Chulalongkorn Hospital, Bangkok, Thailand

2018 - 2019 **Music therapy internship**, Music Therapy Department, College of Music, Mahidol University, Nakornpathom, Thailand

2018 **Music therapy internship**, Siriraj Palliative Care Center, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

2016-2017 **Community researcher and developer**, Once Again Hostel (a social enterprise for community tourism)

PUBLICATIONS

Dungsirisangthong, P., Boonyam, T., Chiengchana, N., & Buranaprapuk, A. (2024). The Effect of Online Music Therapy Interventions on Reducing Stress Levels in Small Hotel Managers: A Mixed-Methods Pilot Study. *Music Therapy Perspectives*.