

(งานวิจัยนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ โปรดอย่านำไปเผยแพร่หรือใช้อ้างอิง)



TDRI THAILAND
DEVELOPMENT
RESEARCH
INSTITUTE

การประชุมสัมมนาเผยแพร่ผลการศึกษา



ตรวจระบบสุขภาพคนกรุง แก้ปมบริการปฐมภูมิในเขต กทม.

ภายใต้โครงการศึกษาเรื่อง

การสังเคราะห์บริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์:
กรณีศึกษาการจัดบริการสุขภาพและ
การจัดสรรงบประมาณบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วันอังคารที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เวลา 8:30 – 12:00 น.
ณ ห้อง ฟุจิ 2 ชั้น 4 โรงแรมนิกโก้ กรุงเทพมหานคร





หัวหน้าโครงการ
ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร



ที่ปรึกษาโครงการ
ศ.ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์



ที่ปรึกษาโครงการ
ผศ.ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์

ผู้ร่วมวิจัย



เกศินี ธารีสังข์, ธนรัต โชติกเสถียร, มนัชญา ชูยิ่งสกุลทิพย์, จิตรเลขา สุขรอย, นันทชาติ รัตนบุรี, ณิชนน ทองพัฒน์, ธนชัย นาพิมพ์, ธริศรา สีสพัทธ์กุล, ปวีกรณ์ หลำพงษ์, กิตติยา ยิษฐานิชกุล และรัชมีจันทร์ เสาวคนธ์

ผู้ประสานงานโครงการ

วิมลรัตน์ เหมือนกุล และนุชนาถ พุ่มพุกษ์



ที่มาและ ความสำคัญ

01

วิธีการศึกษา

02

ผลการศึกษา

03

ข้อเสนอแนะ

04



ระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพฯ ยังพึ่งพาหน่วยบริการภาคเอกชน

- ผู้รับบริการสิทธิ UC มากกว่าร้อยละ 55.38 (1,969,472 ราย) มีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคลินิกเอกชน
- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 คลินิกลาออกมากกว่า 72 หน่วยส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ 315,094 ราย



ปัญหาใบสั่งตัวผู้ป่วยเกิดจากกลไกการชดเชยค่าส่งต่อ

- กลไกการชดเชยค่าส่งต่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการต้นสังกัดจำกัดหรือปฏิเสธการออกใบสั่งตัวเพื่อควบคุมต้นทุน
- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 ผู้รับบริการร้องเรียน 1330 เกี่ยวกับใบสั่งตัวมากกว่า 18,406 ครั้ง

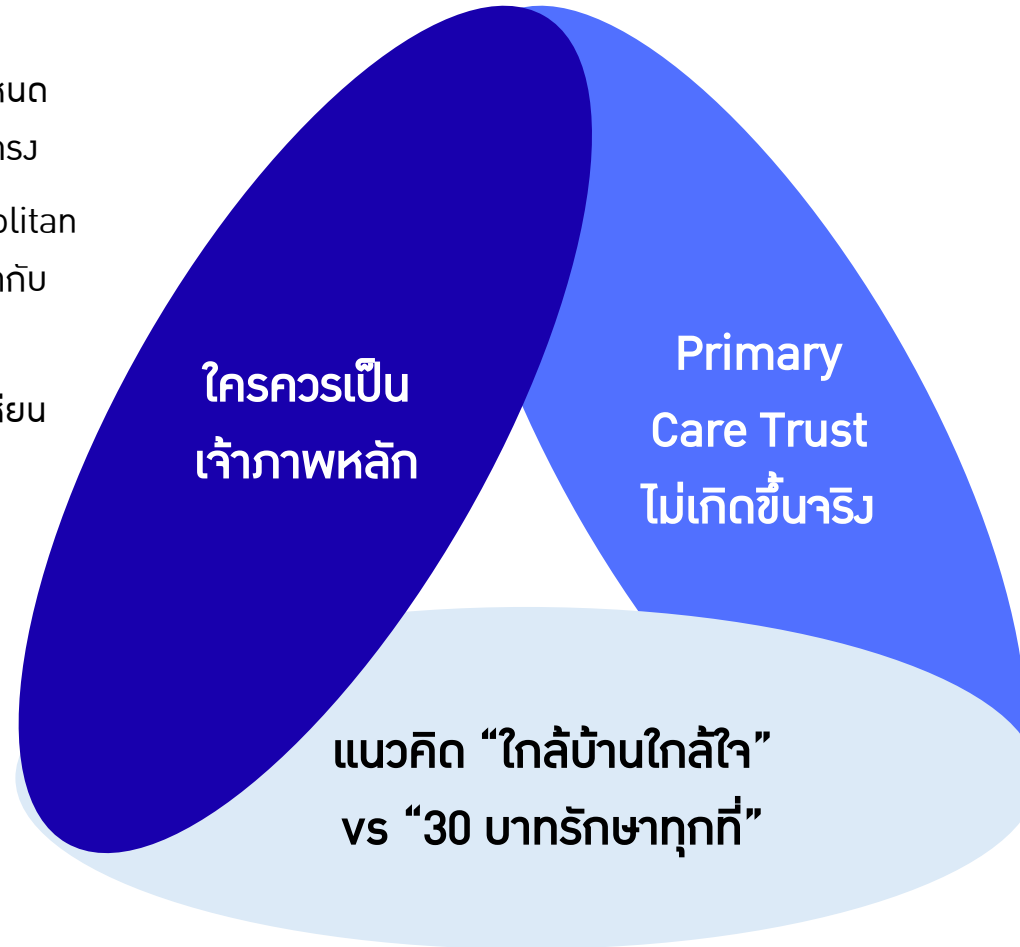


ระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ เน้นการรักษามากกว่าป้องกันโรค

- อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก 2.43 ครั้ง/คน/ปี ขณะที่อัตราการรับบริการ PP เพียง 0.64 ครั้ง/คน/ปีเท่านั้น
- คนกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพการรักษาของหน่วยปฐมภูมิเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่

กรุงเทพฯ มีหน่วยงานรับผิดชอบหลายสังกัด

- สปสช.เป็นผู้ซื้อบริการหลักในพื้นที่ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ แต่ไม่มีอำนาจสั่งการตรง
- กรุงเทพมหานคร (Bangkok Metropolitan Administration: BMA) ไม่มีอำนาจกำกับโรงพยาบาลนอกสังกัด
- สร.ผู้กำหนดนโยบาย แต่ไม่ใช่ผู้กุมบังเหียน



เกิดวิกฤตความไว้วางใจ

- ระบบบริการต้องพึ่งพาทักษะเฉพาะคนเป็นหลักทำให้มีความเสี่ยงด้านกลไกการเงิน
- กลไกผู้จัดการเขต (Area manager) ขาดประสิทธิภาพ
- โครงสร้างการชดเชยปัจจุบันทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหน่วยปฐมภูมิและหน่วยรับส่งต่อ

แนวคิดแบบใดเหมาะกับบริบทกรุงเทพฯ

- แนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจทำงานไม่ได้จริง ผู้รับบริการคุ้นเคยไปโรงพยาบาลใหญ่โดยตรง
- ผู้รับบริการมองว่าการส่งกลับไปปฐมภูมิไม่ได้รับบริการที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

คำถามวิจัย

เครื่องมือ

1
เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการจัดสรรงบประมาณและการจัดบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร

แนวทางจัดสรรงบประมาณ (budget allocation) เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการบริการที่แตกต่างกัน

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการ (payment mechanism) ส่งผลต่อประสิทธิภาพ การเข้าถึง และการระดมเงินของหน่วยบริการอย่างไร

อุปสรรคต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน รูปแบบการให้บริการ PP ในกรุงเทพฯ มีอุปสรรคอย่างไร

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยใดเลือก sw. และลักษณะใดมีศักยภาพดึงกลับสู่ปฐมภูมิ

- การเก็บข้อมูล**
- Document/Desk research
 - In-depth interview
 - ฐานข้อมูล สปสช.

2
เพื่อสังเคราะห์และออกแบบระบบบริการปฐมภูมิและระบบการเงินการคลังปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในกรุงเทพมหานคร

การตรวจสอบและป้องกันการทุจริต (fraud detection) รูปแบบความผิดปกติดังกล่าวและกลไกตรวจสอบปัจจุบันครอบคลุมเพียงพอ

ผลกระทบจากการยกเลิกคลินิกอบอุ่นต่อผู้รับบริการ ผลกระทบของผู้รับบริการในกรุงเทพฯ มากน้อยเพียงใด

- การวิเคราะห์/สังเคราะห์**
- Root-cause analysis
 - Exploratory data analysis
 - Econometric model
 - System design

3
เพื่อสังเคราะห์และออกแบบกลไกการกำกับติดตามและตรวจสอบการจัดสรรงบประมาณของระบบบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในบริบทกรุงเทพมหานคร

การจัดลำดับความสำคัญข้อเสนอเชิงนโยบาย หลัก "2 E" เป็นแกนสำคัญซึ่งประกอบด้วย

ผลกระทบจากการยกเลิกคลินิกอบอุ่นต่อผู้รับบริการ ผลกระทบของผู้รับบริการในกรุงเทพฯ มากน้อยเพียงใด

- กระบวนการออกแบบระบบ**
- กำหนด key stakeholders
 - ออกแบบ conceptual map
 - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์
 - จัดลำดับความสำคัญข้อเสนอเชิงนโยบาย

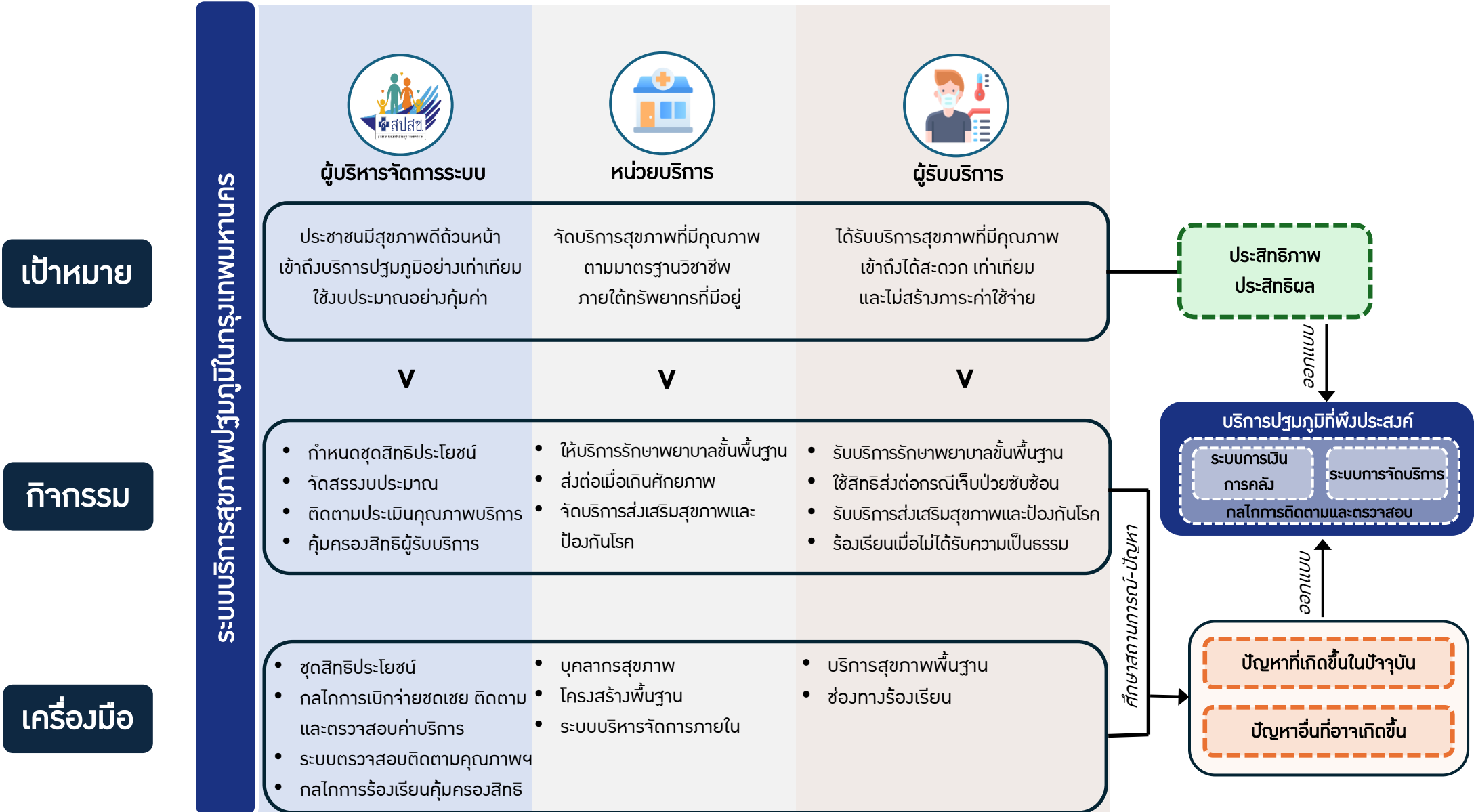
4
เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบการเงินการคลังปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในบริบทกรุงเทพมหานคร

ประสิทธิภาพ (efficiency) จากการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า



ประสิทธิภาพ (efficiency) จากการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ประสิทธิผล (effectiveness) จากผลลัพธ์ด้านสุขภาพ



วิธีการศึกษา

ที่มาและ
ความสำคัญ

01

02

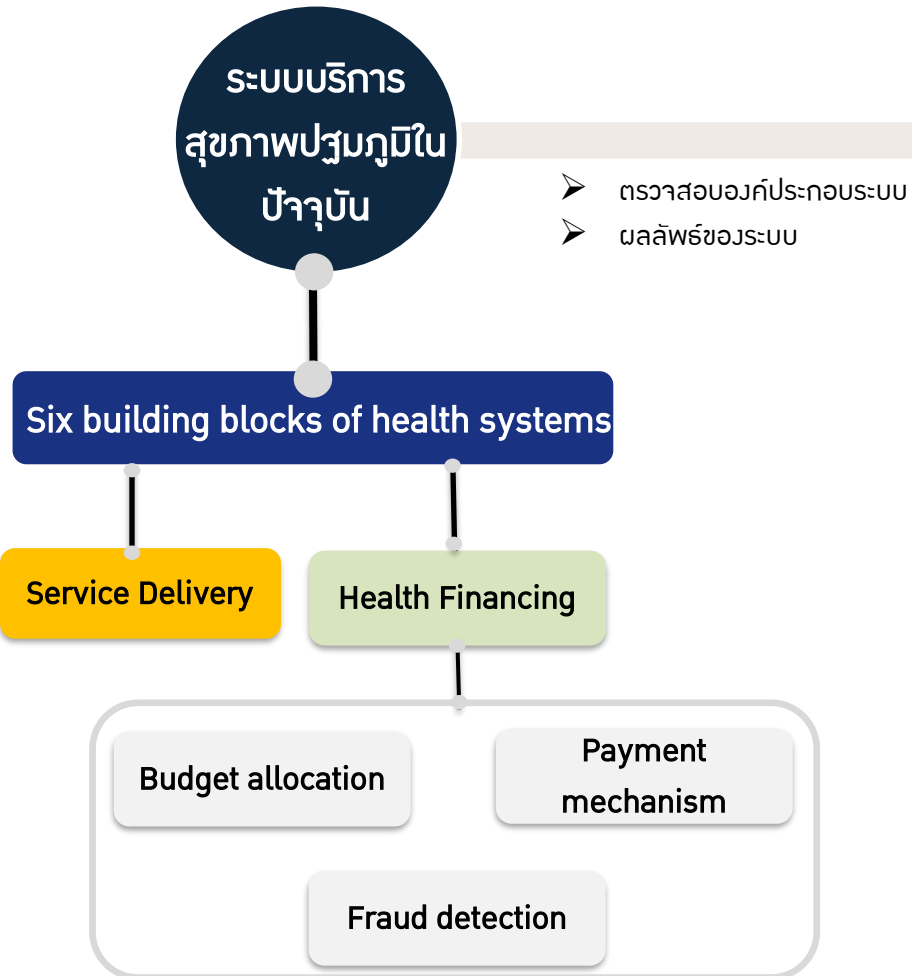
ผลการศึกษา

03

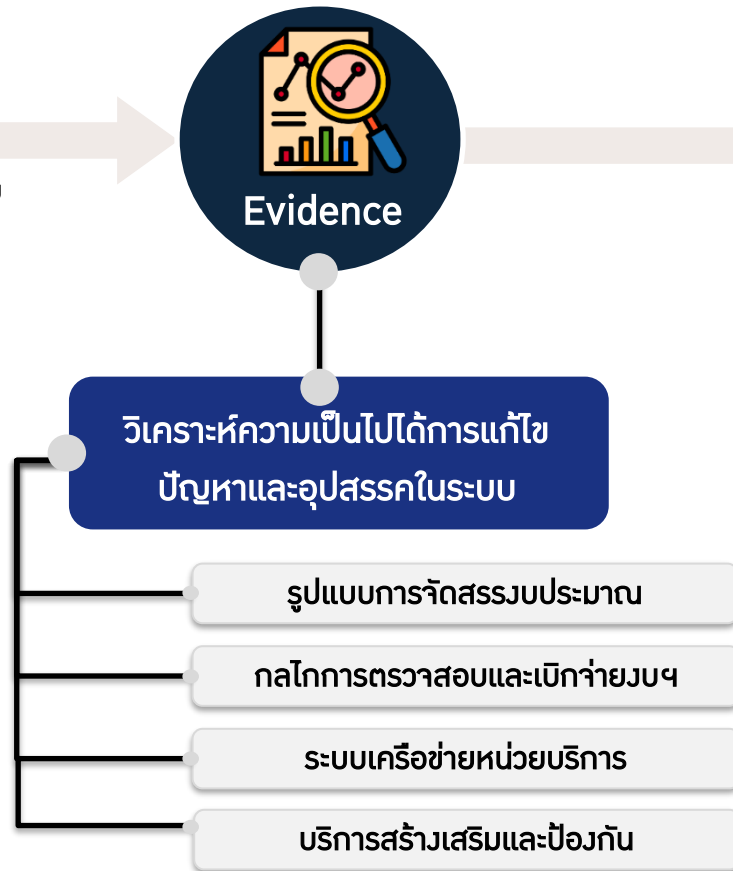
ข้อเสนอแนะ

04

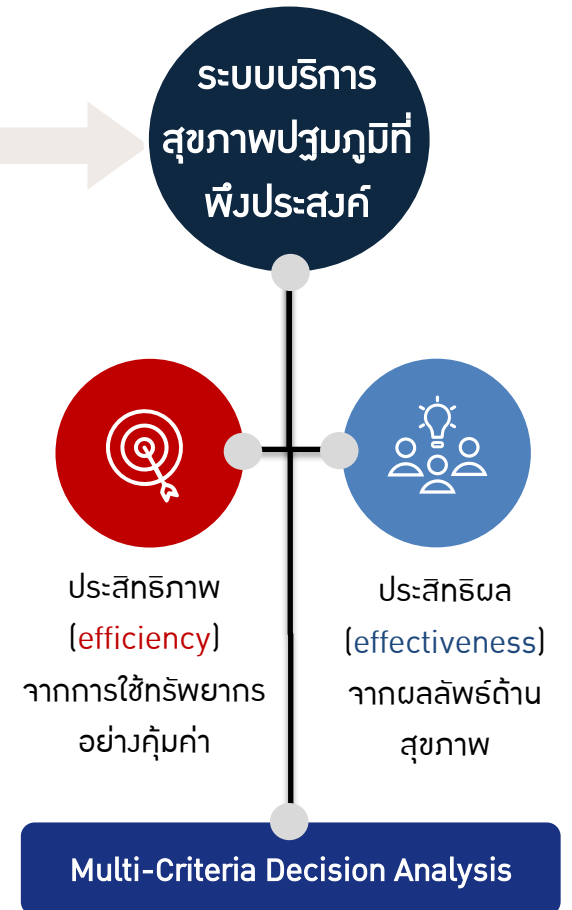
1 สร้างแผนผังระบบ Healthcare systems mapping



2 หลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิเคราะห์ข้อมูล Feasibility analysis



3 จัดลำดับความสำคัญข้อเสนอเชิงนโยบาย ออกแบบระบบภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์



กรอบการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์



ประสิทธิภาพ (efficiency)
จากการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า



ประสิทธิผล (effectiveness)
จากผลลัพธ์ด้านสุขภาพ



ผู้ให้บริการ



ผู้จัดการระบบ

1. บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานถูกกำหนดอย่างชัดเจน

ตัวอย่าง

- ซื่อบริการ/จ่ายชดเชย: สปสช.
- ประเมินชุดสิทธิประโยชน์: HITAP
- รับรองคุณภาพ sw.รัฐ: HA/สร.
- ติดตามคุณภาพหน่วยบริการเอกชน

ประเด็นที่ต้องคำนึง

- วัตถุประสงค์แต่ละภาคส่วนต่างกัน
- อำนาจต่อรองแต่ละภาคส่วนต่างกัน
- บทบาททับซ้อน
- Autonomy (ยืดหยุ่น) vs Control (กำกับ)

2. การจัดบริการอยู่ภายใต้สัญญาที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมออกแบบ

องค์ประกอบของสัญญา

- ขอบเขตและมาตรฐานการให้บริการ
- เกณฑ์การเบิกจ่าย/อัตราชดเชย
- แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย
- กลไกการร้องเรียน/เยียวยา
- เป้าหมายด้านคุณภาพ

ประเด็นที่ต้องคำนึง

- อัตราชดเชยของรัฐและเอกชนอาจไม่เท่ากัน
 - ค่าแรง (ข้าราชการได้จากรัฐแล้ว)
 - แรงจูงใจในการเข้าร่วมระบบ over- or under-treatment
 - extra billing
- ความโปร่งใส (เผยแพร่สัญญาออนไลน์)

3. การติดตามตรวจสอบ (monitoring) ให้บริการเป็นไปตามสัญญา

ตัวอย่างวิธี

- ผู้ให้บริการและแม่ข่ายบริการมีอำนาจติดตาม
- ระบบตรวจสอบอัตโนมัติ

ประเด็นที่ต้องคำนึง

- ข้อกำหนดซับซ้อน เอกชนรายเล็กอาจไม่เข้าร่วม
- งบประมาณและการตรวจสอบไม่ต่อเนื่อง



คลินิกชุมชนอบอุ่น



โรงพยาบาลแม่ข่าย



โรงพยาบาลตติยกรรม



ศูนย์บริการ
สาธารณสุข

ผลการศึกษา

ที่มาและ
ความสำคัญ

01

วิธีการศึกษา

02

03

ข้อเสนอแนะ

04

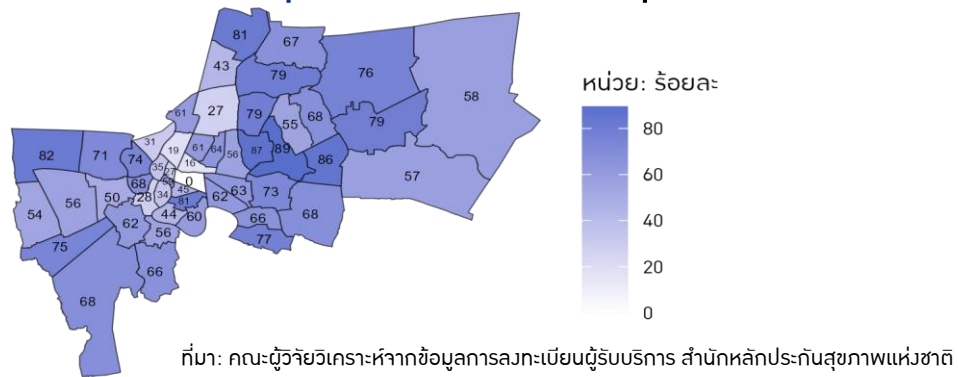


ระบบบริการปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

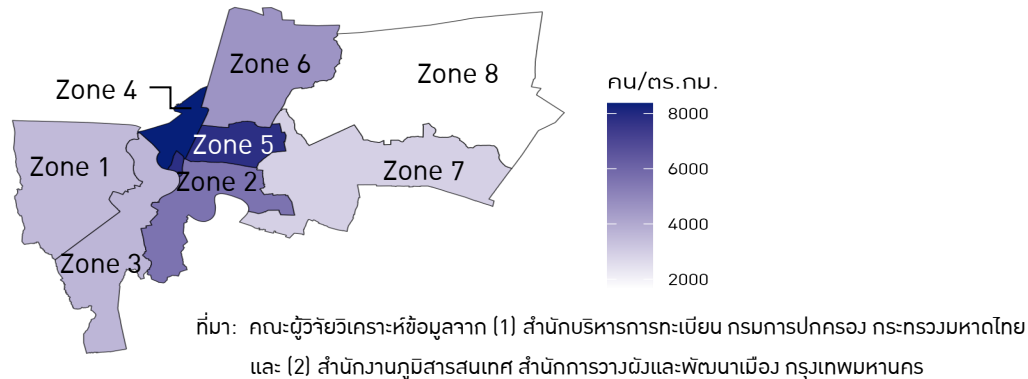


ระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพฯ พึ่งพาหน่วยบริการเอกชนเป็นหลัก

สัดส่วนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) ที่มีหน่วยปฐมภูมิเป็นภาคเอกชน (คลินิกอบอุ่นและ รพ.) แบ่งตามเขตกรุงเทพฯ

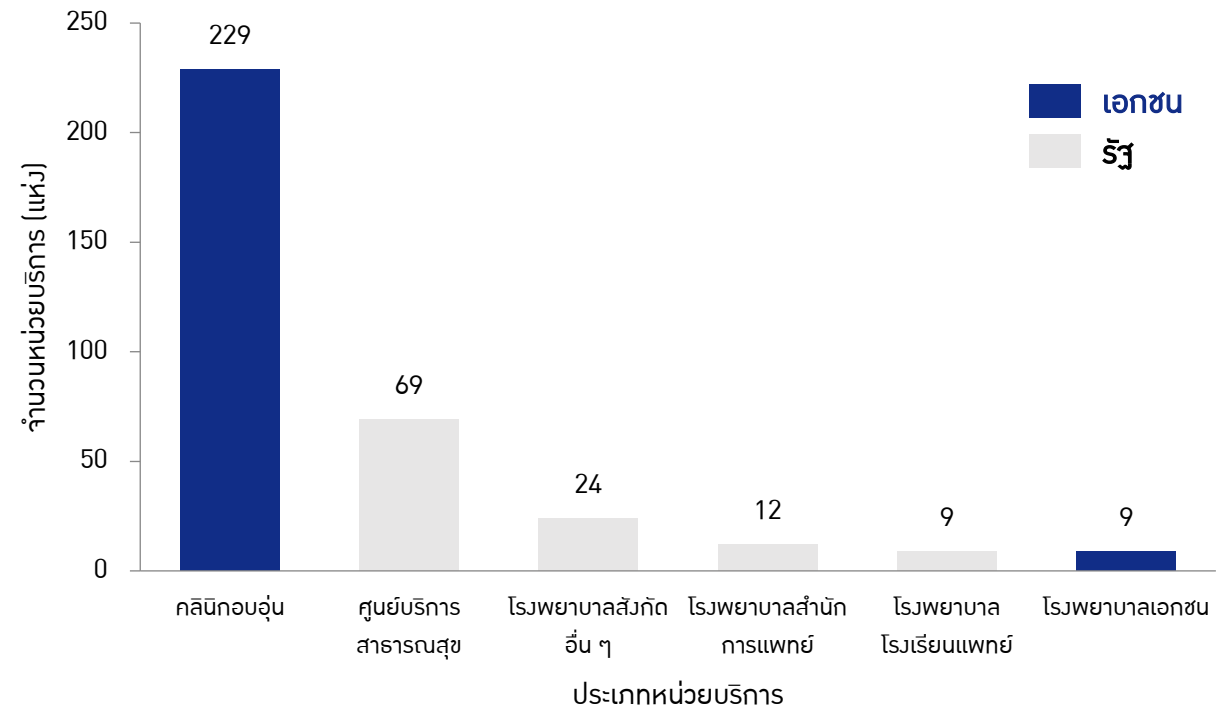


ความหนาแน่นของประชากรในแต่ละ Health Zone



- ประชากรสิทธิ UC 3.55 ล้านรายลงทะเบียนกับคลินิกเอกชนร้อยละ 57.7 เขตบางกะปิมีสัดส่วนสูงที่สุดที่ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือเขตวังทองหลาง (ร้อยละ 87.1) และเขตสะพานสูง (ร้อยละ 85.6) เขตเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชานเมืองที่หน่วยบริการภาครัฐมีไม่เพียงพอ
- 8 เขตที่มีประชากรเกิน 1 แสนคน (ได้แก่ บางพลัด บางแค ราชเทวี สายไหม ประเวศ มีนบุรี คลองสามวา ลาดกระบัง) ส่วนใหญ่อยู่กรุงเทพฯ เขตชั้นนอก และมีความหนาแน่นของประชากรต่ำ

จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับมอบหมายรายหัวแบ่งตามประเภทหน่วยบริการ

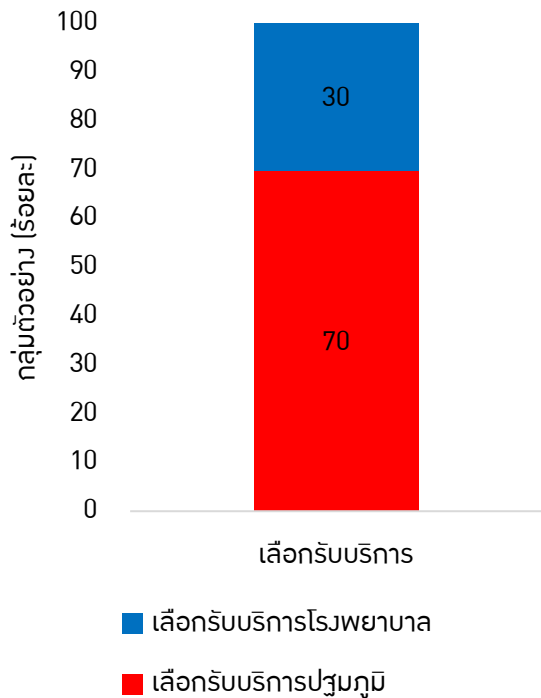


ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- คลินิกอบอุ่นมีจำนวนหน่วยบริการมากที่สุด 229 แห่ง รองลงมาคือศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง รวมหน่วยปฐมภูมิคิดเป็นร้อยละ 85 ของหน่วยบริการทั้งหมด
- กลุ่มโรงพยาบาล 4 ประเภท (สังกัดอื่น ๆ สำนักงานแพทย์ โรงเรียนแพทย์ และเอกชน) รวมกัน 54 แห่ง ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลประจำ และโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ปัจจัยต่อการเลือกข้ามไปรักษาที่โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ

หากท่านมีอาการเจ็บป่วยทั่วไป ท่านจะเลือก**หน่วยบริการปฐมภูมิ**หรือ**โรงพยาบาล**?



การให้ความสำคัญต่อปัจจัยต่าง ๆ

รักษาปฐมภูมิตามเดิม ← | → ไปโรงพยาบาล



กลุ่มรายได้ (กลุ่มอ้างอิง: รายได้ต่ำที่สุด)

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลแบบสอบถามโครงการวิจัยฯ (จำนวน 400 ตัวอย่าง) ด้วย logistic regression

- หมายเหตุ:
- OR (Odds Ratio) คืออัตราส่วนความน่าจะเป็นในการรับบริการที่โรงพยาบาล ต่อ ความน่าจะเป็นในการรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
 - OR > 1 หมายถึงผู้ป่วยมีแนวโน้มไปโรงพยาบาลมากกว่า OR < 1 หมายถึงผู้ป่วยมีแนวโน้มไปหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าและ * p<0.1

ผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกไป**โรงพยาบาล**มากกว่า**หน่วยบริการปฐมภูมิ**หากผู้ป่วย

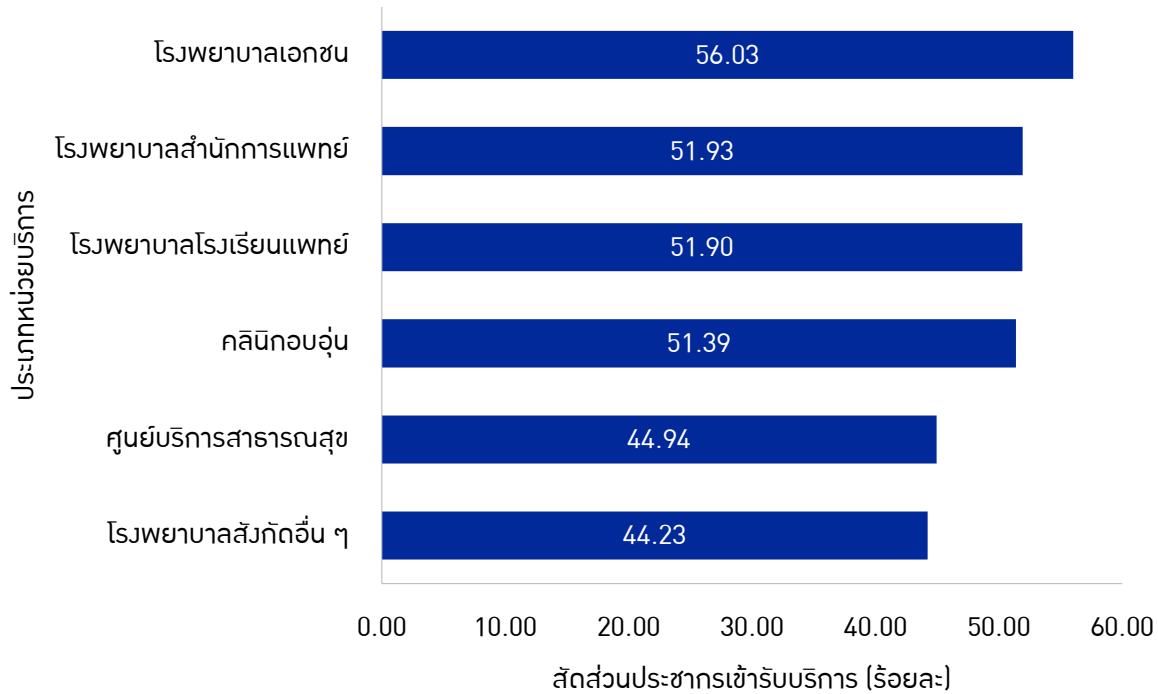
- ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบริการ
 - ให้ความสำคัญกับชื่อเสียงของหน่วยบริการ
- ผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกไป**หน่วยบริการปฐมภูมิ**มากกว่า**โรงพยาบาล**หากผู้ป่วย
- ให้ความสำคัญกับระยะเวลาการรอคอย
 - ให้ความสำคัญกับความสะดวกในการเดินทาง
 - ให้ความสำคัญกับความสมเหตุสมผลของค่ารักษา

ยิ่งรายได้มาก ยิ่งอยากไป**โรงพยาบาล**:

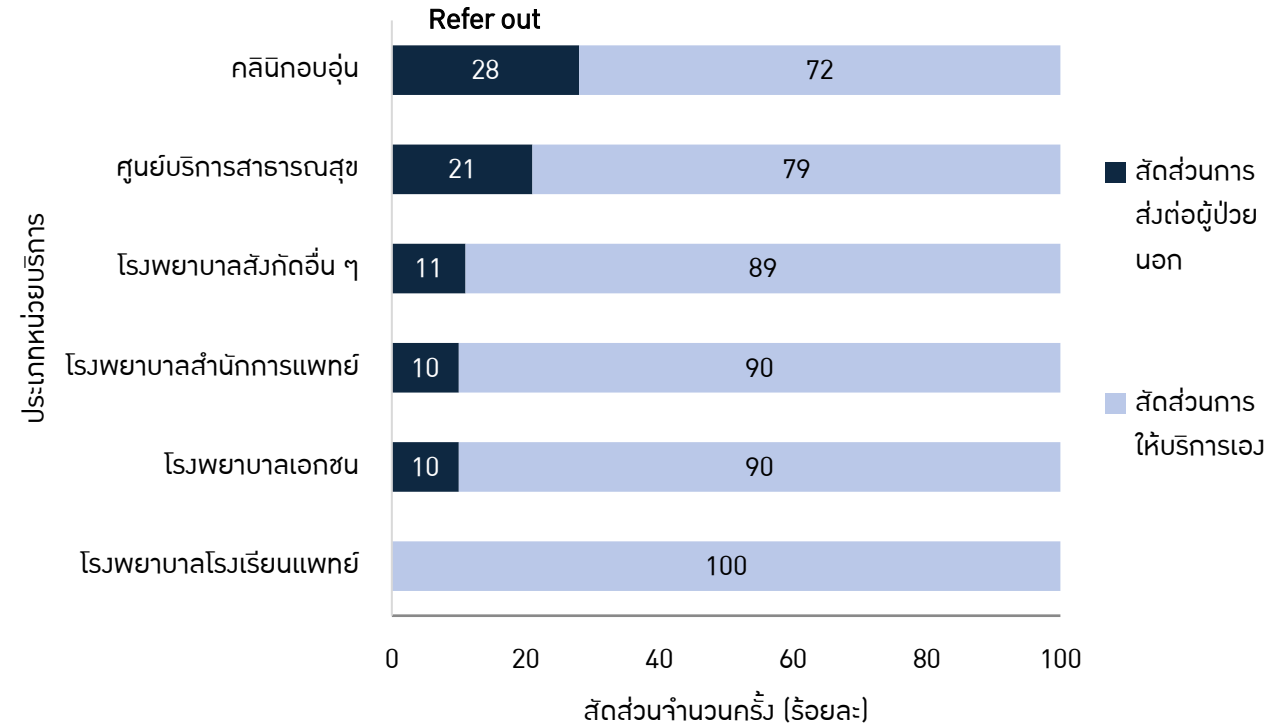
ผู้ป่วยมีรายได้สูงขึ้น (เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำที่สุด) จะเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยเลือก**โรงพยาบาล**

คลินิกอบอุ่นและ ศบส.ส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาล 2 เท่า

สัดส่วนประชากรที่เข้ารับบริการ OP ต่อประชากรสิทธิทั้งหมด
แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



สัดส่วนจำนวนครั้งส่งต่อผู้ป่วยและการให้บริการ OP เอง
แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: จำนวนประชากรสิทธิ = จำนวนผู้รับบริการที่มีหน่วยปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ ตามรูปแบบเครือข่ายบริการ

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: จำนวนครั้งการส่งต่อนับเฉพาะกรณีที่หน่วยบริการส่งต่อประชากรตามสิทธิ เท่านั้น

โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อประชากรสิทธิสูงสุดที่ร้อยละ 56.03 รองลงมาคือ
โรงพยาบาลสำนักงานแพทย์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และคลินิกอบอุ่นร้อยละ 51.39-
51.93 ขณะที่ ศบส.และโรงพยาบาลสังกัดอื่นมีสัดส่วนต่ำสุด

- คลินิกอบอุ่นมีสัดส่วนส่งต่อผู้ป่วยสูงสุดที่ร้อยละ 28 รองลงมาคือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 21
- โรงพยาบาลสำนักงานแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ส่งต่อที่ร้อยละ 10-11

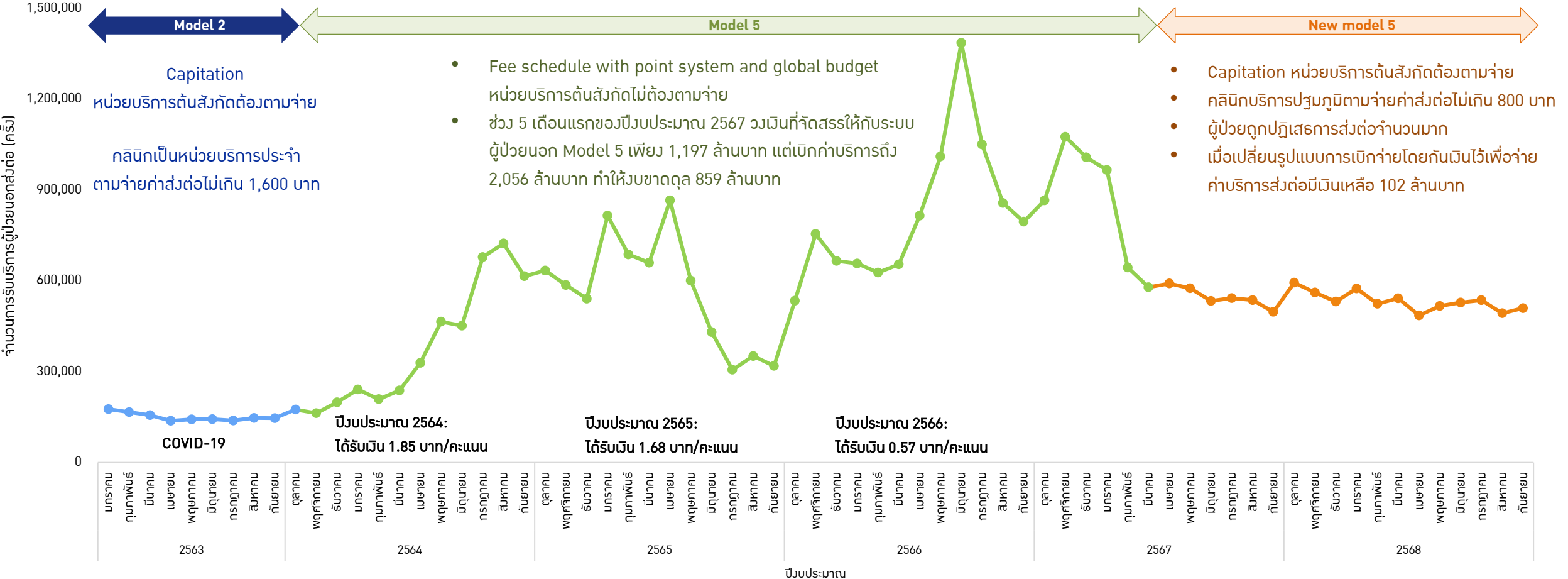


ระบบบริการปฐมภูมิใน
กรุงเทพมหานคร
มีความซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่น



สปสช.ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายชดเชยหน่วยบริการ

จำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อ (OP refer) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2568

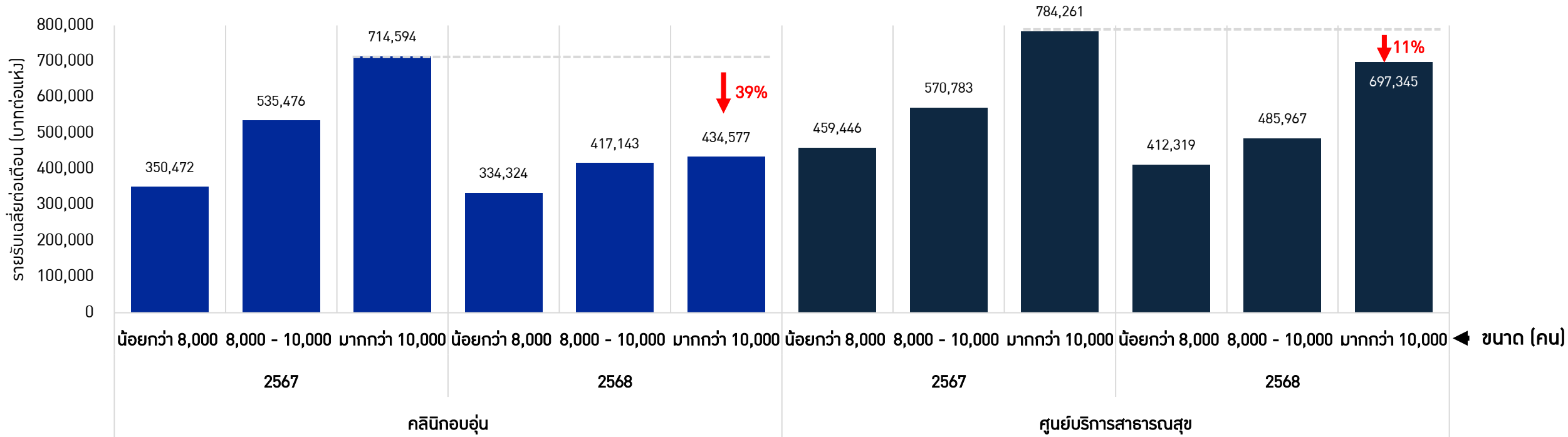


ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

- ปีงบประมาณ 2563 สปสช.ใช้ระบบ capitation ให้คลินิกเป็นหน่วยประจำและรับผิดชอบค่าส่งต่อ 1,600 บาทแรก เนื่องจากเกิดการทุจริตในกองทุน PP จึงปรับรูปแบบใหม่
- เมื่อ สปสช.ใช้ระบบ fee schedule คลินิกไม่ต้องตามจ่ายทำให้ช่วงปีงบประมาณ 2564-2565 มีเงินคืนให้คลินิกมากกว่า 1,030 ล้านบาท เนื่องจากผู้ป่วย OP ต่ำจากโควิด-19
- ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นทำให้งบประมาณไม่เพียงพอ สปสช.กลับมาใช้ระบบ capitation ทำให้จำนวนผู้ป่วยส่งต่อลดลง

ปีงบประมาณ 2568 รายรับคลินิกอบอุ่นและ ศบส.ลดลงจากปีก่อนหน้า

รายรับต่อเดือนของหน่วยบริการจำแนกตามประเภท ปีงบประมาณ และขนาดหน่วยปฐมภูมิ



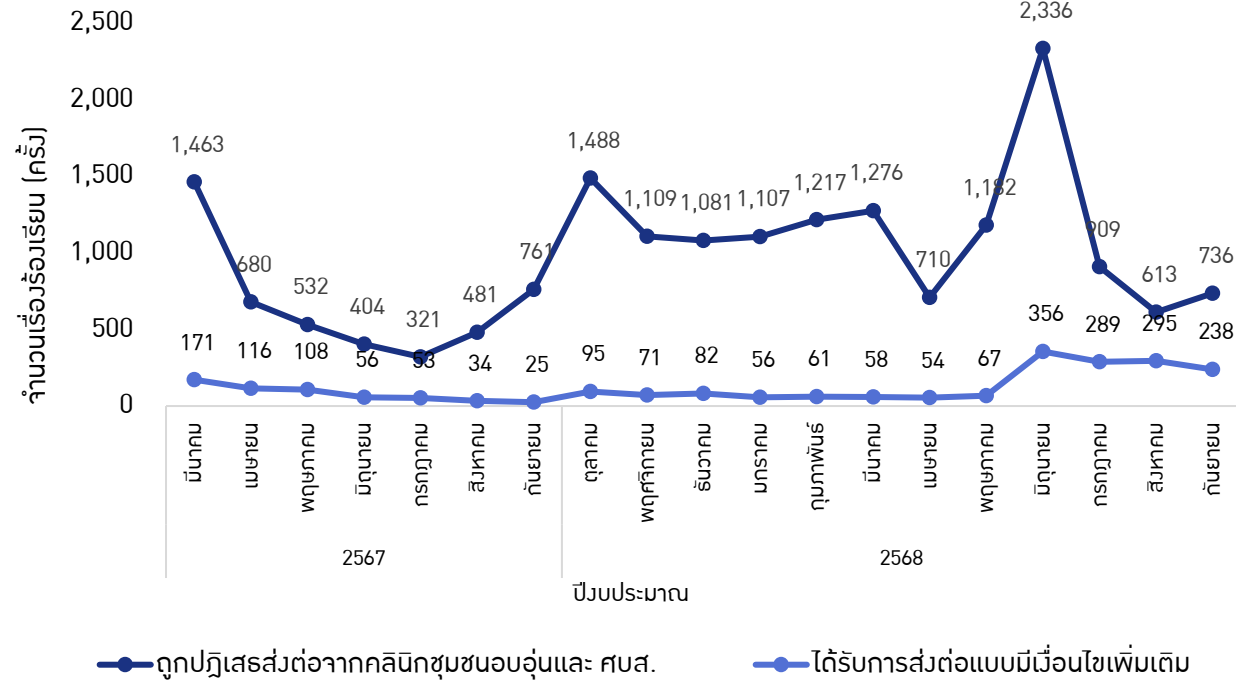
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: รายรับสุทธิเฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายรับที่หักค่าส่งต่อผู้ป่วยแล้ว

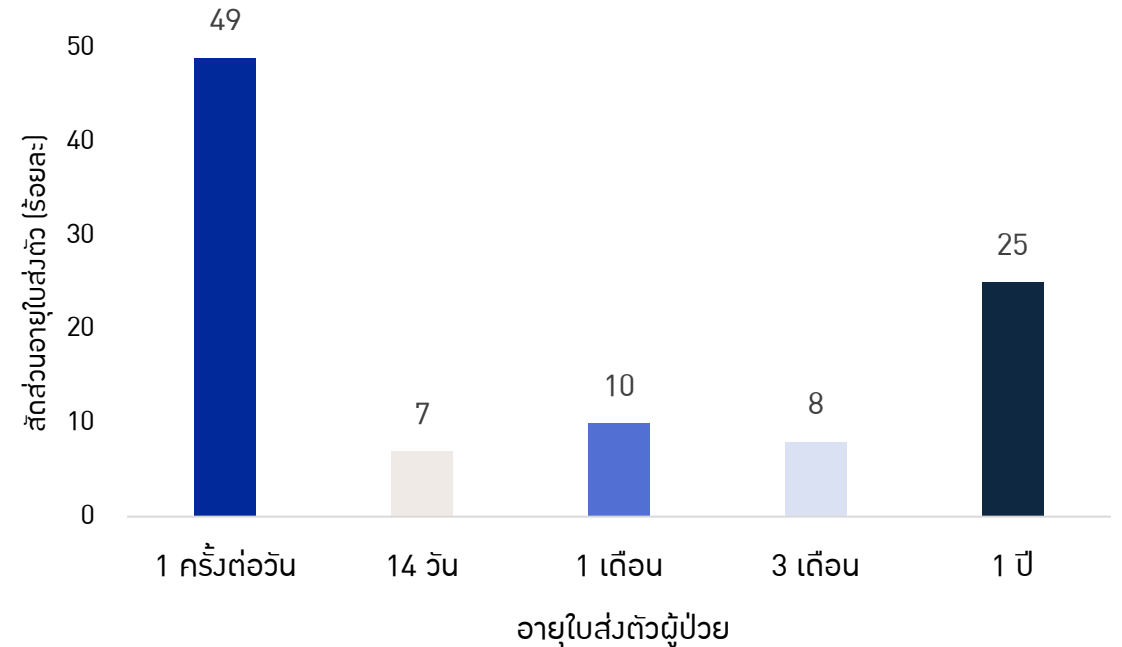
- ศูนย์บริการสาธารณสุขมีรายรับเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่าคลินิกอบอุ่นในทุกขนาดประชากรและทุกปีงบประมาณ
- รายรับเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามขนาดประชากรที่ดูแลโดยกลุ่มมากกว่า 10,000 คน มีรายรับสูงสุด เนื่องจาก ศบส.มีรายรับจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าคลินิก (ทั้งจวบ PPFS และ PP-capitation)
- เมื่อ สปสช.กำหนดให้ร่วมจ่ายค่าส่งต่อส่งผลให้หน่วยปฐมภูมิมีรายรับลดลง โดยคลินิกอบอุ่นขนาดใหญ่ (>10,000 คน) ลดลงมากที่สุดร้อยละ 39

หน่วยบริการปฐมภูมิพยายามปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยและจำกัดอายุใบส่งตัว

เรื่องร้องเรียนปัญหาส่งตัวจากคลินิกอบอุ่นและ ศบส.



สัดส่วนอายุใบส่งตัวของกลุ่มผู้ป่วยโรงเรีรรมจากคลินิกอบอุ่นและ ศบส. ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลระบบสายด่วน 1330 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)
 หมายเหตุ: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์เรื่องร้องเรียนเฉพาะมาตรา 59 (1) ประเด็นการถูกปฏิเสธส่งต่อ (กรณีไม่ได้รับการบริการตามสิทธิที่กำหนด) และ (2) ประเด็นส่งต่อแบบมีเงื่อนไข (กรณีไม่ได้รับความสะดวกตามสมควร) เท่านั้น

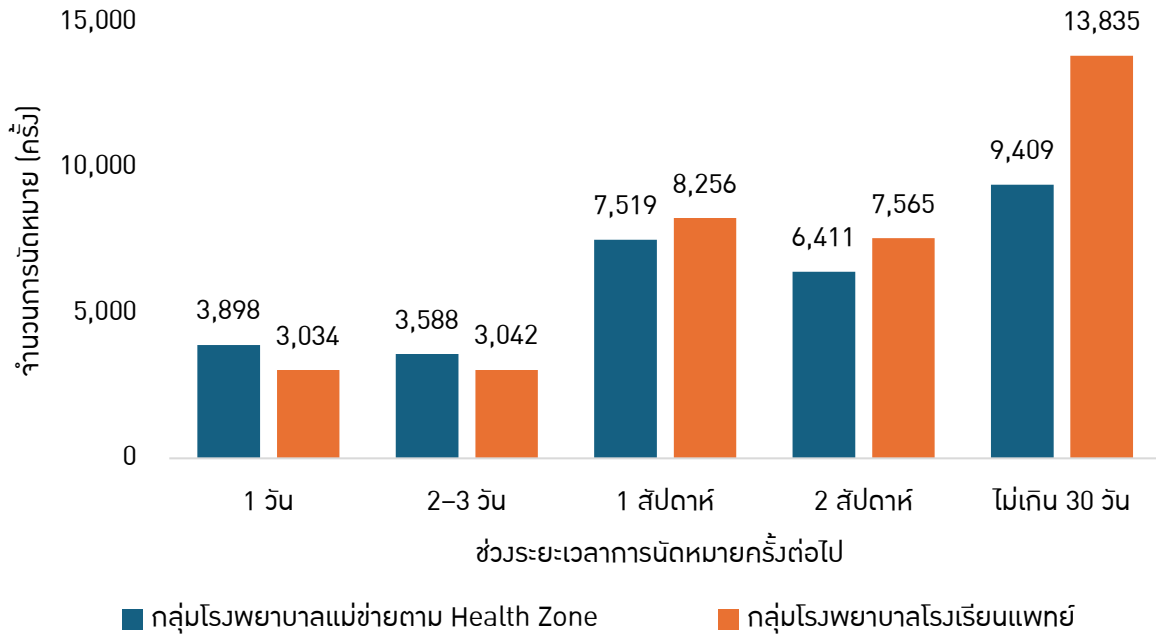
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลแบบสอบถามโครงการวิจัยฯ ช่างต้น (จำนวน 400 ตัวอย่าง)
 หมายเหตุ: โดยทั่วไป สปสช. กำหนดอายุใบส่งตัวไว้อย่างน้อย 90 วัน
 กรณีใบส่งตัวผู้ป่วย 1 ครั้งต่อวันส่วนใหญ่เป็นเคสส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์

- ภายหลังปรับรูปแบบการชดเชย ผู้ป่วยร้องเรียนสายด่วน 1330 ปัญหาใบส่งตัวด้วยปัญหาหน่วยบริการไม่ออกใบส่งตัว จำกัดโคตัดการขอใบส่งตัว และออกใบส่งตัวช้า
- สปสช. แก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลก่อนจึงมาเรียกเก็บค่าชดเชย

- คลินิกอบอุ่นและ ศบส. ใหญ่ออกใบส่งตัวผู้ป่วยแบบ 1 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 49) เพื่อป้องกันปัญหาถูกเรียกเก็บค่าส่งตัวเกินความจำเป็น
- ผู้ป่วยต้องมาขอใบส่งตัวจากหน่วยปฐมภูมิก่อนไปโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง

โรงพยาบาลนัดผู้ป่วยบ่อยขึ้นภายหลังบริการชดเชยค่าส่งตัว

จำนวนการนัดหมายผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อจากคลินิกอบอุ่นและ ศบส. ตั้งแต่ช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567-กันยายน พ.ศ. 2567



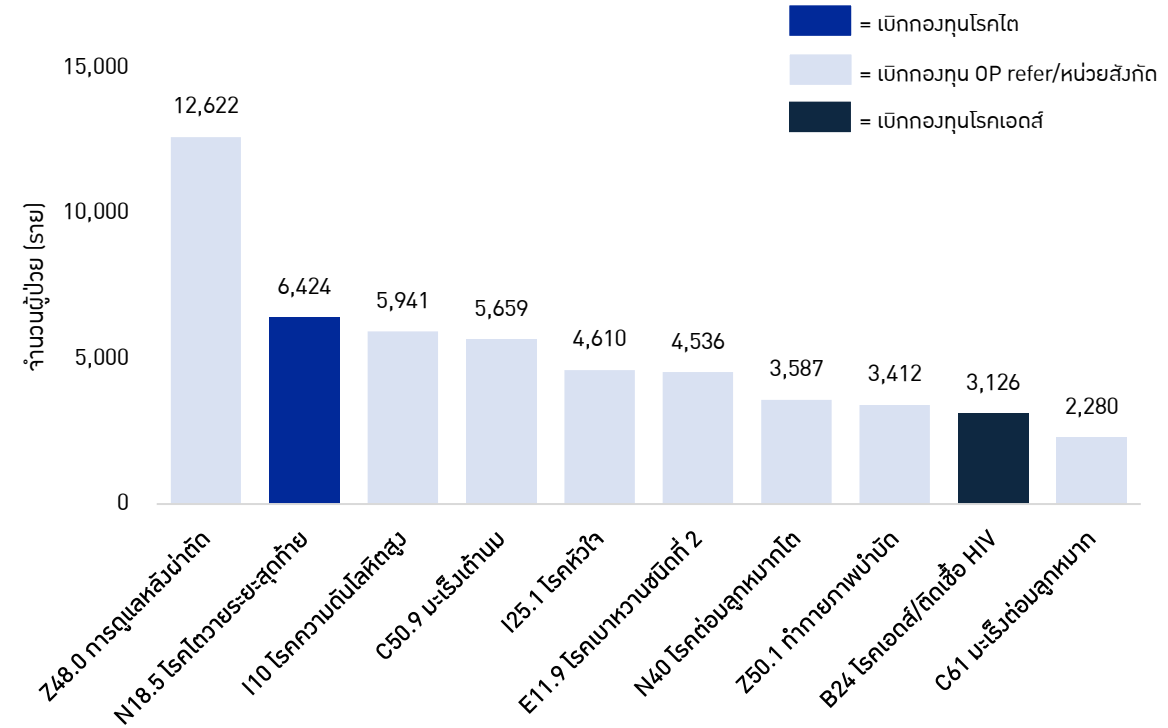
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

หมายเหตุ: กลุ่มโรงพยาบาลแม่ข่าย 8 โซน ประกอบด้วย 1.โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 2.โรงพยาบาลตากสิน 3.โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 4.โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 5.โรงพยาบาลกลาง 6.โรงพยาบาลสิรินธร 7.โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

กลุ่มโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ประกอบด้วย 1.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2.โรงพยาบาลรามธิบดี 3.โรงพยาบาลศิริราช 4.โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ป่วย (New model 5) ได้รับการส่งต่อจากหน่วยปฐมภูมิ (คลินิกอบอุ่น/ศบส.) ไปยังโรงพยาบาลมีความถี่มากขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ (เช่น การตรวจ Lab)

10 ลำดับโรค/อาการที่ถูกนัดซ้ำไม่เกิน 30 วันของผู้ป่วยนอก New model 5 ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล



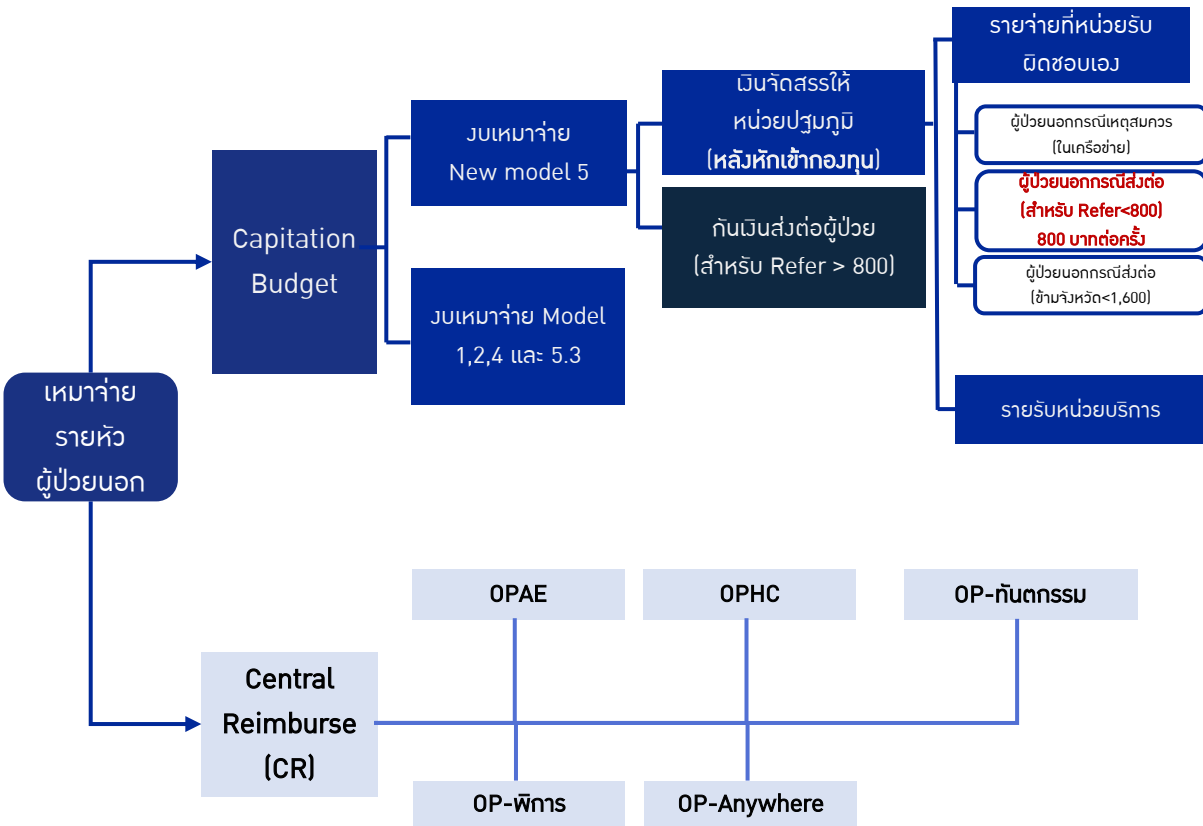
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

หมายเหตุ: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลช่วงตั้งแต่ช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ.2567 - กันยายน พ.ศ.2567 เท่านั้น

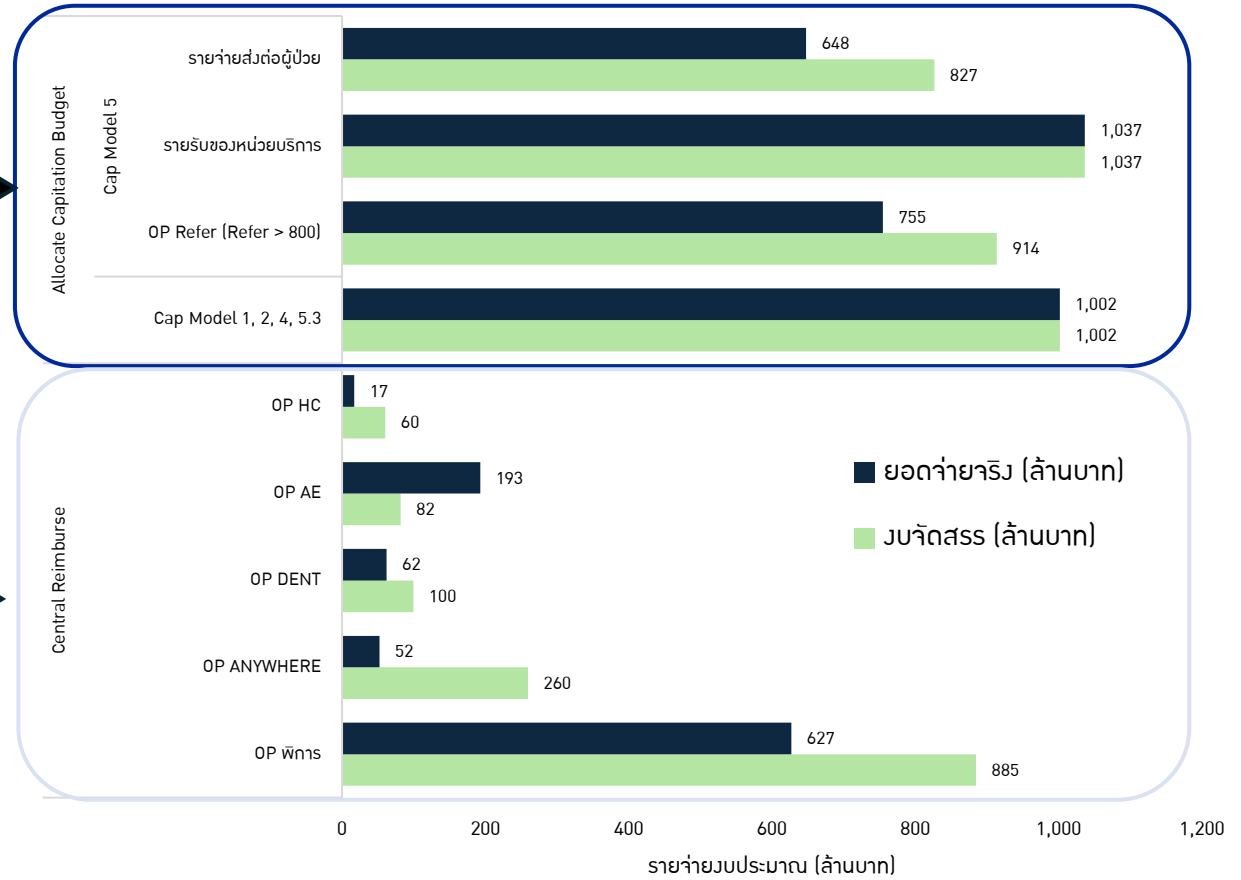
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการที่ถูกนัดซ้ำภายใน 30 วันมากที่สุด เช่น การดูแลหลังผ่าตัด ฟอกไต และโรคกลุ่ม NCD
- กลุ่มโรคบางรายการคลินิกไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษารักษากรณีส่งต่อ

รูปแบบการชดเชยปัจจุบันยังจัดการความเสี่ยงการส่งต่อไม่เหมาะสม

โครงสร้างรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว กรุงเทพฯ



รายจ่ายงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว กรุงเทพฯ ปีงบประมาณ 2568 แบ่งตามประเภทกองทุน



ที่มา: รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 9/ 2568

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

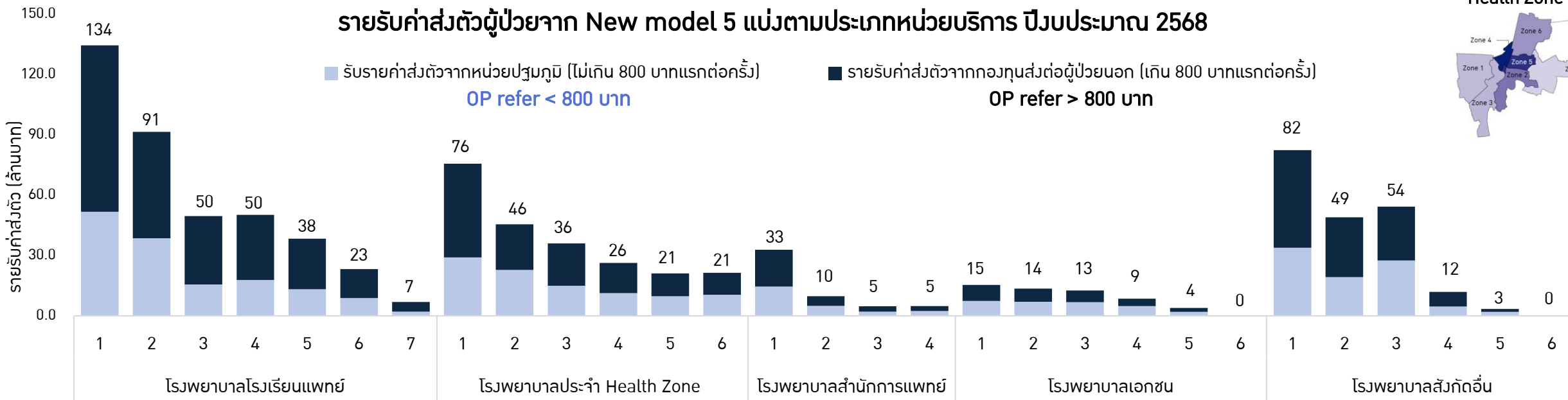
- สัดส่วนงบ CR กรุงเทพฯ มีเพียงร้อยละ 25.88 ขณะที่งบเหมาจ่ายรายหัวคิดเป็นร้อยละ 74.12
- ค่าส่งต่อผู้ป่วยนอก New model 5 (ทั้งน้อยกว่าและมากกว่า 800 บาท) มากกว่างบเหมาจ่ายรายหัวหลังหักเข้ากองทุนถึง 1.4 เท่า (366 ล้านบาท)

โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีรายรับค่าส่งตัวจากหน่วยปฐมภูมิมากที่สุด

Health Zone (1-8)



รายรับค่าส่งตัวผู้ป่วยจาก New model 5 แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



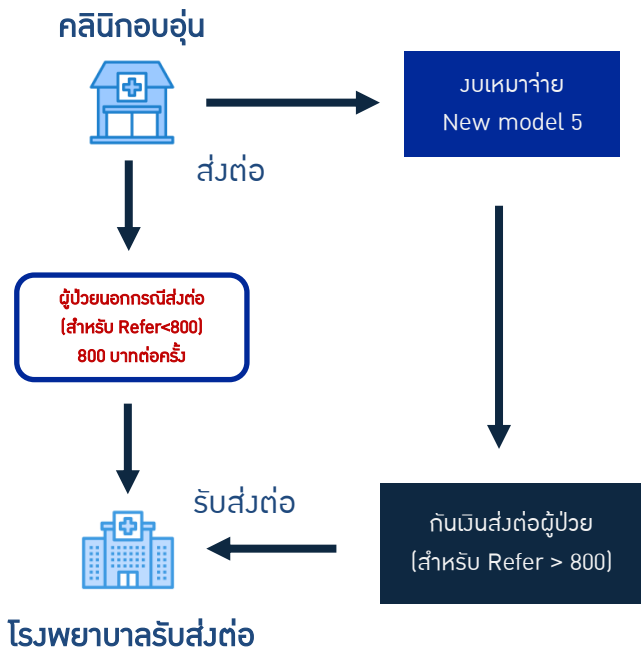
โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	โรงพยาบาลประจำ Health zone	โรงพยาบาลสำนักงานแพทย์	โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลสังกัดอื่น
<p>รายรับรวม</p> <p>387.0 ล้านบาท</p>	<p>รายรับรวม</p> <p>150.2 ล้านบาท</p>	<p>รายรับรวม</p> <p>52.1 ล้านบาท</p>	<p>รายรับรวม</p> <p>54.2 ล้านบาท</p>	<p>รายรับรวม</p> <p>201.1 ล้านบาท</p>
<p>จำนวนคลินิกอบอุ่น/ศบส.</p> <p>อบอุ่น 74 แห่ง ศบส. 24 แห่ง</p>	<p>จำนวนคลินิกอบอุ่น/ศบส.</p> <p>อบอุ่น 55 แห่ง ศบส. 19 แห่ง</p>	<p>จำนวนคลินิกอบอุ่น/ศบส.</p> <p>อบอุ่น 18 แห่ง ศบส. 13 แห่ง</p>	<p>จำนวนคลินิกอบอุ่น/ศบส.</p> <p>อบอุ่น 187 แห่ง ศบส. 2 แห่ง</p>	<p>จำนวนคลินิกอบอุ่น/ศบส.</p> <p>อบอุ่น 31 แห่ง ศบส. 12 แห่ง</p>
<p>จำนวนสิทธิ์ประชากร (model 5)</p> <p>574,730 ราย</p>	<p>จำนวนสิทธิ์ประชากร (model 5)</p> <p>663,673 ราย</p>	<p>จำนวนสิทธิ์ประชากร (model 5)</p> <p>266,740 ราย</p>	<p>จำนวนสิทธิ์ประชากร (model 5)</p> <p>496,095 ราย</p>	<p>จำนวนสิทธิ์ประชากร (model 5)</p> <p>512,274 ราย</p>

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568

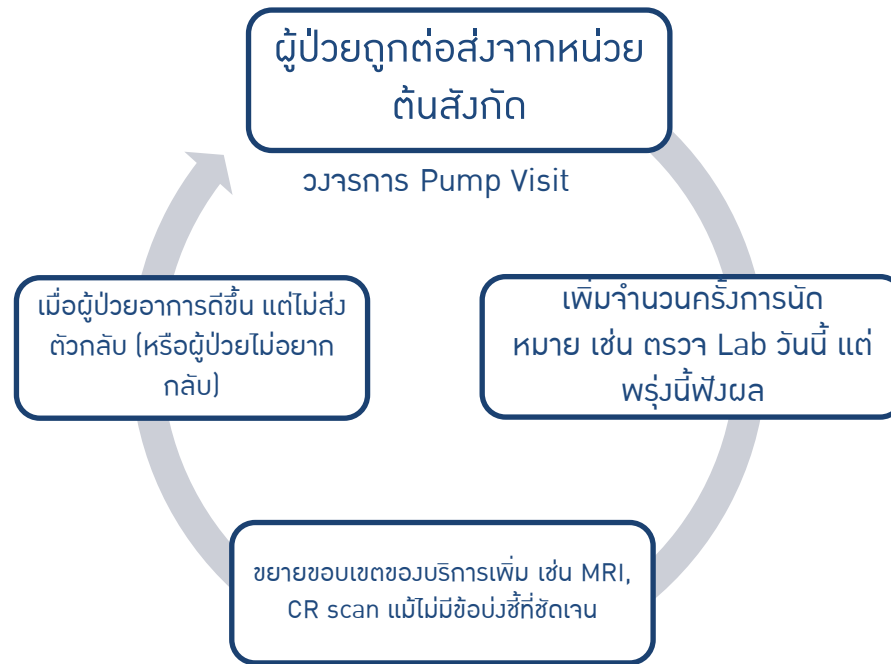
หมายเหตุ: โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ประกอบด้วย 1. สังกัดกระทรวงกลาโหม 2. สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ 3. สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และตัวเลขในแกนนอน (1-8) หมายถึง Health Zone

- โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีรายรับค่าส่งตัวผู้ป่วยมากที่สุดประมาณ 387 ล้านบาท แบ่งเป็นจากหน่วยปฐมภูมิ 147.8 ล้าน และกองทุนส่งต่อผู้ป่วย 246.2 ล้าน
- คลินิกอบอุ่นส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลรับส่งต่อเป็นโรงพยาบาลเอกชน (187 แห่ง) ขณะที่ ศบส.ส่วนใหญ่ส่งต่อโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์

รูปแบบการชดเชย New model 5



แรงจูงใจที่บิดเบือน (distorted incentives) ของหน่วยรับส่งต่อ



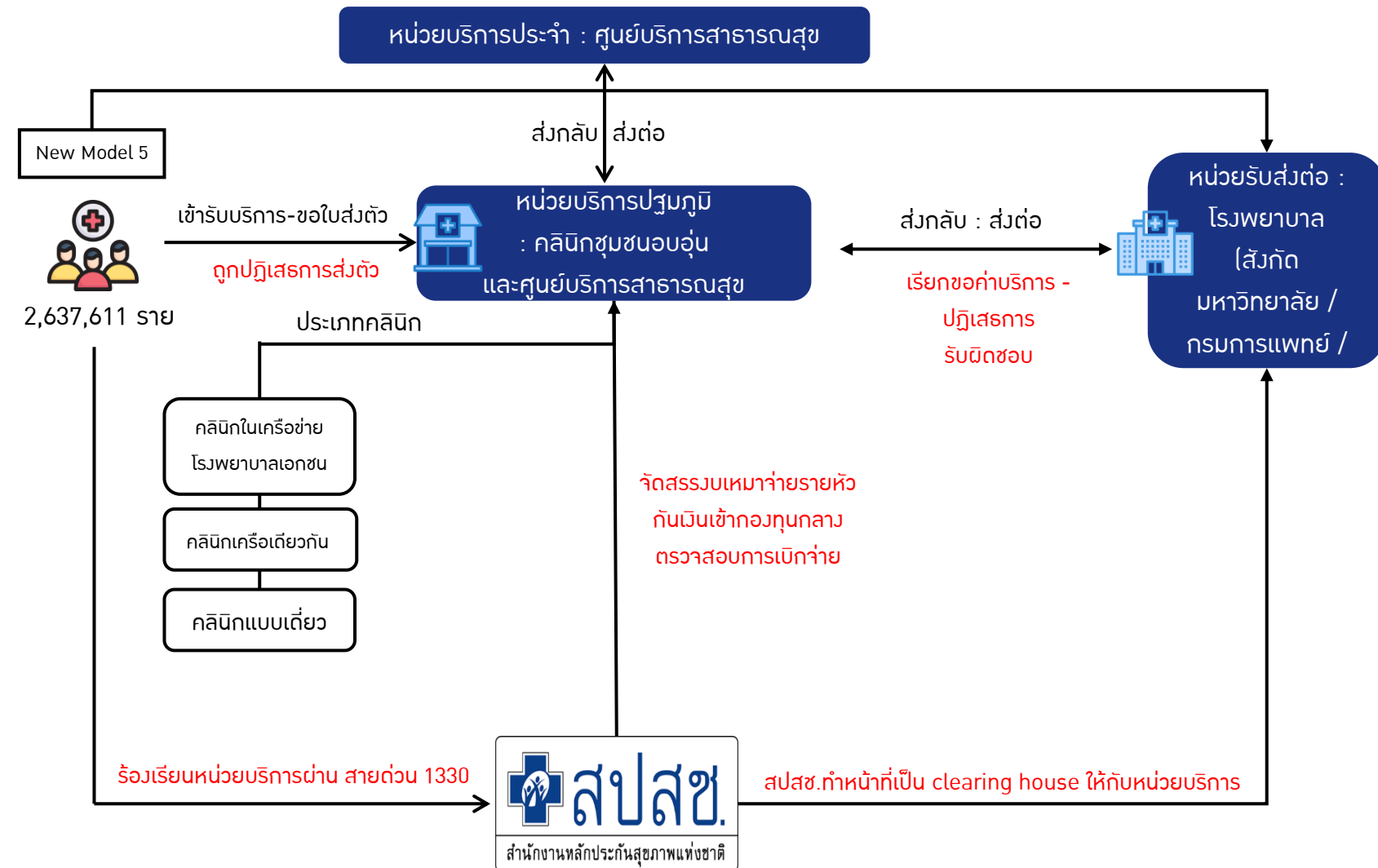
ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพ

1. ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้กองทุน OP Refer ไม่เพียงพอ
2. ทรัพยากรถูกใช้ไปกับบริการที่ low-value care
3. ภาระทางการเงินของหน่วยบริการต้นทางเพิ่มขึ้น
4. ระบบเครือข่ายหน่วยบริการล้มเหลว

- โรงพยาบาลเรียกเก็บค่าชดเชยตามบริการจริง และคลินิกอบอุ่นร่วมจ่าย 800 บาทแรกต่อครั้งต่อคน
- โรงพยาบาลเบิกค่าชดเชยจากกองทุน OP Refer (หักจ่ายงบเหมาจ่ายรายหัว หากไม่เพียงพอ สปสช.สามารถหักเข้ากองทุนเพิ่ม) แม้ว่ากลไกดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความโปร่งใสและสะท้อนภาระงานของหน่วยบริการรับส่งต่อได้อย่างตรงไปตรงมา แต่ในทางปฏิบัติกลับมีปัญหาชัดเจน

อุปสรรคการจัดบริการเครือข่าย New model 5

ต้องการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลแบบไม่ใช้ใบส่งตัว - โรงพยาบาลปฏิเสธการรักษา



สรุปปัญหาที่พบ

กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการ

- ข้อมูลผู้รับบริการไม่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ กับหน่วยบริการรับส่งต่อ ทำให้การดูแลรักษาไม่ต่อเนื่อง
- ผู้รับบริการถูกจำกัดสิทธิด้วยโควตาการส่งต่อของหน่วยบริการหรือถูกปฏิเสธการออกใบส่งตัว
- เมื่อคลินิกปิดหรือถูกเลิกสัญญา มาตรการกระจายผู้ป่วยของ สปสช. กระทบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากต้องไปเริ่มใหม่ที่ sw.อื่น

กลุ่มที่ 2 หน่วยบริการ

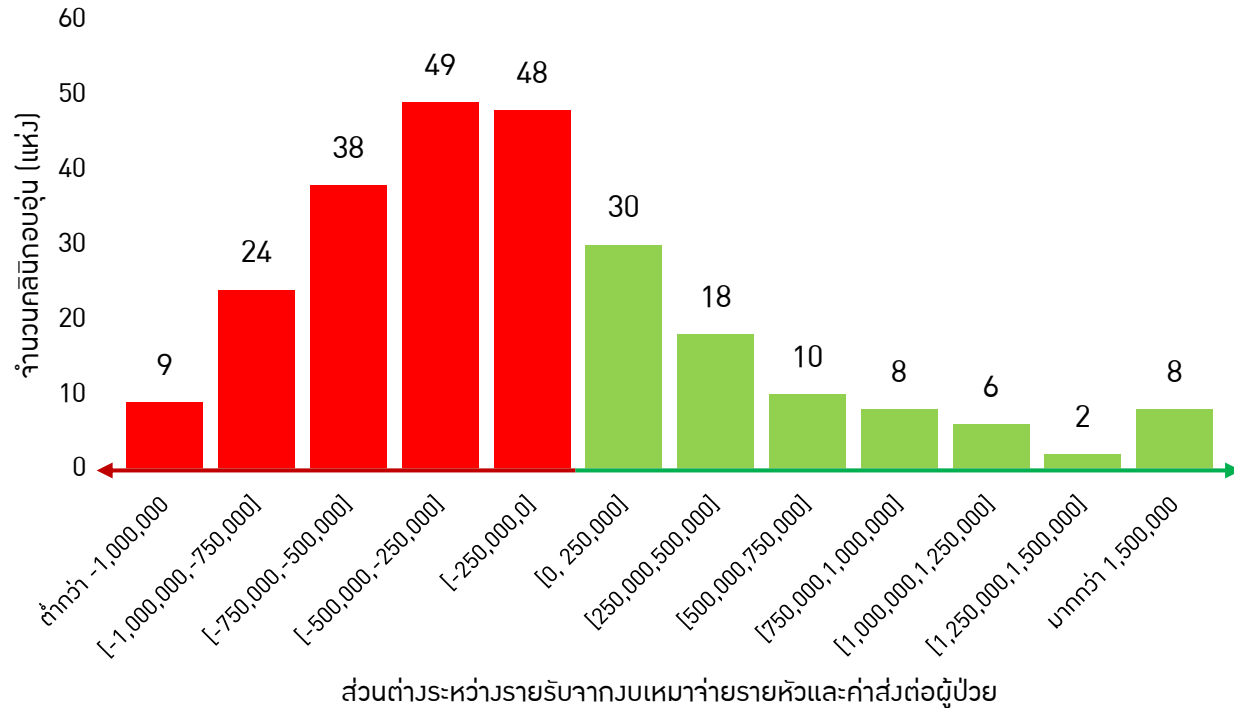
- ขาดเครือข่ายระบบบริการที่มีการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพ (ส่งต่อ-รับกลับ)
- คลินิกมีกฎระเบียบที่ต่างกันในเรื่องการออกใบส่งตัว จำนวนใบส่งตัวต่อวัน ไปจนถึงขั้นตอนการขอใบส่งตัว เช่น จำกัดโควตา
- โรงพยาบาลพยายามเบิกค่าชดเชยผู้ป่วยส่งต่อจากกองทุนผู้ป่วยนอกทั้งหมด บางรายการไม่เข้าเงื่อนไข เช่น การย้ายจากกองทุน OPAE มาเบิกกองทุน OP refer เป็นต้น



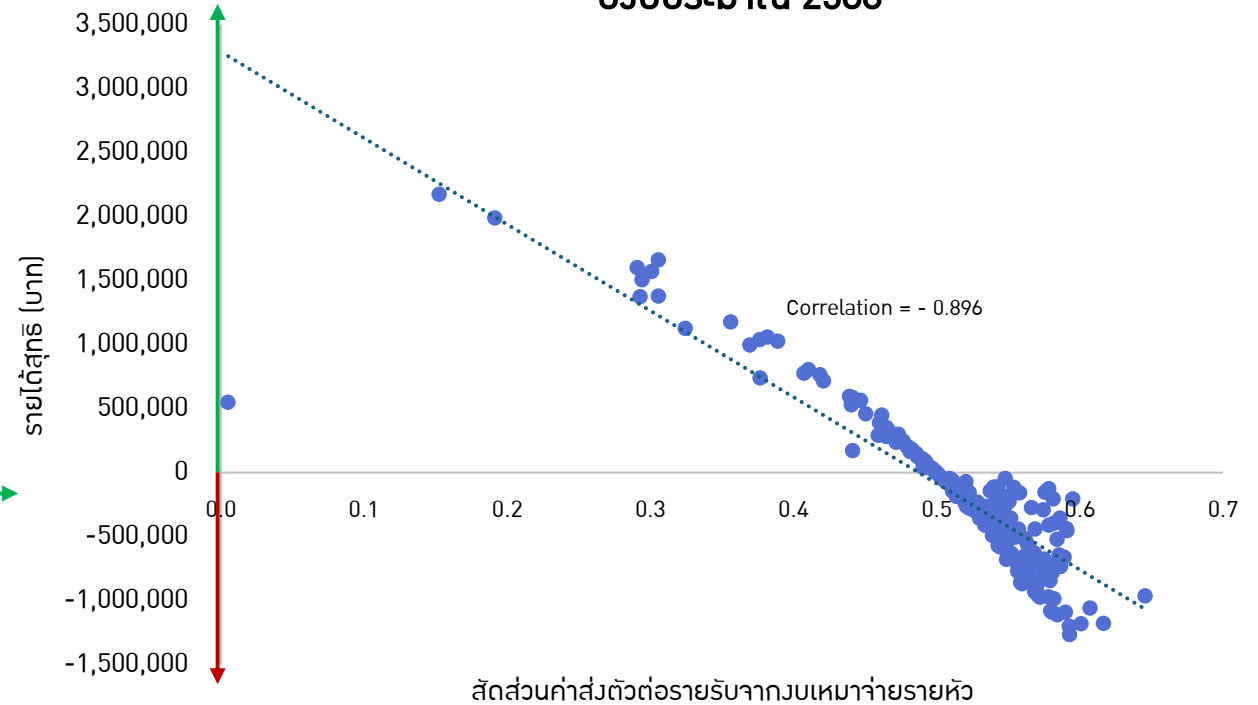
ผลกระทบจากการปรับ รูปแบบการจ่ายชดเชยเป็น New model 5



ส่วนต่างระหว่างรายรับจทบเหมาะจ่ายรายหัวและค่าส่งต่อผู้ป่วย
ของคลินิกอบอุ่น ปีงบประมาณ 2568



เปรียบเทียบสัดส่วนค่าส่งตัวผู้ป่วยและรายได้สุทธิของคลินิกอบอุ่น
ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริการการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: ค่าส่งตัวผู้ป่วยคิดเฉพาะค่าส่งต่อที่คลินิกอบอุ่นส่วนที่น้อยกว่า 800 บาทต่อครั้งเท่านั้น (จำนวนคลินิกทั้งหมด 250 แห่ง)
รายรับจทบเหมาะจ่ายรายหัวของคลินิกอบอุ่นคิดเฉพาะรายได้ต่อประชากรสิทธิ (Model 5) เท่านั้น ไม่ใช่รายรับทั้งหมด

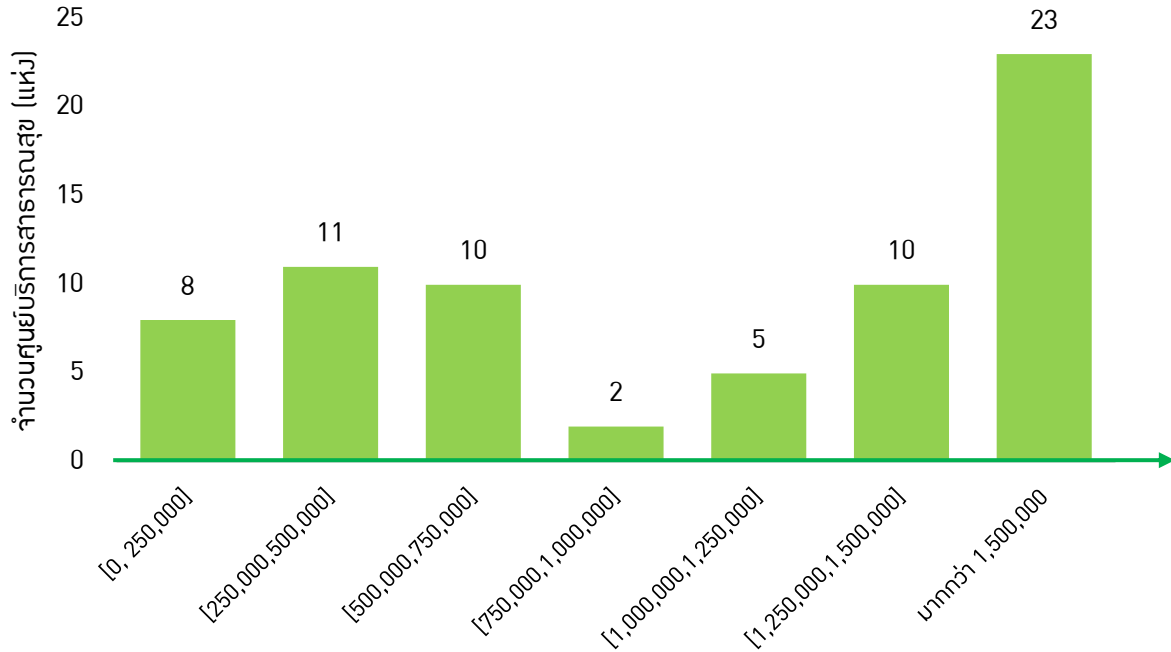
- คลินิกอบอุ่น 168 แห่งรับภาระค่าส่งต่อผู้ป่วยมากกว่ารายรับจทบเหมาะจ่ายรายหัวเฉลี่ย -461,952 บาทต่อปี
- คลินิกอบอุ่น 84 แห่งมีสัดส่วนค่าส่งต่อมากกว่าร้อยละ 55 ของจทบเหมาะจ่ายรายหัว

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริการการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: ค่าส่งตัวผู้ป่วยคิดเฉพาะค่าส่งต่อที่คลินิกอบอุ่นส่วนที่น้อยกว่า 800 บาทต่อครั้งเท่านั้น (จำนวนคลินิกทั้งหมด 250 แห่ง)
รายได้สุทธิ = รายได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกองทุน (รวม PP) - ค่าส่งตัวผู้ป่วยนอก (ส่วนที่ตามจ่ายเอง)

- คลินิกอบอุ่นมีรายได้เฉลี่ย 4,909,245 บาทต่อปี เมื่อหักค่าส่งตัวเหลือ 2,555,641 บาทต่อปี
- คลินิกอบอุ่นที่มีสัดส่วนค่าส่งตัวเกินร้อยละ 50 มีรายได้สุทธิติดลบทั้งหมดสะท้อนว่ายิ่งคลินิกส่งต่อผู้ป่วยมารายรับจทบเหมาะจ่ายยิ่งไม่เพียงพอชดเชยภาระค่าส่งต่อที่เกิดขึ้น

ศบส.มีงบรายหัวพอค่าส่งต่อและมีรายรับ PP มากกว่าคลินิกอบอุ่น

ส่วนต่างระหว่างรายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวและค่าส่งต่อของ ศูนย์บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568

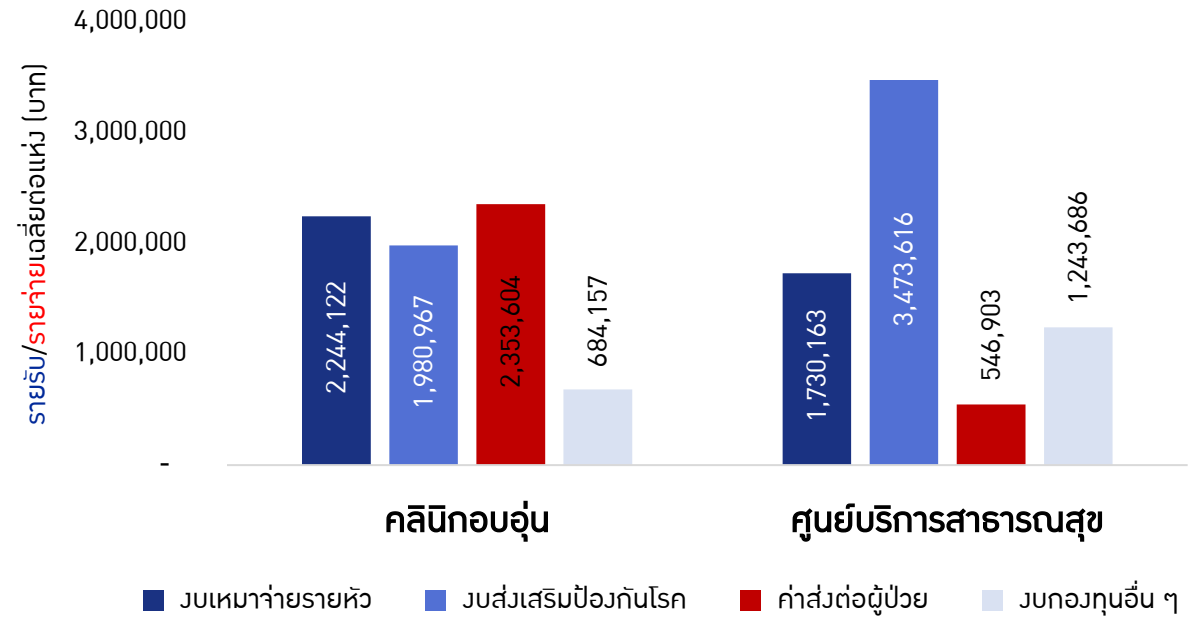


ส่วนต่างระหว่างรายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวและค่าส่งต่อผู้ป่วย

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: ค่าส่งต่อผู้ป่วยคิดเฉพาะค่าส่งต่อที่คลินิกอบอุ่นส่วนที่น้อยกว่า 800 บาทต่อครั้งเท่านั้น (จำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมด 69 แห่ง) รายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวของ ศบส.เฉพาะรายได้ต่อประชากรสิทธิ (Model 4,5) เท่านั้น ไม่ใช้รายรับทั้งหมด

- ศบส.มีรายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวมากกว่าค่าส่งต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 1,164,725 บาทต่อปี
- ศบส.ที่มีส่วนต่างมากกว่า 1,500,000 บาทต่อปี จำนวน 23 แห่ง

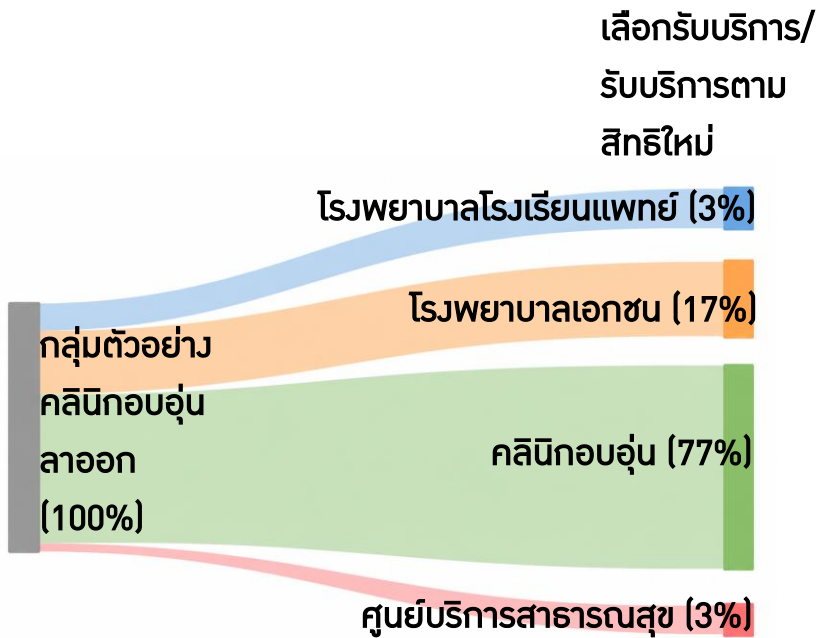
รายรับ/รายจ่ายค่าส่งต่อของคลินิกอบอุ่นและ ศูนย์บริการสาธารณสุขแบ่งตามประเภทบริการ ปีงบประมาณ 2568



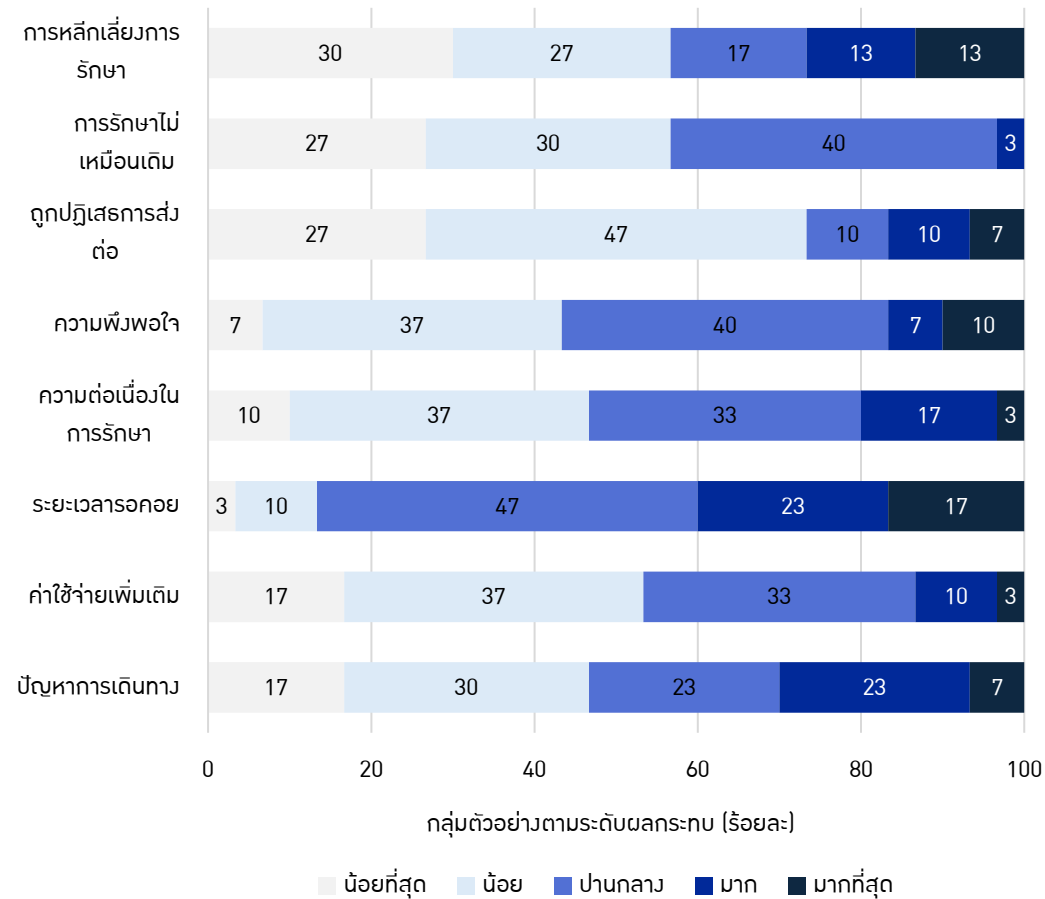
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: งบเหมาจ่ายรายหัวของศูนย์ฯ เฉพาะรายได้ต่อประชากรสิทธิ (Model 4,5) เท่านั้น
งบส่งเสริมป้องกันโรค = สำหรับจ่ายตามจำนวนประชากรและผลงาน กทม. + งบ PP จ่ายตามรายบริการ (Fee schedule)

- คลินิกอบอุ่นมีรายจ่ายค่าส่งต่อผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อแห่งมากกว่าศูนย์บริการสาธารณสุข ประมาณ 4.30 เท่า
- ศบส.มีรายรับจากกองทุน P&P ประมาณ 1.75 เท่าเมื่อเทียบกับคลินิกอบอุ่น

หน่วยบริการตามสิทธิใหม่หลังคลินิกอบอุ่นลาออก



ผลกระทบต่อผู้รับบริการจากคลินิกอบอุ่นลาออก



การปรับตัวหลังจากคลินิกอบอุ่นลาออก



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลแบบสอบถามโครงการวิจัยฯ (จำนวน 400 ตัวอย่าง)

- ผู้รับบริการที่ได้รับผลกระทบจากคลินิกอบอุ่นลาออกร้อยละ 77 ยังต้องรับบริการตามสิทธิที่คลินิกอบอุ่นแห่งใหม่
- ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากระยะเวลารอคอยเป็นหลัก รองลงมาคือปัญหาการเดินทางและความพึงพอใจ

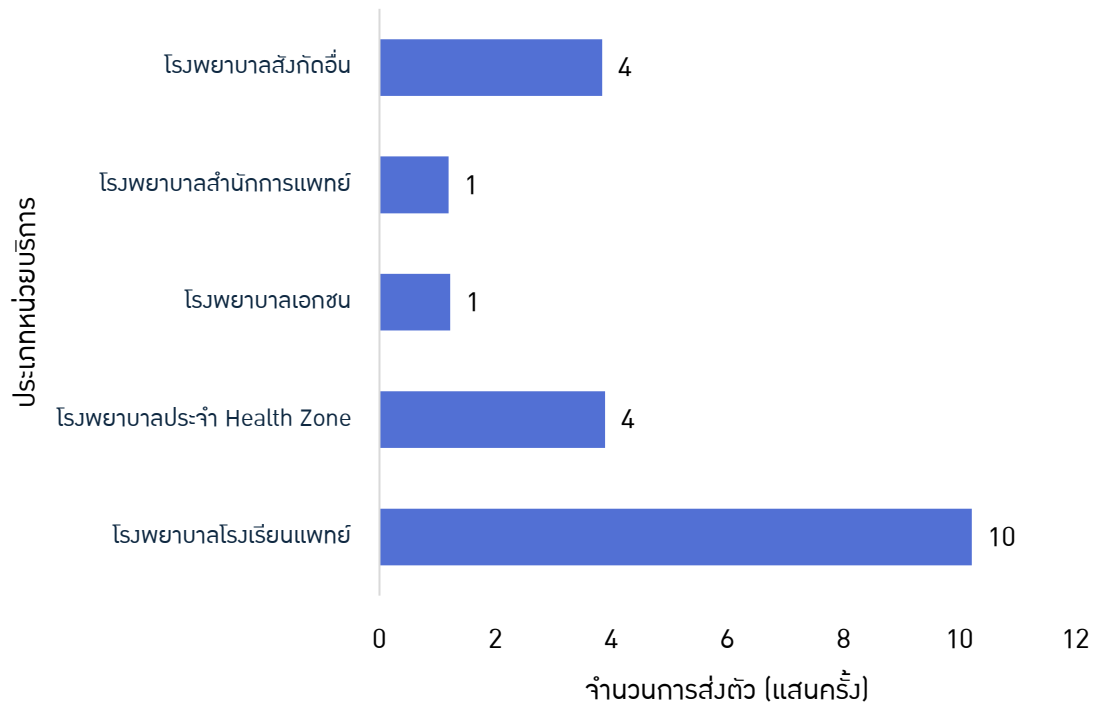


**การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอก
ยังไม่ตอบโจทย์ความซับซ้อนของ
ระบบบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร**



ภาระโรคที่หน่วยปฐมภูมิส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อ

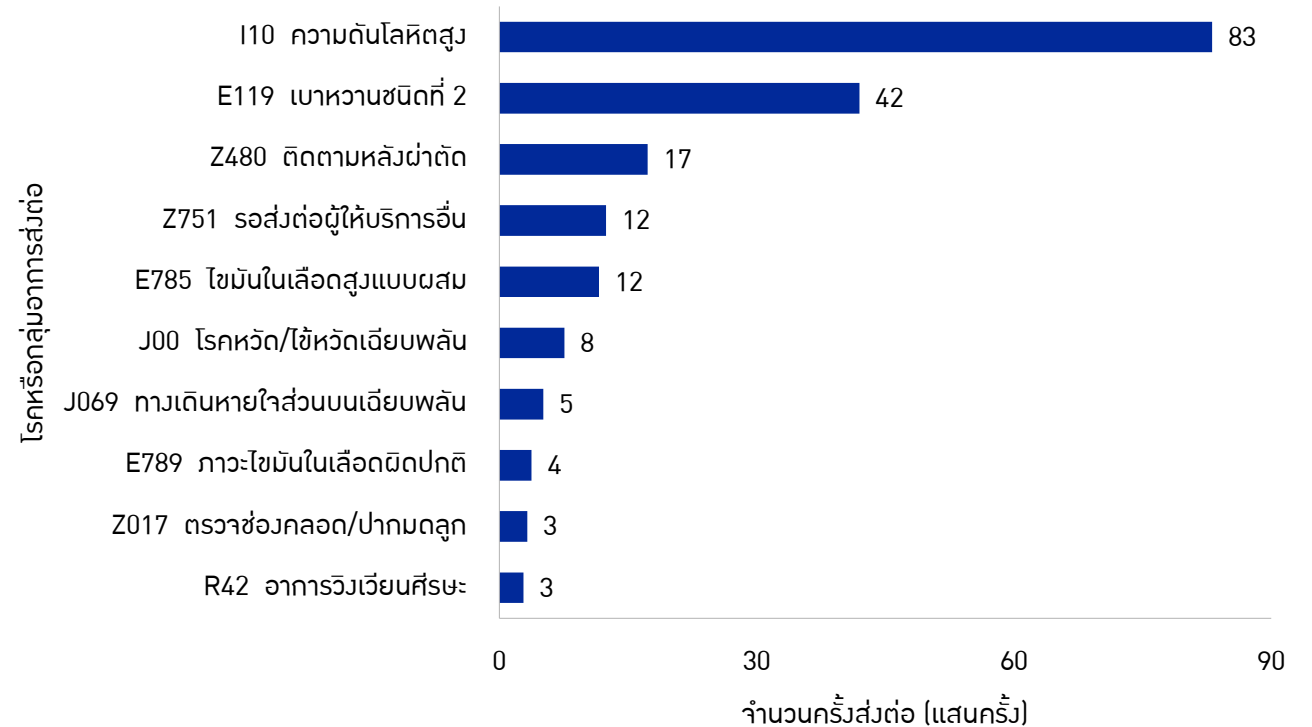
จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยปฐมภูมิ New model 5
แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ประกอบด้วย 1. สังกัดกระทรวงกลาโหม 2. สังกัดกรมการแพทย์ เป็นต้น

- โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์รับส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุดที่ 10.21 แสนครั้ง คิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของการส่งต่อทั้งหมด
- โรงพยาบาลประจำ Health Zone และโรงพยาบาลสังกัดอื่นรับใกล้เคียงกัน 3.89 และ 3.84 แสนครั้ง

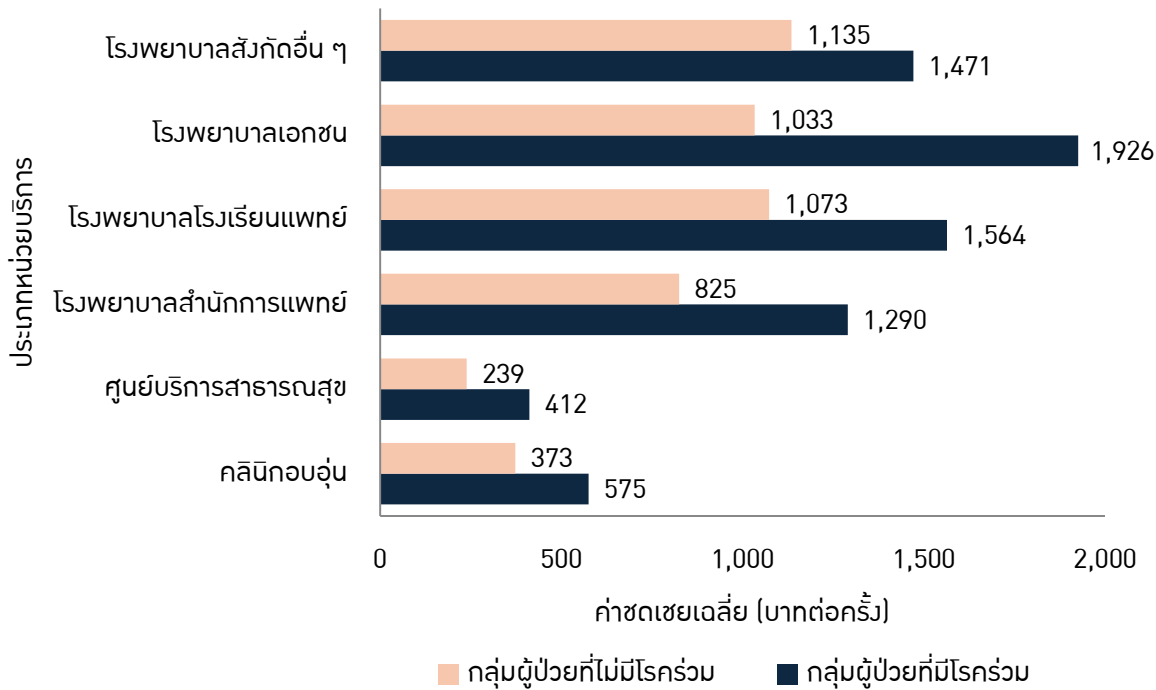
10 ลำดับโรคที่หน่วยปฐมภูมิ New model 5 ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมากที่สุด
ปีงบประมาณ 2568



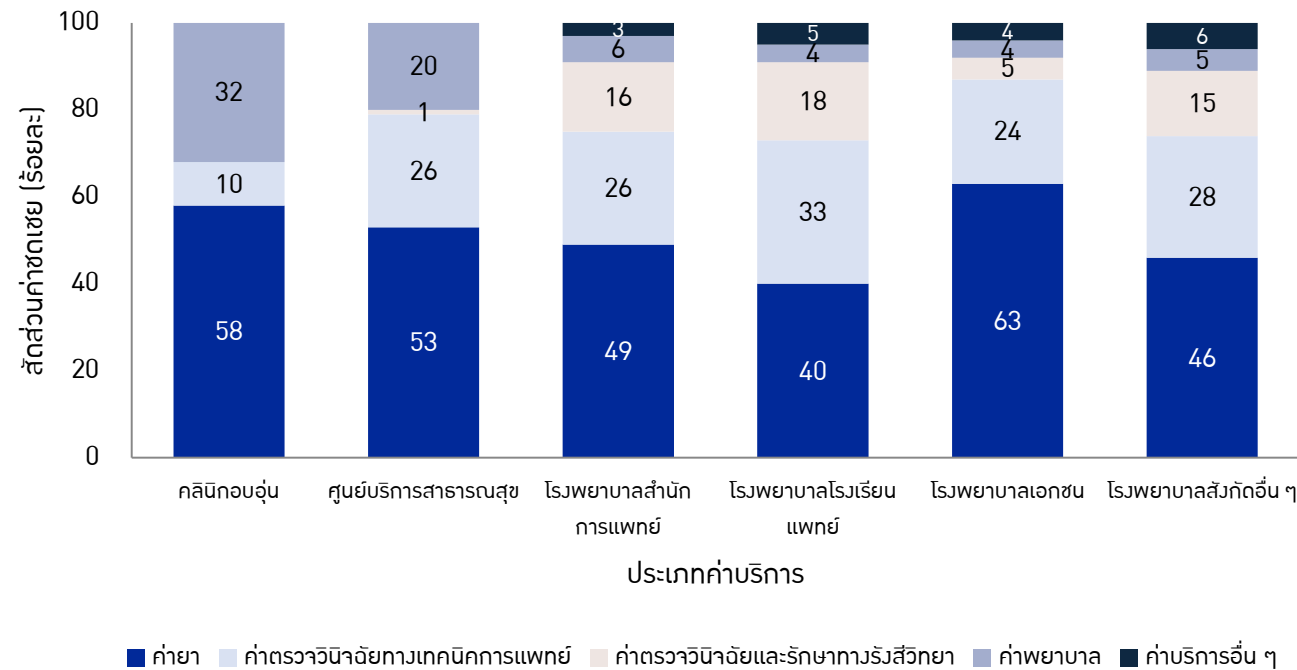
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- โรคความดันโลหิตสูง (I10) ถูกส่งต่อมากที่สุดที่ 83.12 แสนครั้ง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมัน) รวมกันคิดเป็นร้อยละ 74 ของการส่งต่อ 10 อันดับแรก
- กลุ่มรหัส Z (ติดตามหลังผ่าตัด รอส่งต่อ และตรวจช่องคลอด/ปากมดลูก) รวมประมาณ 33 แสนครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17 ของการส่งต่อ 10 อันดับแรก

ค่าชดเชยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเฉลี่ยต่อครั้ง แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



สัดส่วนประเภทค่าชดเชยสำหรับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กรณีไม่มีโรคร่วม แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข (e-claim) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 หมายเหตุ: กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม = ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคหลักเพียงโรคเดียว
 กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม = ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเกิดร่วมกันในคนเดียว

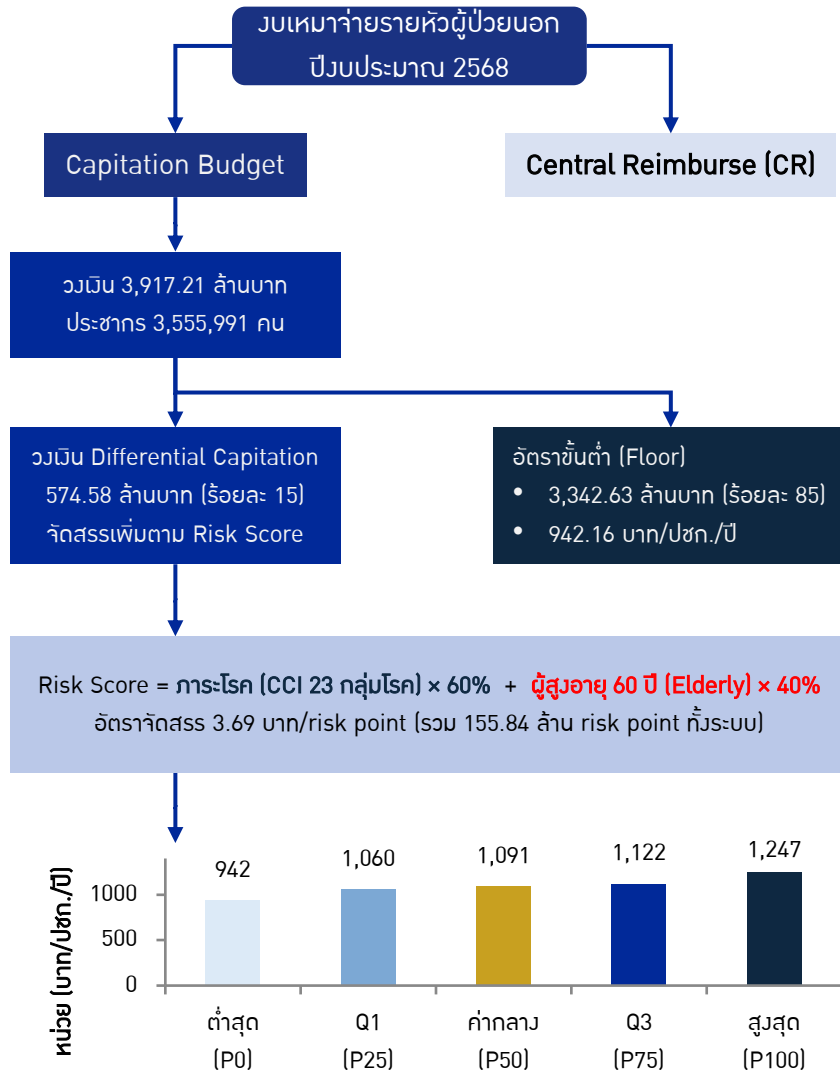
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข (e-claim) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 หมายเหตุ: ค่าบริการอื่น ๆ เช่น เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ค่าอุปกรณ์ขอใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์
 ค่าบริการกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู เป็นต้น

- ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อครั้งของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สูงกว่าคลินิกอบอุ่นร้อยละ 65 (สำหรับกรณีที่ไม่มีโรคร่วม)
- ศบส.มีค่าชดเชยต่ำที่สุด 239 บาทต่อครั้ง (สำหรับกรณีที่ไม่มีโรคร่วม)

- ค่ายามีสัดส่วนสูงสุดในหน่วยบริการทุกกลุ่ม โรงพยาบาลเอกชนสูงสุด (ร้อยละ 63)
- โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีค่า Lab สูงกว่าหน่วยบริการทุกกลุ่ม
- กลุ่มโรงพยาบาลเพิ่มบริการตรวจรักษาทางรังสีวิทยาเพิ่มเติม

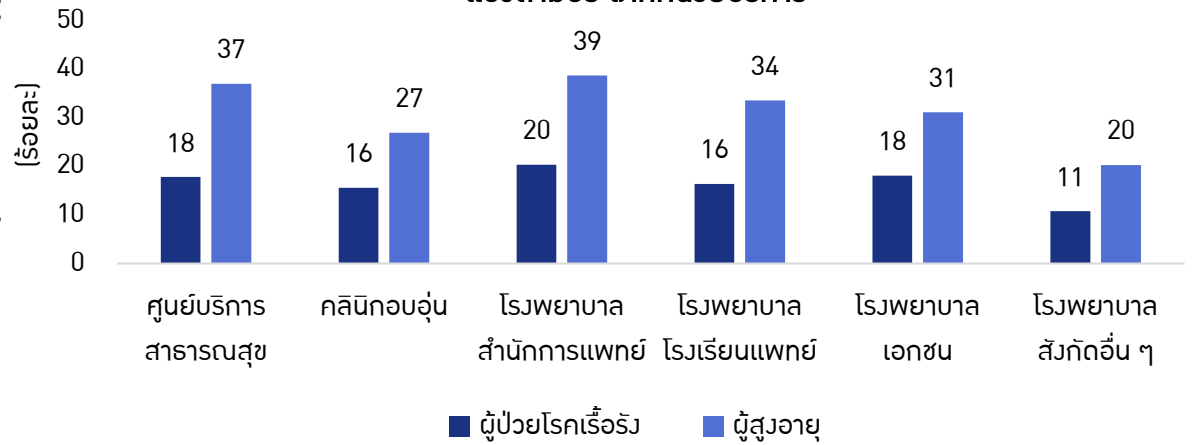
การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอกตามความเสี่ยง ปีงบประมาณ 68

โครงสร้างรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอกในกรุงเทพฯ



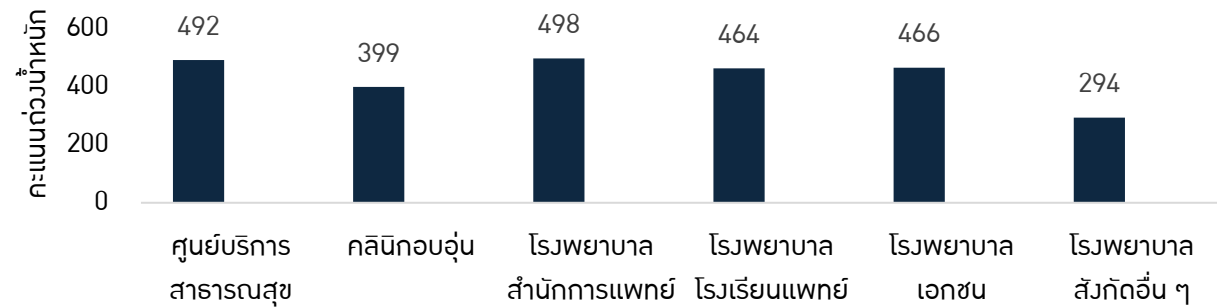
สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ

สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุต่อประชากรสิทธิ แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับบริการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าดัชนีภาวะโรค Charlson Comorbidity Index (CCI) ต่อประชากร 1,000 ราย



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับบริการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: ค่า CCI/1K (ตัวน้ำหนัก) = $\frac{\sum(CCI/1K \text{ ของหน่วย} \times \text{ประชากรสิทธิ})}{\sum(\text{ประชากรสิทธิ } 3,564,549 \text{ คน})}$

- โรงพยาบาลสำนักงานแพทย์และ ศบส.มีดัชนีสูงและใกล้เคียงกัน
- คลินิกอบอุ่นมีภาวะโรคต่ำกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่น

ดัชนีภาวะโรค (CCI) ล้ำสมัยและไม่ครอบคลุมโรคในกรุงเทพฯ

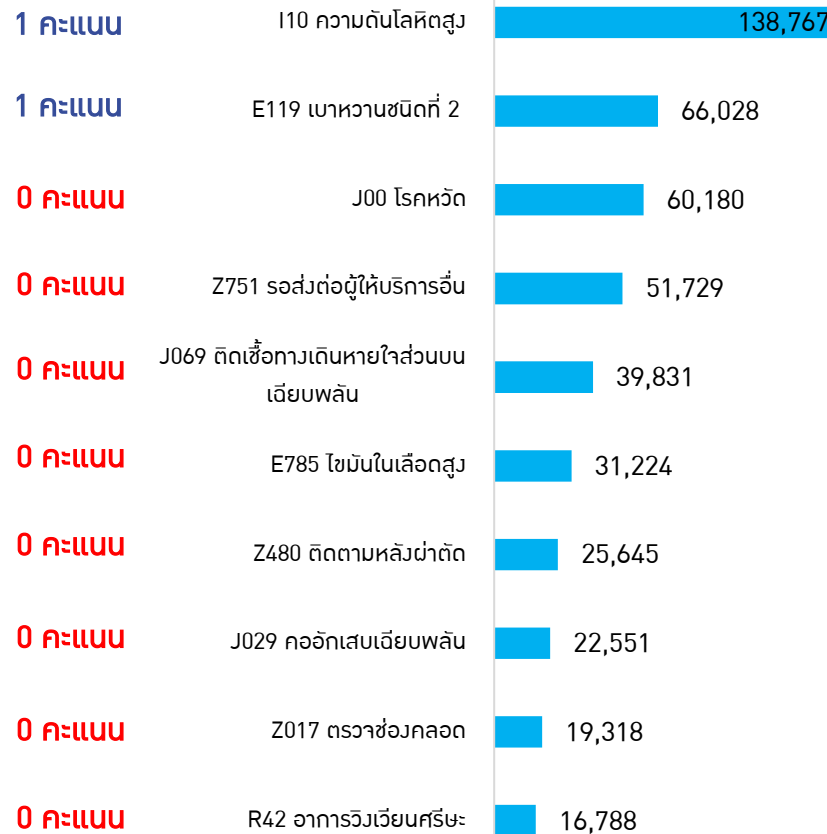
การคำนวณดัชนีภาวะโรคหรือ CCI (Charlson Comorbidity Index)

ครอบคลุมทั้งหมด 23 โรคร่วม

- **1 คะแนน** (13 รายการ): เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน (ชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน), ภาวะซึมเศร้า, โรคหัวใจล้มเหลว, และโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น
- **2 คะแนน** (7 รายการ): เช่น โรคไตชนิดรุนแรงปานกลาง, โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน, โรคอัมพาต, มะเร็งที่ยังไม่แพร่กระจาย และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
- **3 คะแนน** (2 รายการ): โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลาง และโรคตับแข็งชนิดรุนแรงมาก
- **6 คะแนน** (2 รายการ): โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย และโรคเอดส์ (AIDS)

ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมจากวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ พ.ศ. 2568

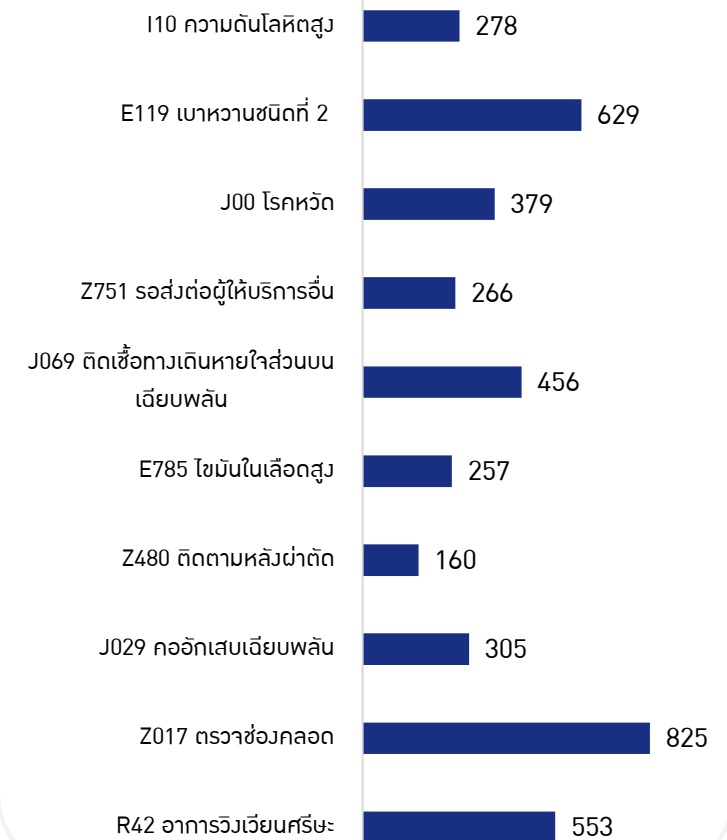
ตัวอย่างคะแนนภาวะโรคจาก 10 อันดับโรคในคลินิกอบอุ่น



จำนวนผู้ป่วย (คน)

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริการการเบิกจ่าย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568

ค่าชดเชยในการรักษาโรคต่อครั้ง

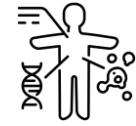


ค่าชดเชยต่อครั้ง (บาท)

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริการการเบิกจ่าย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2568
หมายเหตุ: สัดส่วนที่แสดงคือ ยอดรวมค่าบริการ / จำนวนครั้งที่ใช้บริการ

จำลองประโยชน์เบื้องต้นของการใช้ดัชนี BKK แทนดัชนี CCI

- เกณฑ์เดิมดัชนี CCI ครอบคลุมจำกัด น้ำหนักคงที่
- เกณฑ์ใหม่ดัชนี BKK ครอบคลุมกว้าง สะท้อนความเสี่ยงและภาระงานจริง



23 กลุ่มโรค



63 กลุ่มโรค



Fixed Weight



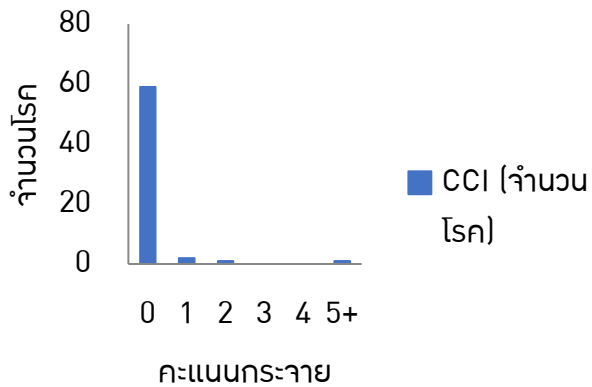
▶ สะท้อนความเสี่ยง/ค่าใช้จ่ายจริง



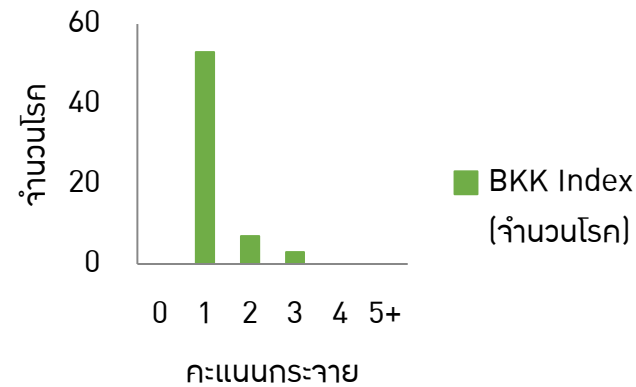
ลดปัญหา under-weighted และ under-diagnosed

การกระจายความเสี่ยงของโรคที่พบบ่อยในกรุงเทพฯ

กระจายคะแนนของดัชนี CCI

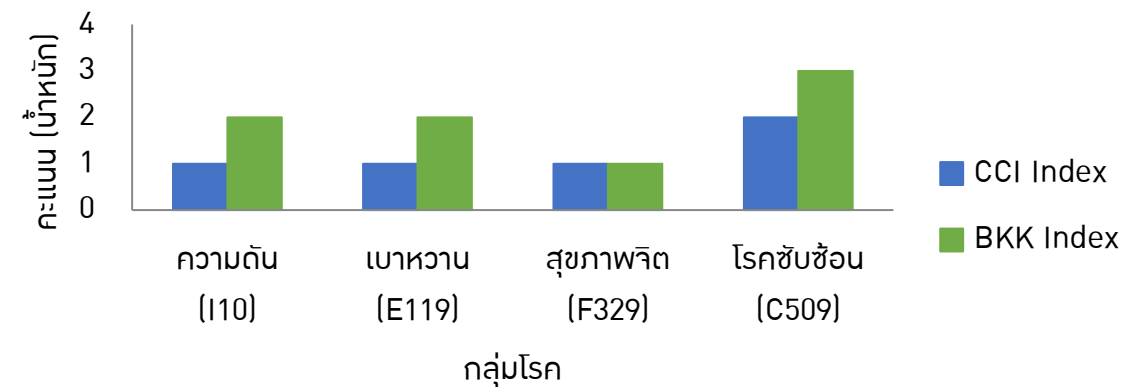


กระจายคะแนนของดัชนี BKK

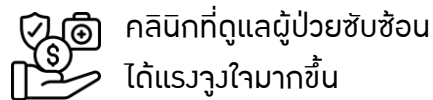
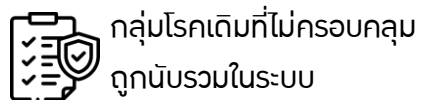
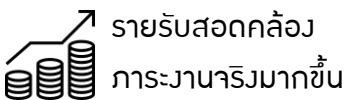


ตัวอย่างการใช้ดัชนี CCI และ BKK

ตัวอย่างภาระงานจริงของหน่วยปฐมภูมิ



ผลต่อคลินิกชุมชนอบอุ่น



ผลต่อประชาชน



ได้รับการดูแลตรงกับ ปัญหาโรคในเมือง

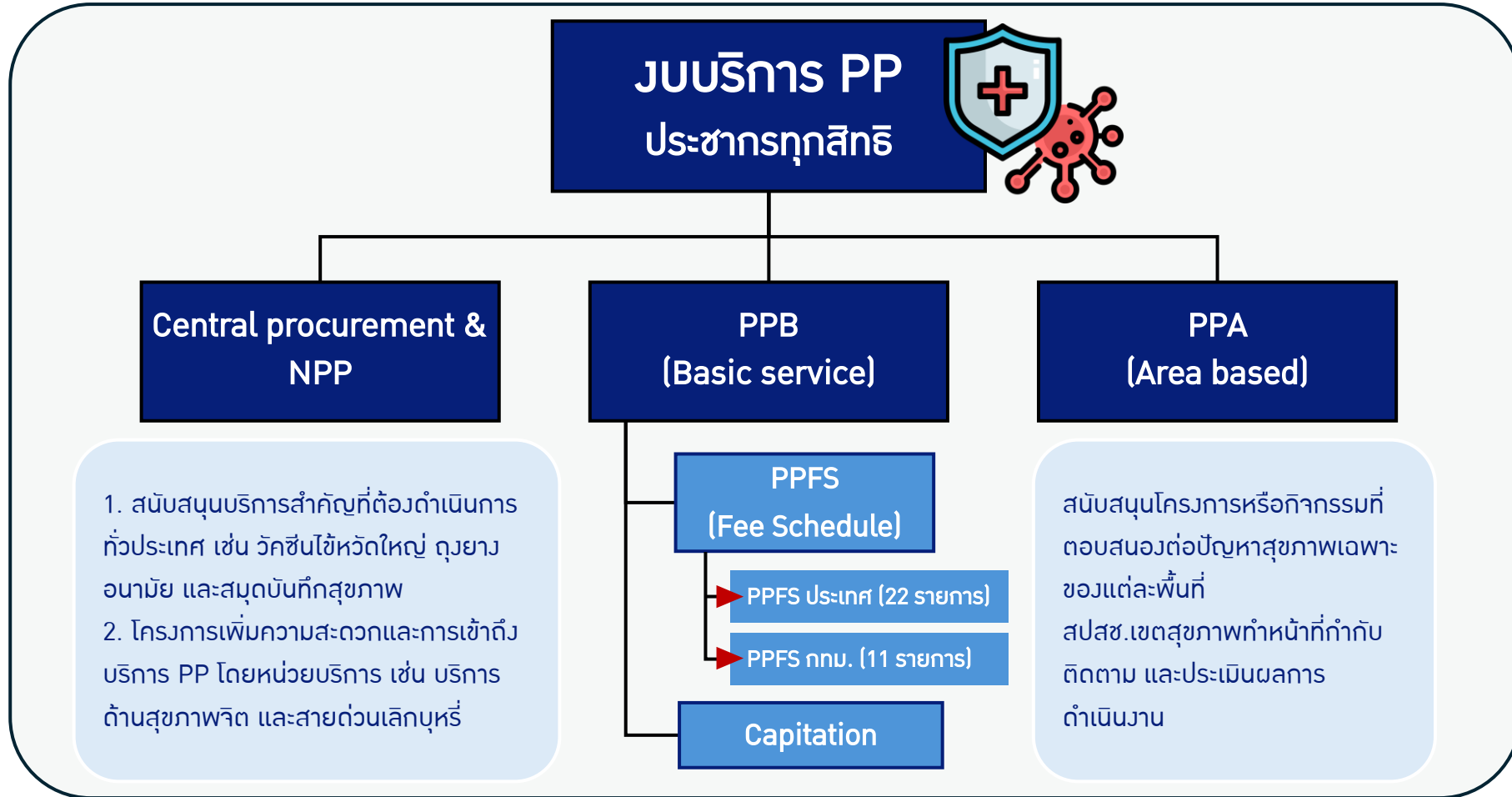


ความต่อเนื่องในการ รักษาดีขึ้น



การจัดบริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค (PP)





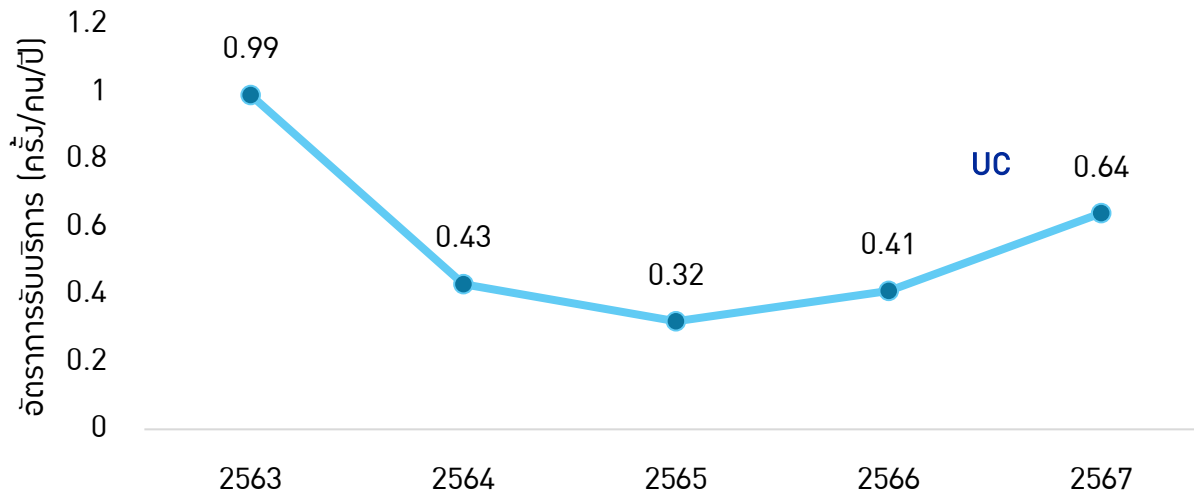
ที่มา: (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 11 สุราษฎร์ธานี (2568)

(2) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จ่ายตามรายการบริการ พ.ศ. 2567

(3) ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความจำเป็นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2568

การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันโรคยังต่ำโดยเฉพาะกลุ่ม Non-UC

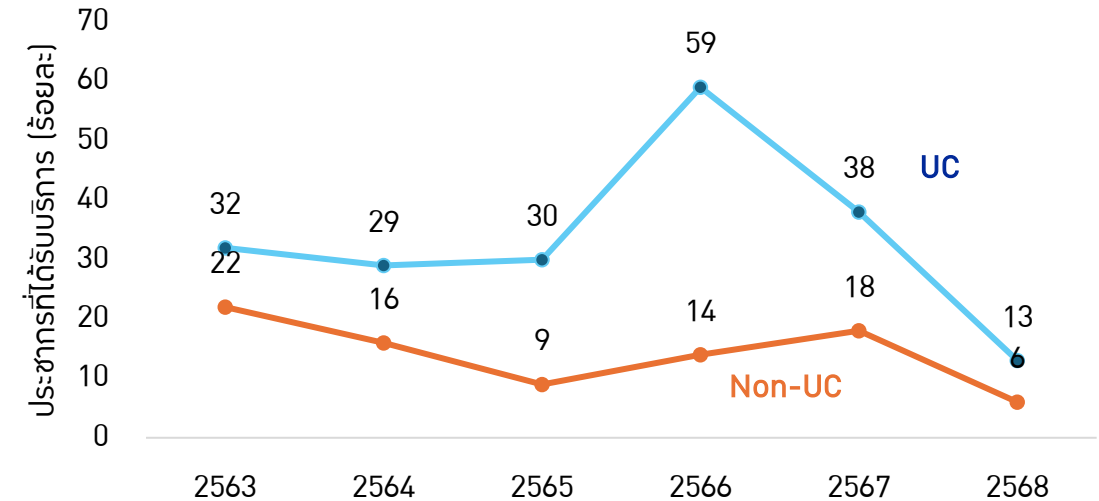
แนวโน้มอัตราการรับบริการส่งเสริมป้องกันโรคในกรุงเทพฯ
ปีงบประมาณ 2563-2567



ที่มา: คณะผู้วิจัยคำนวณโดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)

- การเข้าถึงบริการต่ำ: ประชากรทุกสิทธิ 7.6 ล้านคน เข้าถึงบริการ PP 2.2 ล้านคน
- ประสิทธิภาพการใช้จ่ายต่ำ: งบ PP 1,833 ล้านบาท แต่ใช้ไปเพียง 540 ล้านบาท
- รูปแบบการจ่ายชดเชยไม่จูงใจให้หน่วยบริการให้บริการเชิงรุก

ผลรวมบริการสร้างเสริมป้องกันโรคในกรุงเทพฯ
ปีงบประมาณ 2563-2568

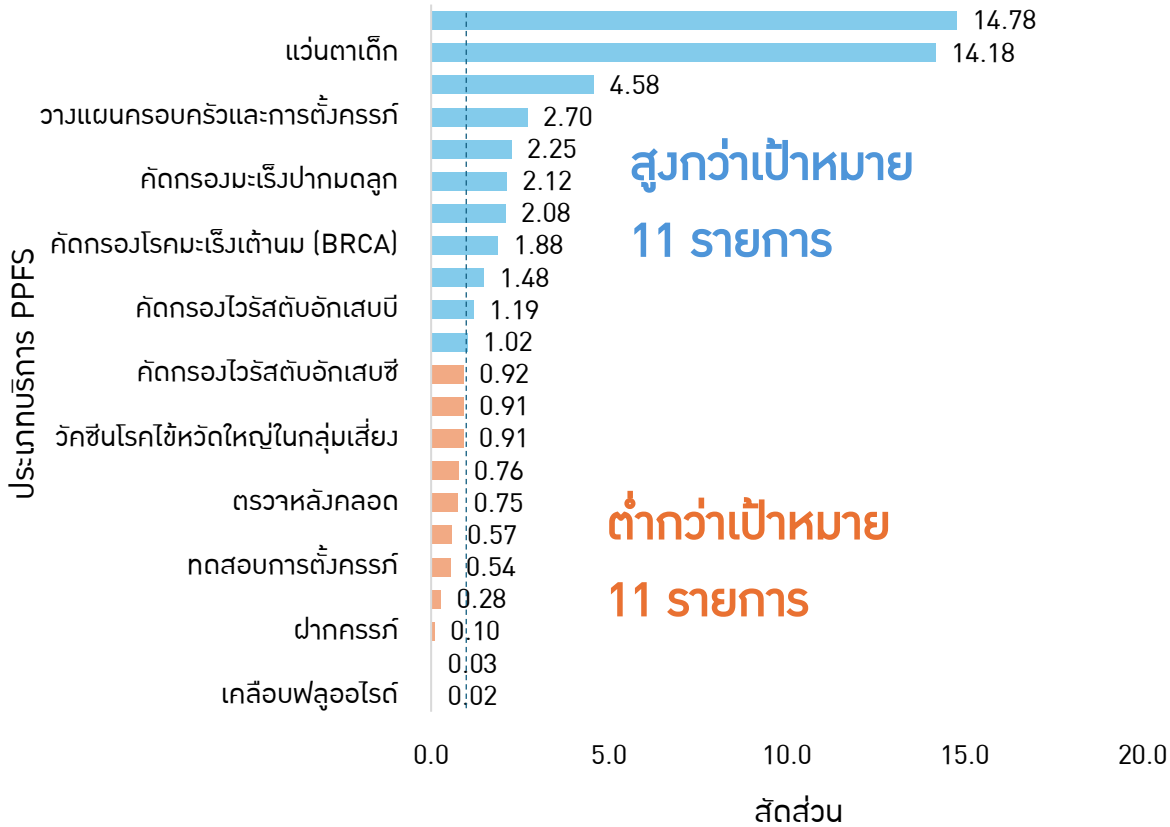


ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)
หมายเหตุ: ผลรวมบริการหมายถึงจำนวนประชากรที่ได้รับบริการต่อประชากรทั้งหมด

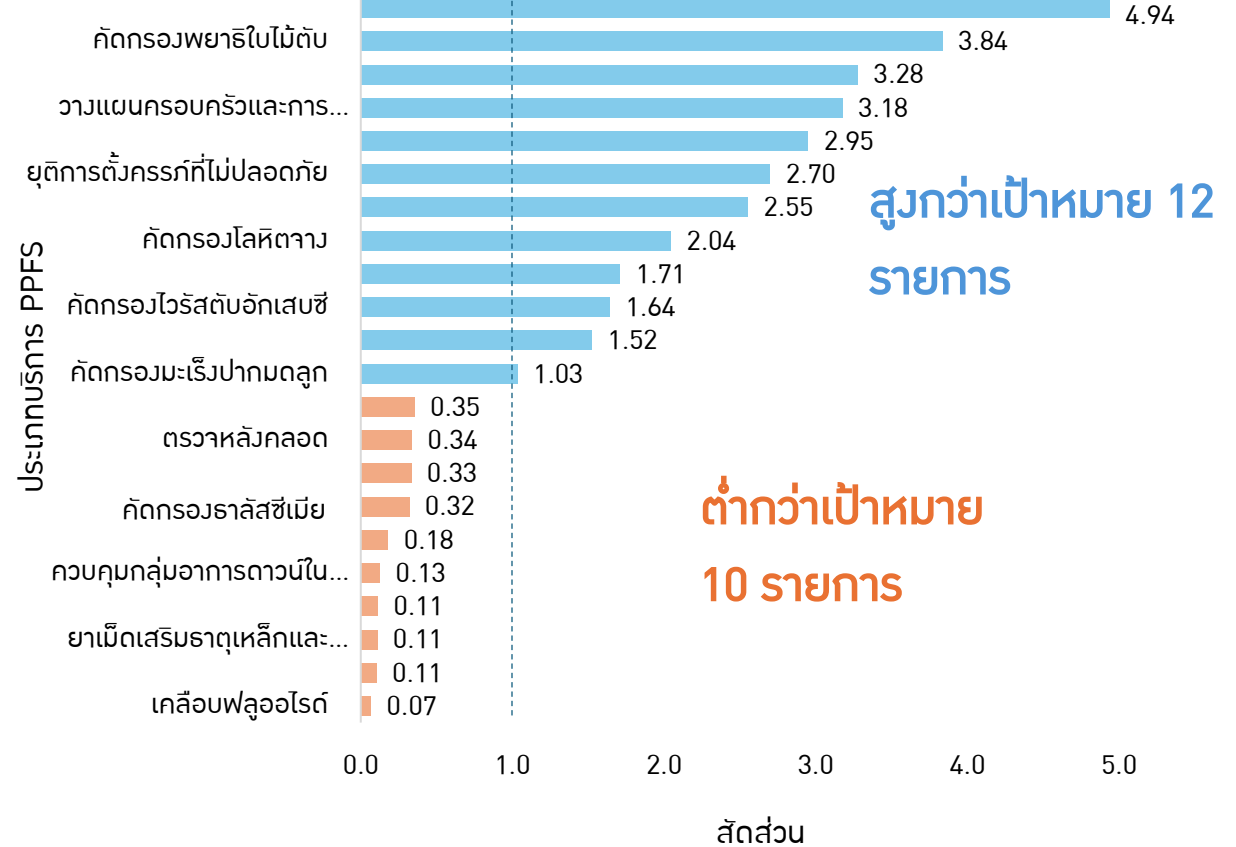
- สัดส่วนการเข้าถึงบริการ PP ของกลุ่ม UC สูงกว่ากลุ่ม Non-UC อย่างชัดเจน
- หน่วยบริการไม่สามารถทำ PPA ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากอุปสรรคเงื่อนไขการชดเชยและไม่สามารถเข้าถึงประชากรบางพื้นที่ได้

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอายุขางประสิทธิภาพ

การจัดบริการ PPFS สำเร็จตามกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2567



การจัดบริการ PPFS สำเร็จตามกลุ่มเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568

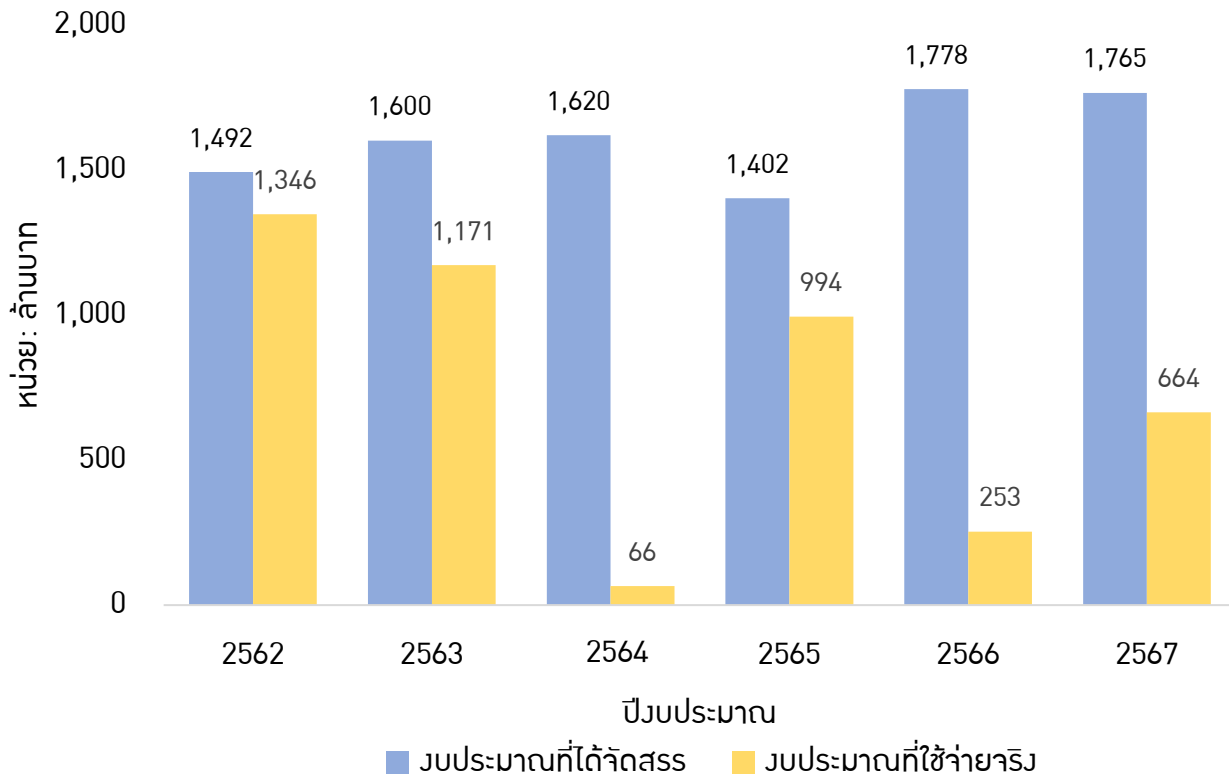


ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากแฟ้มข้อมูลรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PPFS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)
 หมายเหตุ: ความสำเร็จในที่นี้คือสัดส่วนจำนวนการรับบริการ (คน) ต่อเป้าหมายการรับบริการของแต่ละรายการ มากกว่าหรือเท่ากับ 1

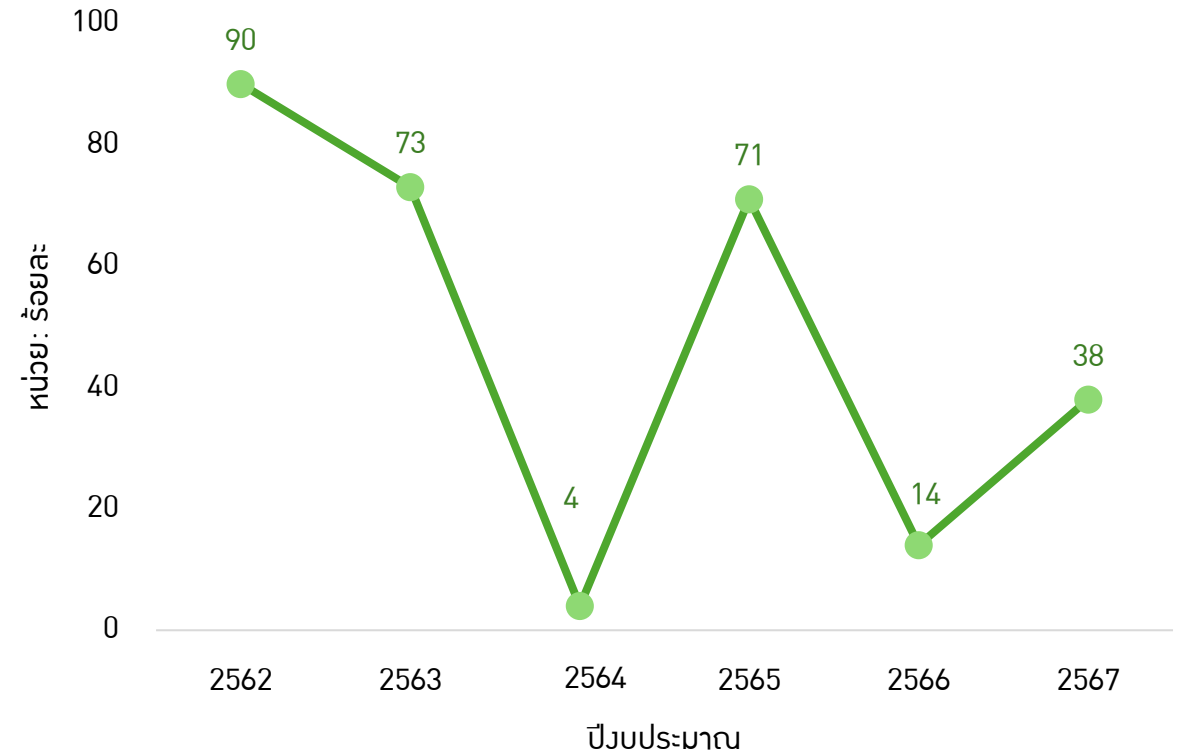
- PPFS หลายรายการให้บริการจำนวนมาก แต่เกิดปัญหา Allocative inefficiency ทรัพยากรไม่ไปอยู่ในบริการที่จำเป็นที่สุด เช่น วัคซีนโรคไขหวัดใหญ่กลุ่มเสี่ยง
- บริการคัดกรองพื้นฐานที่ทำได้ง่ายและง่ายตามรายการถูกใช้เกินเป้าหมาย ขณะที่บริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เครื่องมือหรือมีเว็อนไซจำกัดกลับถูกใช้น้อย
- อัตราจ่ายและหลักเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดแรงจูงใจที่บิดเบือน อัตราจ่ายไม่คุ้มต้นทุน เช่น การตรวจ Fit Test บางบริการมีการเรียกเก็บเงินคืนหลังการรับบริการ

แม้ว่ารูปแบบเบิกจ่ายเป็นแบบ Fee-schedule แต่กลับไม่จูงใจหน่วยบริการ

งบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ประเภทจ่ายตามรายการ กรุงเทพมหานคร (PPFS กทม.)



อัตราการเบิกจ่ายค่าชดเชยจากกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ประเภทจ่ายตามรายการ กรุงเทพมหานคร (PPFS กทม.)

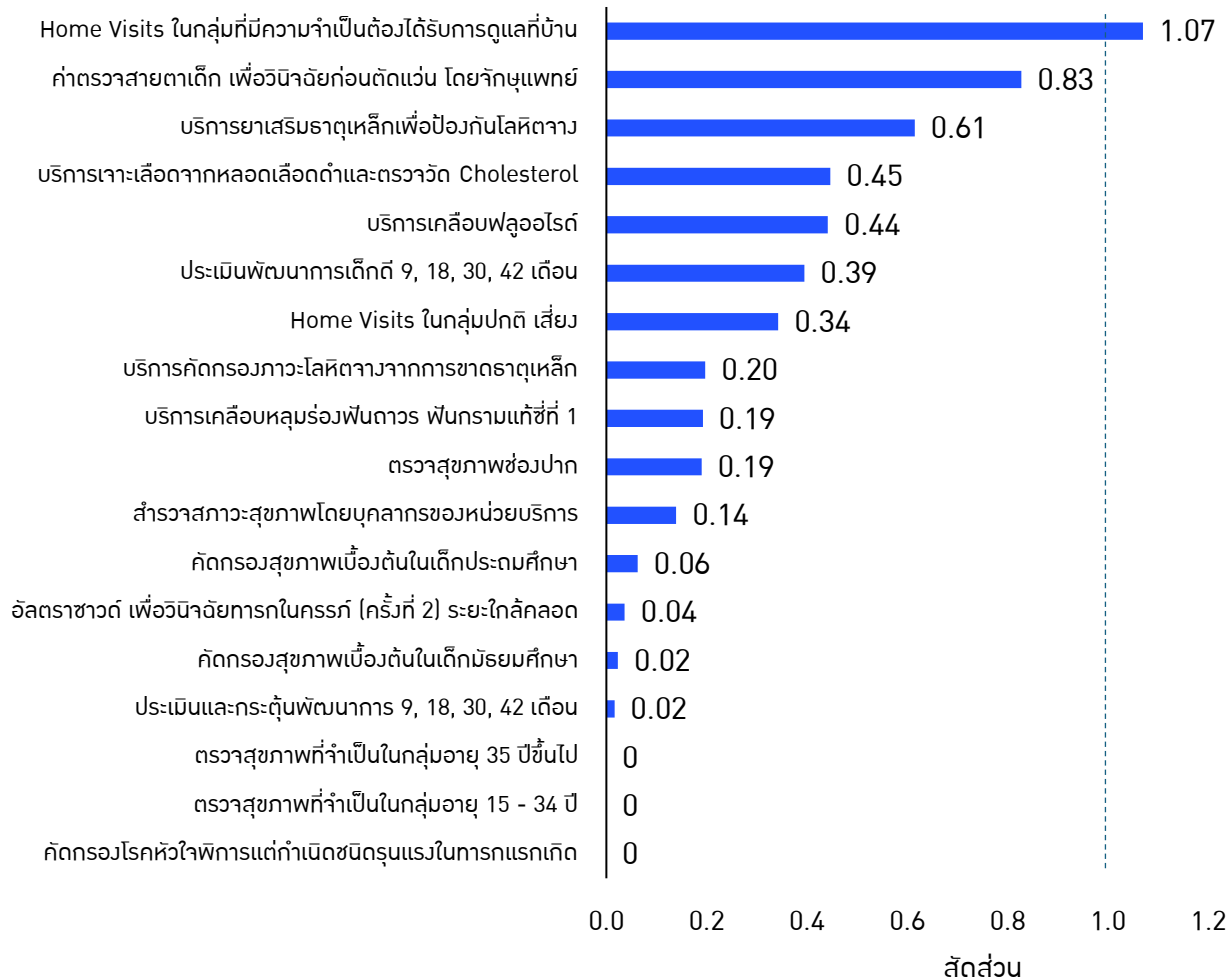


ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากแฟ้มข้อมูลรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PPFS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

- กลไกการจ่ายบริการส่งเสริมป้องกันของกรุงเทพมหานครแบ่งเป็นแบบ capitation (30 บาท) และ Fee-schedule (233 บาท) **หน่วยบริการกลับไม่มีแรงจูงใจให้เพิ่มบริการ**
- งบประมาณกลับเหลือทุกปี ปัจจุบัน หน่วยบริการจึงพยายามเสนอให้ สปสช. โยกเงินจากกองทุน PP มาแก้ไขปัญหาวงบค่าส่งต่อไม่เพียงพอ

อุปสรรคการให้บริการ PPFS กทม.ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการ PPFS กทม.สำเร็จตามเป้าหมาย ปีงบประมาณ 2568



อุปสรรคการจัดบริการ PPFS กทม.

- 1. อัตราจ่ายไม่ครอบคลุมต้นทุน (Cost > Revenue)**
หน่วยบริการสะท้อนว่าบางรายการไม่สามารถทำได้จริงเนื่องจากต้นทุนสูงกว่าอัตราจ่าย เช่น ค่าบริการคัดกรองโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
- 2. หน่วยบริการภาคเอกชนไม่สามารถลงพื้นที่ได้จริง (เฉพาะบางรายการ)**
การคัดกรองสุขภาพในโรงเรียนหรือการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงตามพื้นที่คลินิกไม่สามารถเข้าไปให้บริการได้เมื่อกับ ศบส.
- 3. หน่วยบริการไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ**
การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถทำได้ เนื่องจากการออกเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งมักต้องใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2-3 คนต่อทีม

ที่มา: ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัยพบว่ากองทุน PPFS กทม.มีปัญหาด้านอัตราจ่ายและหลักเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับ PPFS ระดับประเทศ พร้อมทั้งมีประเด็นเรื่องการลงพื้นที่และเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ

ที่มา: รายงานการประชุม คณะทำงานพัฒนาสนับสนุนการขับเคลื่อนและกำกับติดตามการเข้าถึงบริการของระบบบริการทุกระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2/2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร (เขตสุขภาพที่ 13)
หมายเหตุ: ความสำเร็จในที่นี้คือสัดส่วนจำนวนการรับบริการ (คน) ต่อเป้าหมายการรับบริการของแต่ละรายการ มากกว่าหรือเท่ากับ 1

PPFS กทม.ปัจจุบันยังไม่สามารถแก้ปัญหาพื้นที่ กทม.ได้ทั้งหมด

การรับบริการ PPFS กทม.

ตรวจสุขภาพที่จำเป็น
อายุ 15-34 ปี

0 %



ตรวจสุขภาพที่จำเป็น
อายุ 35 ปีขึ้นไป

0 %



การคัดกรองสุขภาพจิต



การประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน



การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (BF/FBS)



การตรวจสุขภาพการทำงานของไต (Creatinine)



บริการอื่น ๆ

บริการที่เป็นปัญหาใน กทม.

1

บริการ PP สำหรับกลุ่ม
อายุ 0-5 และ 6-24 ปี

2

บริการทางด้านจิตเวช

3

บริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

4

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

5

การเข้าถึงระบบของกลุ่มเปราะบาง

สาเหตุที่เป็นไปได้



ข้อจำกัดด้านการรับรู้

ประชาชนขาดการตระหนักรู้และความเข้าใจ
เชิงลึกเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการตรวจ
สุขภาพที่จำเป็น



อุปสรรคเชิงระบบของหน่วยบริการ

การเข้าถึงชุมชนมีขีดจำกัดเนื่องจากประสบ
ปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นและ
บุคลากรทางการแพทย์

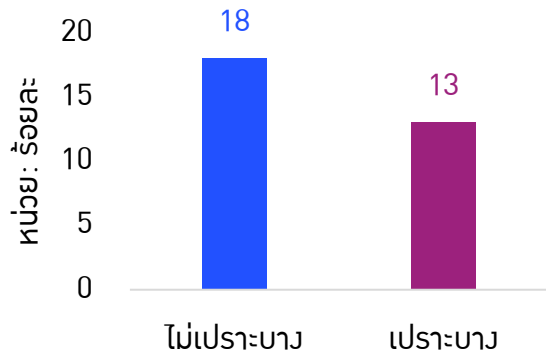


เกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไป

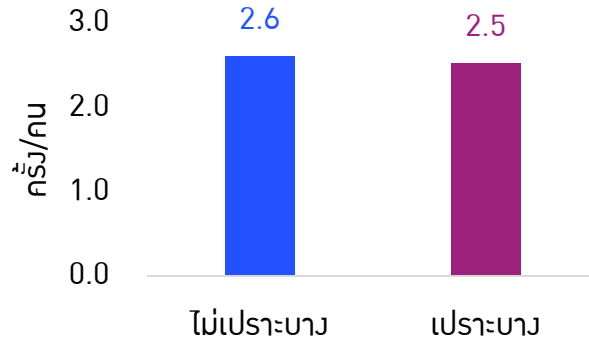
เงื่อนไขบริการ PPFS สำหรับผู้ใหญ่อายุ
35 ปีขึ้นไป กำหนดว่าต้องตรวจครบถ้วนทั้ง
11 รายการ ส่งผลให้ในทางปฏิบัติทำได้ยาก

ประชากรกลุ่มเปราะบางรับบริการ PPFS น้อยกว่าประชากรทั่วไป

สัดส่วนประชากรที่ได้รับบริการ PPFS ในกรุงเทพฯ ปีบช 2568



จำนวนครั้งการให้บริการ PPFS ต่อคน กรุงเทพฯ ปีบช 2568

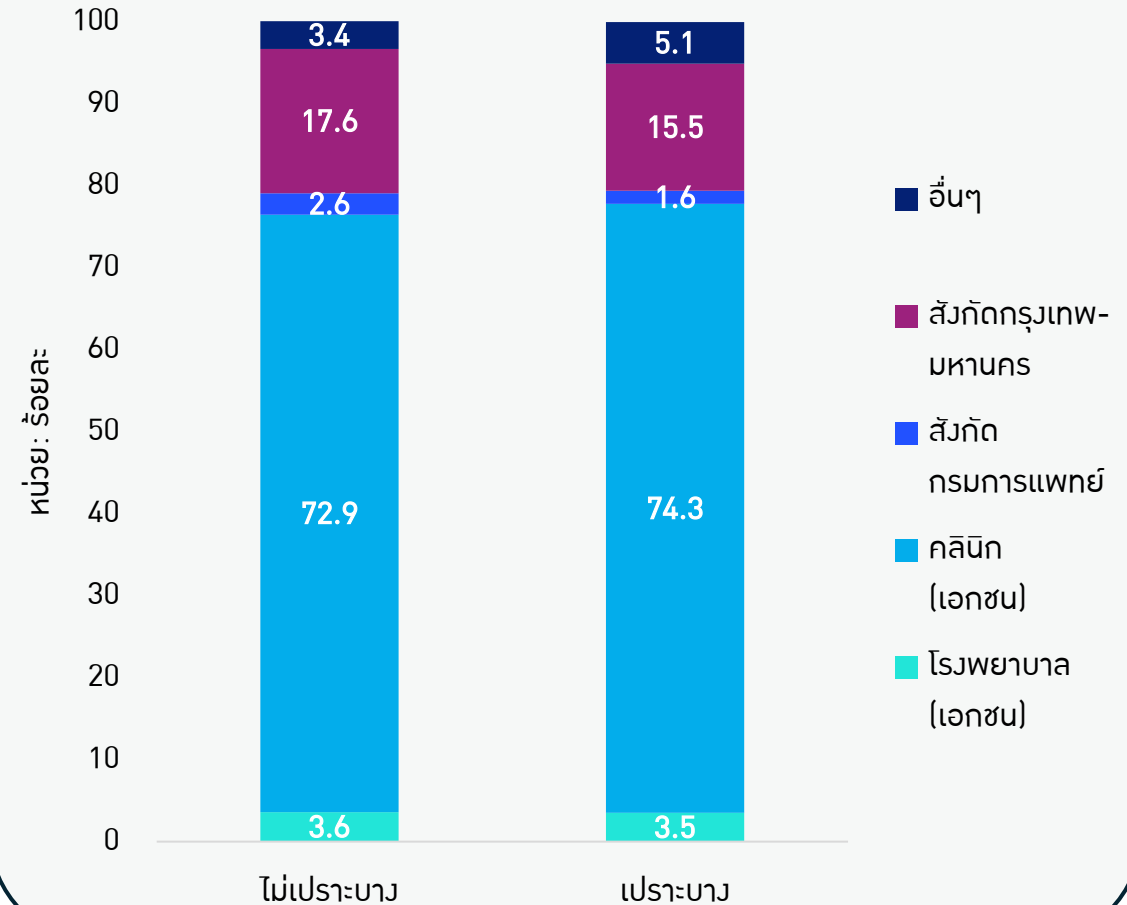


หมายเหตุ: จำนวนครั้งการให้บริการต่อคน = จำนวนครั้งการให้บริการ ÷ จำนวนคนที่เคยรับบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง

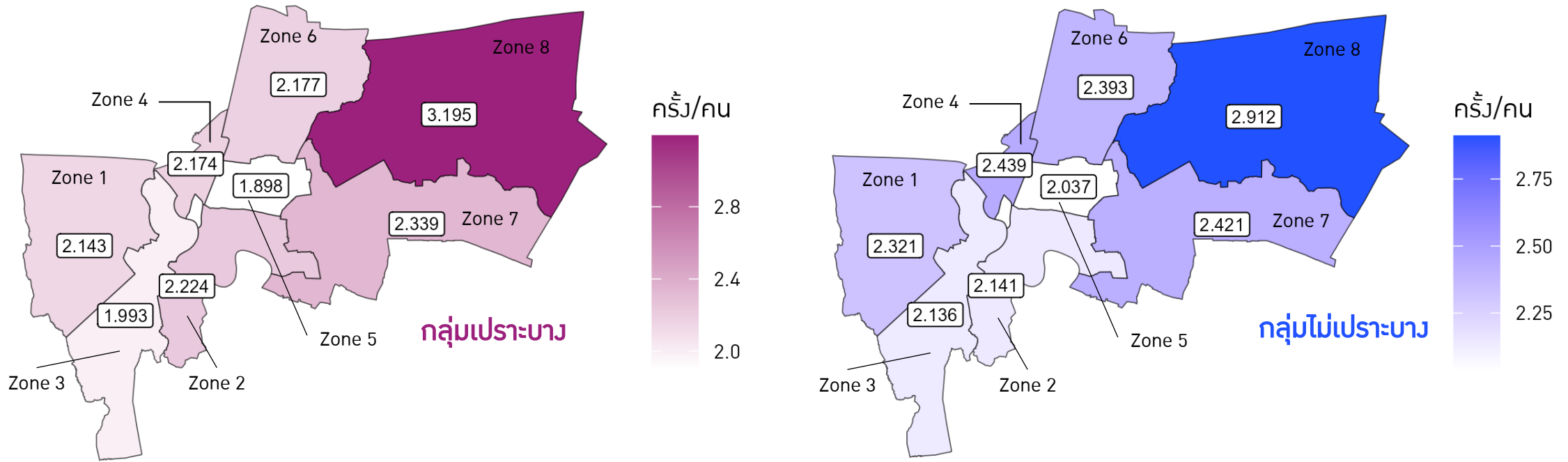
- ประชากรกลุ่มเปราะบางใน กทม.มีอัตราการรับบริการ PPFS ต่ำกว่ากลุ่มทั่วไป โดยร้อยละ 13 ของประชากรกลุ่มเปราะบางได้รับบริการ PPFS อย่างน้อย 1 ครั้ง
- อาจสะท้อนอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง หรือข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของหน่วยบริการ

- การรับบริการ PPFS ของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มทั่วไปกระจุกตัวอยู่ที่คลินิกเอกชนเป็นหลัก (มากกว่า ร้อยละ 70)
- คลินิกเอกชนมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ PP ของประชากรทั้งสองกลุ่ม

ร้อยละจำนวนการให้บริการต่อจำนวนครั้งการให้บริการ PPFS ทั้งหมด จำแนกตามหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568 กรุงเทพฯ



จำนวนครั้งการให้บริการ PPFS ต่อคน ในกรุงเทพมหานคร ปับประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากเพิ่มข้อมูลรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PPFS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

หมายเหตุ: (1) จำนวนครั้งการให้บริการต่อคน = จำนวนครั้งการให้บริการ ÷ จำนวนคนที่เคยรับบริการอย่างน้อย 1 ครั้ง

(2) “กลุ่มเปราะบาง” ครอบคลุมผู้ที่มีรายได้น้อย คนพิการ/ทุพพลภาพ และผู้พำนักในสถานที่ภายใต้การดูแลของส่วนราชการ

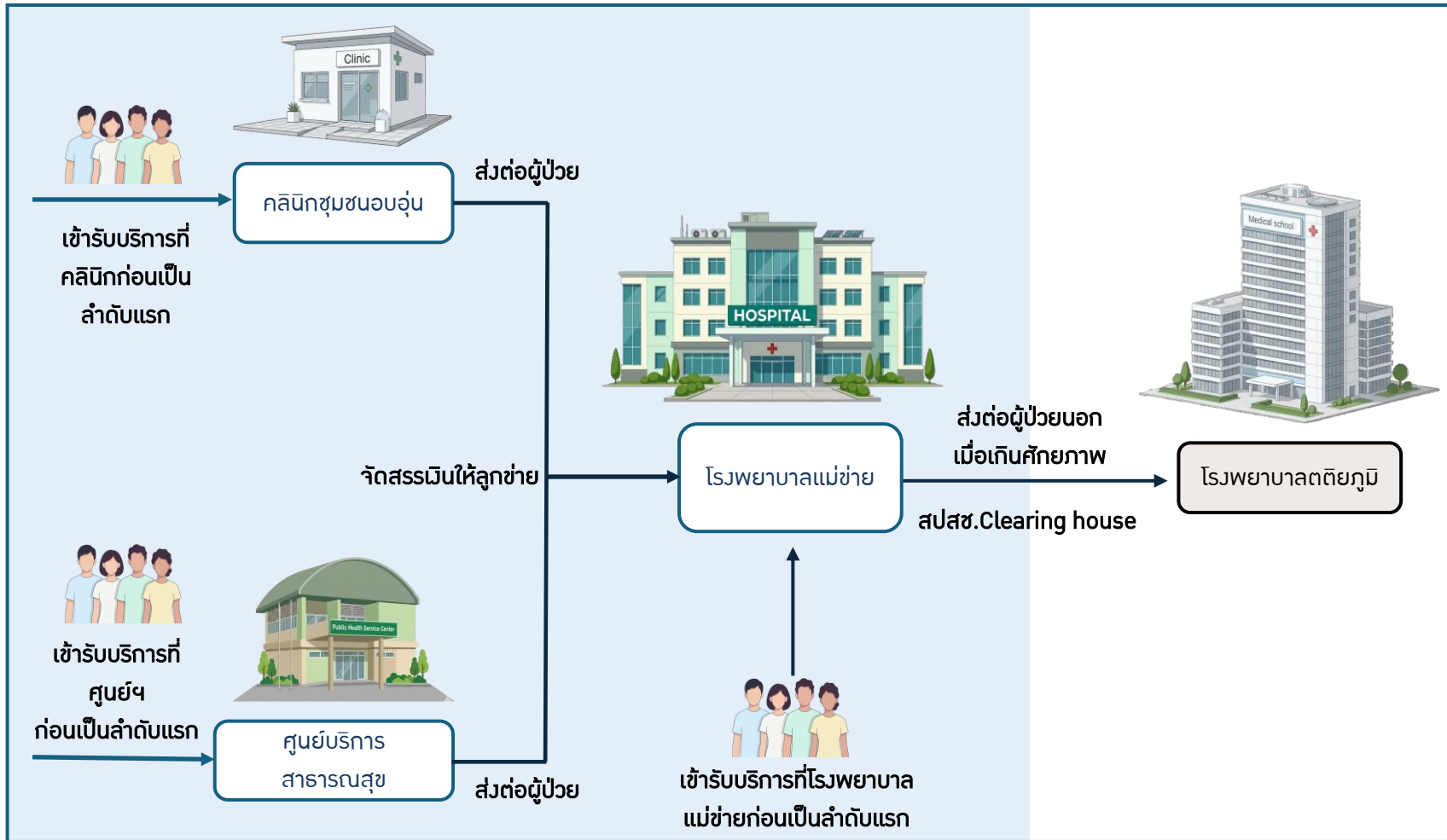
- จำนวนครั้งการรับบริการต่อคนของกลุ่มประชากรเปราะบางต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปในหลายเขตสุขภาพ (Health Zone ที่ 2 และ 8)
- สำหรับประชากรทั้งสองกลุ่ม จำนวนครั้งการรับบริการต่อคนมีค่าต่ำสุดใน Health Zone ที่ 5 และมีค่าสูงที่สุดใน Health Zone ที่ 8
- ความถี่ในการใช้บริการ PPFS ของผู้รับบริการแต่ละรายแตกต่างกันตามพื้นที่ อาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดบริการ โครงสร้างหน่วยบริการ หรือความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชากรในแต่ละ Health Zone



แนวทางแก้ปัญหของ ระบบบริการปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร



รูปแบบเครือข่าย New model ของ สปสช.



หลักการของ New model

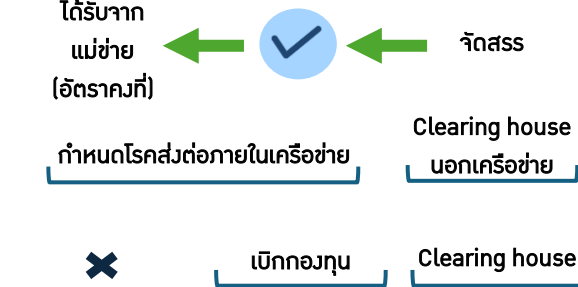
- เน้นหลักการพึ่งพาตนเองและส่งเสริมการบริหารงบประมาณในเครือข่าย
- ยึดหลักการใกล้บ้านใกล้ใจจัดสรรประชากรตาม 8 Health Zone
- การบริหารจัดการภายในเครือข่าย



OP
Capitation
Budget

OP Refer

Central
Reimburse



ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

- สปสช.อยู่ระหว่างการพัฒนาารูปแบบ New model เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบระบบเครือข่ายของ New model 5
- สปสช.กำหนดให้มีโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาล IMH (โรงพยาบาลเอกชน) เป็นหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิ UC ทุกชายและจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิตามที่ตกลงกันในเครือข่าย

รูปแบบเครือข่ายในปัจจุบันมีศักยภาพ แต่ยังมีติดขัดการขยายผล

ข้อพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อยกระดับเครือข่ายบริการ



New Model 2026

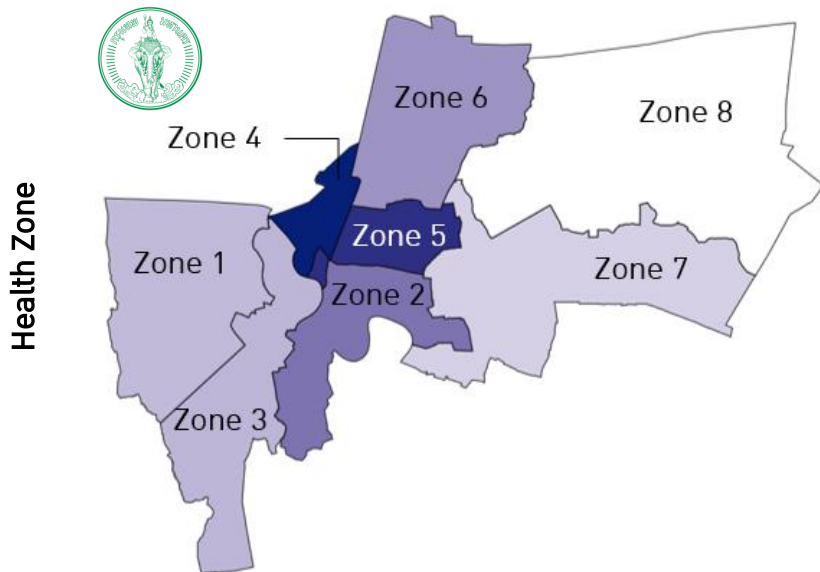


นพรัตน์โมเดล



ราชพิพัฒน์โมเดล

การขยายผล



ศักยภาพของหน่วยบริการ

- โรงพยาบาลมีบริการและสถานที่ครบถ้วนตามเกณฑ์
- เกณฑ์ประเมินศักยภาพแม่ข่าย ทบทวนบทบาทโรงพยาบาลเอกชน และกำหนดแนวปฏิบัติระหว่างหน่วยบริการข้ามสังกัด

รูปแบบการจัดบริการ

- กำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้จัดการเครือข่ายปฐมภูมิ
- คู่มือส่งต่อโรคระหว่างหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งต่อทุกเครือข่าย

ระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- การเชื่อมข้อมูลผ่าน Health Link และ BKK-referral
- สนับสนุนงบประมาณหรือระบบซอฟต์แวร์แก่คลินิกปฐมภูมิ และกำหนดแนวปฏิบัติคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดให้รัดกุม

แนวทางจัดสรรงบประมาณ

- เครือข่ายร่วมกันตกลงแนวทางจ่ายชดเชย
- เพดานขั้นต่ำการจ่ายชดเชยลูกข่ายป้องกันการขาดทุน
- เกณฑ์ PP ตามผลลัพธ์ ลดความเหลื่อมล้ำพื้นที่บริการยาก

ข้อบังคับด้านกฎระเบียบ

- MOA
- ข้อตกลงกลางมาตรฐานเดียวครอบคลุมการบริการ การเงินการคลัง และการตรวจสอบ

ข้อจำกัดทางกฎหมายของ กทม.

โครงสร้างอำนาจและขอบเขตหน้าที่



- พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการ กทม. พ.ศ. 2528
- มาตรา 89 (สาธารณสุข)
 - มาตรา 95 (สหการและความร่วมมือ)



- บริหารได้เฉพาะหน่วยงานสังกัด กทม. (ศบส. 69 แห่งและ สว. 11 แห่ง)
- ขาดอำนาจการกำกับข้ามสังกัด)



การบริหารบุคลากร



- พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการ และบุคลากร กทม. พ.ศ. 2554 (มาตรา 27-35 อัตรากำลัง)
- พ.ร.บ.ระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (มาตรา 23 โอนย้าย)



- ขาดนักเวชศาสตร์ครอบครัว และนักระบาดวิทยา
- ระบบแรงจูงใจล้มเหลวในการรักษาบุคลากรปฐมภูมิ
- ไม่มีกลไกโอนย้ายบุคลากรข้ามสังกัด



การจัดซื้อจัดจ้าง



- พ.ร.บ.การจัดซื้อ พ.ศ. 2560
- มาตรา 55-67 วิธีและขั้นตอนจัดซื้อ
 - ไม่มีกลไก Fast-track
- พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 (มาตรา 30 สัดส่วนรายได้ อปท.)



- ขั้นตอนจัดซื้อล่าช้า
- งบประมาณสัดส่วนต่ำ
- เงินอุดหนุนส่วนใหญ่มีเงื่อนไข



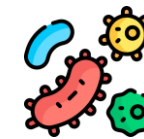
ระบบบริการปฐมภูมิใน กทม.



ไม่เป็น
เจ้าภาพหลัก



ขาดประสิทธิภาพใน
การบูรณาการ



การเฝ้าระวัง
โรคต่ำ



ขาดความต่อเนื่อง



ตอบสนอง
ไม่ทันทั่วทั้ง



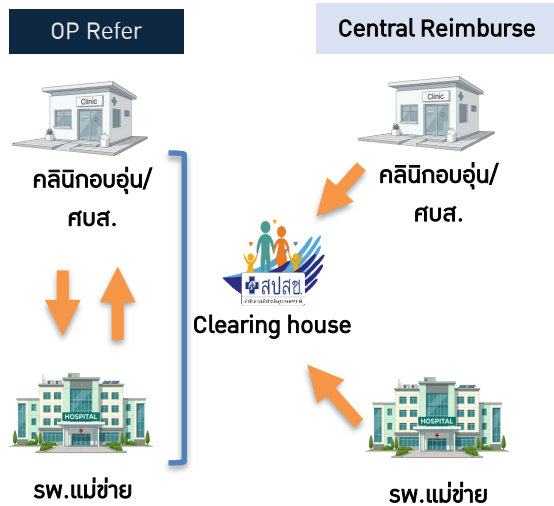
วางแผนพัฒนา
ระยะยาวได้ยาก

- กรุงเทพมหานคร (BMA) ไม่มีอำนาจทางกฎหมายสั่งการหน่วยบริการข้ามสังกัดทำให้ไม่สามารถเป็นเจ้าภาพหลักบริหารจัดการเครือข่ายปฐมภูมิ
- กทม. มีบุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอส่งผลให้การเฝ้าระวังโรคต่ำและขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย
- ระเบียบจัดซื้อจัดจ้างและข้อจำกัดงบประมาณส่งผลให้กรุงเทพฯตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพไม่ทันทั่วทั้งและวางแผนพัฒนาระยะยาวได้ยาก

ระบบกำกับของส่วนกลางมีศักยภาพ แต่เครือข่ายต้องมีอำนาจจัดการมากขึ้น

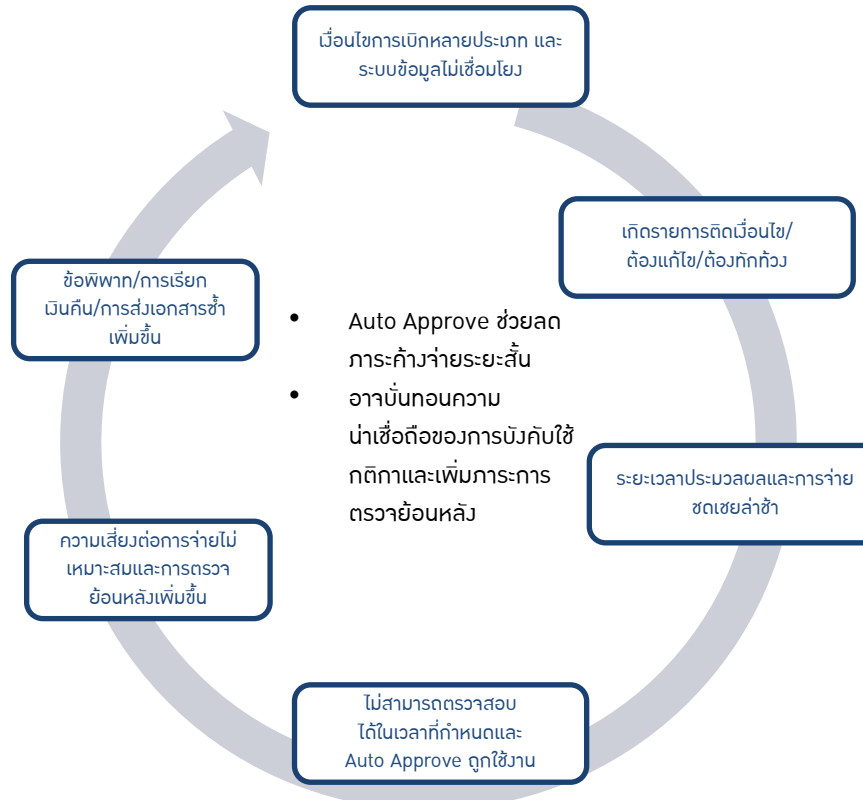
กลไกการกำกับติดตามและตรวจสอบปัจจุบัน

กระบวนการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)



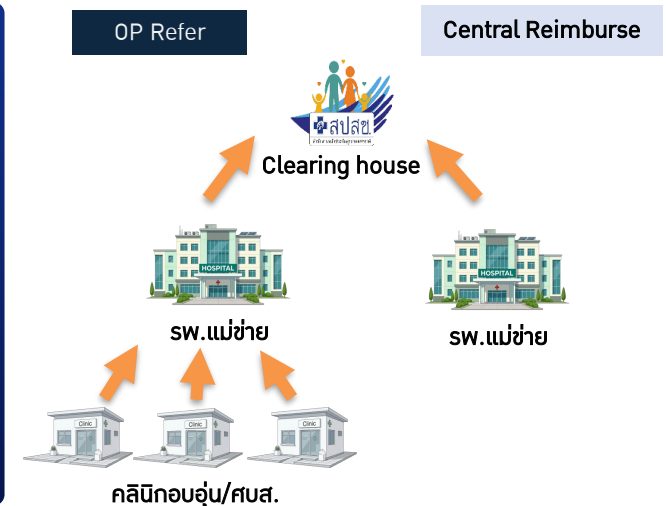
หลังจ่าย (Post-audit)

การระบุกรรรมและข้อมูลของระบบตรวจสอบ



แม่ข่ายมีอำนาจกำกับและติดตามลูกข่าย

กระบวนการตรวจสอบก่อนจ่าย (Pre-audit)



หลังจ่าย (Post-audit)

- สปสช.มีกลไกกำกับ ติดตาม และตรวจสอบที่มีศักยภาพ แต่ข้อจำกัดด้านการระบุกรรรมและการใช้ Auto Approve ทำให้การตรวจสอบไม่ทันเวลาเกิดข้อพิพาทระหว่างหน่วยปฐมภูมิและหน่วยรับส่งต่อ
- การเพิ่มอำนาจกำกับและติดตามภายในเครือข่ายจะช่วยลดแรงจูงใจที่บิดเบือน และทำให้การประสานบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ที่มาและ
ความสำคัญ

01

วิธีการศึกษา

02

ผลการศึกษา

03

04

หลักเกณฑ์การจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบใหม่



- สปสช. ควรยกระดับเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายให้สะท้อนความพร้อมจริง ทั้งบุคลากรเฉพาะทาง การบริหารงบประมาณ ความซับซ้อนผู้ป่วย ศักยภาพการส่งต่อ เทคโนโลยี และการสนับสนุนลูกข่าย
- สปสช. ควรทบทวนความเหมาะสมของโรงพยาบาลเอกชนในบทบาทแม่ข่ายเนื่องจาก โครงสร้างแรงจูงใจอาจผลักดันให้มุ่งดึงผู้ป่วยจาก หน่วยบริการในเครือข่าย

การกำกับดูแลเครือข่ายหน่วยบริการ



- สปสช. ควรกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวขั้นต่ำมาตรฐานเดียวกันทุกเครือข่าย เพื่อลดการกีดกันอัตราจ่ายและความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ
- สปสช. ควรมอบอำนาจให้โรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกำกับมาตรฐานบริการ และการส่งต่อของลูกข่าย สปสช. กำกับภาพรวมและใกล้เคียงข้อขัดแย้ง
- ทุกเครือข่ายควรมีคณะกรรมการร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อกำกับ งบประมาณ คุณภาพบริการ และแก้ไขข้อขัดแย้งภายในเครือข่าย
- สปสช. ควรสนับสนุนระบบข้อมูลและเครื่องมือตรวจสอบแก่โรงพยาบาล แม่ข่ายเพื่อให้สามารถติดตามความผิดปกติ



- โรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายควรกำหนดขอบเขตบริการและความ รับผิดชอบด้านการส่งต่อให้ชัดเจนเพื่อลดภาระผู้ป่วยและให้แต่ละระดับทำ หน้าที่สอดคล้องกัน
- สปสช. ควรสนับสนุนกลไกรับเรื่องร้องเรียนที่ประชาชนมีส่วนร่วม เช่น ศูนย์คุ้มครองสิทธิประจำเครือข่าย เพื่อรับฟังและประสาน การส่งต่อ-ส่งกลับ
- สปสช. ควรกำหนดให้ทุกเครือข่ายใช้ระบบส่งต่ออิเล็กทรอนิกส์ BKK-referral ตามมาตรฐานเดียวกัน
- สปสช. และ กทม. ควรทบทวนการจัดสรรประชากร PP โดยให้โรงพยาบาล แม่ข่ายเป็น area manager ร่วมจัดบริการกับหน่วยลูกข่าย

การขยายอำนาจทางกฎหมายด้านโครงสร้างอำนาจและขอบเขตหน้าที่



- กทม.ควรผลักดันการแก้ไข พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 มาตรา 89 เพื่อขยายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุมหน่วยบริการทุกสังกัดในเครือข่าย
- กทม.ควรเสนอแก้ไขมาตรา 95 เพื่อให้ทำข้อตกลงความร่วมมือกับหน่วยงานต่างสังกัดได้โดยไม่ต้องตราพระราชกฤษฎีกาทุกกรณีและเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารเครือข่าย
- ระหว่างรอการแก้ไขกฎหมาย กทม.ควรเสริมบทบาทผู้ประสานงานเครือข่ายผ่านโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ในฐานะแม่ข่ายของ New Model เพื่อกำกับดูแลเชิงพื้นที่
- กทม. สปสช. และหน่วยบริการในเครือข่ายควรร่วมพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพเพื่อสนับสนุนการบริหารเครือข่ายแบบบูรณาการ และลดปัญหาข้อมูลแยกส่วน

การปลดล็อกกรอบการบริหารบุคลากรและกำลังคนด้านสาธารณสุข



- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานคร (ก.ก.) ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังสาธารณสุขแยกจากการกิจทั่วไปของ กทม. โดยพิจารณาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจริง ไม่ใช่การแข่งขันอัตรากำลังระหว่างสำนักเพื่อให้ขยายกำลังคนได้ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่
- กทม.ควรกำหนดสายงานแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นตำแหน่งหลักในกรอบอัตรากำลัง พร้อมปรับค่าตอบแทนเพื่อดึงดูดบุคลากร โดยเฉพาะสายระบาดวิทยาที่ปัจจุบันมีไม่เพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคในเมืองขนาดใหญ่
- กระทรวงสาธารณสุขและ กทม.ควรร่วมออกแบบกลไกทางกฎหมายรองรับการโอนย้ายบุคลากรข้ามสังกัด เช่น การปรับระบบบำนาญและสวัสดิการให้เทียบเคียงกันเพื่อส่งเสริมการย้ายมาทำงานระยะยาวแทนการจ้างชั่วคราวที่ไม่ต่อเนื่องต่อการดูแลผู้ป่วย

การปฏิรูประบบงบประมาณและการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อรองรับบทบาทเจ้าภาพหลัก



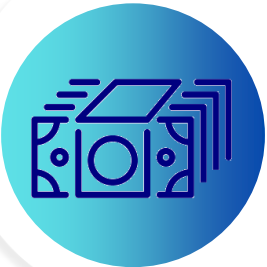
- กทม. ควรเพิ่มสัดส่วนงบประมาณสาธารณสุขโดยใช้ ค่าเฉลี่ยรัฐบาลกลางและ อปท. เป็น benchmark กำหนดเป้าหมายขั้นต่ำ และ ทบทวนทุก 3-5 ปี โดยเฉพาะวงลงทุนของสำนัก การแพทย์และสำนักอนามัยที่ยังต่ำและผันผวน
- กทม. ควรปรับโครงสร้างงบประมาณสาธารณสุข ลดสัดส่วนงบบุคลากรและเพิ่มงบพัฒนาและ ลงทุนเพื่อรองรับบทบาทเจ้าภาพระบบ ปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันกลไก Fast-track ภายใต้ พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้างฯ สำหรับการจัดหาเวชภัณฑ์ บุคลากรทาง การแพทย์ และบริการสนับสนุนในภาวะฉุกเฉิน เพื่อลดข้อจำกัดจากกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง หลายขั้นตอน

การจัดสรรงบประมาณ



- สปสช. ควรทบทวนการจ่ายชดเชยผู้ป่วยนอกจากระบบ Point System สู่ระบบ Ambulatory Patient Group (APG) ซึ่งจัดกลุ่ม ผู้ป่วยตามความซับซ้อนของโรค หัตถการ และการใช้ทรัพยากร เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นธรรม สะท้อนต้นทุนจริงของหน่วย บริการ และรองรับการพัฒนาสู่ Value-Based Payment ใน อนาคต
- สปสช. ปรับกลไกการเงินให้สะท้อนภาระงานจริงมากขึ้น โดยควรปรับ สูตรจัดสรรงบประมาณให้คำนึงถึงภาระโรค ต้นทุนเมือง ความ เปรียบเทียบทางสังคม ความเปราะบางของพื้นที่ และอัตราการใช้ บริการจริงเพื่อให้หน่วยบริการมีแรงจูงใจและศักยภาพในการดูแล ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

การจัดสรรงบประมาณ

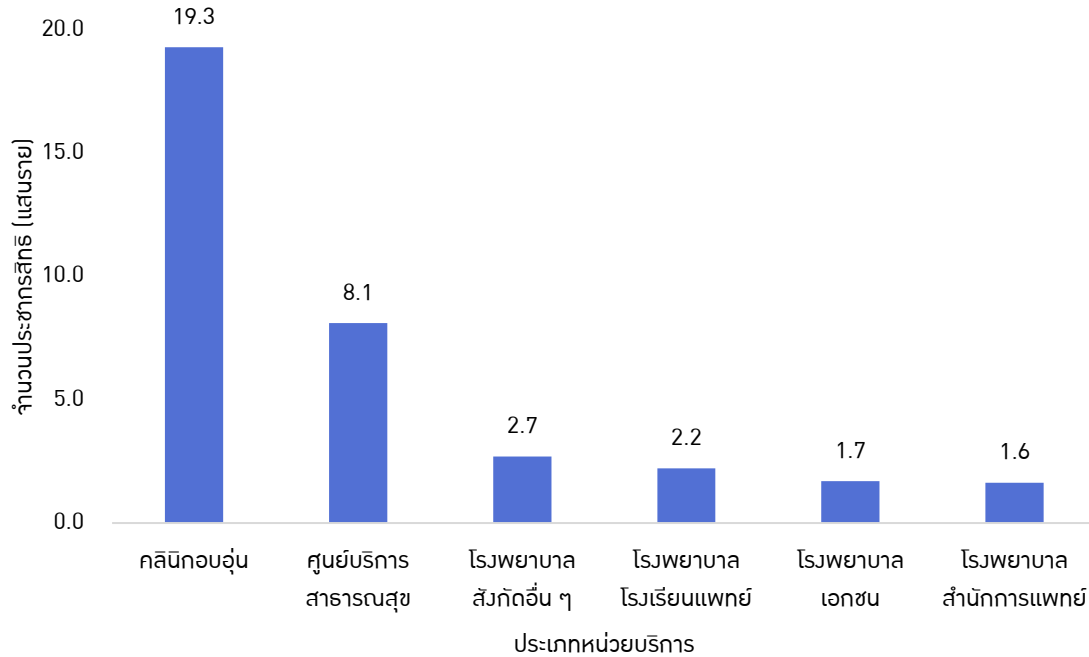


- สปสช. ควรปรับเกณฑ์และขอบเขตบริการที่สอดคล้องกับศักยภาพและบริบทในพื้นที่เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้จริง และแก้ปัญหา health need ใน กทม.
- สปสช. ควรปรับรายการบริการและอัตราจ่าย PP ให้สะท้อนต้นทุนจริง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการ PPFS ของหน่วยบริการ
- สปสช. ควรพิจารณาปรับสรรส่วนงบ PPB ประเภท Fee schedule ลงลด โดยเพิ่มสัดส่วนงบ PPB ประเภท Capitation มากขึ้นให้หน่วยบริการรับผิดชอบประชากรในพื้นที่โดยกำหนด KPI เพิ่มเติม
- สปสช. และ กทม. ควรส่งเสริมการใช้จ่ายงบกองทุนท้องถิ่นร่วมกับงบ PPFS โดยให้หน่วยปฐมภูมิภาครัฐและเอกชนออกให้บริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มที่เข้าถึงยาก

ภาคผนวก



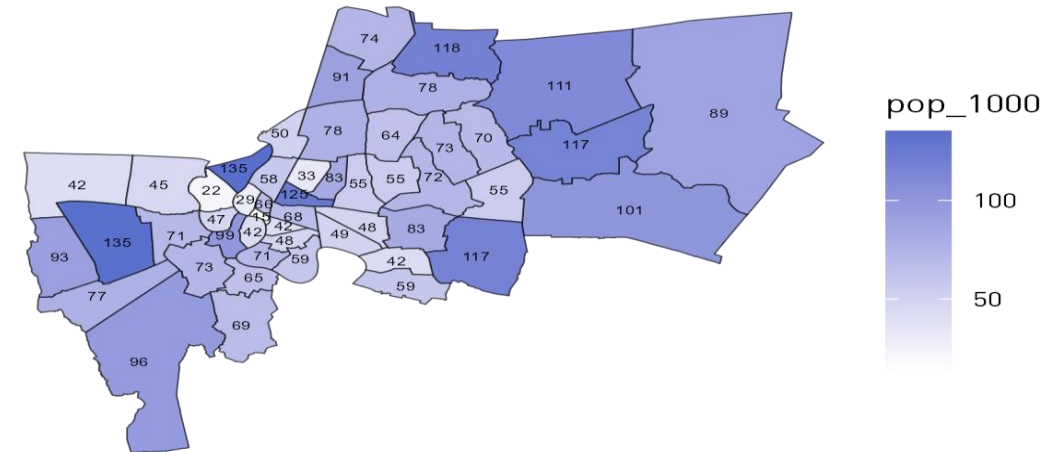
ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับบริการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- คลินิกอบอุ่นดูแลประชากรสิทธิ UC มากที่สุด 19.3 แสนราย รองลงมาคือศูนย์บริการสาธารณสุข 8.1 แสนราย รวมสองหน่วยนี้ครอบคลุมประชากรกว่า 75% ของพื้นที่กรุงเทพฯ
- กลุ่มโรงพยาบาล (โรงเรียนแพทย์ เอกชน สำนักงานการแพทย์ และสังกัดอื่น ๆ) ดูแลประชากรใกล้เคียงกันในช่วง 1.6–2.7 แสนราย

ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)
แบ่งตามเขตกรุงเทพมหานคร

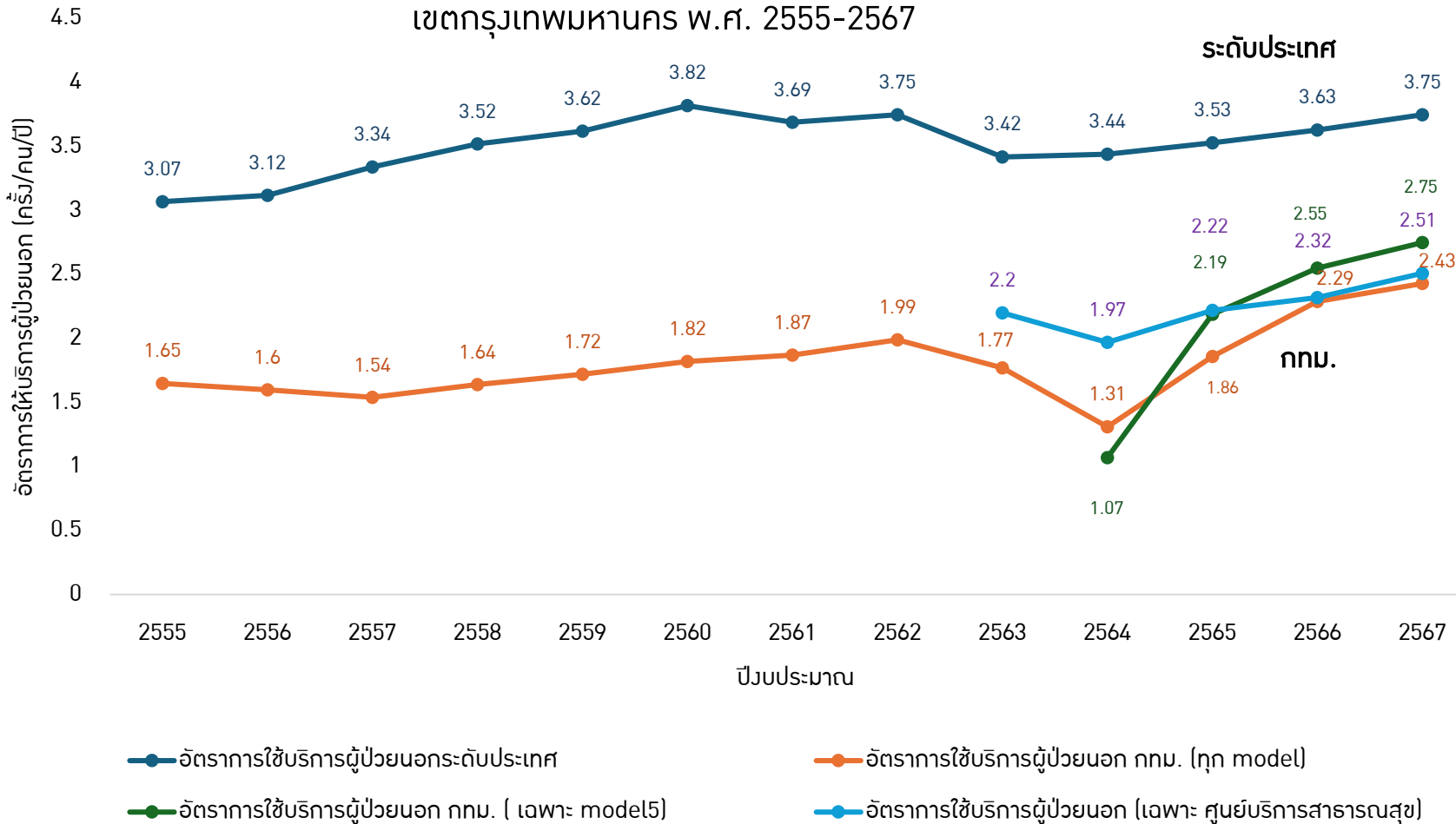


ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับบริการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ประชากรสิทธิ UC รวม 50 เขต ~3.55 ล้านราย เฉลี่ย ~71,000 คน/เขต กระจายไม่เท่ากัน สูงสุดที่บางพลัด/บางแค (~135,000) ต่ำสุดที่ สัมพันธวงศ์ (14,670) ต่างกัน 9 เท่า
- 8 เขตที่มีประชากรเกิน 100,000 คน (บางพลัด บางแค ราชเทวี สายไหม ประเวศ มินบุรี คลองสามวา ลาดกระบัง) ส่วนใหญ่อยู่เขตชั้นนอก

อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในกรุงเทพฯ ยังต่ำกว่าภาพรวมทั้งประเทศ

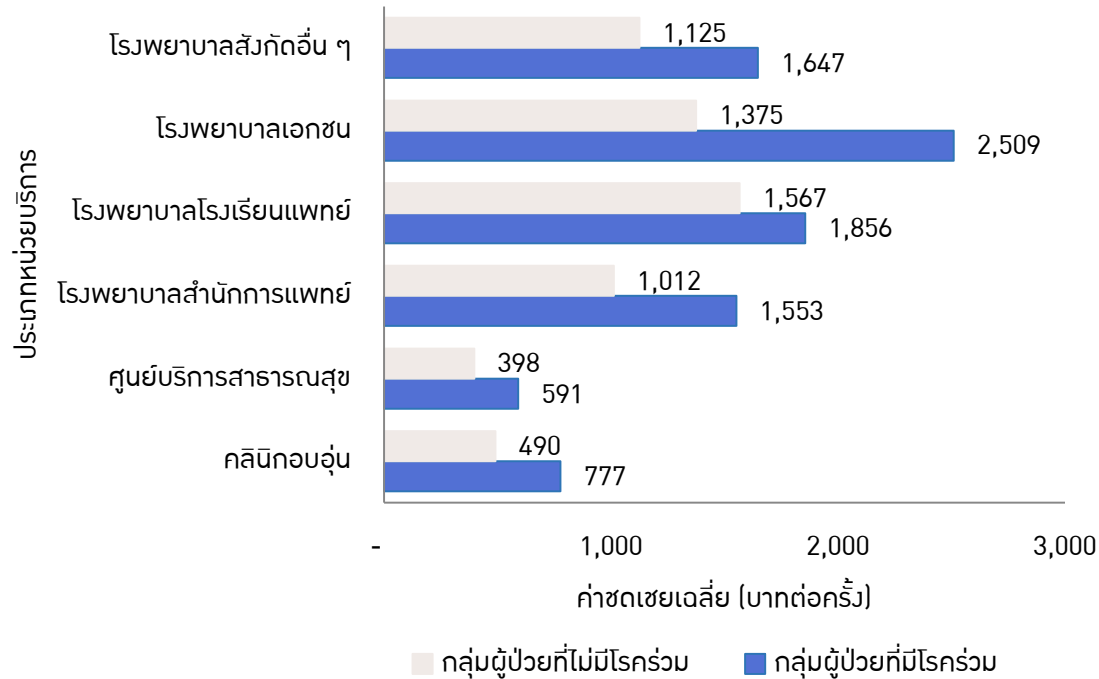
แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกภาพรวมระดับประเทศและ
เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2555-2567



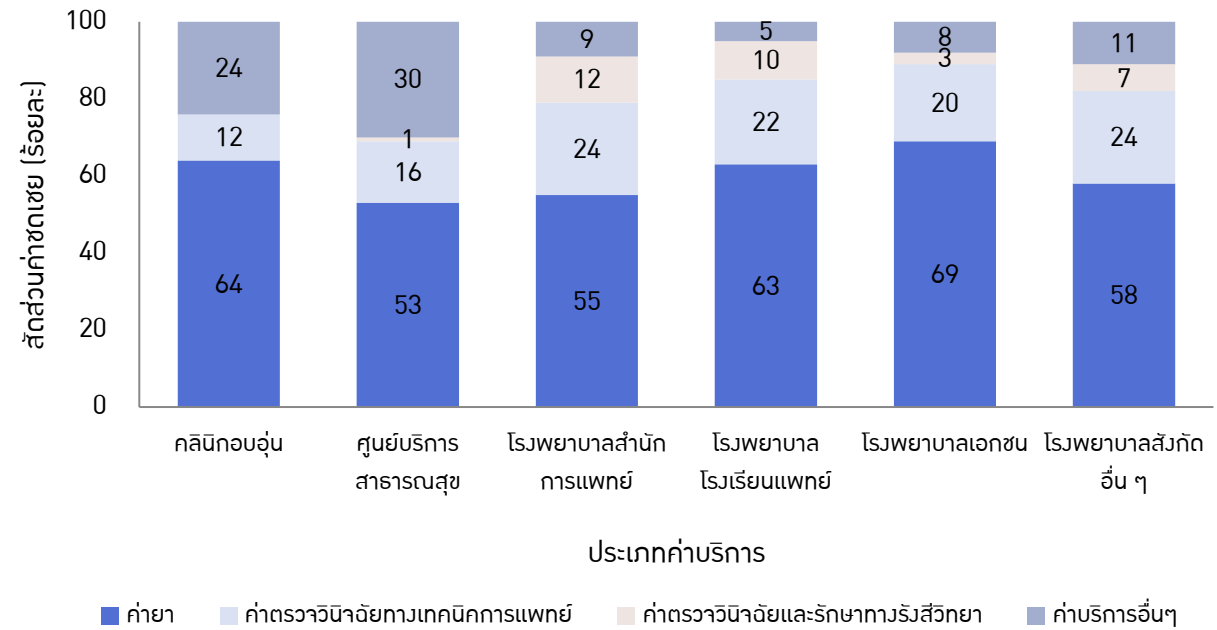
- ค่า utilization rate OP ของ กทม.ต่ำกว่าระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง (ปี 2567: กทม. 2.43 ครั้ง/คน/ปี เทียบกับประเทศ 3.75 ครั้ง/คน/ปี)
- สาเหตุหลักคือ รอคอยนานและไม่มีเวลาในเวลาราชการ
- คนกรุงเทพฯ มีพฤติกรรมพึ่งพาตนเองสูง มักซื้อยากินเอง หรือรักษาตัวเองที่บ้านคิดเป็นร้อยละ 34
- ระบบบริการปัจจุบันไม่ตอบโจทย์วิถีชีวิตคนเมืองควรปรับรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ (เช่น เวลาทำการที่ยืดหยุ่น) เพื่อลด Unmet Needs และกระตุ้นการเข้าถึง
- การจัดสรรงบประมาณมีปัญหาควรจัดสรรเพื่อให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้บริการที่แตกต่าง และจูงใจให้เกิดการใช้บริการเชิงสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

หน่วยปฐมภูมิรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ด้วยค่าชดเชยที่ต่ำกว่า

ค่าชดเชยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยต่อครั้ง แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



สัดส่วนประเภทค่าชดเชยสำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีไม่มีโรคร่วม แบ่งตามประเภทหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข (e-claim) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 หมายเหตุ: กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม = ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยโรคหลักเพียงโรคเดียว
 กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม = ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเกิดร่วมกันในคนเดียว

ค่าชดเชยเฉลี่ยต่อครั้งของ ศบส.มีค่าชดเชยต่ำสุด 398 บาทต่อครั้ง คลินิกอบอุ่น 490 บาทต่อครั้ง (กรณีไม่มีโรคร่วม) ขณะที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีค่าชดเชยสูงสุดสำหรับกรณีไม่มีโรคร่วม 1,567 บาทต่อครั้ง

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลเรียกเก็บค่าชดเชยเพื่อบริการสาธารณสุข (e-claim) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 หมายเหตุ: ค่าบริการอื่น ๆ เช่น เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู เป็นต้น

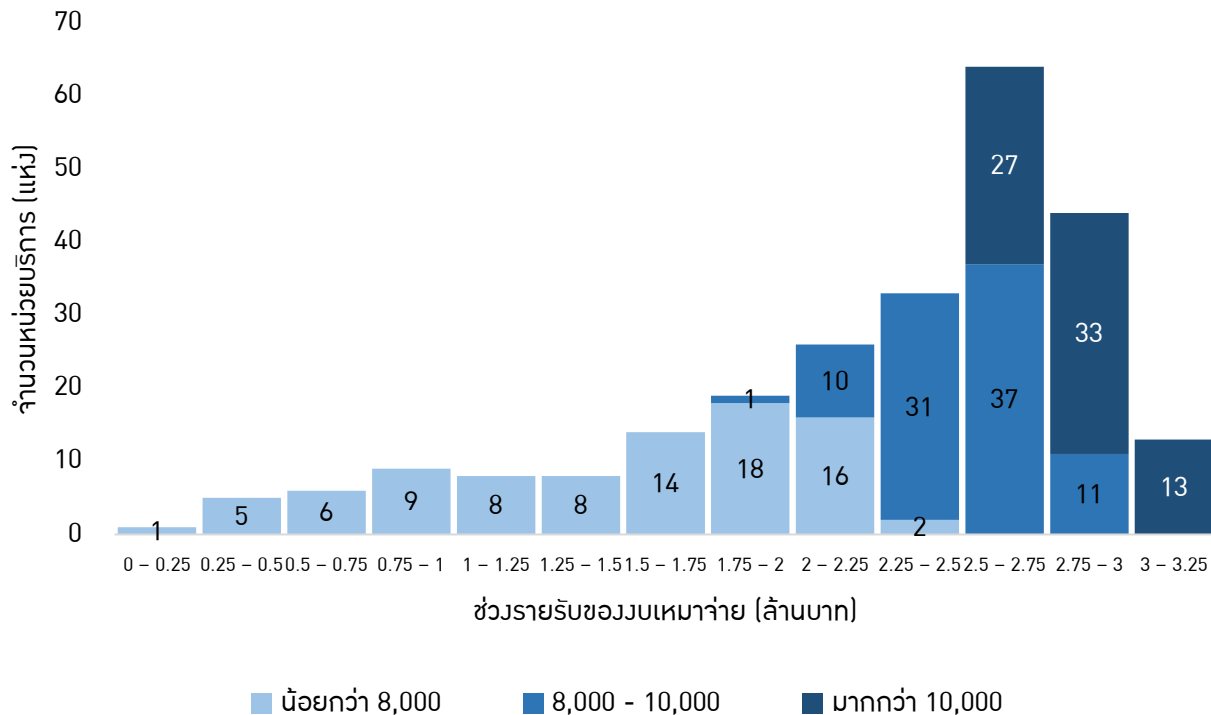
ค่าชดเชยส่วนใหญ่เป็นค่ายามากกว่าร้อยละ 55 สำหรับทุกประเภทหน่วยบริการ คลินิกอบอุ่นและ ศบส.มีค่าค่าตรวจแล็บ/ตรวจเลือดน้อยกว่าโรงพยาบาลทุกประเภท นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีสัดส่วนค่าเอกซเรย์เพิ่มเติม

รูปแบบจ่ายชดเชยค่าบริการสำหรับคลินิกอบอุ่น

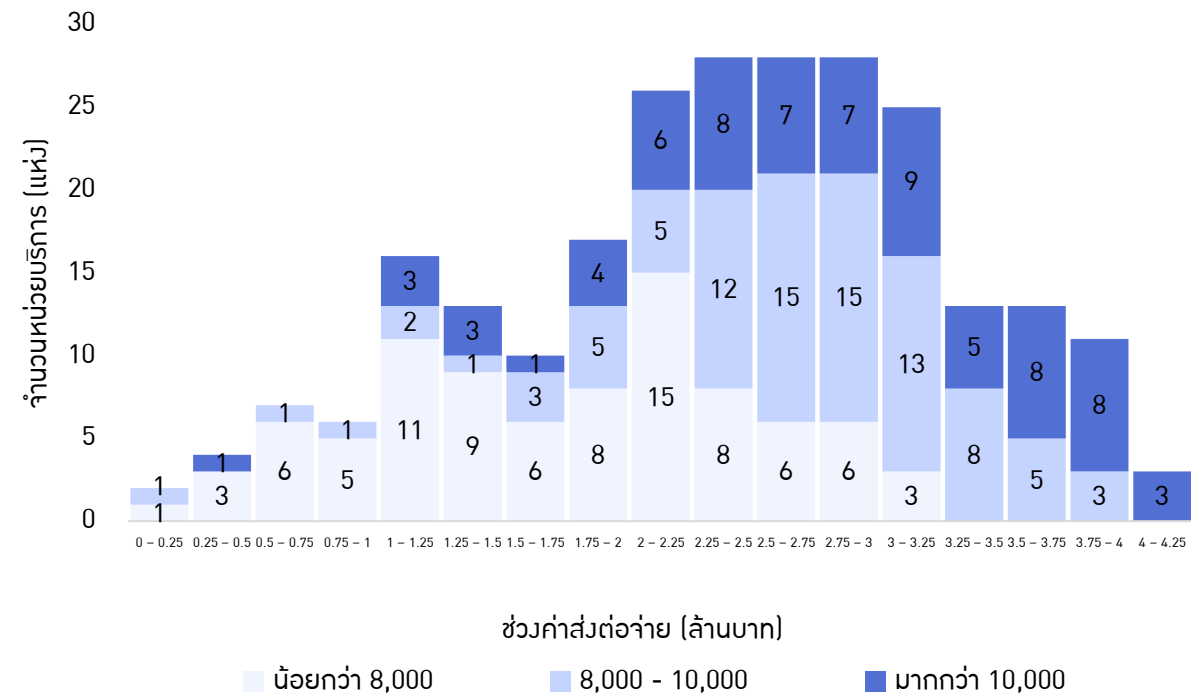
รูปแบบ	ก่อน พุทธศักราช พ.ศ. 2563 (Model 2)	พุทธศักราช พ.ศ. 2563 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 (Model 5)	ตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2567 (New Model 5)
บทบาทหน่วยปฐมภูมิ	คลินิกชุมชนอบอุ่นทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำ ขณะที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยรับส่งต่อ	ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการประจำ และคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย	ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการประจำ และคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยปฐมภูมิภายใต้ระบบเหมาจ่ายรายหัว
การเข้ารับบริการ	ประชาชนต้องเข้ารับบริการที่คลินิกชุมชนอบอุ่นก่อน และหากเกินศักยภาพจึงส่งต่อไปโรงพยาบาล	ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ที่ทั้งที่ ศบส. และคลินิกก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น	ประชาชนต้องเข้ารับบริการที่คลินิกชุมชนอบอุ่นก่อน และต้องใช้ระบบส่งต่อเมื่อเกินศักยภาพ
รูปแบบการจ่ายชดเชย	สปสช.จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวให้คลินิกชุมชนอบอุ่นในฐานะหน่วยบริการประจำ	สปสช.จ่ายตามรายการบริการแบบมีเพดานผ่านระบบคะแนน (fee schedule with global budget with point system)	สปสช.กลับมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว โดยจัดสรรให้คลินิกชุมชนอบอุ่นในฐานะหน่วยปฐมภูมิ
ผู้รับบริการ	ประชาชนต้องเข้ารับบริการที่คลินิกชุมชนอบอุ่นก่อน และต้องใช้ระบบส่งต่อเมื่อเกินศักยภาพ	สปสช.บริหารจ่ายชดเชยโดยตรงตามระบบคะแนนและสัดส่วนผลงานบริการ	คลินิกรับผิดชอบค่ารักษา 800 บาทแรก ส่วนที่เกินใช้งบกองทุนส่งต่อ
พฤติกรรมหน่วยปฐมภูมิ	คลินิกพยายามลดการส่งต่อเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย	หน่วยบริการเพิ่มปริมาณบริการ	คลินิกบางแห่งจำกัดการส่งต่อและปริมาณการรักษา

รายรับงบเหมาจ่ายรายหัวและค่าส่งต่อผู้ป่วยนอกของคลินิกอบอุ่น

การกระจายตัวรายรับจากงบเหมาจ่ายรายหัวของคลินิกชุมชนอบอุ่น
แบ่งตามขนาดหน่วยปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2568



การกระจายตัวค่าส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกชุมชนอบอุ่น
แบ่งตามขนาดหน่วยปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลการลงทะเบียนผู้รับบริการ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: จำนวนหน่วยบริการ 250 หน่วย ค่า min 208,609 บาท ค่า max 3,242,234 บาท ค่าเฉลี่ย 2,244,122 บาท

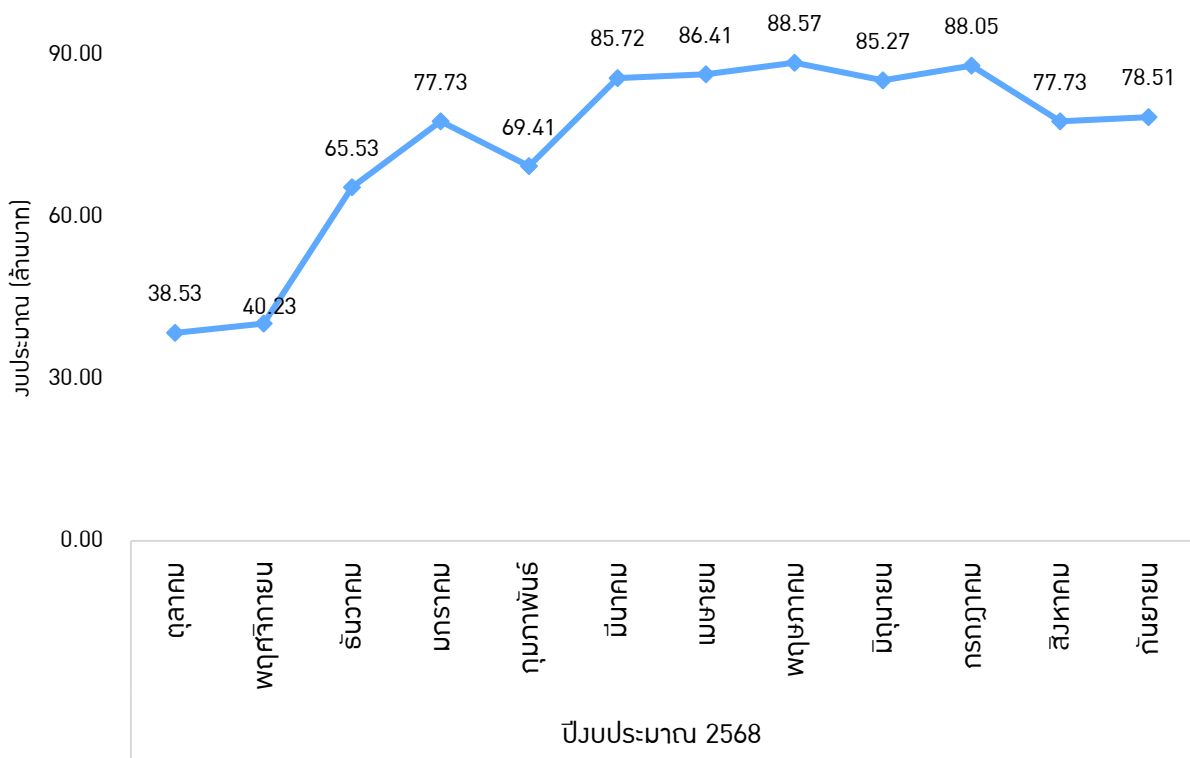
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานการบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ: จำนวนหน่วยบริการ 250 หน่วย ค่า min 2,860 บาท ค่า max 4,071,649 บาท ค่าเฉลี่ย 2,370,057 บาท

- คลินิกใหญ่ขึ้นย่อมได้รับเงินเหมาจ่ายมากขึ้นตามจำนวนประชากร
- คลินิกเล็ก (<8,000) มีรายรับอยู่ในช่วง 1.50-2.25 ล้านบาท คลินิกกลาง (8,000-10,000) มีรายรับอยู่ในช่วง 2.25-2.75 ล้านบาท คลินิกใหญ่ (>10,000) มีรายรับอยู่ในช่วง 2.50-3.00 ล้านบาท

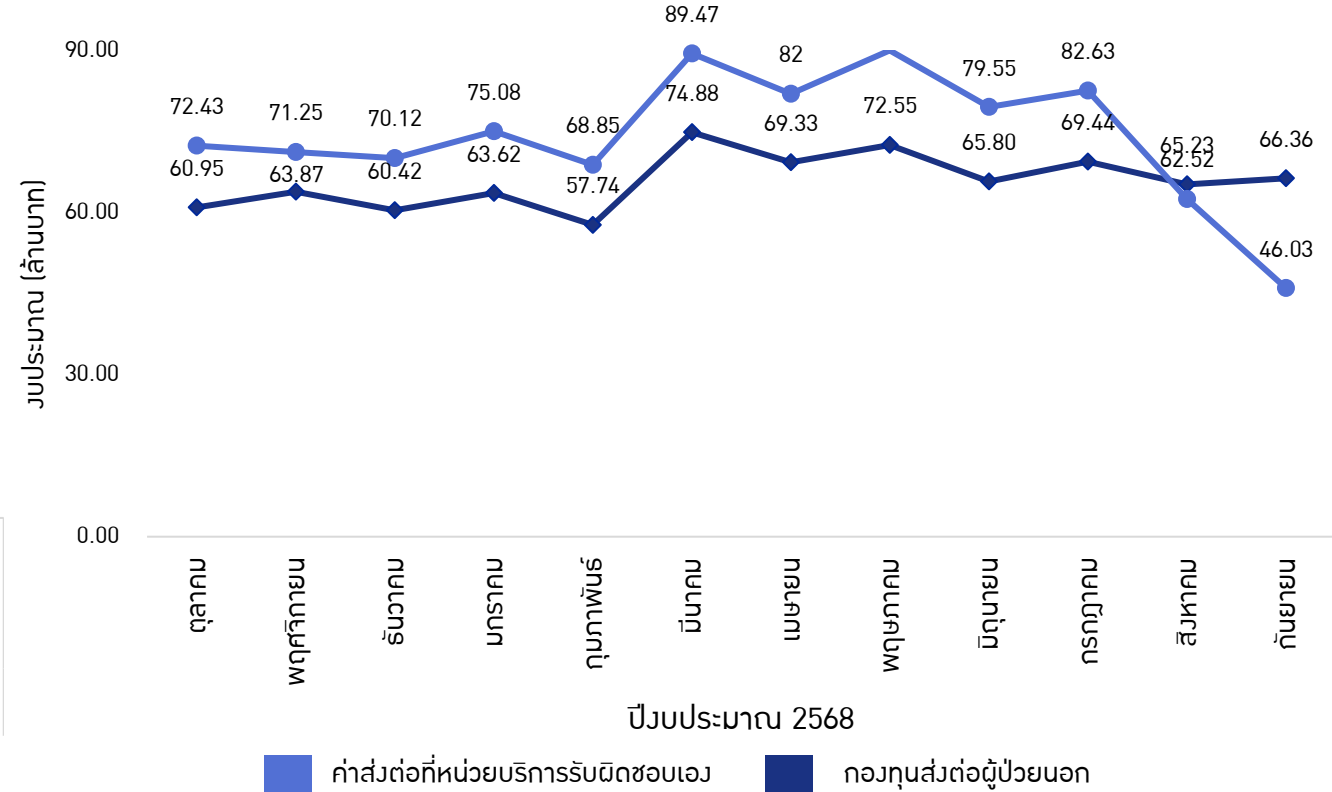
- ค่าส่งต่อผู้ป่วยกระจายตัวกว้างกว่ารายรับมากไม่แปรผันตรงตามขนาดคลินิก คลินิกเล็กส่วนใหญ่มีรายจ่าย 1-2.25 ล้านบาท คลินิกขนาดกลาง 2.25-3 ล้านบาท ขณะที่คลินิกขนาดใหญ่กระจาย 0.25-4.25 ล้านบาท
- คลินิกขนาดใหญ่ 19 แห่ง มีค่าส่งต่อสูงเกิน 3.5 ล้านบาทสูงกว่ารายรับเหมาจ่าย

งบประมาณที่จ่ายชดเชยกองทุน CR กทม.และค่าส่งต่อผู้ป่วยนอก (model 5)

จำนวนงบประมาณที่จ่ายชดเชยกองทุน Central Reimburse กทม.
ปีงบประมาณ 2568



จำนวนงบประมาณที่จ่ายชดเชยค่าส่งต่อผู้ป่วยนอก (model 5)
ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลรายงานบริหารการเบิกจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ภาพรวมกองทุน CR จ่ายชดเชยประมาณ 881.69 ล้านบาทเฉลี่ย 425 ล้านบาท
- กองทุน OPAE ใช้จ่ายเกินวงเงินร้อยละ 112 (173.5 ล้านบาท) ขาดดุลอย่างมีนัยสำคัญ
- กองทุน OPHC คงเหลือร้อยละ 76.6 และ OP DENT คงเหลือร้อยละ 52.1 ใช้จ่ายไม่ถึงครึ่งของวงเงิน

- ค่าส่งต่อที่หน่วยบริการรับผิดชอบเองสูงกว่ากองทุนส่งต่อผู้ป่วยนอกทุกเดือน
- เดือนมีนาคม ค่าส่งต่อเพิ่มขึ้นสูงสุดที่ 89.47 ล้านบาท ขณะที่ เดือนกันยายนกองทุนลดลงเหลือ 46.03 ล้านบาท ซึ่งเป็นระดับต่ำสุดของปี

ตารางเปรียบเทียบ CCI Index และ BKK Index

หัวข้อเปรียบเทียบ	CCI Index (เกณฑ์เดิมที่ใช้อยู่)	BKK Index (เกณฑ์ใหม่ที่เสนอ)
จำนวนกลุ่มโรค	ครอบคลุม 23 กลุ่มโรค (รวม 7 โรคเรื้อรังหลัก)	ขยายขอบเขตเป็น 63 กลุ่มโรค
ที่มาของข้อมูล	อ้างอิงมาตรฐานสากลดั้งเดิม (ฉบับปรับปรุงปี 2008)	พัฒนาจาก ฐานข้อมูลการใช้บริการจริงในพื้นที่ กทม. (ปีงบประมาณ 2568)
ลักษณะการให้คะแนน	ให้คะแนนเป็น ค่าน้ำหนักคงที่ (Fixed Weight) เช่น 1, 2, 3 หรือ 6 คะแนน ตามความรุนแรง	คำนวณจาก ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับค่าใช้จ่ายจริง ใน กทม. เพื่อสะท้อนภาระงานจริง
จุดเน้นของโรค	เน้นโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน ความดัน มะเร็ง และเอดส์ (HIV เคยให้น้ำหนักสูงถึง 6 คะแนน)	เน้นโรคที่พบบ่อยและเป็นภาระใน บริบทเมือง เช่น สุขภาพจิต, สภาวะชราภาพ และโรคซับซ้อนที่ต้องส่งต่อ
ความแม่นยำในการจ่ายเงิน	ถูกมองว่า Under-weighted สำหรับโรคซับซ้อนบางชนิด และให้น้ำหนักบางโรคสูงเกินความจำเป็นในปัจจุบัน	พยายามแก้ปัญหา Under-diagnosed เพื่อให้หน่วยบริการที่ดูแลเคสยากได้รับงบประมาณที่เป็นธรรมมากขึ้น

หมายเหตุ: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากประชุมกลุ่มสนทนา (Focus Group)

ตัวอย่างโรคเบื้องต้นที่คาดว่าจะใช้ใน BKK Index

เรียงลำดับจากปริมาณผู้ป่วยนอกที่พบในคลินิกอบอุ่นกรุงเทพฯ

CCI Index (เกณฑ์เดิมที่ใช้อยู่)

PDX	PDX Name
E109, E119	โรคเบาหวาน (ชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน)
I10	โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
I21 - I22	กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)
I50	ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
I60 - I69	โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)
F00 - F03	โรคความจำเสื่อม (Dementia)
J40 - J47	โรคปอดเรื้อรัง (Chronic pulmonary disease)
G81 - G82	โรคอัมพาต (Hemiplegia)
K70.3, K74.6	โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลางและมาก
C77 - C80	โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย
B20 - B24	โรคเอดส์ (AIDS/HIV)

ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมจาก วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปี2568

- คะแนนรวมของ CCI จะอยู่ระหว่าง 0-42 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีโรคร่วมในกลุ่มที่กำหนด
- CCI ให้น้ำหนักเบาหวานและความดันเพียง 1 คะแนน ทั้งที่จากงานวิจัยพบว่าเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนถึง 3.46 เท่า

BKK Index (เกณฑ์ใหม่ที่เสนอ)

PDX	PDX Name
I10	โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
E119	เบาหวานชนิดที่ไม่ระบุภาวะแทรกซ้อน
Z480	การทำแผลและตัดไหม
I259	โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
J459	โรคหืด (Asthma)
M170	ข้อเข่าเสื่อมสองข้าง (Primary gonarthrosis)
G409	โรคลมชัก (Epilepsy)
K219	โรคกรดไหลย้อน
M626	กล้ามเนื้อเคล็ด
H269	ต้อกระจก

ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมจาก การลงพื้นที่สัมภาษณ์คลินิกชุมชนอบอุ่น
หมายเหตุ: โรคตามศักยภาพในการรักษาของคลินิกชุมชนอบอุ่น

ให้คะแนนความเสี่ยงของ BKK Index จะอิงตาม ความจำเป็นทางชีวภาพ (Biologic Risk) และต้นทุนค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ กทม. เพื่อให้หน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยซับซ้อนได้รับงบประมาณที่ยุติธรรมมากขึ้น

รูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร

มิติการวิเคราะห์	Model 1	Model 2	Model 4	New Model 5 (ปัจจุบัน)
จำนวนประชากร	358,163 ราย	259,939 ราย	227,177 ราย	2,706,398 ราย
โครงสร้างหน่วยบริการ	หน่วยปฐมภูมิ: โรงพยาบาล หรือ ศบส. หน่วยประจำ: โรงพยาบาล หน่วยรับส่งต่อ: โรงพยาบาล	หน่วยปฐมภูมิ: โรงพยาบาล หรือ ศบส. หรือ คลินิกอบอุ่น หน่วยประจำ: โรงพยาบาล คลินิกอบอุ่น หน่วยรับส่งต่อ: โรงพยาบาล	หน่วยปฐมภูมิ: ศบส. หน่วยประจำ: โรงพยาบาล หน่วยรับส่งต่อ: โรงพยาบาล	หน่วยปฐมภูมิ: ศบส.หรือคลินิกอบอุ่น หน่วยประจำ: ศบส. หน่วยรับส่งต่อ: โรงพยาบาล
เงื่อนไขการเข้ารับบริการ	ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่ ศบส. หรือ โรงพยาบาลได้โดยตรง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว	ประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลได้โดยตรง โดยไม่ต้องใช้ใบ ส่งตัว	ประชาชนต้องเข้ารับบริการที่ ศบส. ก่อน และ หากเกินศักยภาพจึงส่งต่อไปโรงพยาบาล	ประชาชนต้องเข้ารับบริการที่หน่วยปฐม ภูมิก่อน และหากเกินศักยภาพจึงส่ง ต่อไปโรงพยาบาล
ค่าบริการผู้ป่วยนอก	จบทหารายรายหัวจัดสรรตรงให้โรงพยาบาล	จบทหารายรายหัวจัดสรรตรงให้ โรงพยาบาล	จบทหารายรายหัวจัดสรรตรงให้โรงพยาบาล	จบทหารายรายหัวจัดสรรตรงให้หน่วย ปฐมภูมิ
การจัดการค่า รักษาพยาบาลกรณีส่งต่อ	โรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อส่งต่อ หรือใช้บริการข้ามหน่วย	โรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด เมื่อมีการส่งต่อ	โรงพยาบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อส่งต่อ หรือใช้บริการข้ามหน่วย	หน่วยปฐมภูมิรับผิดชอบค่าใช้จ่าย 800 บาทแรกต่อครั้ง ส่วนที่เกินใช้กองทุน ส่งต่อกลาง
พฤติกรรมตอบสนอง ของหน่วยบริการ	โรงพยาบาลมีแนวโน้มเก็บผู้ป่วยไว้รักษาเอง และจำกัดการส่งต่อข้ามเครือข่าย	โรงพยาบาลจำกัดการส่งต่อภายนอก เครือข่าย	โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายผ่านระบบใบส่ง ตัว ขณะที่ ศบส.เน้นส่งต่อมายังโรงพยาบาล	หน่วยปฐมภูมิพยายามลดต้นทุนการ ส่งต่อ เช่น จำกัดการส่งต่อ จำกัดค่า ยา และลดการตรวจ Lab
ผลกระทบต่อผู้ป่วย	ประชาชนขาดอิสระเลือกหน่วยบริการใกล้บ้าน ไม่ได้	ประชาชนแออัดที่โรงพยาบาลตั้งแต่ต้น	ประชาชนอาจต้องเข้าบริการหลายแห่ง	ประชาชนร้องเรียนเรื่องใบส่งตัวจำนวน มาก

สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายกรุงเทพฯ จำแนกตามลักษณะภารกิจ ปีงบประมาณ 2558–2568



ผลกระทบจากการปรับโครงสร้างงบประมาณ

โครงสร้างงบประมาณกรุงเทพฯ
 กรุงเทพฯ ขาดอำนาจบริหารงบประมาณสุขภาพแบบบูรณาการ แม้จะได้รับจัดสรรงบประมาณจากหลากหลายแหล่งทุน

สัดส่วนงบประมาณ
 งบประมาณสาธารณสุขกรุงเทพฯ 10 ปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนต่ำเฉลี่ยเพียงร้อยละ 7.34 ของงบประมาณรวม

บทต่อหัวประชากร
 งบสาธารณสุขต่อประชากรของกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี 2558–2564 ก่อนลดลงเหลือ 302.59 บาทต่อคนในปี 2566

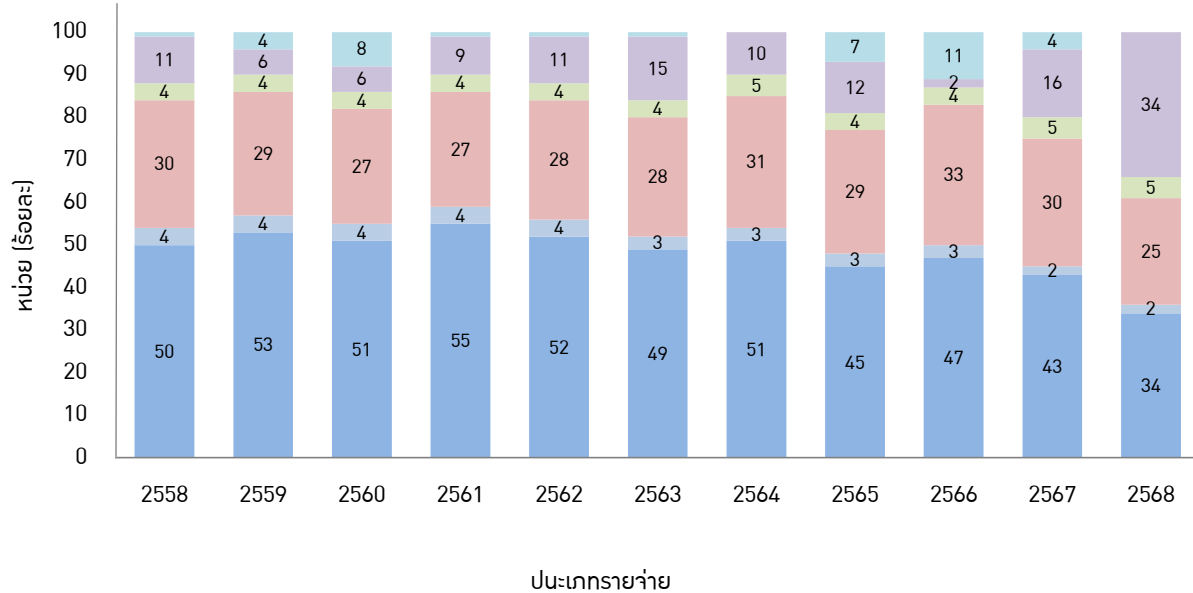
ดัชนีการลงทุน
 ดัชนีการลงทุนสาธารณสุขกรุงเทพฯ โดดสูงสุดร้อยละ 125.48 ช่วงปี 2560–2564 ก่อนหดตัวเหลือร้อยละ 30.14 ในปี 2566

ที่มา: คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลงบประมาณโดยสัปดาห์ รายปีงบประมาณ 2558-2568 สำนักงบประมาณกรุงเทพมหานคร

สัดส่วนงบประมาณของสำนักงานแพทย์และสำนักอนามัยอยู่ในระดับต่ำ

สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายสำนักงานแพทย์จำแนกตามประเภทรายจ่าย

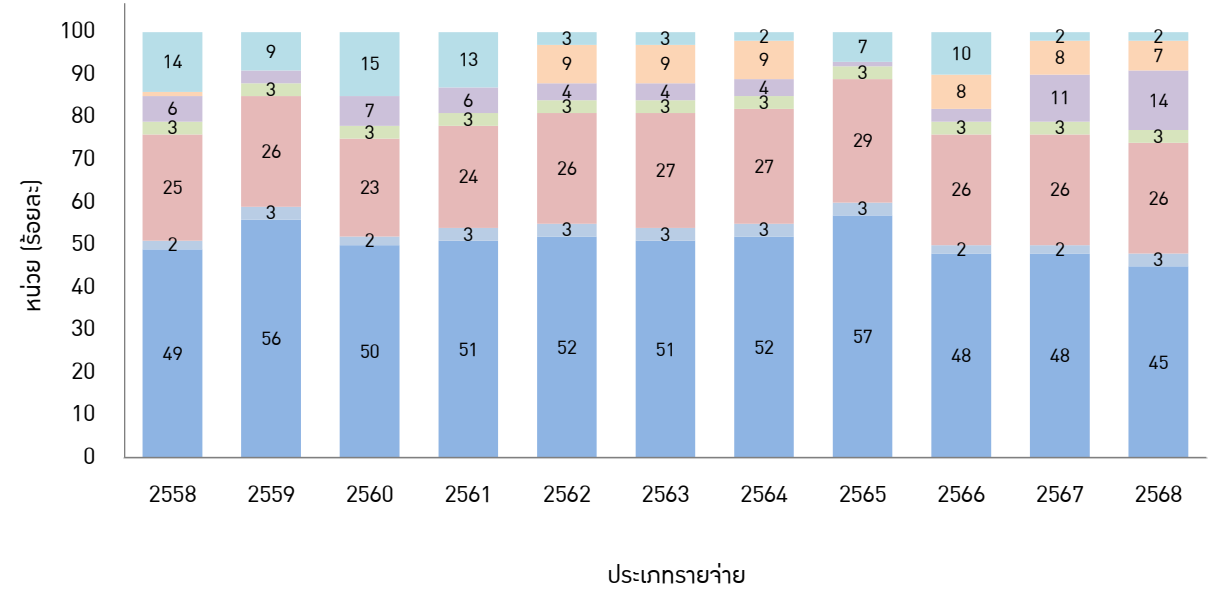
ปีงบประมาณ 2558-2568



- เงินเดือนและค่าจ้างประจำ
- ค่าจ้างชั่วคราว
- ค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ
- ค่าสาธารณูปโภค
- ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง
- เงินอุดหนุน
- รายจ่ายอื่น

สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายสำนักอนามัยจำแนกตามประเภทรายจ่าย

ปีงบประมาณ 2558-2568



- เงินเดือนและค่าจ้างประจำ
- ค่าจ้างชั่วคราว
- ค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ
- ค่าสาธารณูปโภค
- ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง
- เงินอุดหนุน
- รายจ่ายอื่น

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

- สำนักงานแพทย์และสำนักอนามัยมีสัดส่วนรายจ่ายด้านบุคลากรสูงเกินครึ่งหนึ่งของงบประมาณ ซึ่งสะท้อนถึงการใช้จ่ายประจำที่ค่อนข้างหนักหน่วง
- ทั้งสองหน่วยงานได้รับงบลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์ในสัดส่วนที่ต่ำมาก โดยสำนักงานแพทย์มีงบลงทุนเพียงร้อยละ 12.1 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพการพัฒนาระบบบริการในอนาคต

- สำนักอนามัยมีรายจ่ายด้านเงินเดือนและค่าจ้างประจำสูงถึงร้อยละ 50.9 แต่กลับมีงบลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์เฉลี่ยเพียงร้อยละ 5.7 ซึ่งทำให้เผชิญข้อจำกัดในการพัฒนาฯ. ทั้ง 69 แห่งมาอย่างต่อเนื่องยาวนานถึง 11 ปี
- สำนักอนามัยต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากภายนอกในสัดส่วนร้อยละ 7.4 - 9.0 เพื่อนำมาใช้ขับเคลื่อนและดำเนินการกิจบางส่วนให้สำเร็จลุล่วง

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568

ประเภทของประชากร	ประชากร	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการ PPFS
ไม่เปราะบาง	1,112,319	194,659
เปราะบาง	129,958	17,217

หมายเหตุ: จำนวนประชากรในที่นี้ ครอบคลุมคนที่มีข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร จากแฟ้มข้อมูลงานลงทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

คณะผู้วิจัยจำแนกระหว่างประชากรเปราะบางและไม่เปราะบางตามประวัติสิทธิหรือสวัสดิการที่แต่ละคนมี โดยกลุ่มเปราะบางครอบคลุม (1) ผู้ที่มีรายได้น้อย (2) คนพิการ/ทุพพลภาพ และ (3) ผู้พำนักในสถานที่ภายใต้การดูแลของส่วนราชการ

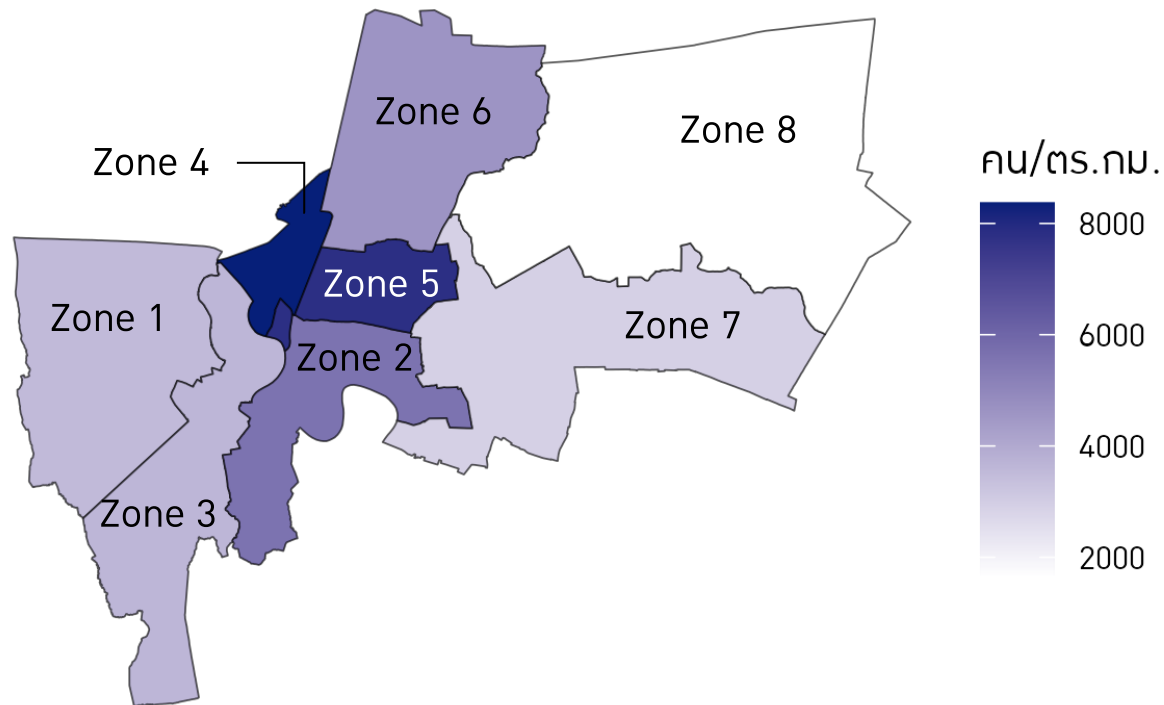
เกณฑ์การจำแนกกลุ่มเปราะบาง

สิทธิหรือสวัสดิการ	รายละเอียดของสิทธิหรือสวัสดิการ	กลุ่ม	
WEL-74	คนพิการ	พิการ/ทุพพลภาพ	
SSI	สิทธิเบิกกองทุนประกันสังคม (ทุพพลภาพ)		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ)			
DIS	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ประกันตนคนพิการ)		
DLG	สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น		
DOL	สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานรัฐ/สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น		
DOF	สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานรัฐ		
DPV	สิทธิครูเอกชน		
WEL-72	ผู้มีรายได้น้อย		รายได้น้อย
WEL-91	ผู้พำนักในสถานที่ภายใต้การดูแลของส่วนราชการ 1		ผู้พำนักในสถานที่ภายใต้การดูแลของส่วนราชการ
WEL-92	ผู้พำนักในสถานที่ภายใต้การดูแลของส่วนราชการ 2		

หมายเหตุ: WEL คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเภทมีสิทธิย่อย

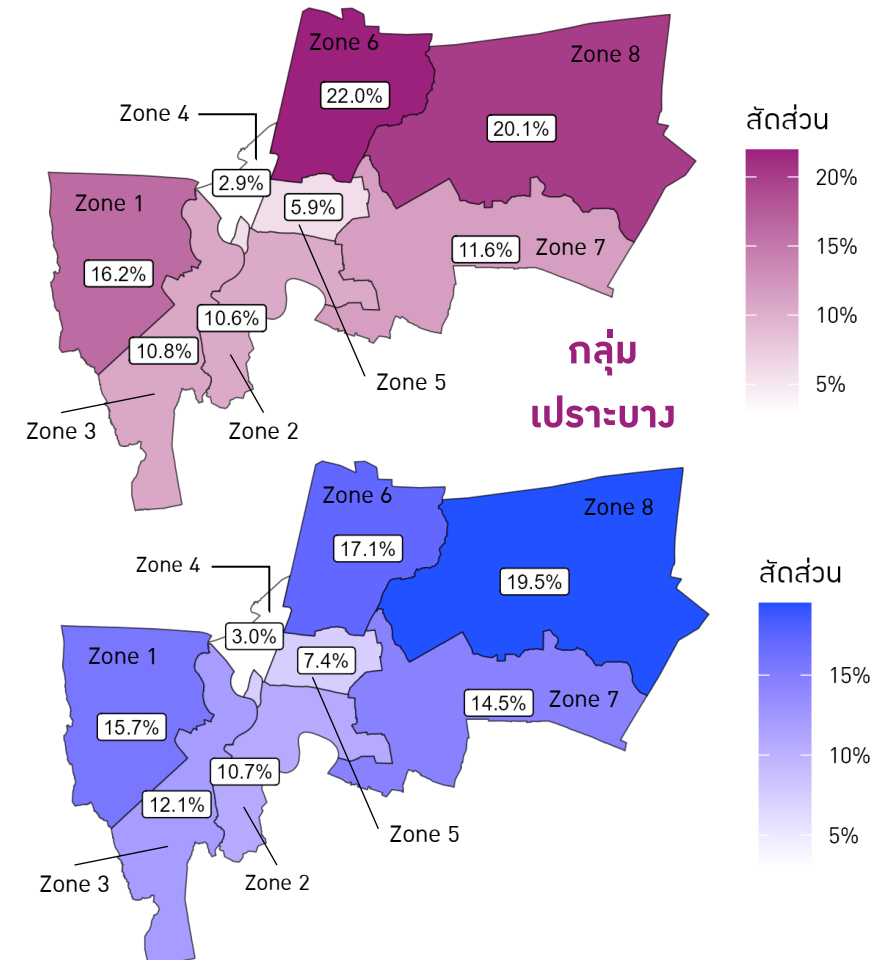
ความหนาแน่นของประชากร ในแต่ละเขตสุขภาพ

กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2565



ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจาก (1) สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ (2) สำนักงานภูมิสารสนเทศ สำนักการวางผังและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร

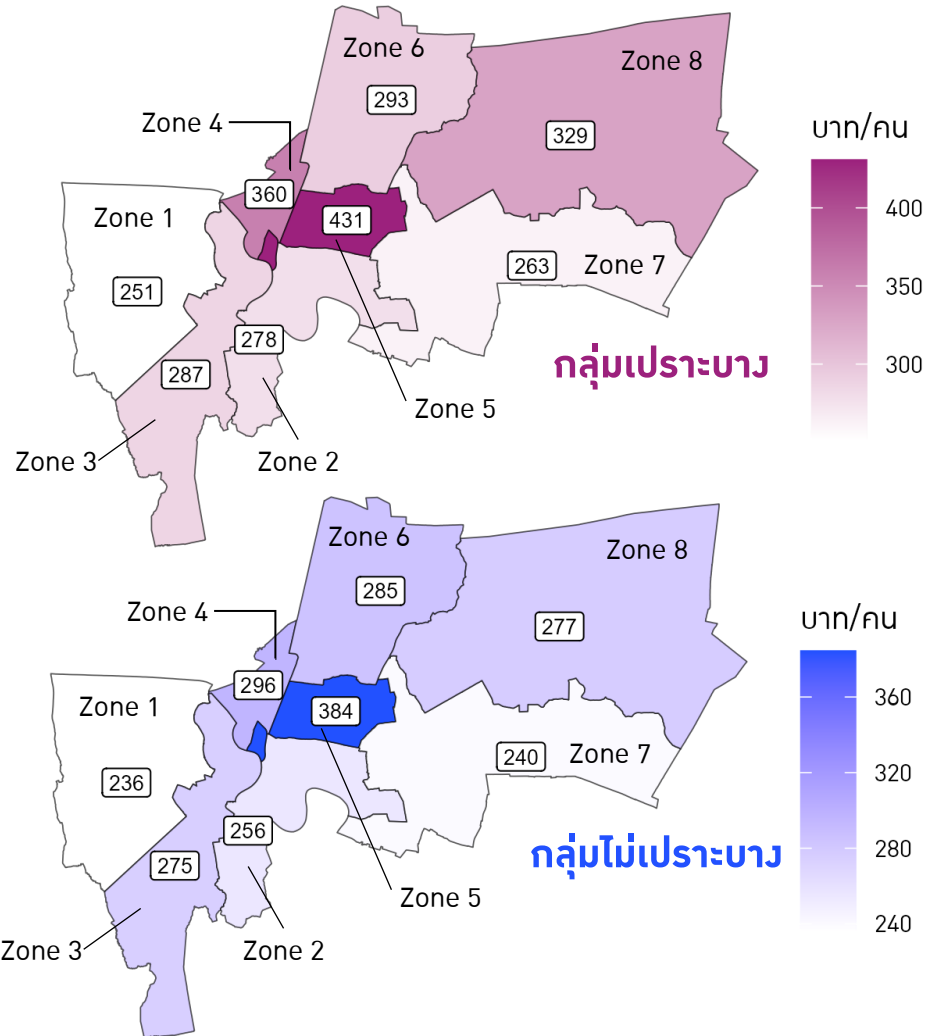
สัดส่วนการให้บริการ (ครั้ง) ต่อจำนวนครั้งการให้บริการ PPFS ทั้งหมด จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568 กรุงเทพมหานคร



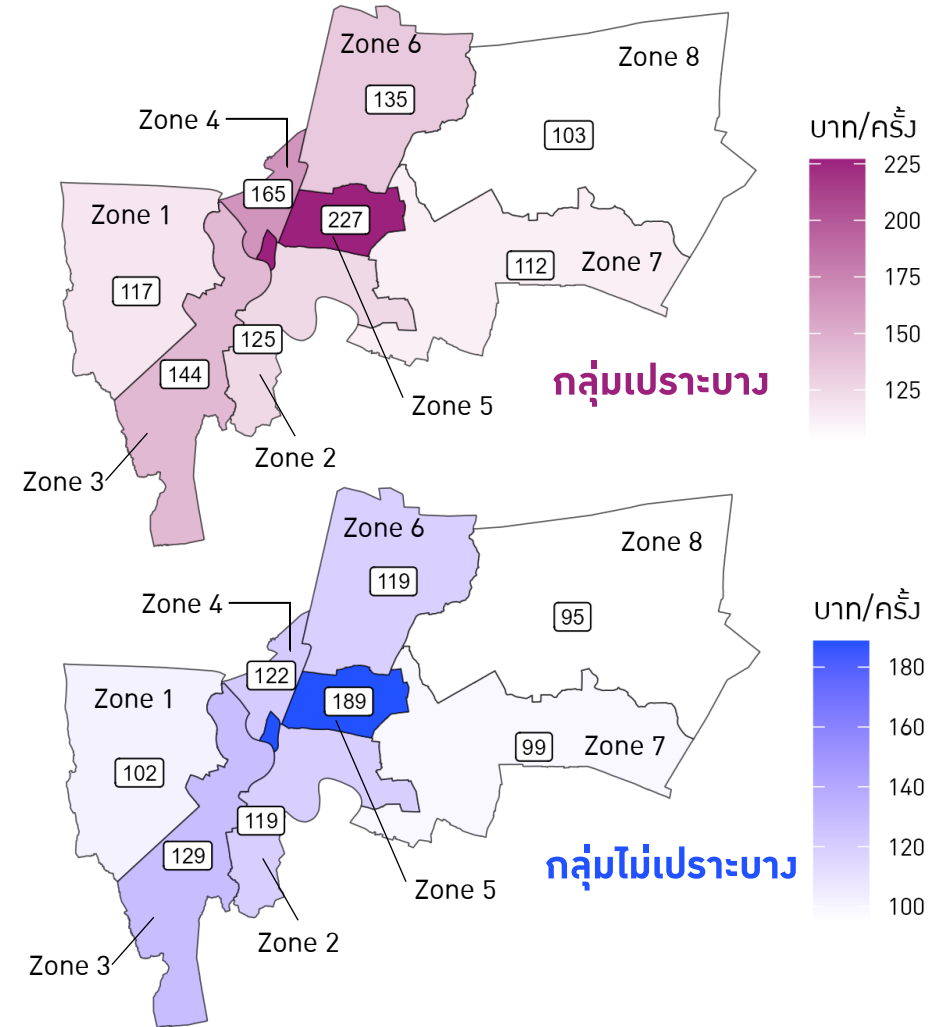
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากแฟ้มข้อมูลรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PPFS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2568)

ค่าบริการ PPFS ของประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มทั่วไป

ค่าบริการ PPFS (บาท) ต่อคน จำแนกตามเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2568 กรุงเทพมหานคร



ค่าบริการ PPFS (บาท) ต่อบริการ 1 ครั้ง จำแนกตามเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2568 กรุงเทพมหานคร



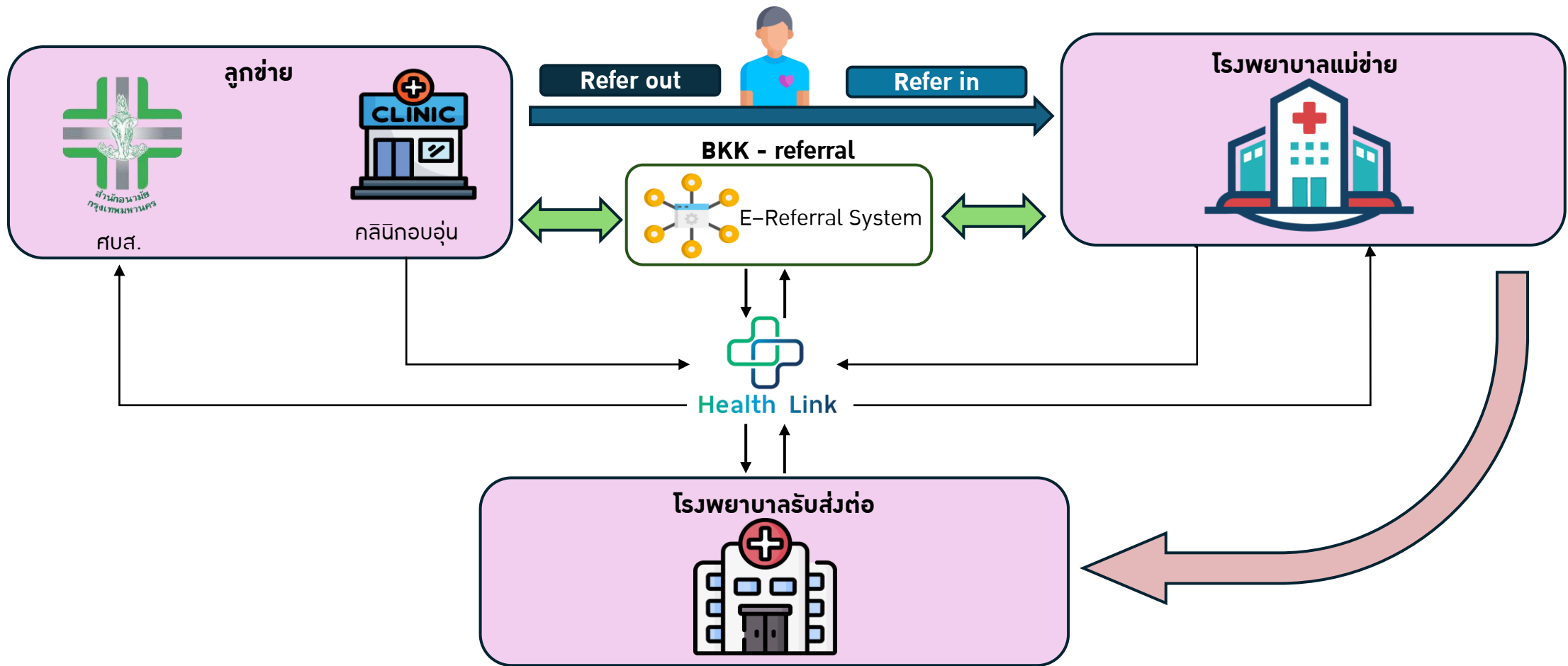
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากเพิ่มข้อมูลรายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค PPFS สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2568)



ระบบ BKK referral เชื่อมโยงข้อมูลและ
รองรับการส่งต่อผู้ป่วยได้เฉพาะบาง
เครือข่ายบริการ



ศักยภาพการเชื่อมโยงข้อมูลของ BKK Referral Network

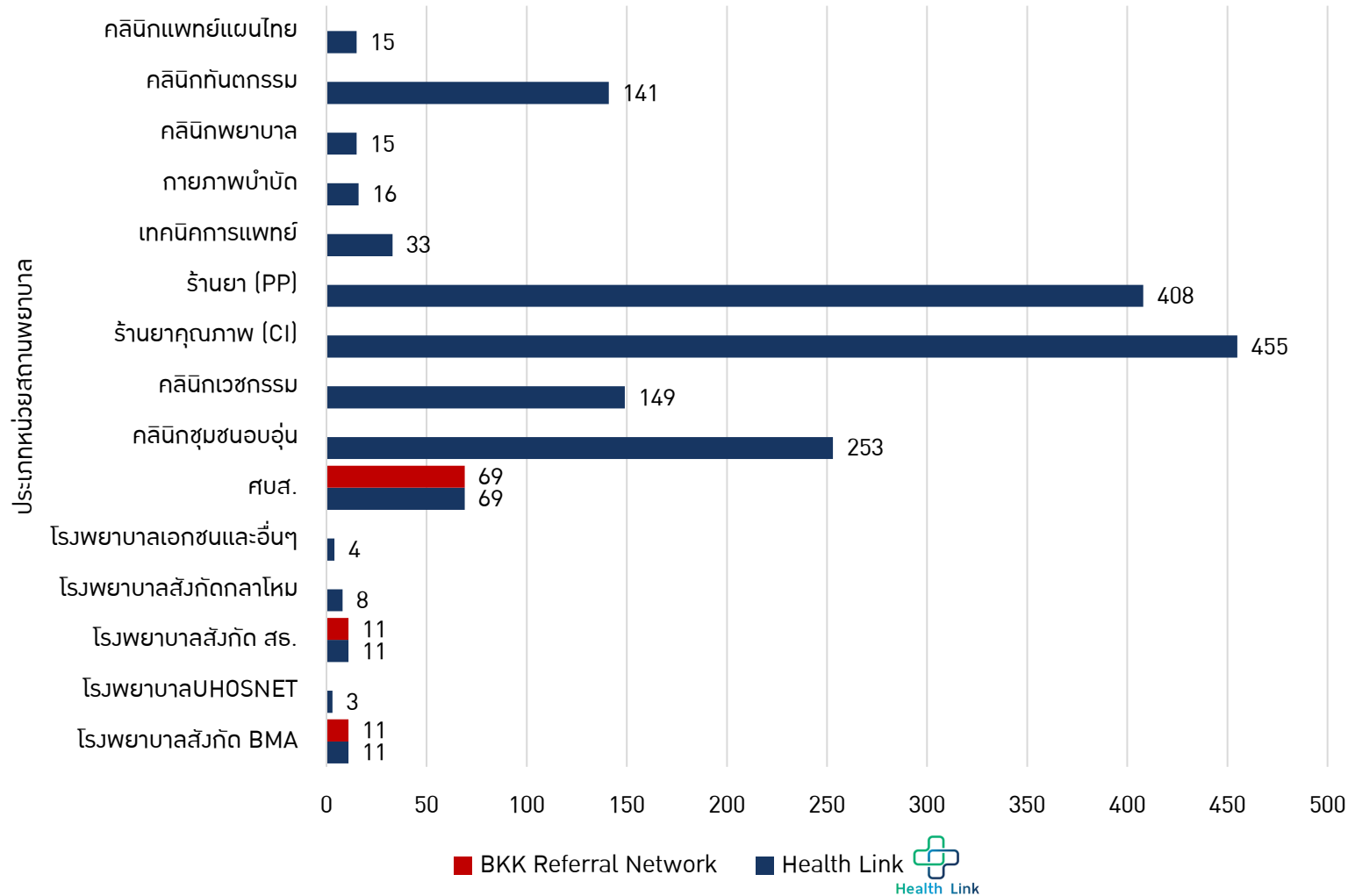


ที่มา : คณะผู้วิจัยรวบรวมจากสถาบันข้อมูลขนาดใหญ่

- BKK referral system ทำหน้าที่เป็นระบบเชื่อมต่อข้อมูลการรับ-ส่งตัวผู้ป่วยระหว่างลูกข่าย และโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างรวดเร็ว
- ระบบนี้บริหารเส้นทางการส่งตัวผู้ป่วย ทั้งการส่งต่อออก (Refer out) และการรับตัวเข้า (Refer in) โดยประสานงานข้อมูลร่วมกับฐานข้อมูลกลางอย่าง Health Link เพื่อการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

ข้อจำกัดของระบบ BKK Referral Network ในปัจจุบัน

จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการเชื่อมโยงข้อมูล Health Link และระบบ BKK Referral Network



ขอบเขตการใช้งานปัจจุบัน

ด้านการครอบคลุมหน่วยบริการ

- ระบบ BKK referral รองรับการเชื่อมต่อเฉพาะศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัด สธ. และโรงพยาบาลสังกัด BMA
- ระบบ E-Referral ยังไม่รองรับการเชื่อมต่อกับคลินิกเอกชน ร้านยา และโรงพยาบาลเอกชน

ด้านข้อจำกัดเชิงนโยบาย

- กรุงเทพฯ (BMA) บังคับใช้ระบบส่งต่อแบบ BKK referral เฉพาะหน่วยงานในสังกัด
- สปสช. ยังไม่ได้ออกระเบียบบังคับให้ภาคเอกชนใช้ระบบการส่งต่อ

ข้อจำกัดของระบบ

- ระบบ BKK referral เชื่อมโยงข้อมูลและรองรับการส่งต่อผู้ป่วยได้เฉพาะบางเครือข่ายบริการ
- การใช้งานกระจุกตัวอยู่ในหน่วยบริการหลักเพียง 3 กลุ่มและผู้ใช้บริการนอกเครือข่ายยังไม่สามารถใช้งานระบบได้

ที่มา : สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่

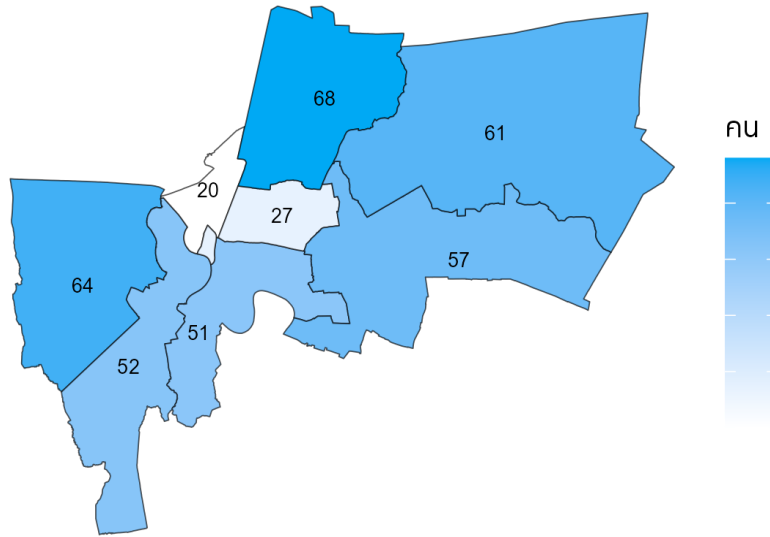


ข้อมูลแบบสอบถาม โครงการวิจัยฯ

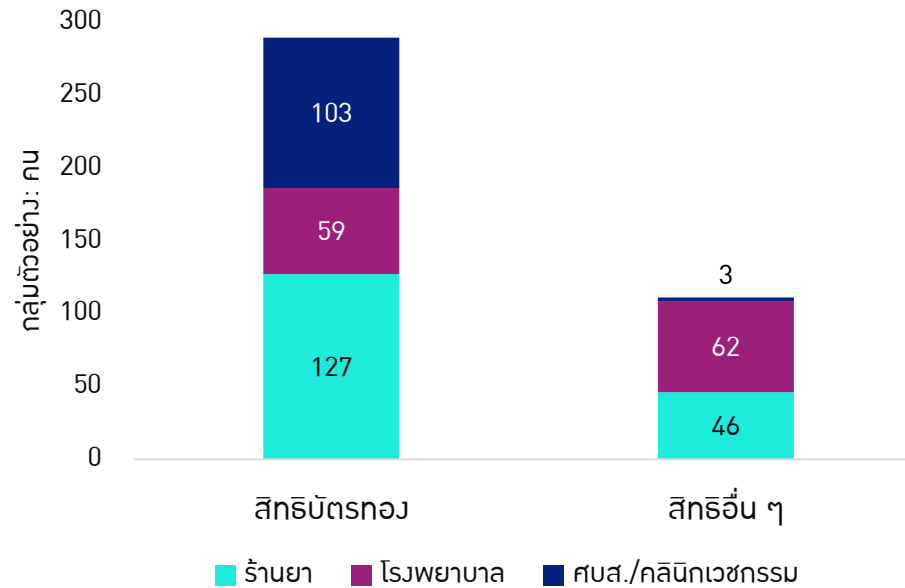


พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

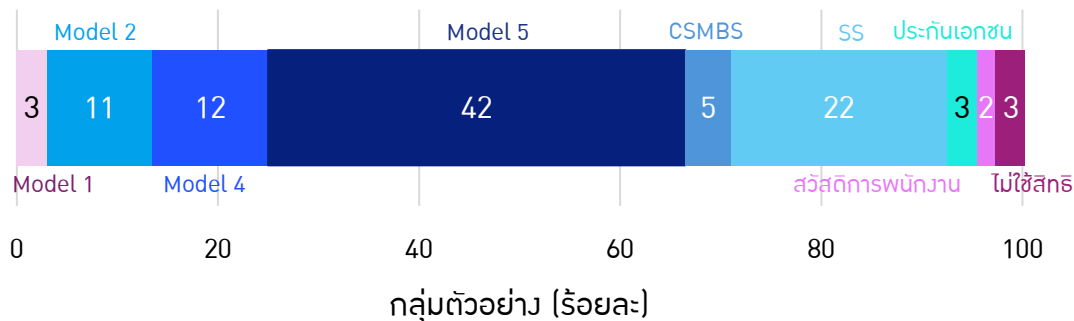
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง



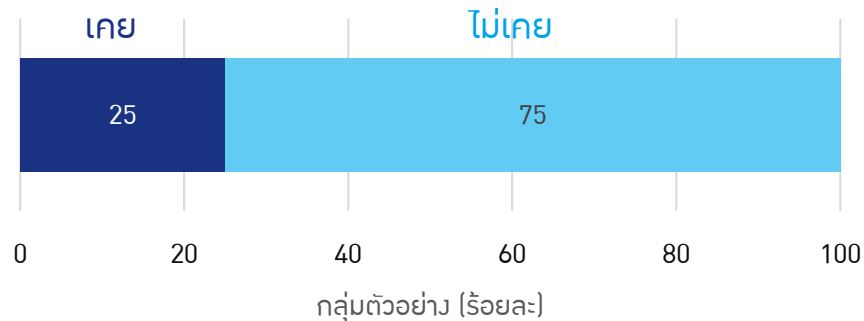
พฤติกรรมในการเลือกใช้หน่วยบริการ



สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสวัสดิการที่ใช้เป็นหลัก

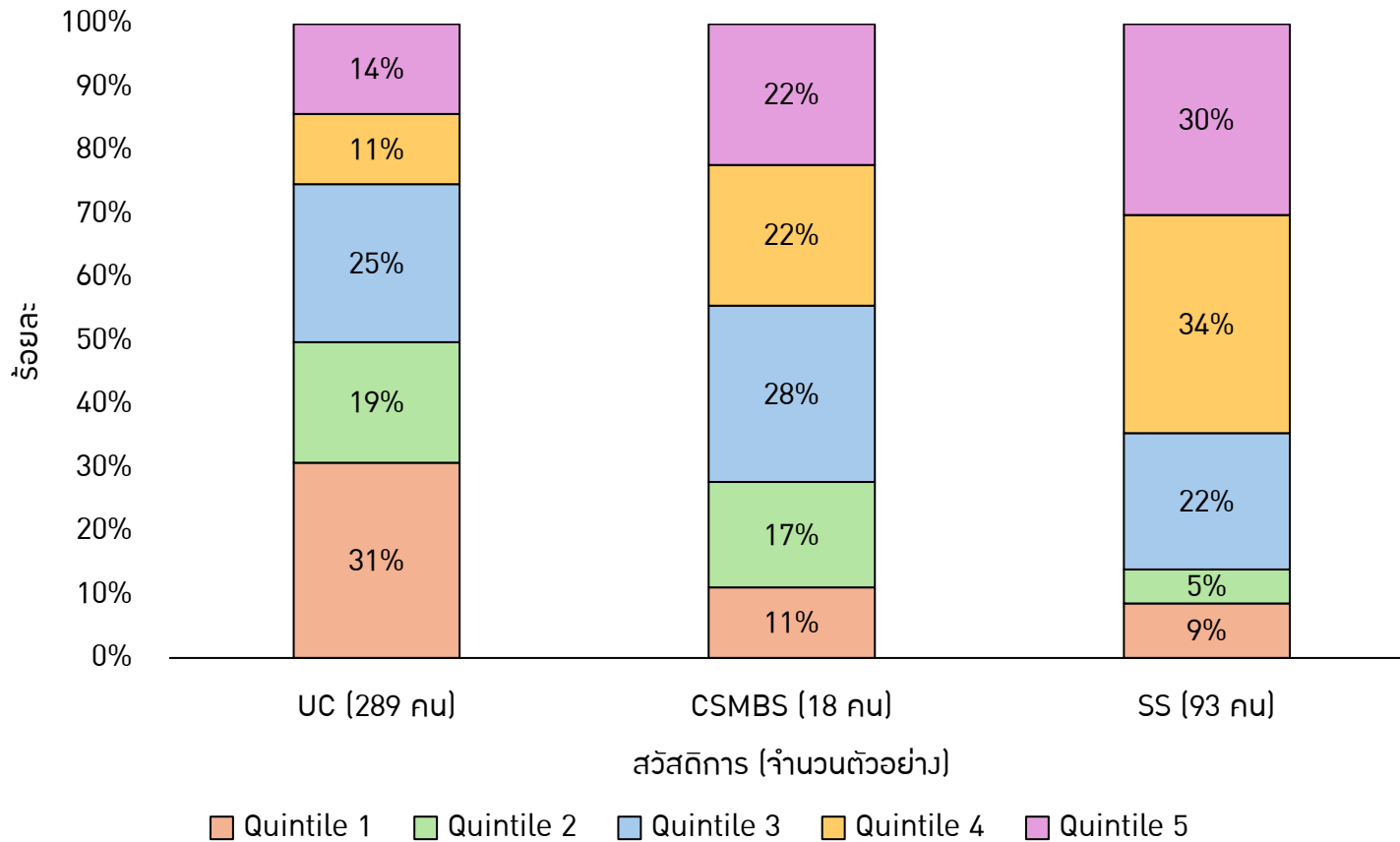


ประสบการณ์การส่งต่อ



- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิ UC โดยเฉพาะ Model 5 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม ข้าราชการ และสิทธิประเภทอื่น
- ผู้ใช้สิทธิ UC ส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลและร้านยา ขณะที่ผู้มีสิทธิอื่นใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก
- ประชาชนพึ่งพาโรงพยาบาลและร้านยาเป็นหลัก แม้ว่าจะมีทางเลือกอื่นในระบบบริการสุขภาพ

สัดส่วนผู้ที่มีสวัสดิการของรัฐจำแนกตาม Income Quintile

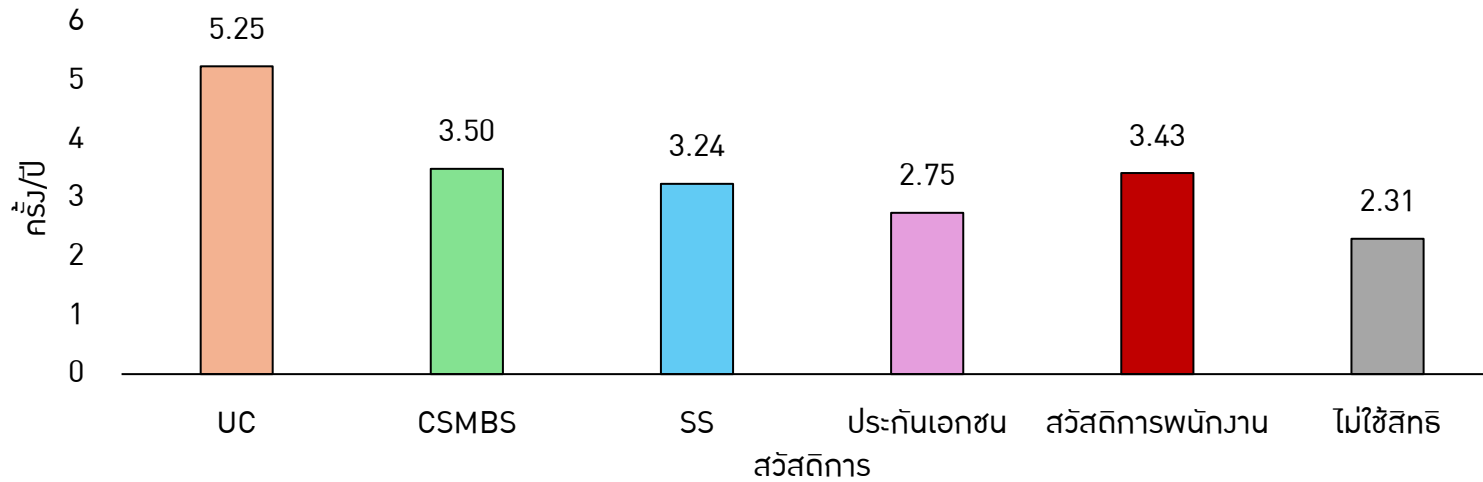


โครงสร้างผู้ที่มีสวัสดิการของรัฐแตกต่างกันตามระดับรายได้

- UC กระจุกตัวในรายได้ต่ำ (Quintile 1 สูง)
- CSMBS กระจายค่อนข้างสมดุล (Quintile 3 สูง)
- SS กระจุกตัวในรายได้สูง (Quintile 4-5 สูง)

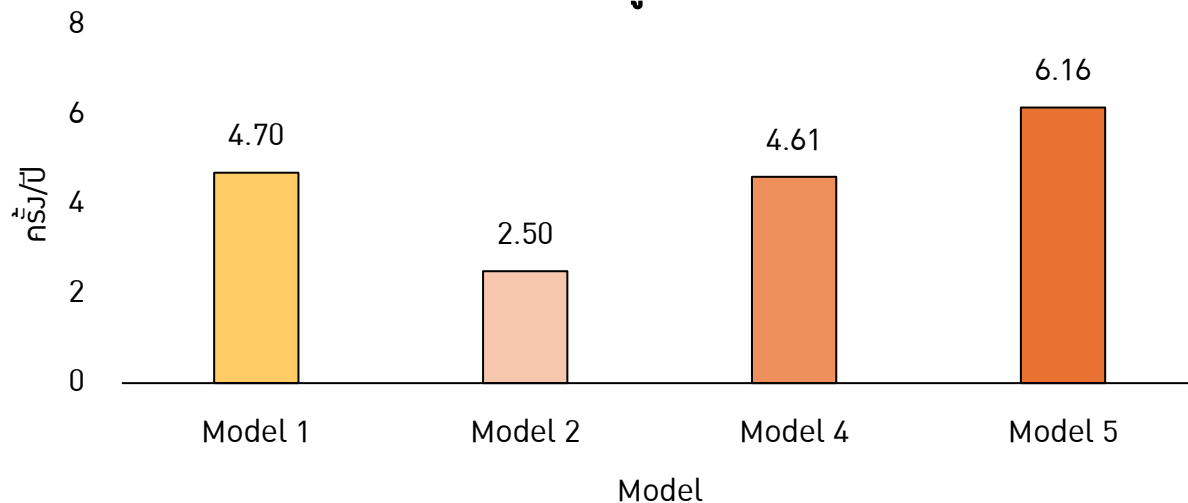
อัตราการใช้บริการ OP จากการสำรวจโดยคณะผู้วิจัย

จำนวนครั้งการรับบริการ OP เฉลี่ยต่อปี จำแนกตามสวัสดิการที่ใช้เป็นหลัก

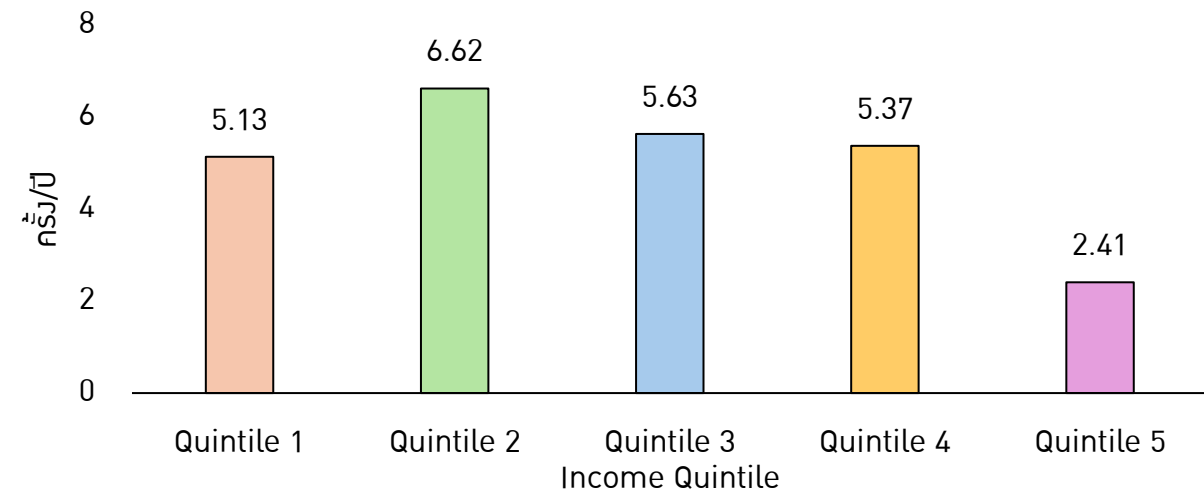


- ผู้ใช้สิทธิ UC (โดยเฉพาะ model 5) ใช้บริการ OP สูงกว่าสิทธิอื่น ๆ
- การใช้บริการ OP สัมพันธ์กับระดับรายได้
- Quintile 2 ใช้บริการสูงที่สุด
- Quintile 5 ใช้บริการต่ำที่สุด
- Quintile 1 ใช้บริการไม่แตกต่างจาก Quintile 4 อาจเนื่องจากการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อจำกัดด้านเวลา (ภาระงาน) และระดับความตระหนักรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ

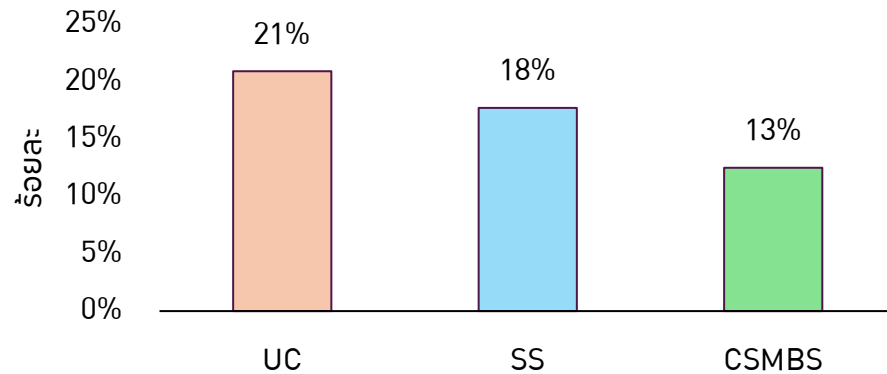
จำนวนครั้งการรับบริการ OP เฉลี่ยต่อปี
จำแนกตาม Model ของผู้ใช้สิทธิ UC เป็นหลัก



จำนวนครั้งการรับบริการ OP เฉลี่ยต่อปี
จำแนกตาม Income Quintile ของผู้ใช้สิทธิ UC เป็นหลัก

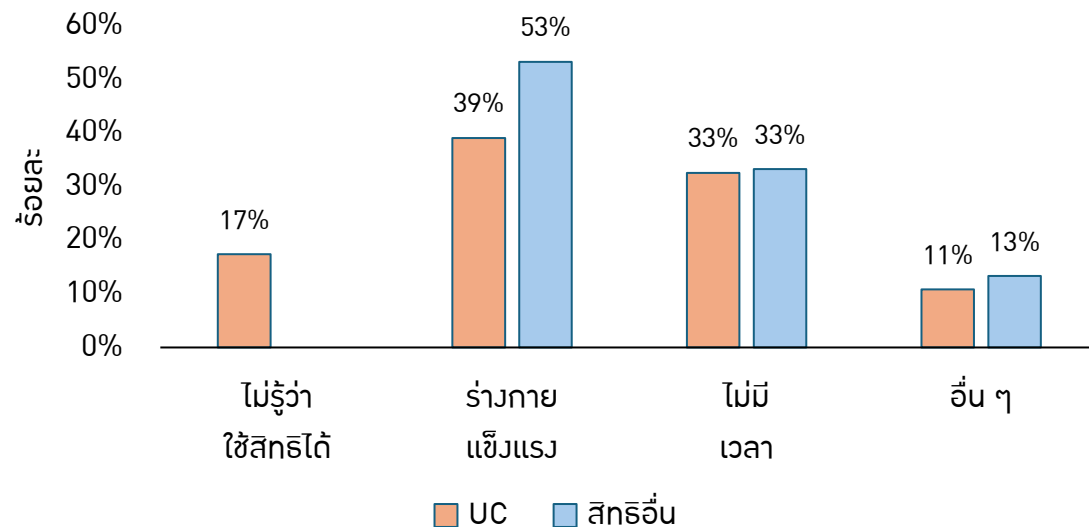


สัดส่วนคนที่**ไม่**เคยรับบริการ PP จำแนกตามสิทธิ์ที่มี

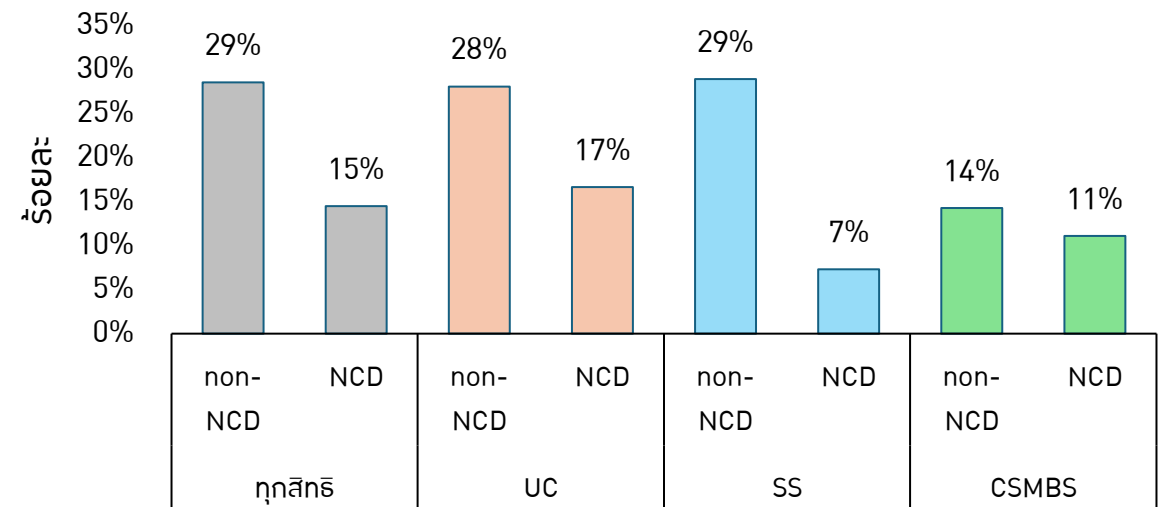


- คนที่มีสิทธิ์ UC มีสัดส่วนคนที่**ไม่**เคยรับบริการต่อคนที่เคยรับบริการ PP สูงกว่าสิทธิ์อื่นที่ 21%
- สำหรับคนที่**ไม่**เคยรับบริการ สาเหตุหลักที่**ไม่**รับบริการคือมองว่าตัวเองสุขภาพแข็งแรง รองลงมาคือ**ไม่**มีเวลา (ติดภารกิจเรื่องงานหรือการเดินทางไม่สะดวก)
- สัดส่วนคนที่**ไม่**เคยรับบริการต่อคนที่เคยรับบริการ PP ของคนที่เป็นโรค NCD สูงกว่าคนที่**ไม่**ได้เป็นโรค NCD

สาเหตุที่**ไม่**รับบริการ PP จำแนกตามสิทธิ์ที่มี



สัดส่วนคนที่**ไม่**เคยรับบริการ PP จำแนกตามโรค



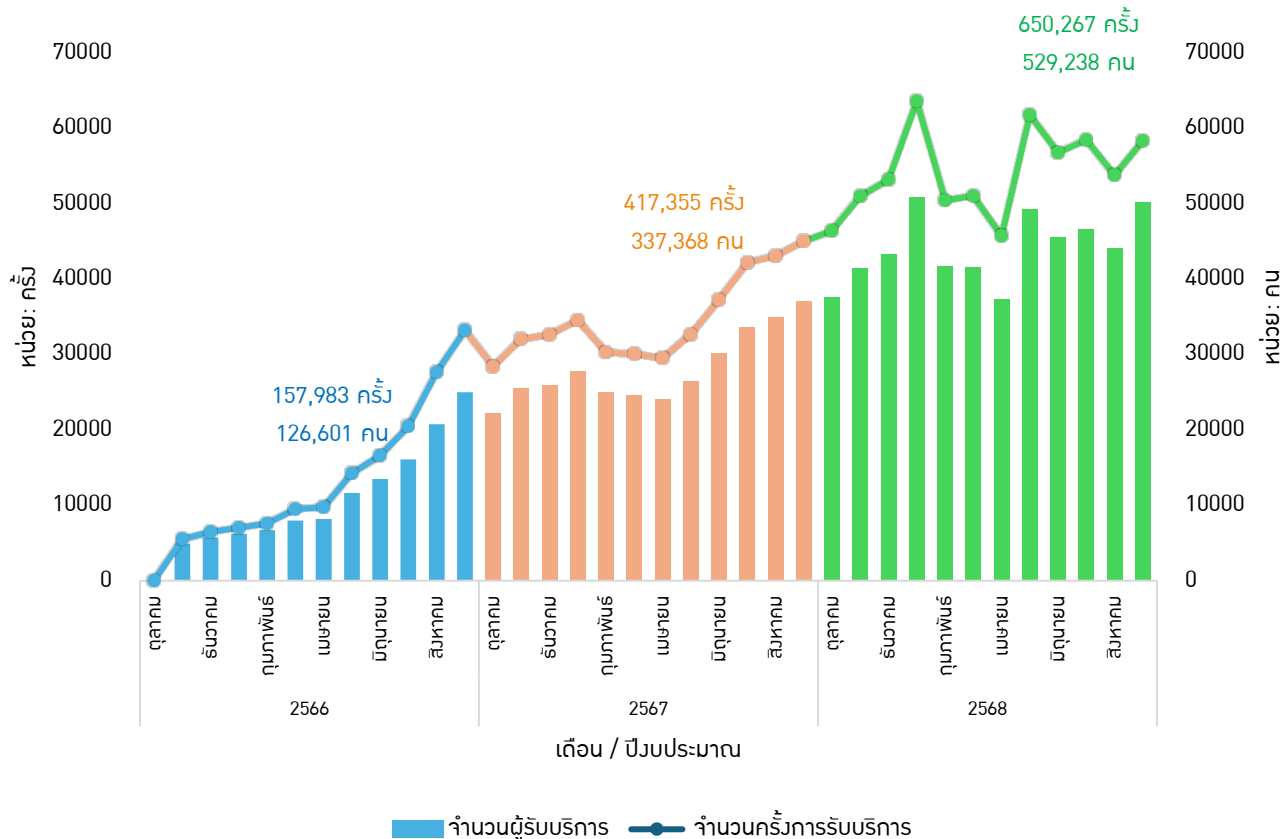


หน่วยนวัตกรรม

- ร้านยา
- คลินิกเวชกรรม



จำนวนการรับบริการร้านยาที่เข้าร่วมโครงการของ สปสช. ในเขตกรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2566-2568

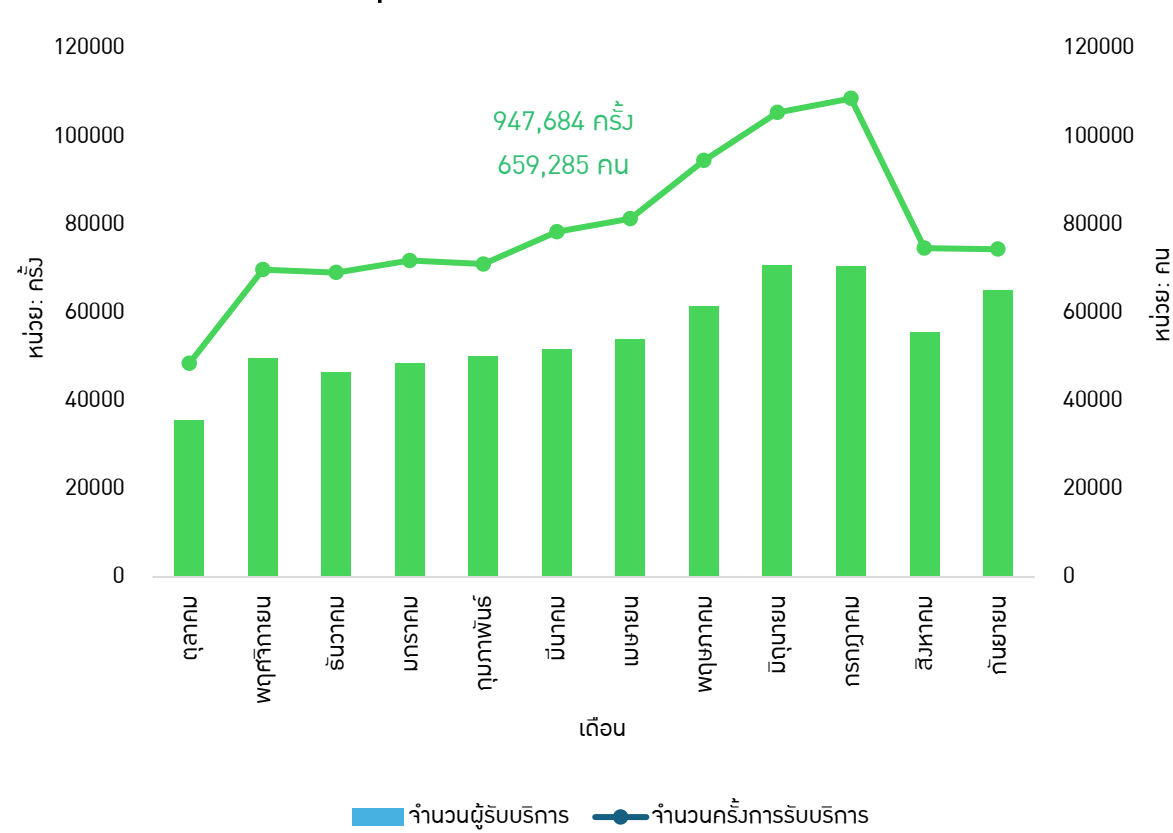


ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2569)

หมายเหตุ: ข้อมูลจำนวนการรับบริการดังกล่าวครอบคลุมบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย (CI) เท่านั้น

- ปีงบประมาณ 2566-2568 ร้านยามีบทบาทด้านบริการเจ็บป่วยมากขึ้น เห็นได้จากการใช้บริการกว่า 1.2 ล้านครั้ง
- กลุ่มโรคที่ใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ อากาศไข ปวดข้อ และผื่นผิวหนัง ซึ่งรวมกันประมาณครึ่งของบริการทั้งหมด

จำนวนการรับบริการคลินิกเวชกรรมที่เข้าร่วมโครงการของ สปสช. เขตใน
กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568



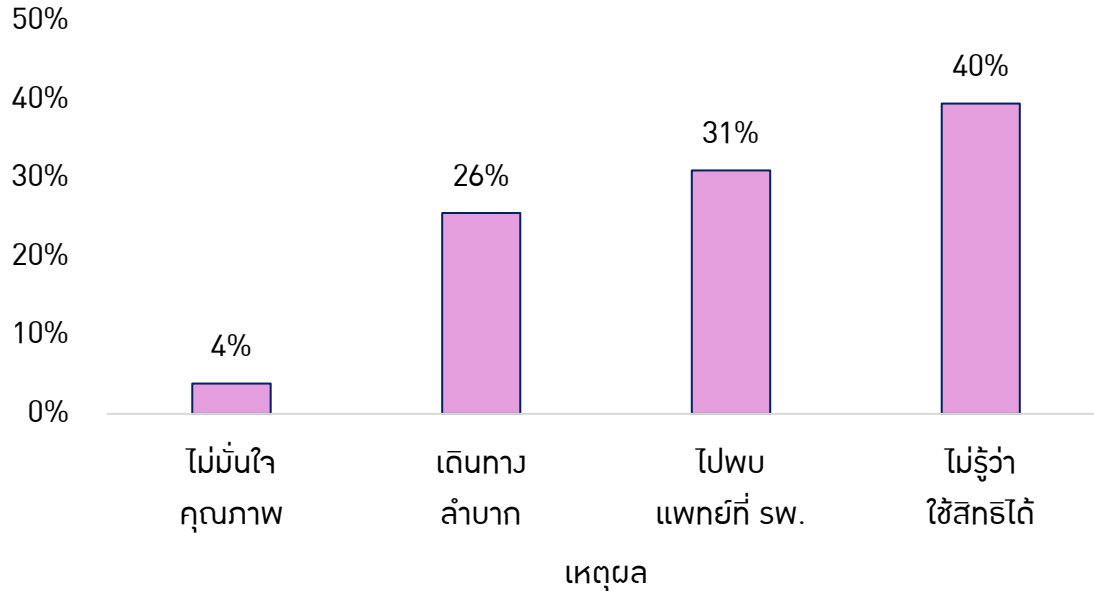
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2569)

หมายเหตุ: ข้อมูลจำนวนการรับบริการดังกล่าวครอบคลุมบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย (CI) เท่านั้น

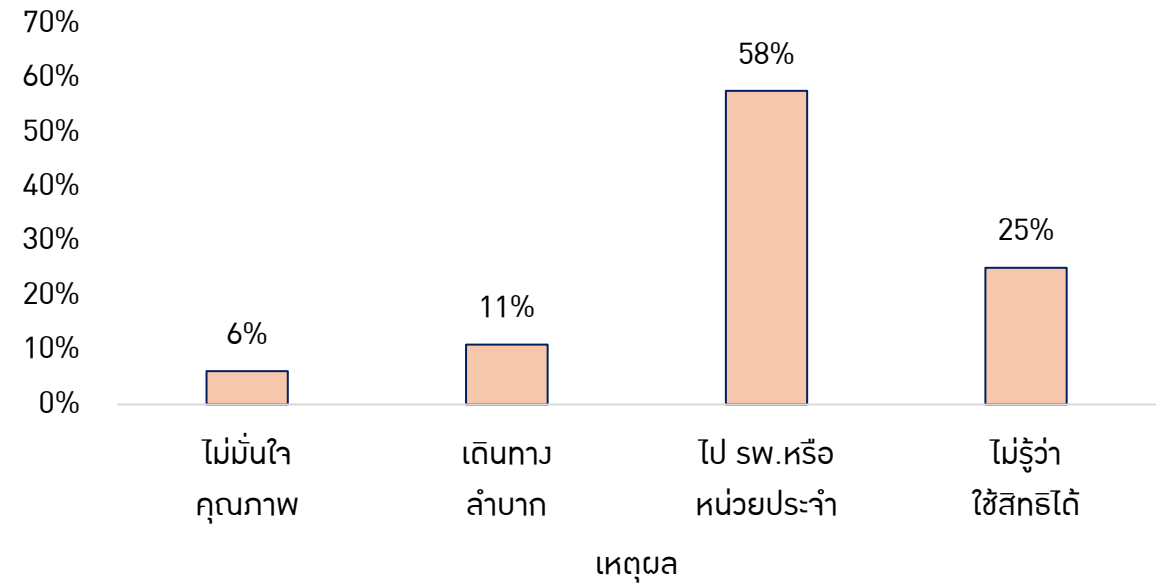
จำนวนครั้งการรับบริการของคลินิกเวชกรรมในปีงบประมาณ 2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ต้นปี แต่ลดต่ำลงในช่วงเดือนท้าย ๆ เนื่องจากจำนวนเงินจ่ายที่ลดน้อยลง

ผู้ป่วยสิทธิ UC อาจเลือกไป รพ.มากกว่าร้านยาหรือคลินิกเวชกรรม

สาเหตุที่ไม่ใช้บริการร้านยา (%)



สาเหตุที่ไม่ใช้บริการคลินิกเวชกรรม (%)



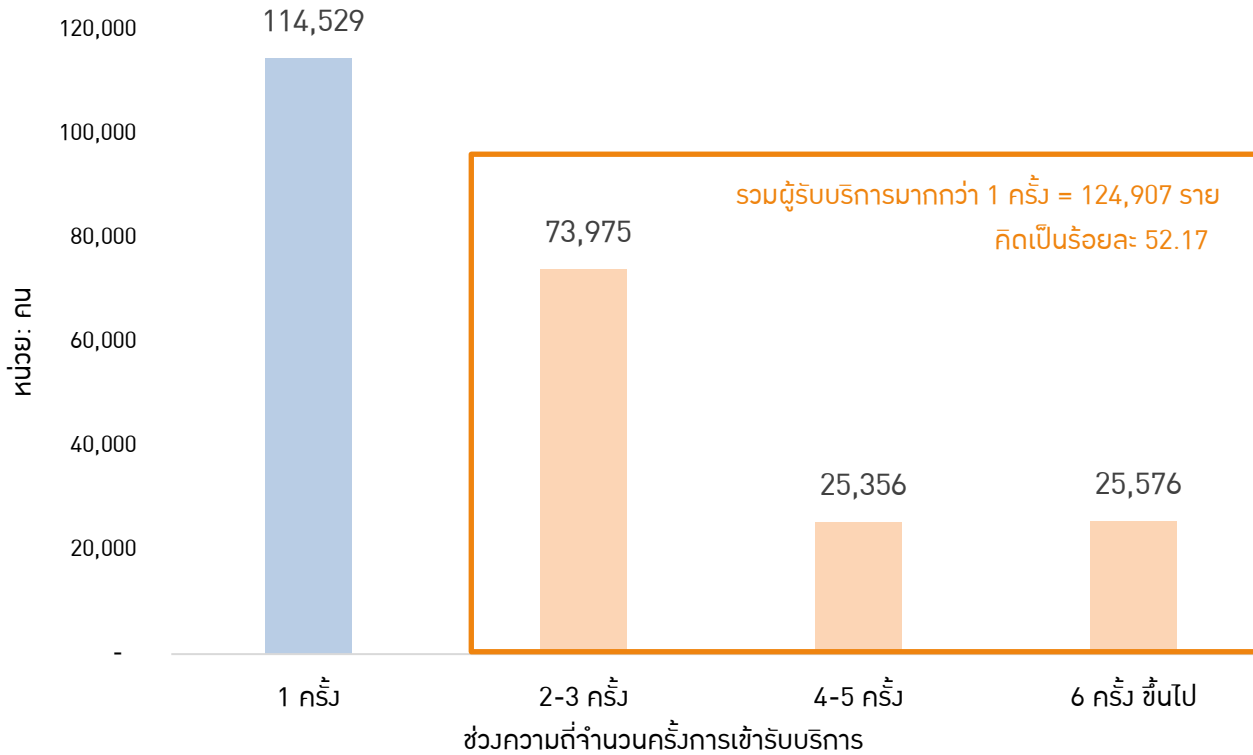
ที่มา: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์จากข้อมูลแบบสอบถามโครงการวิจัยฯ (จำนวน 400 ตัวอย่าง)
 หมายเหตุ: ครอบคลุมเฉพาะคนที่มีสิทธิ UC ที่ไม่เคยรับบริการร้านยาหรือคลินิกเวชกรรม

- เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยสิทธิ UC เลือกไม่ใช้บริการร้านยาคือไม่ทราบว่าสามารถใช้สิทธิที่ร้านยาได้ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน
- เหตุผลรองลงมา ได้แก่ การเลือกไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และเดินทางลำบาก อาจสะท้อนถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการในโรงพยาบาลมากกว่า และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการร้านยา

- เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยสิทธิ UC เลือกไม่ใช้บริการคลินิกเวชกรรมคือการเลือกไปโรงพยาบาล และเดินทางลำบาก อาจสะท้อนถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการในโรงพยาบาลมากกว่า รวมถึงการเข้าถึงโรงพยาบาลที่ง่ายในกรุงเทพมหานคร
- เหตุผลรองลงมาคือไม่ทราบว่าสามารถใช้สิทธิที่คลินิกได้ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน

งบประมาณส่วนใหญ่กำลังถูกใช้ไปกับคนกลุ่มเดิมหรือไม่

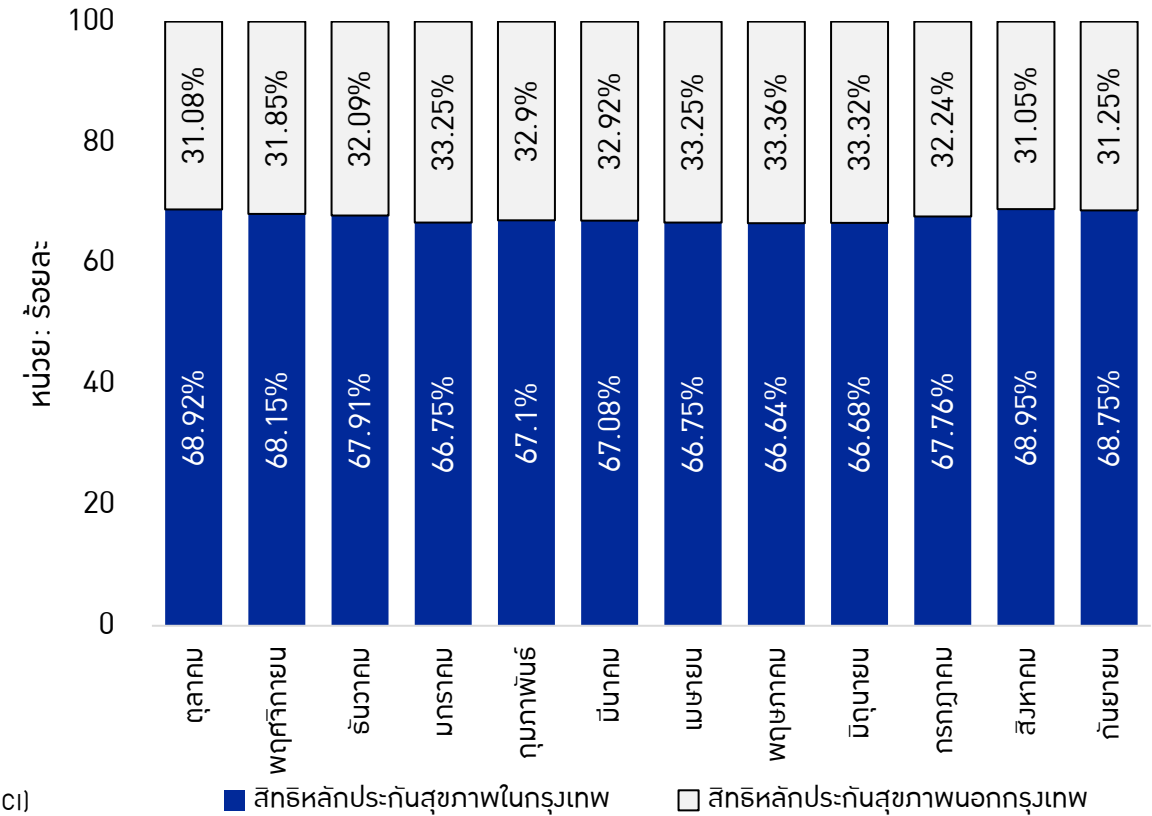
ความถี่การเข้ารับบริการร้านยาเขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

หมายเหตุ: คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2567 – 30 กันยายน พ.ศ.2568 เฉพาะบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย (CI)

สัดส่วนประเภทผู้รับบริการร้านยา ปีงบประมาณ 2568

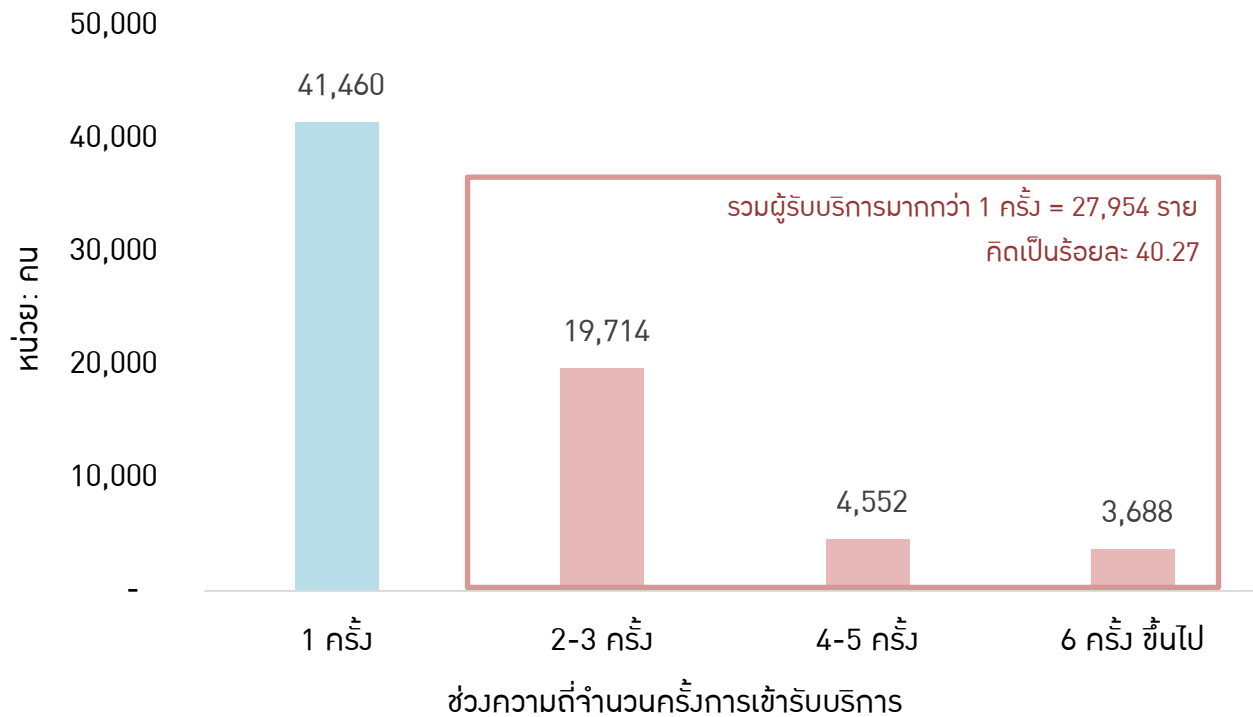


- ปีงบประมาณ 2568 มากกว่าครึ่งของผู้รับบริการมีพฤติกรรมใช้บริการซ้ำ (ที่ร้านเดิมและร้านใหม่) โดยมีการใช้บริการที่ เช่น วันเว้นวัน 1,301 ราย และสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 32,741 ราย
- ผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด 37 ครั้งต่อปี สะท้อนการระงูกตัวของผู้รับบริการในกลุ่มเดิม ๆ
- ปัจจุบัน สปสช.กำหนดให้รับบริการได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อเดือน

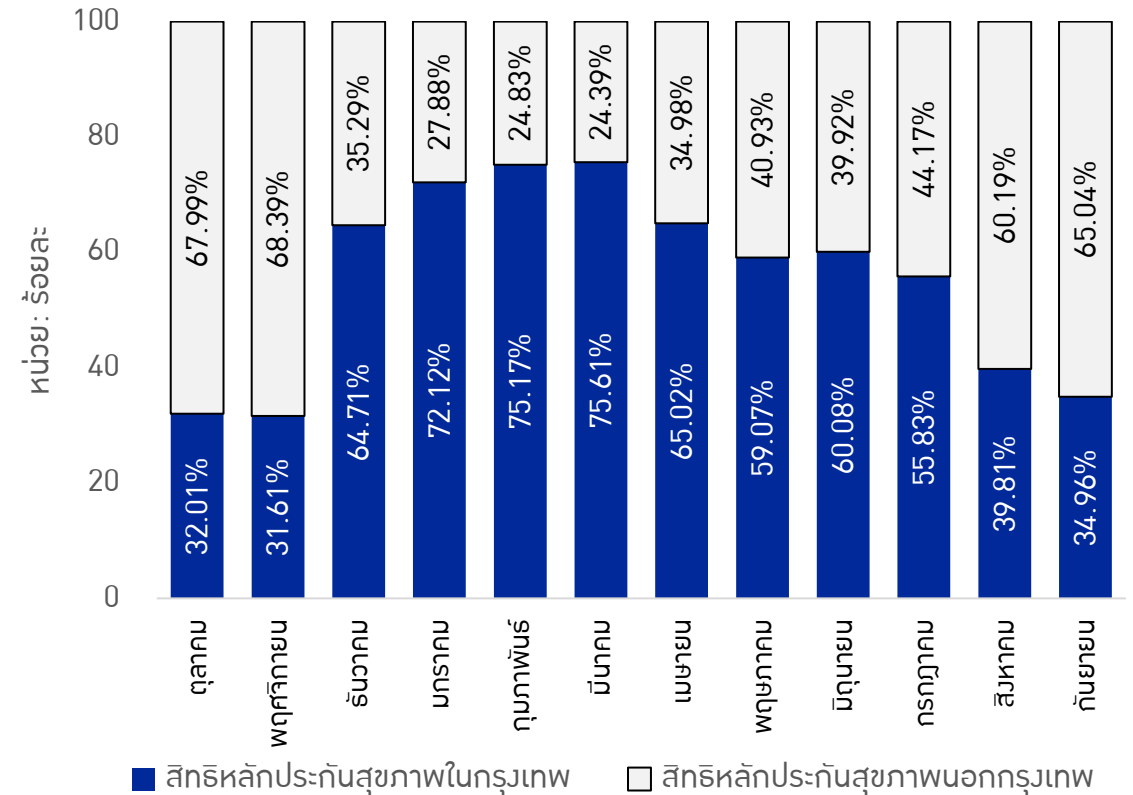
ปีงบประมาณ 2568 ผู้รับบริการร้านยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม UC กทม. (UCBKK) 162,900 ราย และกลุ่ม UC ต่างจังหวัดเพียง 76,636 ราย สะท้อนกลุ่มประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานหรืออาศัยใน กทม. แต่ตัวสิทธิ์ยังอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิม

คลินิกเวชกรรมช่วยให้ประชากรสิทธินอกเขตเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

ความถี่การเข้ารับบริการคลินิกเวชกรรม (หน่วยนวัตกรรม)
เขตกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2568



สัดส่วนประเภทผู้รับบริการคลินิกเวชกรรม (หน่วยนวัตกรรม)
ปีงบประมาณ 2568



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2569)

หมายเหตุ: ข้อมูลจำนวนการรับบริการในคลินิกเวชกรรมจากข้อมูลในระบบโปรแกรม AMED เท่านั้น

- ปีงบประมาณ 2568 ผู้รับบริการกว่าร้อยละ 40.27 มารับบริการมากกว่า 1 ครั้งจำนวน 101,093 ครั้ง คิดเป็นงบประมาณ 32 ล้านบาท
- นอกจากนี้ มีผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด 130 ครั้งต่อปี สะท้อนการกระตุกตัวของผู้รับบริการในกลุ่มเดิม ๆ ปัจจุบัน สปสช.กำหนดให้รับบริการได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อเดือน

ปีงบประมาณ 2568 ผู้รับบริการคลินิกเวชกรรมส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม UC กทม. (UCBKK) 54,917 ราย และกลุ่ม UC ต่างจังหวัดเพียง 44,033 ราย สะท้อนถึงกลุ่มประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานหรืออาศัยใน กทม. แต่ตัวสิทธิยังอยู่ที่ภูมิลำเนาเดิม