



โครงการ

จัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมเผยแพร่
งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ ฉบับภาษาอังกฤษ/ภาษาไทย

เอกสารฉบับสมบูรณ์ (ภาษาไทย)

(1) การจัดระบบบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร
ในประเด็น Public-Private Partnership

จัดทำโดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เสนอต่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ – สปสช.

(14 พฤษภาคม 2563)

PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER PARTICIPATION

IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)

การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER PARTICIPATION

IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)



การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

TABLE OF CONTENTS

06	ระบบบริการสุขภาพของไทย
06	การจัดบริการภาครัฐ
08	การจัดบริการภาคเอกชน
10	การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุข ภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
10	เหตุผลที่ต้องให้หน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชน เข้ามามีบทบาทในการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ(UCS)
14	บทบาทของหน่วยบริการภาคเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
16	เครือข่ายหน่วยบริการ
24	การให้บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน
28	ภาคเอกชนในการให้บริการเฉพาะ
30	การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
32	ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในกลไกอภิบาล และการบริหารจัดการ
36	สรุปบทบาทภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

38	การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน
42	การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ
44	การประกันคุณภาพ และควบคุมมาตรฐานหน่วยบริการ
46	ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
46	ลดความแออัดในโรงพยาบาล
47	การเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น
49	ความท้าทายและบทเรียนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน
49	ปัญหาการส่งต่อ
50	การดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ในเขต พื้นที่กรุงเทพฯ ยังมีความครอบคลุมน้อยกว่าต่างจังหวัด
50	การกระจายของหน่วยบริการภาคเอกชนไม่ทั่วถึง
51	การสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลเอกชน
52	สรุป

1

ระบบบริการ สุขภาพของไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการพัฒนา
มาอย่างยาวนาน โดยมีสถานบริการตั้งแต่
ระดับปฐมภูมิ (primary care) ทุติยภูมิ
(secondary care) และตติยภูมิ (tertiary
care) กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการให้
บริการสาธารณสุขทั้งการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทั้งภาครัฐและเอกชน
มีส่วนร่วมในการจัดบริการให้กับประชาชน
ในทุกระดับ

1.1

การจัดบริการภาครัฐ

การจัดบริการระดับปฐมภูมิ มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน
ชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบล
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน
9,777 แห่ง มีศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเขตเมือง
3,108 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง

การจัดบริการระดับทุติยภูมิ มีโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่
ให้บริการระดับทุติยภูมิ จำนวน 780 แห่ง ครอบคลุม
ร้อยละ 89 ของอำเภอทั้งหมด ส่วนระดับตติยภูมิ มี
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 83 แห่ง และสังกัด
หน่วยงานอื่นๆ 93 แห่ง

**PUBLIC
HEALTHCARE
PROVIDER**

1

ระดับปฐมภูมิ

PRIMARY CARE

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท

48,049 แห่ง

ครอบคลุมทุกตำบล

2

ระดับทุติยภูมิ

SECONDARY CARE

โรงพยาบาลชุมชน

780 แห่ง

ครอบคลุม ร้อยละ 89 ของอำเภอทั้งหมด

3

ระดับตติยภูมิ

TERTIARY CARE

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

83 แห่ง

และสังกัดอื่นๆ 93 แห่ง

1.2

การจัดบริการภาคเอกชน



การจัดบริการระดับปฐมภูมิ ภาคเอกชน มีคลินิกเอกชน รว 24,800 แห่งทั่วประเทศ ส่วนระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มีโรงพยาบาลเอกชน 347 แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ ทุติยภูมิ ร้อยละ 90.8 และโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับ ตติยภูมิ ร้อยละ 9.2¹ การจัดบริการสำหรับกรุงเทพมหานคร มีสถานพยาบาลที่มีบทบาทให้บริการในระดับปฐมภูมิภาครัฐ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง และหากรวมทุกสังกัดมีจำนวนทั้งสิ้น 136 แห่ง ในระดับ ทุติยภูมิ มีโรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง ระดับตติยภูมิ มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ 26 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาล เฉพาะทางสังกัดภาครัฐ 8 แห่ง สำหรับภาคเอกชน มีคลินิก เอกชน จำนวน 4,558 แห่งให้บริการระดับปฐมภูมิ และ โรงพยาบาลเอกชน 25 แห่งให้บริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิ¹

PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER

ตารางที่ 1 จำนวนหน่วยบริการ เอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำแนกตามประเภท หน่วยบริการ ปี 2563



หน่วยบริการเอกชนที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ทั่วประเทศ มีจำนวนทั้งสิ้น 810 แห่ง แบ่ง เป็นกรุงเทพมหานคร 452 แห่ง และส่วนภูมิภาค 358 แห่ง² เมื่อจำแนกตามลักษณะการบริการ พบว่า ในกรุงเทพ มหานครมีคลินิกชุมชนอบอุ่น ทำหน้าที่ให้บริการระดับ ปฐมภูมิมากที่สุด ส่วนหน่วยบริการรับส่งต่อซึ่งดูแลรักษา ผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน ส่วนภูมิภาค พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยบริการ ประจำ ปฐมภูมิ และรับส่งต่อ นอกจากนี้ ยังพบว่ามี โรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางจำนวนมากที่ให้บริการระดับ ตติยภูมิ ในส่วนบริการสร้างเสริมป้องกันและบริการเฉพาะ โรค มีโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วย ร่วมให้บริการสร้างเสริมป้องกัน โดยในกรุงเทพมีมากกว่า ภูมิภาคเล็กน้อยเนื่องจากที่ผ่านมามีโครงการนำร่องในพื้นที่ กรุงเทพมหานครหลายโครงการ (ตารางที่ 1)

สถานพยาบาลเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ในกทม. **453** แห่ง

บทบาท ของหน่วยบริการ	ปฐมภูมิ/ประจำ	ปฐมภูมิ/ประจำ/ รับส่งต่อ	รับส่งต่อ	หน่วยร่วมให้บริการ/ หน่วยบริการ PP
บริการผู้ป่วยนอก	190	14 2 (Non Cap)		166
บริการผู้ป่วยใน		14 2 (Non Cap)		
บริการเฉพาะโรค			81	
บริการสร้างเสริมป้องกัน	190			166

สถานพยาบาลเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

ในภูมิภาค **357** แห่ง

บทบาท ของหน่วยบริการ	ปฐมภูมิ	ปฐมภูมิ/ ประจำ	ปฐมภูมิ/ประจำ/ รับส่งต่อ	รับส่งต่อ	หน่วยร่วมให้บริการ/ หน่วยบริการ PP
บริการผู้ป่วยนอก	20	94	16 2 (Non Cap)		34
บริการผู้ป่วยใน			16 2 (Non Cap)		
บริการเฉพาะโรค				191	
บริการสร้างเสริมป้องกัน	20	94			34

*หน่วยบริการ 1 แห่ง ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพได้มากกว่า 1 ประเภท จึงมีการนับซ้ำ Cap (Capitation) คือ หน่วยบริการที่รับค่าบริการรายหัวจาก สปสช. Non-Cap (Non-capitation) คือ หน่วยบริการที่ไม่ได้รับค่าบริการรายหัวจาก สปสช. ที่มา: จากฐานข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2563 โดยสำนักบริหารงานทะเบียน

2

การมีส่วนร่วมของ หน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

2.1

เหตุผลที่ต้องให้หน่วยบริการ
สาธารณสุขภาคเอกชน
เข้ามามีบทบาทในการ
ให้บริการภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(UCS)

เพื่อลดความแออัดของภาครัฐ และเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของประชาชน

แม้ว่าหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐจะมีจำนวนมากและมีบทบาทหลักในระบบ
บริการสาธารณสุข แต่ยังไม่เพียงพอในการรองรับผู้ป่วยในบางพื้นที่ เช่น เมื่อ
พิจารณาอัตราการครองเตียง (Bed occupancy rate) ของโรงพยาบาลรัฐใน
บางจังหวัด พบว่ามีอัตราใกล้เคียง 100% เช่น จังหวัดเลย (ร้อยละ 98) ภูเก็ต
มุกดาหาร และสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 96) อุตรธานีและปทุมธานี (ร้อยละ 94)³
ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ป่วยใน ที่เข้ารับบริการมีมากกว่าจำนวนเตียงที่ให้บริการ
ส่วนการใช้บริการของผู้ป่วยนอกยังต้องใช้เวลารอนาน โดยเฉพาะในเขตเมือง
ทำให้เกิดความแออัดและปัญหาการรอคิวของผู้ป่วยจำนวนมากในโรงพยาบาลรัฐ⁴
ดังนั้นการนำหน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ จึงเป็น
ทางเลือกหนึ่งของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยที่รัฐไม่ต้อง
ลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม และช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมืองให้มาก
ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดใน
โรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงได้ด้วย⁵

กรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรมากที่สุดในประเทศ โดยมีประชากรตาม
ทะเบียนราษฎร์ ณ เดือนธันวาคมปี 2560 จำนวน 5.6 ล้านคน หากรวมประชากร
ที่ย้ายถิ่นเข้ามาอยู่อาศัย โดยไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ผู้เดินทางจากจังหวัด
ปริมณฑลเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ รวมทั้งชาวต่างชาติที่พำนักในกรุงเทพฯ
และที่เป็นนักท่องเที่ยวด้วยแล้ว กรุงเทพฯ จะมีประชากรกว่า 10 ล้านคน แต่สถาน
พยาบาลในกรุงเทพฯ ยังกระจายไม่ครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ แตกต่างจากโครงสร้าง
ระบบบริการสุขภาพภาครัฐในภูมิภาค ซึ่งกำหนดให้มีสถานอนามัยอย่างน้อย
ตำบลละ 1 แห่ง (บางตำบลที่มีขนาดใหญ่มีถึง 3 แห่ง) มีโรงพยาบาลชุมชน
อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักอย่างน้อย

อัตราการครองเตียง
ของโรงพยาบาลรัฐใน
บางจังหวัด พบว่ามีอัตรา
ใกล้เคียง

100%

ซึ่งหมายถึงจำนวน
ผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการ
มีมากกว่า
จำนวนเตียงที่ให้บริการ
ส่วนการใช้บริการ
ของผู้ป่วยนอก
ยังต้องใช้เวลารอนาน

จังหวัดละ 1 แห่ง จังหวัดใหญ่ที่กำหนดเป็นศูนย์รับส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับจังหวัดใกล้เคียง จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีศักยภาพใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์⁵ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น

ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครยังเกิดจากการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง ต้องรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคสามัญที่สามารถรักษาหายได้โดยไม่จำเป็นต้องให้แพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยสถานการณ์ความแออัดนี้ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีอาการรุนแรงเสียโอกาสที่จะได้พบแพทย์โดยเร็ว และทำให้โรงพยาบาลตติยภูมิ ต้องมีภาระมากโดยไม่สมเหตุผลขณะที่ประชาชนที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก ต้องเสียเวลารอคิวทำให้เกิดการเสียโอกาส และไม่พึงพอใจ⁵

ปี 2549 กรุงเทพมหานครจึงจัดทำโครงการเพิ่มจำนวนคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นหน่วยบริการประจำเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยมีคลินิกชุมชนอบอุ่นเข้าร่วม 26 แห่ง มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน และได้รับความสะดวกรวดเร็วทั่วถึงมากขึ้นซึ่งจากผลการดำเนินงานปรากฏว่า หน่วยบริการเอกชนมีส่วนช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิมากขึ้น สปสช.จึงขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ⁴ โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จนกระทั่งปัจจุบัน

เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยรัฐไม่ต้องลงทุนเพิ่ม

เนื่องจากสถานพยาบาลภาคเอกชนมีการกระจายตัวและมีศักยภาพทั้งด้านเทคโนโลยี บุคลากร และการบริหารจัดการ ดังนั้นการสร้างร่วมมือกับภาคเอกชน จะทำให้ภาครัฐได้ประโยชน์จากการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ของภาคเอกชนมาใช้ และมีบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ประหยัดต้นทุนโครงสร้างพื้นฐาน และสามารถถ่ายโอนความเสี่ยงให้กับภาคเอกชน เพราะภาคเอกชนมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการความเสี่ยงมากกว่า ขณะที่หน่วยบริการภาคเอกชนก็ได้ประโยชน์ในเชิงโอกาสของการลงทุนมากขึ้น เกิดการกระจายทรัพยากรและบุคลากรส่งผลให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการที่มีประสิทธิภาพในราคาที่เหมาะสม

ในการจัดบริการในกรุงเทพมหานครที่ผ่านมา มีข้อจำกัดในการเพิ่มจำนวนสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจาก กทม.ไม่มีระบบนักเรียนทุนที่เป็นเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพ และการจะเพิ่มบุคลากรต้องเป็นไปตามกรอบงบประมาณที่กำหนดเท่านั้น ดังนั้นในช่วงที่ สปสช. เริ่มดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กทม. จึงมีหน่วยบริการเฉพาะศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง และโรงพยาบาล 14 แห่ง ทำหน้าที่รองรับผู้ใช้บริการจำนวนมาก ด้วยเหตุนี้ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร จึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการดึงหน่วยบริการภาคเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴

ACSC AMBULATORY CARE SENSITIVITY CONDITION

ป้องกันการนอนรักษาตัว
ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
โดยไม่จำเป็น

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ

การเพิ่มประสิทธิภาพของบริการให้มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการผู้ป่วยนอก จะช่วยป้องกันการนอนรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นลงได้ เรียกว่า ภาวะที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Sensitivity Condition: ACSC) หากมีการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะ ACSC ที่สูง จะสะท้อนถึงคุณภาพของบริการ และการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในระดับต่ำ⁶ โรคที่สามารถใช้วิธีการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ เช่น โรคลมชัก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หืด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง⁷ เป็นต้น

การสร้างร่วมมือกับ
ภาคเอกชน จะทำให้ภาครัฐ
ได้ประโยชน์จากการนำเทคโนโลยี
และนวัตกรรมใหม่ๆ
ของภาคเอกชนมาใช้ และมีบุคลากร
ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากจุดแข็งของกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานพยาบาลเอกชนจำนวนมากและกระจายตัว จึงเป็นโอกาสที่จะสามารถระดมหน่วยบริการต่างๆ เข้ามาร่วมให้บริการประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่และประชาชนเข้าถึงได้มากขึ้น จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิดความร่วมมือของหน่วยบริการภาคเอกชน ที่นำมาปรับใช้กับบริบทของพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

2.2

บทบาทของหน่วยบริการภาคเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาคเอกชนเป็น เครือข่ายหน่วยบริการ

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 4 ประเภท ได้แก่ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ (รูปที่ 1) หน่วยบริการเหล่านี้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ โดยทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขตามศักยภาพแตกต่างกันไป ภาคเอกชนมีบทบาทเป็นเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยทำหน้าที่เป็นทั้งหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ

รูปที่ 1
เครือข่ายระบบ
บริการสุขภาพ

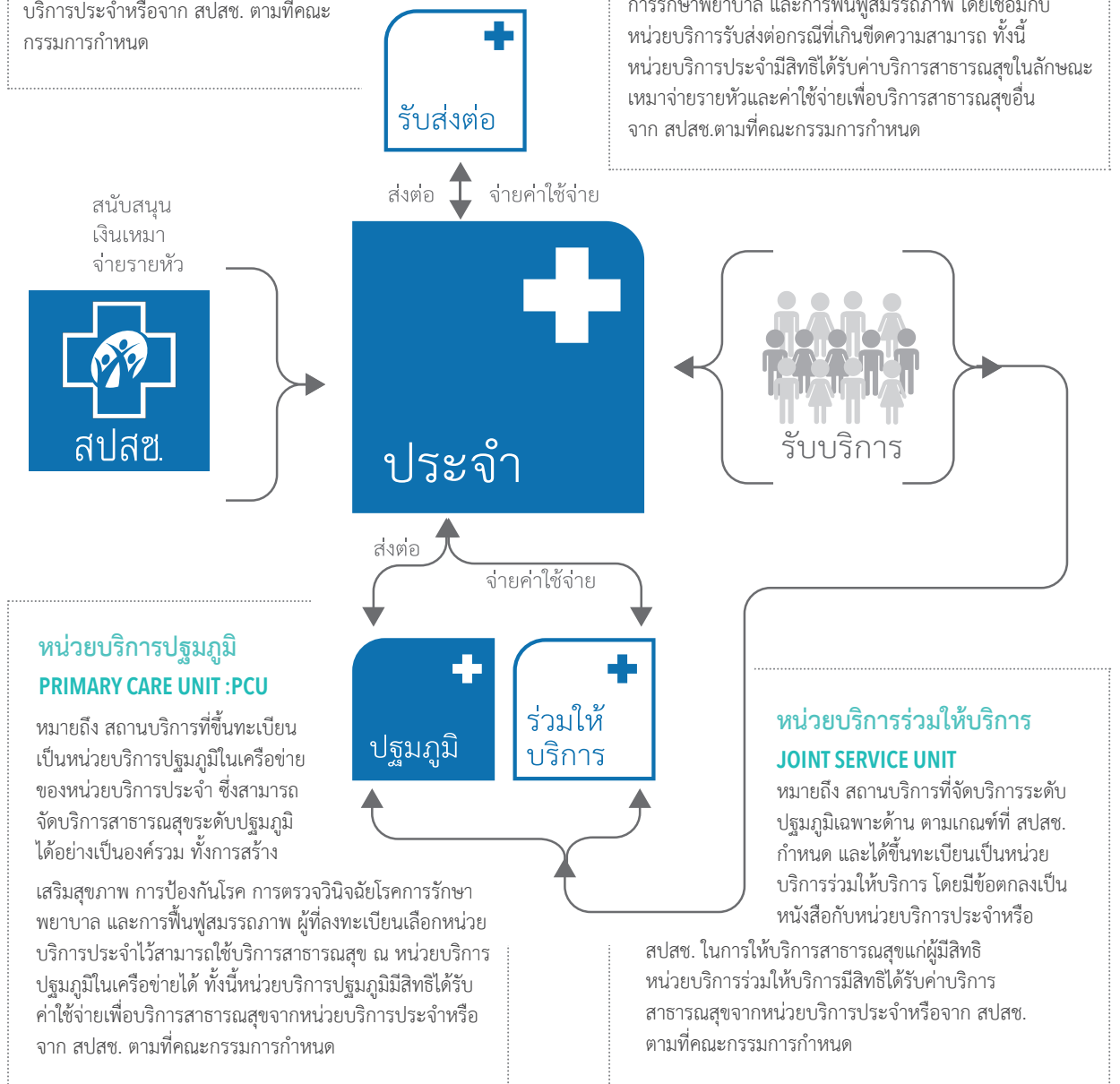
NETWORK OF HEALTH SERVICE UNITS

ตามข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดประเภทของหน่วยบริการเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1) หน่วยบริการประจำ
- 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 3) หน่วยบริการรับส่งต่อ และ
- 4) หน่วยบริการร่วมให้บริการ

หน่วยบริการรับส่งต่อ REFERRAL UNIT

หมายถึง สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปหรือเฉพาะด้าน หน่วยบริการรับส่งต่อต้องสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะด้าน โดยผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้เมื่อได้รับการส่งต่อหรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือ สปสช. โดยที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อมีสิทธิได้รับค่าบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการประจำหรือจาก สปสช. ตามที่คณะกรรมการกำหนด



ที่มา: ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ. 2558⁹

หน่วยบริการที่มีส่วนร่วมในระบบบริการแต่ละระดับมีความแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ทั้งในเขตเมือง ชนบท และกรุงเทพมหานคร การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคเอกชนในบริการสุขภาพระดับต่างๆ ก็ยังมีน้อยแตกต่างกันไปตามบริบทด้วย เช่นในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร มีภาคเอกชนเข้าร่วมมากกว่าในชนบท เนื่องจากการกระจายตัวของสถานพยาบาลเอกชนอยู่มากเพื่อรองรับประชากรในเขตเมือง รวมทั้งมีความหลากหลายของบริการตามแต่ปัญหาสุขภาพของคนเมือง อาทิ บริการทันตกรรม บริการเภสัชกรรม และโรคเฉพาะทางต่างๆ ขณะที่ในชนบทมีสถานพยาบาลภาครัฐทำหน้าที่หลัก

การจัดเครือข่ายหน่วยบริการนั้น หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี 4 รูปแบบคือ

เครือข่ายหน่วยบริการ

NETWORK OF SERVICE UNITS

1

รูปแบบที่
1

หน่วยบริการทั้งสามหน่วย
เป็นแห่งเดียวกัน

ลักษณะเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบที่ 1 มักจะเป็นการจัดเครือข่ายในเขตพื้นที่กทม. คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อเป็นแห่งเดียวกัน การจัดเครือข่ายหน่วยบริการลักษณะนี้ ทำให้ประชาชนต้องมาใช้บริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแออัด เป็นผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ยาก และมีต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าการไปรักษาในคลินิกเอกชนใกล้บ้าน ซึ่งไม่ต้องเสียเวลารอคอยหรือเสียค่าใช้จ่ายเดินทาง (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 เครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรูปแบบที่ 1

รูปแบบที่ 2

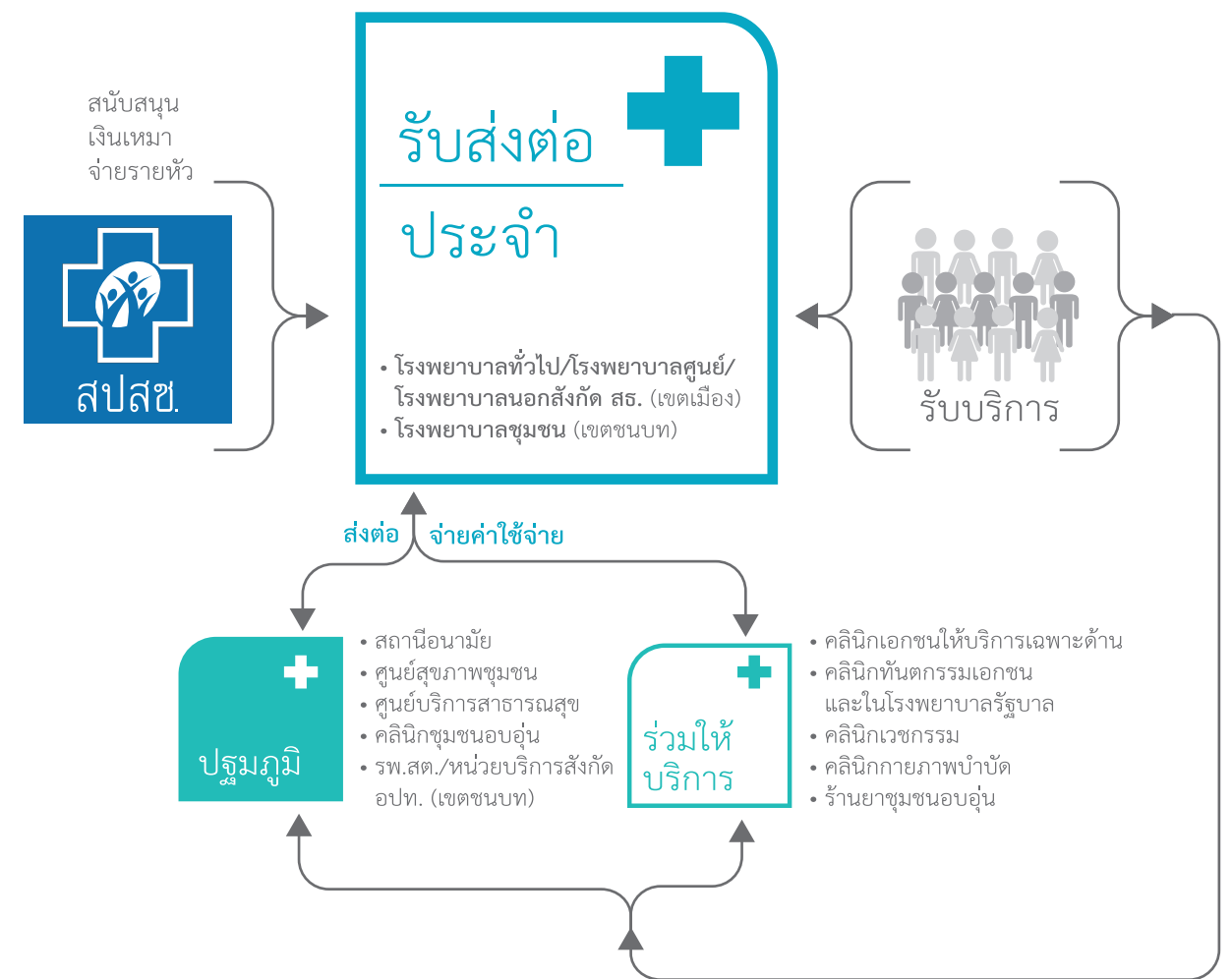
หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการ รับส่งต่อเป็นแห่งเดียวกัน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคนละแห่ง

เครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบ 2 ได้แก่ หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อเป็นแห่งเดียวกัน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคนละแห่ง โดยในเขตเมือง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลอื่นๆนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อ โดยเชื่อมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีหน่วยบริการร่วมให้บริการ ที่มีทั้งคลินิกเอกชน และคลินิกในโรงพยาบาลภาครัฐ ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิเฉพาะด้าน อาทิเช่น คลินิกเวชกรรมอายุรศาสตร์ คลินิกกายภาพบำบัด ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรม เป็นต้น

ส่วนในชนบท โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (รูปที่ 3)

เนื่องจาก รพศ. หรือ รพท. ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง สามารถรักษาเฉพาะทางด้านต่างๆในระดับตติยภูมิได้ จึงมีผู้ป่วยมารับบริการทั้งของตนเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น จึงทำให้เกิดปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำที่ดูแลคนใช้ปฐมภูมิด้วย

การจัดเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบที่ 1 และ 2 จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้การเข้าถึงบริการได้ยาก และใช้เวลาารอนาน รวมทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีปัญหาความแออัด สปสช.จึงปรับรูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการโดยเฉพาะในเขตเมือง และกรุงเทพมหานคร ให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำได้ จึงมีการจัดหน่วยบริการเป็นรูปแบบที่ 3 และ 4 ขึ้น



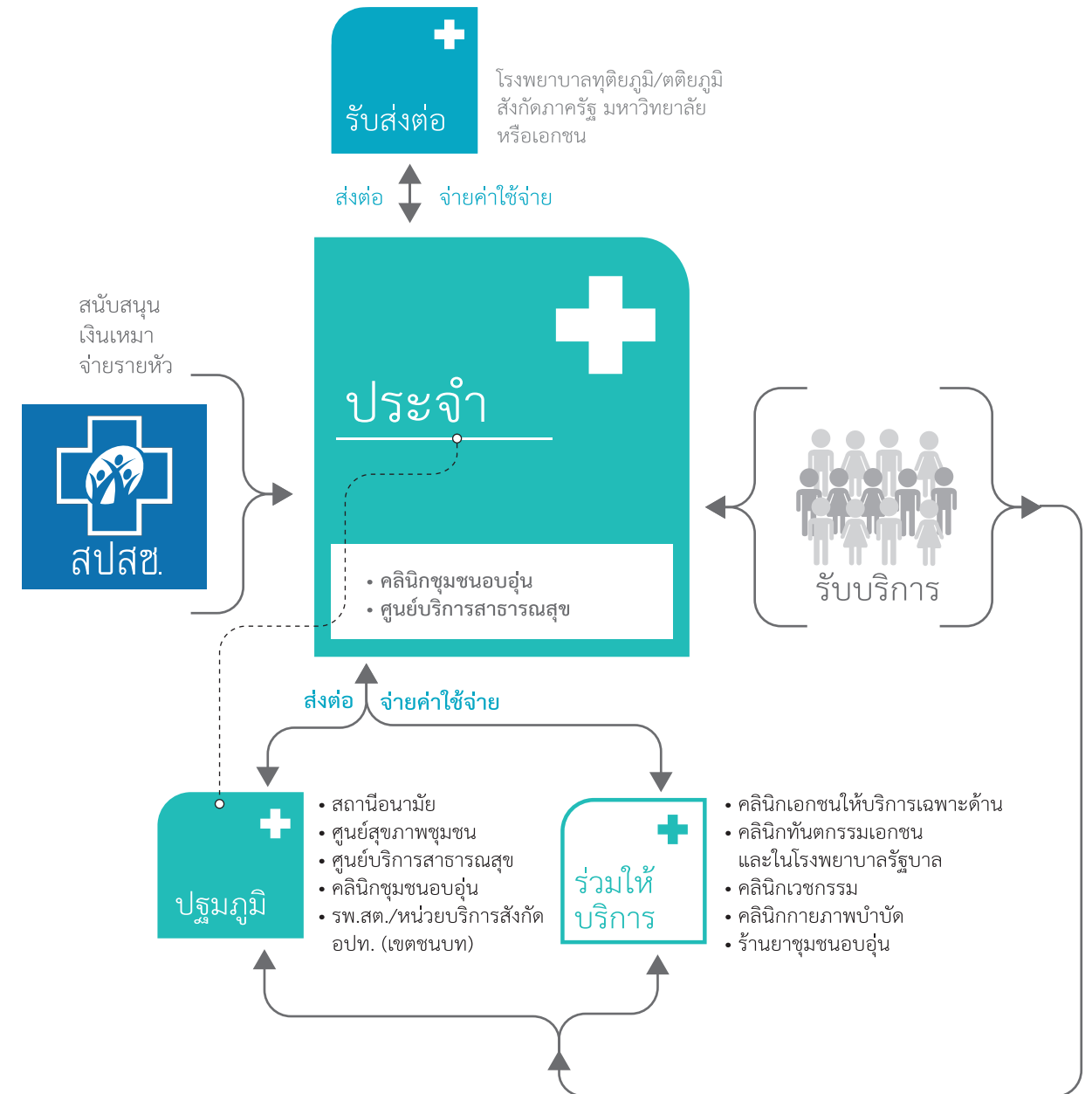
รูปที่ 3 เครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรูปแบบที่ 2

รูปแบบที่ 3

หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ เป็นคนละแห่ง

การจัดเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบนี้ มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และรับส่งต่อเป็นคนละแห่งกัน (รูปที่ 4) หน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่น หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการร่วมให้บริการที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิเฉพาะด้านมากขึ้น เช่น ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรม คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง คลินิกกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งส่วนมากเป็นหน่วยบริการเอกชน ส่วนหน่วยบริการรับส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลทุติยภูมิ และ ตติยภูมิสังกัดภาครัฐ มหาวิทยาลัย หรือภาคเอกชน โดยประชาชนที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำ สามารถไปใช้บริการที่หน่วยบริการประจำและปฐมภูมิใกล้เคียงที่อยู่อาศัย

การจัดเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบที่ 3 นี้ มักเป็นรูปแบบการจัดเครือข่ายหน่วยบริการในกรุงเทพมหานคร หรือในเมืองใหญ่ที่มีการกระจายของคลินิกชุมชนอบอุ่นทั่วพื้นที่ ซึ่งมีข้อดีคือทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกได้สะดวกมากขึ้น ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลมีพื้นที่รองรับการรักษาผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้น ในขณะเดียวกัน สามารถรองรับการใช้บริการของประชากรกลุ่มเปราะบางได้มากขึ้นด้วย จากข้อมูลของ สปสช. พบว่า จำนวนคนพิการสิทธิ UC ใน กทม. มาใช้บริการเพิ่มขึ้นจากจำนวน 25,485 คน ในปีงบประมาณ 2553 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 58,122 คน ในปีงบประมาณ 2560¹⁰



รูปที่ 4 เครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรูปแบบที่ 3

รูปแบบที่ 4

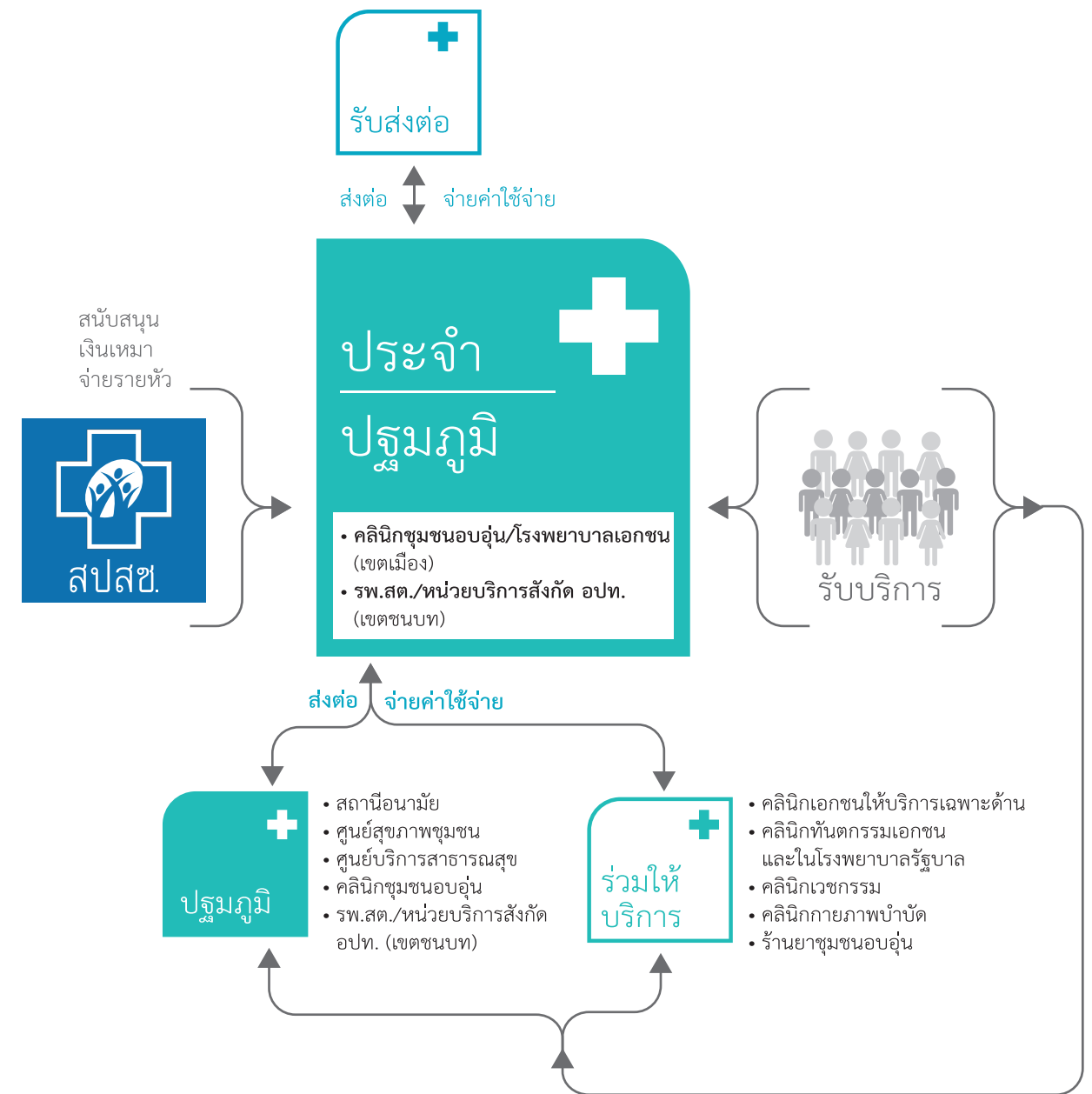
หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำเป็นหน่วยเดียวกัน แต่หน่วยบริการรับส่งต่อเป็นคนละแห่ง

การจัดเครือข่ายหน่วยบริการรูปแบบนี้ มีหน่วยบริการประจำและปฐมภูมิเป็นหน่วยเดียวกัน ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่นหรือโรงพยาบาลเอกชน เชื่อมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยบริการร่วมให้บริการ ได้แก่ คลินิกเอกชนให้บริการเฉพาะด้าน เช่น คลินิกเวชกรรม ร้านยาชุมชนอบอุ่น เป็นต้น โดยเชื่อมกับโรงพยาบาลรับส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทางในเครือข่าย ทั้งสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับกทม. หน่วยบริการรับส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลใน กทม. ทั้ง 28 แห่ง (รูปที่ 5)

สำหรับระบบบริการในชนบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยบริการสังกัด อปท. ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการรับส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

การจัดบริการรูปแบบนี้มีข้อดีเช่นเดียวกับรูปแบบที่ 3 คือทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้านได้สะดวกยิ่งขึ้น ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลง

ข้อจำกัดของการจัดบริการรูปแบบที่ 3 และ 4 คือ การสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการของหน่วยบริการเหล่านั้น เพื่อให้การให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ



รูปที่ 5 เครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรูปแบบที่ 4

การให้บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

หน่วยบริการเอกชนมีบทบาทค่อนข้างมากในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ผ่านมา ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินเมื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้เคียง มักประสบปัญหาการรับบริการ เช่น ถูกเรียกเก็บค่าบริการล่วงหน้า โรงพยาบาลเอกชนไม่มีเตียงรองรับ โรงพยาบาลไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นต้น ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าไม่ถึงบริการ ต้องรอคิวรับการรักษา นาน อาการทรุดหนักหรือเสียชีวิตระหว่างรอ เป็นต้น ทำให้ สปสช. มีนโยบายให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ที่สถานพยาบาลทุกแห่งที่อยู่ใกล้ที่สุด ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิ์ทุกที่ หรือ Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) และให้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาเบิกค่าใช้จ่ายจากสปสช. ตามอัตราที่กำหนดโดยเงื่อนไขการรับบริการในแต่ละระดับของความวิกฤติมีดังนี้



กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติ

ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ ณ จุดเกิดเหตุก่อน¹¹ หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลจะประเมินอาการเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) หากเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ภายใน 72 ชั่วโมง จากนั้น โรงพยาบาลจะส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยัง สปสช. เพื่อดำเนินการหาเตียง ผู้ป่วยฉุกเฉิน จะได้รับการย้ายไปโรงพยาบาลตามสิทธิเมื่อรักษาพ้นวิกฤติแล้วหรือภายใน 72 ชั่วโมง กรณีที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบได้ภายใน 72 ชั่วโมง เพราะยังไม่พ้นวิกฤติ หรือไม่มีเตียงรับย้าย โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการจากสปสช.ตามที่ตกลงไว้หรือจ่ายตามจริง แต่กรณีที่พักันวิกฤติและมีเตียงรับย้าย แต่ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะย้ายกลับเข้าระบบ ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง¹²

รูปแบบที่ 2

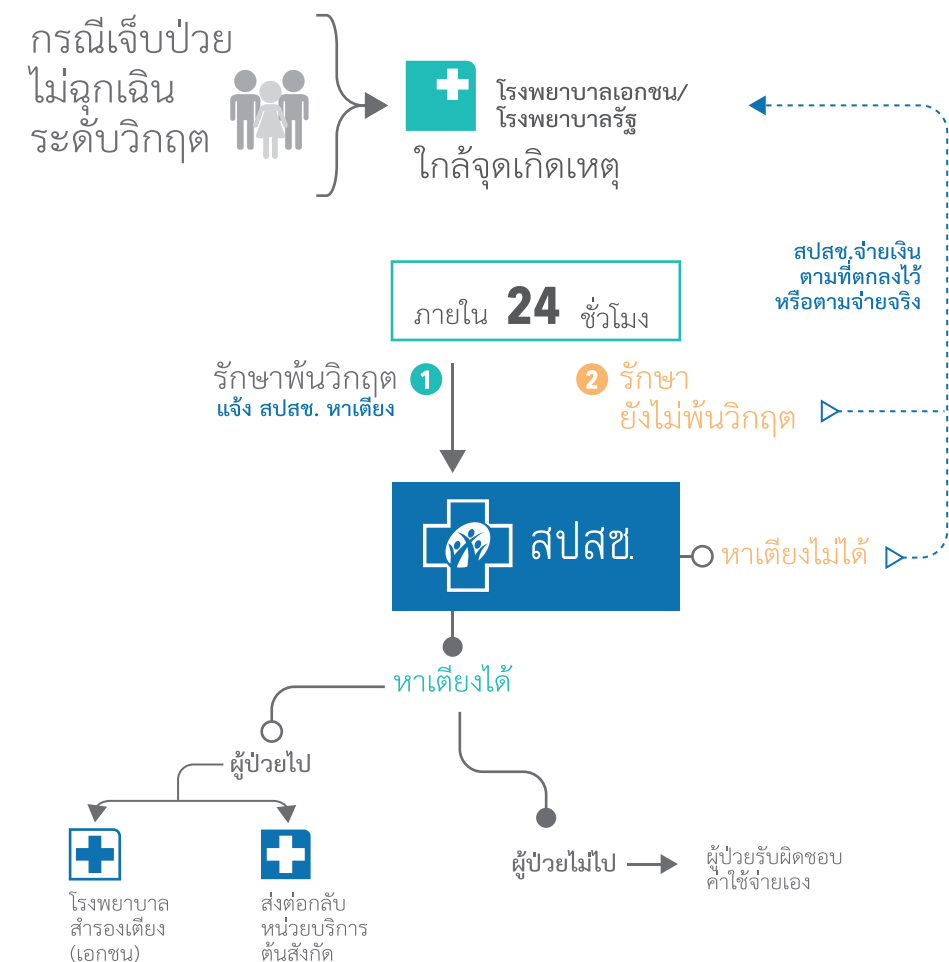
กรณีเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉินระดับวิกฤต หรือผู้มีสิทธิบัตรทองที่เดินทางไปต่างถิ่น

แล้วมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ความดันโลหิตขึ้นสูง ปวดศีรษะมาก ท้องเสียรุนแรง ซึ่งเป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่ถึงขั้นฉุกเฉินแก่ชีวิต ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 และข้อบังคับฯ พ.ศ.2560 ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากมีเหตุสมควรมีกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการอื่น (สถานพยาบาลเอกชน/รัฐบาลนอกเครือข่าย สปสช.) ได้โดยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย โรงพยาบาลจะแจ้งไปยัง สปสช. ภายใน 24 ชั่วโมง สปสช.จะประมวลผลการรักษา และจ่ายให้โรงพยาบาลตามอัตราที่ สปสช.กำหนด แต่กรณีที่เกิน 24 ชั่วโมงไปแล้ว โรงพยาบาลจะได้รับค่าบริการตามที่ตกลงกับ สปสช. หรือตามบริการภายหลังจาก 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยไม่สามารถย้ายไปโรงพยาบาลที่ลงทะเบียน เพราะยังไม่พ้นวิกฤต หรือไม่มีเตียงรองรับ โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการตามการรักษาหรือตามที่ตกลงไว้ได้ แต่กรณีที่พ้นวิกฤตแล้วแต่ผู้ป่วยไม่ย้าย ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง¹² (รูปที่ 7)

กรณีเหตุสมควร

หากหน่วยบริการประจำต้นสังกัดที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ แต่เกินศักยภาพในการรักษา ต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเอกชนนอกกรอบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น สปสช. ต้องเป็นผู้ส่งต่อเท่านั้น โดยหน่วยบริการประจำต้นสังกัด มีหน้าที่ตามจ่ายค่าบริการในอัตราของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลง ทั้งนี้ สปสช. จะจ่ายให้หน่วยบริการเอกชนนอกกรอบที่รักษาผู้ป่วยตามบริการจากกองทุนผู้ป่วยใน¹²

กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน หน่วยบริการเอกชนทุกแห่ง มีบทบาทในการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินที่อยู่ใกล้พื้นที่ ทำหน้าที่รักษาจนพ้นวิกฤต โดยต้องไม่เรียกเก็บค่าบริการพยาบาลจากผู้ป่วย จากนั้น ประสานไปยัง สปสช. เพื่อส่งกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือจัดหาโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อ กรณีที่โรงพยาบาลต้นสังกัด หรือโรงพยาบาลทั่วไปเตียงเต็ม จะมีการประสานไปยังโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรงพยาบาลสำรองเตียง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยต่อไป โดยสรุปหน่วยบริการเอกชน มีบทบาททั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยปฐมภูมิ รวมทั้งอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน และส่งต่อผู้ป่วยตามขั้นตอน ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ



รูปที่ 7 การให้บริการเจ็บป่วย ไม่ฉุกเฉินระดับวิกฤต

รูปแบบที่ 3

3

ภาคเอกชนในการให้บริการเฉพาะ

SPECIALIZED SERVICE PROVIDER

บริการเฉพาะจัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาของพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อหน่วยบริการในพื้นที่มีศักยภาพไม่เพียงพอให้บริการ หรือเกิดจากการที่โรงพยาบาลรัฐเต็ม ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ หรือต้องรอคิวนาน สปสช.เขตพื้นที่ จึงได้เชิญชวนโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพรักษาเฉพาะโรคเข้าร่วมโครงการ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยโรงพยาบาลในเครือข่ายที่อาจไม่มีศักยภาพเพียงพอเพราะเป็นโรคที่ต้องใช้เทคโนโลยีหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการรักษา จะสามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลนอกเครือข่ายได้ โดย สปสช.เป็นผู้ตามจ่ายค่าบริการ แต่กรณีที่มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกเครือข่าย จะเป็นการจ่ายแบบ “ตัดจ่ายสำรองเตียง” โดย สปสช. จะเจรจาต่อรองอัตราค่าบริการกับโรงพยาบาลเอกชนให้ได้ค่าบริการคงที่

เมื่อปี 2555 สปสช. กรุงเทพมหานคร ร่วมลงนามกับโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง เพื่อให้บริการโรคมะเร็ง โดยให้โรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่มีศักยภาพสูง ทำหน้าที่รับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอกมารับการรักษา ช่วยลดการรอคิว เพิ่มโอกาสการรักษาได้รวดเร็วและทันต่อโรค ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยที่โรงพยาบาลเอกชนได้รับการชดเชยตามอัตราที่ สปสช.กำหนด นอกจากนี้ ยังมีการขยายโอกาสในการใช้สิทธิ์แก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งแต่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษา อาทิ โรคเนื้องอกในสมองบางชนิด โรคเนื้องอกของเส้นประสาทการได้ยินและโรคเส้นเลือดในสมองโป่งพองผิดปกติ ได้เข้าถึงการรักษาโดยเท่าเทียมกัน¹⁵ เช่น โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่ทำข้อตกลงร่วมกับ สปสช. ในการบริการส่งต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคมะเร็งหรือโรคอื่นๆ ซึ่งต้องเข้ารับบริการรังสีรักษาตามที่แพทย์ระบุในหนังสือส่งตัว โดยสามารถส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 3 แห่งที่ได้ทำข้อตกลงไว้กับ สปสช. โดยค่าใช้จ่ายในการรักษายังคงเป็นไปตามเงื่อนไขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมหรือกรมบัญชีกลางที่คนไข้ถือสิทธิ์¹⁶

ปัจจุบันมีการให้บริการเฉพาะโรค ได้แก่ 1) บริการผ่าตัดต่อกระดูก 2) บริการผ่าตัดรักษาข้อเข่าเสื่อม 3) บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 4) บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ 6) บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง¹⁰

ภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ 2) การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำหรือให้ความรู้และการสาธิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการส่งเสริมป้องกันทุกกลุ่มอายุ

ในพื้นที่กทม.ที่มีประชากรอาศัยอยู่มาก แต่หน่วยบริการยังมีจำกัด เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการคัดกรอง สปสช.จึงมีโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค โดยเริ่มนำร่องในกรุงเทพมหานคร 11 เขต เมื่อปี 2562 มีร้านขายยาเข้าร่วม 26 แห่ง ทำหน้าที่ตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุง ตรวจเลือดหาภาวะเสี่ยงโรคเบาหวานผลการตรวจคัดกรองดังกล่าวจะบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพ แจกให้ผู้รับบริการทุกราย และให้คำแนะนำกรณีพบความผิดปกติจะส่งต่อเพื่อรักษาตามสิทธิ ในปี 2563 จึงมีการเพิ่มบริการให้รับยาได้ที่ร้านยา การเติมยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นเพิ่มเติม^{17,18}

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

PROVIDER OF HEALTH PROMOTION & DISEASE PREVENTION

P&P

4

นอกจากนี้ ยังมีโครงการหน่วยบริการร่วมให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ซึ่งสปสช.ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และคลินิกทันตกรรมเอกชนในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เข้าร่วมโครงการ 82 แห่ง ให้บริการตั้งแต่การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำทุกกลุ่มวัย เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือทาฟลูออไรด์วาร์นิชในกลุ่มเสี่ยงสำหรับเด็ก เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือทาฟลูออไรด์วาร์นิชด้วยฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่สำหรับเด็กอายุ 6-20 ปี เคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก ทาฟลูออไรด์วาร์นิชสำหรับผู้สูงอายุ และชุดหินปูน ทำความสะอาดฟันทั้งปากในหญิงตั้งครรภ์¹⁸

สำหรับการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่น “กรุงเทพมหานคร” เมื่อปีงบประมาณ 2561 สปสช.สนับสนุนงบประมาณในอัตรา 45 บาทต่อหัวประชากร เป็นเงินจำนวน 360,087,750 บาท ตามจำนวนประชากรใน กทม.กว่า 8 ล้านคน ในการดำเนินการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร” โดยกรุงเทพมหานครมีการจัดสรรงบประมาณร่วมดำเนินการไม่น้อยกว่าร้อยละ 50* ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47¹⁹ ที่ว่า

“เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พัฒนาสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต รวมทั้งดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

นอกจากนี้ สปสช.เขตพื้นที่ กทม.สร้างความร่วมมือกับเอกชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยดำเนินการในทุกกลุ่มอายุ รวมไปถึงกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพิ่มเติมด้วย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ขับขีรถสาธารณะ เป็นต้น รูปแบบความร่วมมือ มีการชักชวนหน่วยบริการเอกชนเข้าร่วม เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกเวชกรรมนอกเวลา หน่วยร่วมบริการ เป็นต้น หน่วยบริการเอกชนเหล่านี้ มีบทบาทในการคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประสานกายภาพบำบัดคนพิการ เป็นต้น โดยมีผู้ประกอบการวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัดร่วมด้วย

* ข้อ 8 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตกลงสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ ในอัตราร้อยละของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ 7 (1) ดังต่อไปนี้

(1) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ต่ำกว่า 6 ล้านบาท
(2) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ตั้งแต่ 6 ถึง 20 ล้านบาท
(3) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน สูงกว่า 20 ล้านบาท

5

ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในกลไกอภิบาล
และการบริหารจัดการ

PRIVATE SECTOR PARTICIPATES IN GOVERNANCE STRUCTURE OF NHSO

ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในระบบอภิบาลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีส่วนร่วมในกลไก
อภิบาล 2 ระดับ ได้แก่ระดับชาติและระดับเขต (รูปที่ 8)

ระดับชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (5) กำหนดให้
ผู้แทน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาล
สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละ 1 คน เป็นคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ ตามมาตรา 48 (3) ยังกำหนดให้ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน
ที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน มีส่วนร่วมในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและ
มาตรฐานบริการสาธารณสุข¹⁹

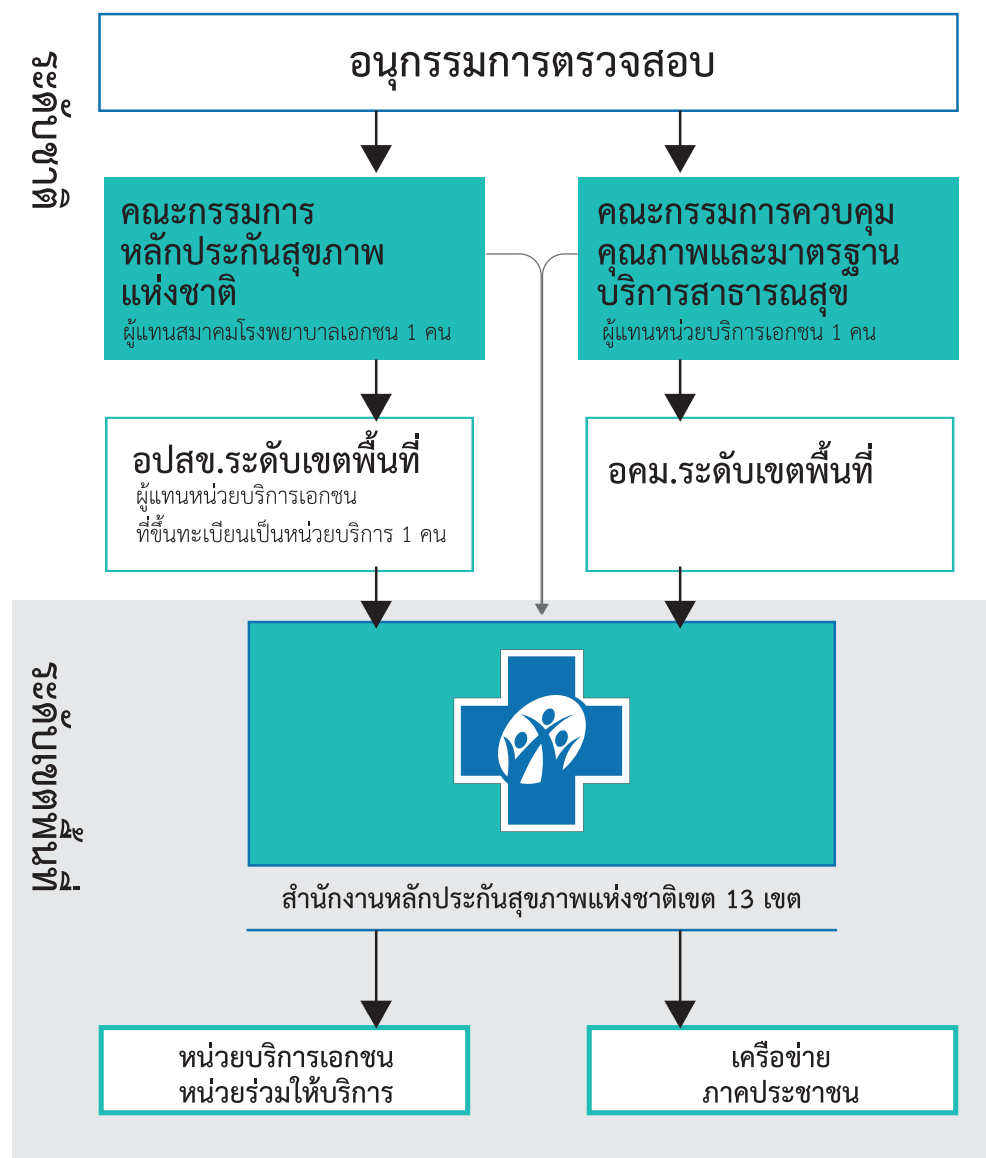
ระดับเขตพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (9) กำหนด
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชน ที่ไม่แสวงหาผลกำไรได้
มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่¹⁹ ภาคเอกชนจึง
เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) โดยมี
องค์กรประกอบเป็นผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน 1 คน (ถ้ามี)

บทบาทของภาคเอกชนมีส่วนร่วม
ในกลไกอภิบาลและการบริหารจัดการ

ระดับชาติ

มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
บริการสาธารณสุข ซึ่งทำงานคู่ขนานกัน รวมทั้งคณะกรรมการตรวจสอบ ทำหน้าที่ตรวจสอบ
ภายใน โดยทั้ง 3 คณะ ทำงานร่วมกันในการวางระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านคณะ
อนุกรรมการชุดต่างๆ

รูปที่ 8
การมีส่วนร่วมของ
ภาคเอกชนในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ระดับเขตพื้นที่

ผู้แทนหน่วยบริการภาคเอกชน เข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ซึ่งมีบทบาทคล้ายกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพียงแต่ขอบเขตความรับผิดชอบอยู่ในระดับพื้นที่เท่านั้น (สปสข. เขต) ทั้ง อปสข.และอคม. เป็นกลไกที่ทำงานร่วมกับ สปสข.เขต และภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเครือข่ายภาคประชาชน และหน่วยบริการเอกชนในพื้นที่ ตามบทบาทที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ซึ่งมีผู้แทนหน่วยบริการเอกชน 1 คนเป็นกรรมการ โดยมีบทบาทในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมถึงกำกับดูแลการให้บริการ รายงานผลการตรวจประเมินและควบคุมมาตรฐานของหน่วยบริการ รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการร้องเรียนของผู้ถูกละเมิด เป็นต้น ส่วนคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) มีบทบาทในการกำหนดกรอบแนวทางการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ กำหนดแนวทางการบริหารกองทุน กำหนดแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบส่งต่อ จัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ และแต่งตั้งคณะทำงานเกี่ยวกับงานของ สปสข.ในระดับอำเภอ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคเอกชนในกลไกอภิบาล ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่หน่วยบริการภาคเอกชนสามารถสะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถแก้ปัญหาและพัฒนากระบวนการได้ตรงกับความต้องการของประชาชน และสอดคล้องกับเงื่อนไขการดำเนินงานของภาคเอกชน เนื่องจากหน่วยบริการภาคเอกชนมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการโดยตรง ตั้งแต่การรับงบประมาณ บริหารงบประมาณรายหัว การจัดบริการ และการส่งต่อ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายยังทำให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารกองทุนอีกด้วย

สรุปบทบาทภาคเอกชน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

PART OF THE SERVICE NETWORK

เป็นเครือข่ายระบบบริการ

ภาคเอกชนมีบทบาททั้งเป็นหน่วยบริการประจำ
หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วย
บริการร่วมให้บริการ โดยมีจำนวนแต่ละประเภทดังนี้

- หน่วยบริการปฐมภูมิ 20 แห่ง
- หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ 284 แห่ง
- หน่วยบริการที่เป็นทั้งปฐมภูมิ ประจำ
และรับส่งต่อ 34 แห่ง
- หน่วยบริการร่วมให้บริการ 200 แห่ง
- หน่วยบริการรับส่งต่อแบบ Capitation 4 แห่ง,
Non-capitation 4 แห่ง และหน่วยบริการ
รับส่งต่อเฉพาะทาง 272 แห่ง

โดยหน่วยบริการ 1 แห่งสามารถขึ้นทะเบียนได้หลาย
ประเภท เช่น เป็นทั้งหน่วยบริการประจำ และรับส่งต่อ
หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ
หรือเป็นทั้งหน่วยรับส่งต่อ และหน่วยบริการร่วม
ให้บริการ เป็นต้น

2

ACCIDENT & EMERGENCY SERVICES

การให้บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในกรณีฉุกเฉิน
โดยมีบทบาทสำคัญดังนี้

- รับผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน กรณีวิกฤติ
และรักษาจนพ้นวิกฤติ
- ประสานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยโดยผ่านไปยัง
สปสช. หรือ หน่วยบริการประจำต้นสังกัด
ของผู้ป่วย เพื่อจัดหาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วย
พักฟื้น

3

SPECIALIZED SERVICE PROVIDER

ให้บริการเฉพาะ

โรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพสูงมีบทบาทให้การรักษ
โรคเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัย อาทิ มะเร็ง หัวใจและ
หลอดเลือด ผ่าตัดข้อเข่า หลอดเลือดสมอง เอชไอวีเอดส์ ไตวาย
ผ่าตัดต่อกระดูก

4

PROVIDER OF HEALTH PROMOTION & DISEASE PREVENTION (P&P)

ให้บริการสร้างเสริมป้องกัน

- ตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อสุขภาพ
- สร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ให้คำปรึกษาและ
แนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ การช้ยา และการ
ดูแลรักษาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกกลุ่มอายุ
- การเยี่ยมบ้าน

5

PRIVATE SECTOR PARTICIPATES IN GOVERNANCE STRUCTURE OF NHSO

ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในกลไกอภิบาล
และการบริหารจัดการ

3

การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการ ของภาครัฐและเอกชน

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งสิ้น 12,151 แห่ง แบ่งเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ 11,587 แห่ง หน่วยบริการประจำ 1,331 แห่ง และหน่วยบริการรับส่งต่อ 1,335 แห่ง โดยภาครัฐมีบทบาทหลักในการให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่ภาครัฐมีสัดส่วนถึงร้อยละ 94 ภาคเอกชนมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.3 เท่านั้น ภาคเอกชนจะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำและรับส่งต่อในสัดส่วนที่มากขึ้น คือร้อยละ 19 และ 21 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2
จำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปี พ.ศ. 2561

หน่วยบริการรัฐและเอกชน
ที่ขึ้นทะเบียนทั่วประเทศ ปี 2561
รวมทั้งสิ้น

12,151 แห่ง

หน่วยบริการปฐมภูมิ	11,587 แห่ง
กระทรวงสาธารณสุข	94.31%
กระทรวงอื่น	1.54%
ภาคเอกชน	2.35 %
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1.80%
หน่วยบริการประจำ	1,331 แห่ง
กระทรวงสาธารณสุข	68.59%
กระทรวงอื่น	11.50%
ภาคเอกชน	19.01%
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.90%
หน่วยบริการรับส่งต่อ	1,335 แห่ง
สังกัด สธ.	70.48%
กระทรวงอื่น	7.98%
สังกัดเอกชน	21.03%
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.51%

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประเภทต่างๆ มีขั้นตอนเหมือนกันระหว่างภาครัฐและเอกชน คือต้องแสดงความจำนงและกรอกใบสมัครเพื่อขึ้นทะเบียน แต่หน่วยบริการภาครัฐจะขึ้นทะเบียนทุกแห่ง ในขณะที่ภาคเอกชนจะเป็นการขึ้นทะเบียนโดยสมัครใจ สถานบริการสุขภาพที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแต่ละประเภทจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วยหมวดต่างๆ ได้แก่ ศักยภาพการจัดการบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ การจัดระบบบริการตามประเภทและขอบเขตบริการ สาธารณสุข ด้านบุคลากร ด้านการบริหารจัดการ ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือ การควบคุมกำกับการทำงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการระดับจังหวัดเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้ว่าหลังจากเปิดให้บริการแก่ประชาชนแล้ว กรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนหรือนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีการสุ่มประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เกิดกรณีการร้องทุกข์จากผู้รับบริการที่เกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานบริการ ส่วนกรณีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ให้รายงานผลตามระบบ ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข²¹ โดยขั้นตอนการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการเอกชนแต่ละประเภทมีดังนี้

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของภาคเอกชน ประกอบด้วย 1) สปสช. ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่เพื่อชักชวนภาคเอกชนมาเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ 2) ภาคเอกชนที่สนใจ จะต้องแสดงความจำนงและกรอกใบสมัคร 3) คณะทำงานตรวจประเมินภาคเอกชน ประกอบด้วย ตัวแทนศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล และตัวแทนภาคประชาชนในพื้นที่ ไปประเมินคุณสมบัติและความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 4) เมื่อภาคเอกชนผ่านเกณฑ์การประเมิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและทำนิติกรรมสัญญาตามกฎหมาย

ในส่วนของคลินิกเอกชนจะได้รับการตรวจประเมินมาตรฐานตามหลักเกณฑ์เป็นประจำทุกปี หากผ่านเกณฑ์จึงจะได้ต่อสัญญาฯ รวมทั้งมีการตรวจประเมินเฉพาะกิจ และการตรวจเยี่ยมในกลุ่มคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีปัญหาข้อร้องเรียนหรือมีปัญหาด้านการจัดระบบบริการอีกด้วย

ขั้นตอนการขึ้นทะเบียน หน่วยบริการของคลินิกเอกชน

- 1

สปสช.ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่เพื่อชักชวนภาคเอกชนมาเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ
- 2

ภาคเอกชนที่สนใจ จะต้องแสดงความจำนงและกรอกใบสมัคร
- 3

คณะทำงานตรวจประเมินภาคเอกชน
- 4

ภาคเอกชนผ่านเกณฑ์การประเมิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

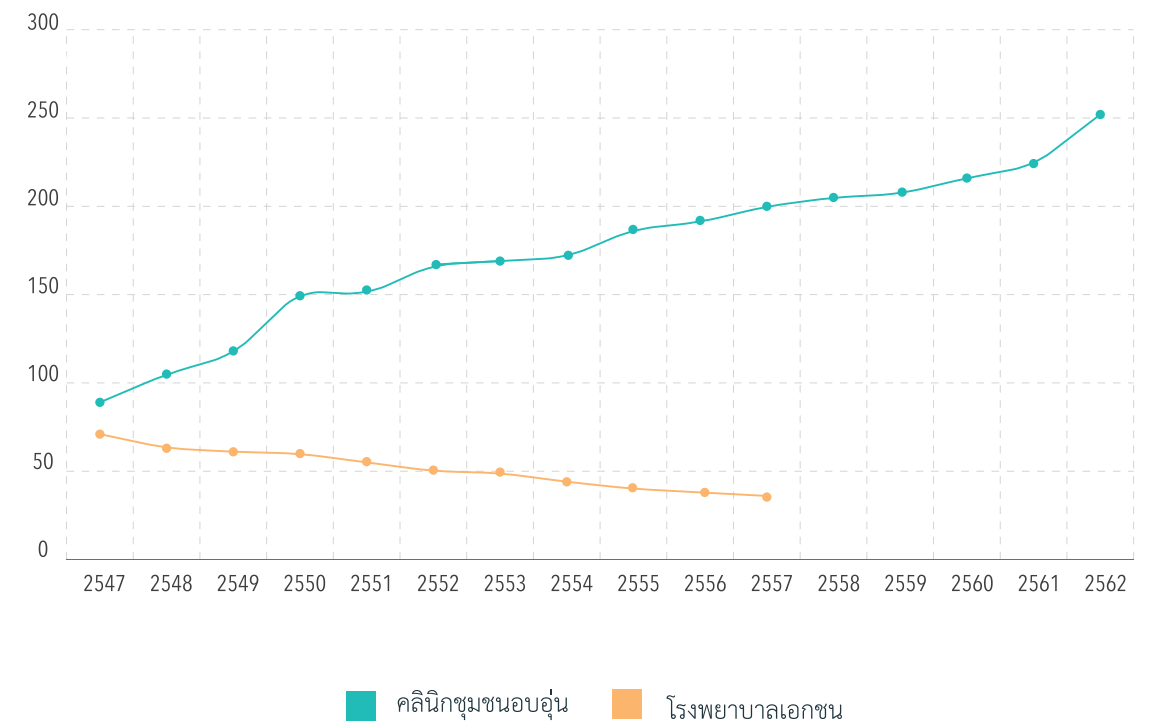
จำนวนหน่วยบริการเอกชน โดยเฉพาะคลินิกชุมชนอบอุ่น

ที่ขึ้นทะเบียนในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปี 2547-2562

มีแนวโน้มเติบโตเพิ่มขึ้น
ขณะที่โรงพยาบาลเอกชน
มีแนวโน้มลดลง
โดยเฉพาะเขตเมืองและ
กรุงเทพมหานคร

รูปที่ 9
จำนวนหน่วยบริการเอกชน
(โรงพยาบาลเอกชน
และคลินิกชุมชนอบอุ่น)
ทั่วประเทศ ที่ขึ้นทะเบียน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปี 2547-2562

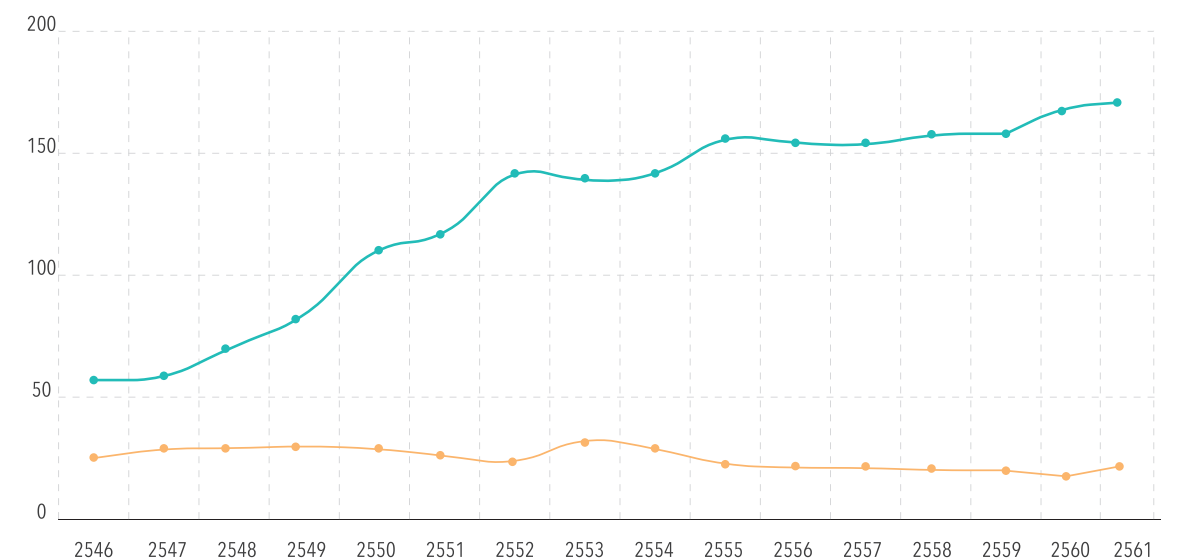
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13
กรุงเทพมหานคร²²



แนวโน้มโรงพยาบาลเอกชน
ที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีการเติบโตค่อนข้างน้อย
ส่วนคลินิกชุมชนอบอุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก
นับตั้งแต่ ปี 2546 แต่เริ่มชะลอตัวตั้งแต่ปี 2556
เป็นต้นมา (รูปที่ 9 และ 10)

รูปที่ 10
จำนวนหน่วยบริการเอกชน
(โรงพยาบาลเอกชน
และคลินิกชุมชนอบอุ่น)
ในกรุงเทพมหานคร ที่ขึ้นทะเบียน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปี 2546-2561

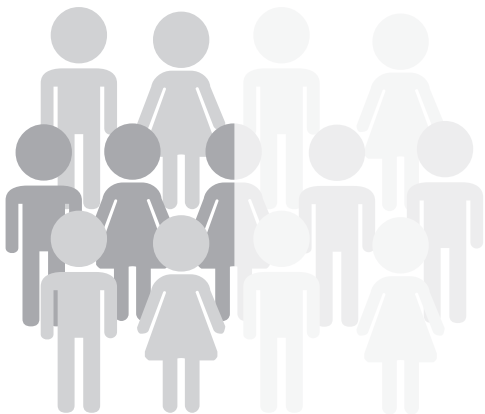
ที่มา: เว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



4

การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ

ตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545 มาตรา 6
ระบุให้บุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ
ต้องยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงาน
หรือหน่วยงานที่กำหนด
เพื่อเลือกหน่วยบริการประจำ¹⁹



ประชากรในกรุงเทพมหานคร

3.9 ล้านคน

หรือราวครึ่งหนึ่งของประชากร
ในกรุงเทพมหานครทั้งหมด
เป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

ในกรุงเทพมหานคร ประชาชนสามารถเลือกหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน
(คลินิกชุมชนอบอุ่น/โรงพยาบาลเอกชน) รวมทั้งหน่วยบริการประจำที่อยู่ใกล้
บ้านพักอาศัย ใกล้ที่ทำงาน หรือสถานศึกษา

ปัจจุบันประชากรที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีทั้งสิ้น 8,055,122 คน
เป็นผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 3,926,964 คน หรือ
ราวครึ่งหนึ่งของประชากรในกรุงเทพมหานครทั้งหมด แบ่งเป็นผู้ที่มีทะเบียนบ้าน
อยู่ใน กทม. ร้อยละ 78 และมีทะเบียนบ้านต่างจังหวัด ร้อยละ 22 โดย
ผู้มีสิทธิใน กทม. ที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ ส่วนใหญ่คือกลุ่มอายุ 0-24 ปี
ขณะที่คนต่างจังหวัดซึ่งลงทะเบียนบัตรทองใน กทม. ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน
อายุ 20-59 ปี โดยคลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่ดูแลประชากรราว 10,000 คน
ต่อแห่ง¹⁰

5

การประกันคุณภาพ และควบคุมมาตรฐาน หน่วยบริการ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุข มีอำนาจในการกำกับดูแลการให้บริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดย กำหนดมาตรฐานการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพมาตรฐาน หน่วยบริการ และรายงานต่อคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและคณะ อนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ เพื่อปรับปรุงแก้ไขคุณภาพและ มาตรฐานบริการต่อไป¹⁰ และเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล กลไก การควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ จึงเป็นการ ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการ 2 คณะ ได้แก่

คณะอนุกรรมการหลักประกัน สุขภาพ ระดับเขตพื้นที่

ซึ่งประกอบด้วย กรรมการจากหลายภาคส่วน ได้แก่ภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และ ท้องถิ่น (รวมทั้งกทม.) ภายใต้คณะกรรมการ ชุดนี้ มีคณะทำงานด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงการ ประเมินและตรวจสอบ คณะทำงานเหล่านี้ทำ หน้าที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพื้นที่ให้มีธรรมาภิบาล

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานระดับเขตพื้นที่

ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน วิชาชีพต่างๆ และตัวแทนภาคประชาชน การติดตามตรวจสอบโดยผ่านกลไกดังกล่าว จึงสร้างความมั่นใจได้ว่าจะสามารถควบคุม คุณภาพของหน่วยบริการที่สอดคล้องกับความ คาดหวังของประชาชนผู้ใช้บริการ และเป็นไป ตามมาตรฐานเหมือนกันทุกแห่ง

กรอบที่ 1: การปรับปรุงแบบความสัมพันธ์ของเครือข่ายหน่วยบริการ และการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

สปสช.เขตพื้นที่ กทม.ได้นำแนวคิดการสร้างเชื่อมั่นบริการปฐมภูมิให้กับประชาชนและความไว้วางใจระหว่างหน่วยบริการ ปฐมภูมิและหน่วยบริการรับส่งต่อในรูปแบบแม่ข่าย-ลูกข่าย ซึ่งล้วนเป็นหน่วยบริการต่างสังกัด โดยใช้ชื่อ Primary Care Trust : PCT มาปรับปรุงแบบการทำงานร่วมกันของเครือข่ายหน่วยบริการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาระบบ ส่งต่อ/รับกลับในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการและทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐานครบ ถ้วนและต่อเนื่อง โดยระยะแรกจัดทำโครงการนำร่องขึ้นในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชฯ จากนั้นขยายไปยังโรงพยาบาลสังกัด รัฐในเขต กทม.เพิ่มเติมเป็น 8 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ.2557-2559 และขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลเอกชนอีก 6 แห่ง เมื่อปี พ.ศ.2560²²

วิธีการคือจัดรูปแบบเครือข่ายความสัมพันธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการรับส่งต่อให้เป็นลักษณะ “แม่ข่ายกับ ลูกข่าย” โดยแม่ข่าย (โรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ) มีบทบาทในการดูแลและพัฒนาลูกข่าย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ร่วมจัดทำ Clinical Practice Guideline อบรมบุคลากรในด้านการบริการและการส่งต่อ ต่อมาได้นำระบบข้อมูลสารสนเทศ การส่งต่อ (e-Referral) มาใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยแม่ข่ายและลูกข่ายสามารถติดตามประวัติ ผู้ป่วย และดูประวัติการรักษา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ใบส่งตัวที่เป็นกระดาษเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงช่วยเพิ่มความสะดวก ให้กับประชาชนไม่ต้องเดินทางไปมาเพื่อขอใบส่งตัว และลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ นอกจากนี้ยังสามารถสรุปรายการ ค่ารักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย จึงสามารถนำข้อมูลมาวางแผนการวิจัย และวางแผนการรักษาได้อีกด้วย ลักษณะ ความร่วมมือเช่นนี้ทำให้ความสัมพันธ์ของหน่วยบริการดีขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นมากขึ้นและลดเรื่องร้องเรียน ลงได้ ตัวอย่างในโรงพยาบาลภูมิพลฯ พบว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ทำให้ลดเวลาการพบแพทย์ ส่งผลให้คุณภาพ การบริการและการส่งต่อดีขึ้น จึงช่วยลดความแออัด และลดเวลาในการรอคิวลงได้²¹ ขณะที่การให้บริการมีคุณภาพดีขึ้น เนื่องจากแพทย์มีเวลาในการตรวจรักษามากขึ้น อีกทั้งโรงพยาบาลก็มีเวลาในการบริหารจัดการให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้นด้วย

ในปี 2557 ได้มีการริเริ่มจัดทำหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพ คลินิกชุมชนอบอุ่นที่ยังไม่เคยมีการจัดทำมาก่อนโดย หน่วยงานใด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะทำงานที่มีสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ร่วมกันจัดทำคู่มือ การตรวจ รับรองคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภาคเอกชน (Private Primary Care Accreditation: PPCA) กับคลินิก นำร่อง 20 แห่ง จากนั้น ได้มีการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำ เพื่อพัฒนาคุณภาพคลินิกเอกชน และมีการประเมินตาม หลักเกณฑ์ PPCA ต่อมาได้มีการรับสมัคร คลินิกชุมชนอบอุ่น เพิ่มขึ้นอีก 20 แห่ง¹⁰ โดยมีการสอน พัฒนา และติดตาม เยี่ยมคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมอย่างต่อเนื่องทุกปี จน กระทั่งมีคลินิกที่ได้รับการรับรอง “คลินิกคุณภาพระดับดี” 9 แห่ง เมื่อปี 2561

การรับรองคุณภาพฯ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเด่น โดยระดับดี หน่วยบริการฯ ต้อง ได้รับการเยี่ยมสำรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง และมีผลคะแนนที่ แสดงถึงการพัฒนาเพิ่มขึ้นหรือรักษาระดับการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการสำรวจครั้งล่าสุดต้องไม่น้อยกว่า ขั้นที่ 3 ขณะที่ระดับดีมาก หน่วยบริการฯ ต้องมีผลการ ดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีคะแนน การประเมินไม่น้อยกว่าขั้นที่ 3 ติดต่อกัน 3 ครั้ง ส่วนระดับ ดีเด่น หน่วยบริการฯ ต้องมีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ คุณภาพอย่างต่อเนื่องและมีผลคะแนนไม่น้อยกว่าขั้นที่ 3 ติดต่อกัน 4 ครั้ง¹⁰

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจาก การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ ภาคเอกชนในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.1

ลดความแออัดในโรงพยาบาล

จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลภูมิพลฯ ที่ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งคลินิกชุมชนอบอุ่น และศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า สามารถลดจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลลงได้เหลือประมาณ 30 คนต่อวันจากเดิมวันละ 500 คน และสามารถลดเวลารอคิวพบแพทย์ลงได้เหลือเพียงครึ่งชั่วโมงต่อคนจากเดิมชั่วโมงครึ่ง ซึ่งพิสูจน์ว่าการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการเอกชนช่วยกระจายผู้ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาลได้จำนวนมาก ปัจจุบัน สปสช.จึงจัดทำโครงการขยายหน่วยบริการร่วมให้บริการ เพื่อลดความแออัดลงในโรงพยาบาลและลดเวลารอคิวในผู้ป่วยนอกที่รอรับยา เช่น โครงการรับยาจากร้านยาใกล้บ้าน โดยสามารถดำเนินการนำร่องได้ใน 55 โรงพยาบาล มีร้านยาเข้าร่วม 500 กว่าแห่งทั่วประเทศใน 38 จังหวัด ในผู้ป่วย 4 กลุ่ม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด จิตเวชและกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการนอกเวลาราชการได้ในกรณีเหตุสมควร ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในท้องถื่นในโรงพยาบาลลงได้อีกด้วย²³

6.2

การเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

การมีโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะโรคเข้าร่วมให้บริการ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีราคาแพงได้มากขึ้น เช่น บริการโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคต่อกระจาก โรค HIV/AIDS เป็นต้น จากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัส HIV/AIDS เพิ่มขึ้นเรื่อยมาตั้งแต่ปี 2557-2561 จาก 178,264 คน ในปี 2557 เป็น 261,936 คน ในปี 2561 นอกจากนี้ การใช้บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 25,876 ในปี 2557 เป็น 57,288 คน ในปี 2561 ขณะที่การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ปี 2552 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือใส่สายหัวใจ PCI ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.97 ในปี 2561²⁰

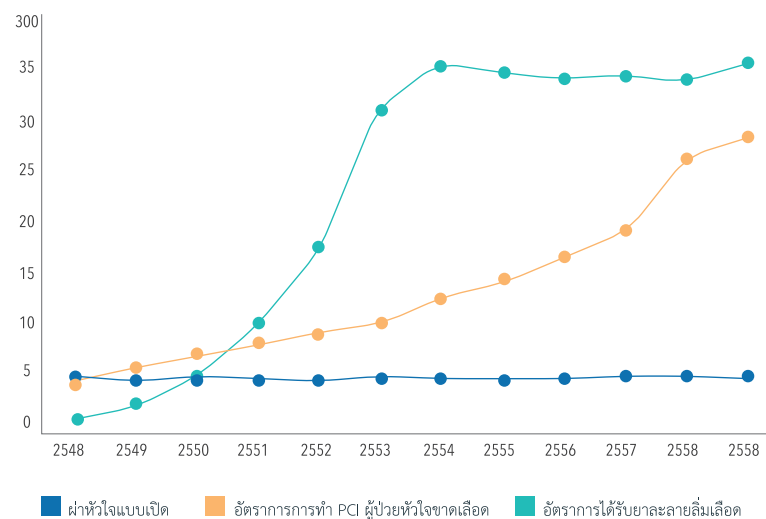
สำหรับบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคเฉพาะที่โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทในการรักษาร่วมด้วย พบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอัตราการทำ PCI ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดสิทธิ UCS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2548-2559 ส่วนอัตราการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า มีแนวโน้มอยู่ในช่วงร้อยละ 4.51-4.71 ในปี 2548-2557 และในปี 2558-2559 ลดลงเล็กน้อย⁶

ในด้านการผ่าตัดต่อกระจากมีปัญหาเรื้อรังจนบางครั้งทำให้ผู้ป่วยตาบอดก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด สปสช.จึงได้ปรับรูปแบบการจ่ายเงิน โดยแยกออกมาจากการเบิกจ่ายแบบผู้ป่วยใน ตามระบบ DRG โดยจ่ายแบบ fixed fee schedule โดยคิดราคาต่อหัว จ่ายให้กับโรงพยาบาลในอัตราเดียวกัน รวมทั้งต่อราคาทำให้

ราคาของเลนส์ลดลงอย่างมาก ซึ่งหลังจากปรับระบบการจ่ายเงินแล้ว มีภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้นเท่าตัวในช่วง 4 ปี หลังจากเริ่มโครงการในปี 2551 (รูปที่ 11-12)

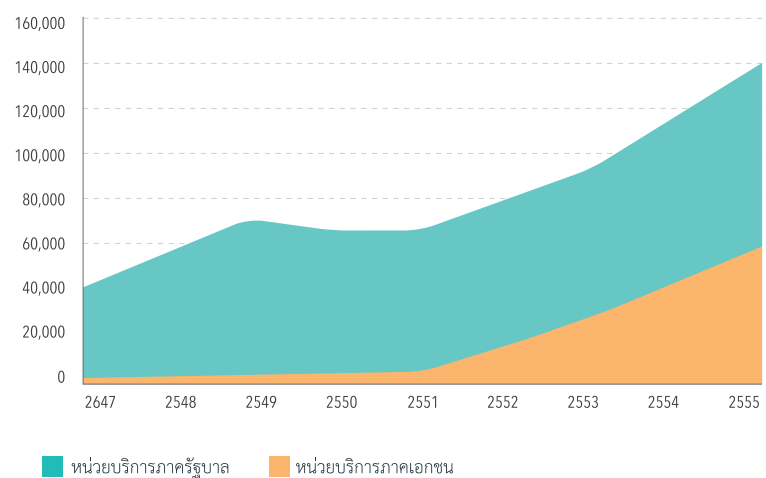
เมื่อปี 2560 พบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น โดยประชากรในกลุ่มอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และหรือความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย 30-60 ปี ภายใน 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น¹⁰ ผลลัพธ์ของการบริการพบว่า ประชาชนอายุ 35-74 ปีที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือความดันสูงมีจำนวนลดลง

รูปที่ 11 อัตราการเข้าถึงหัตถการโรคหัวใจ ปี 2548-2559



ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557 และปีงบประมาณ 2559

รูปที่ 12 จำนวนการผ่าตัดต่อกระเจก ก่อนและหลังการเปลี่ยนวิธีการจ่ายจาก DRG เป็นการจ่ายแบบ fixed fee schedule



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555

7

ความท้าทายและบทเรียน การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

7.1

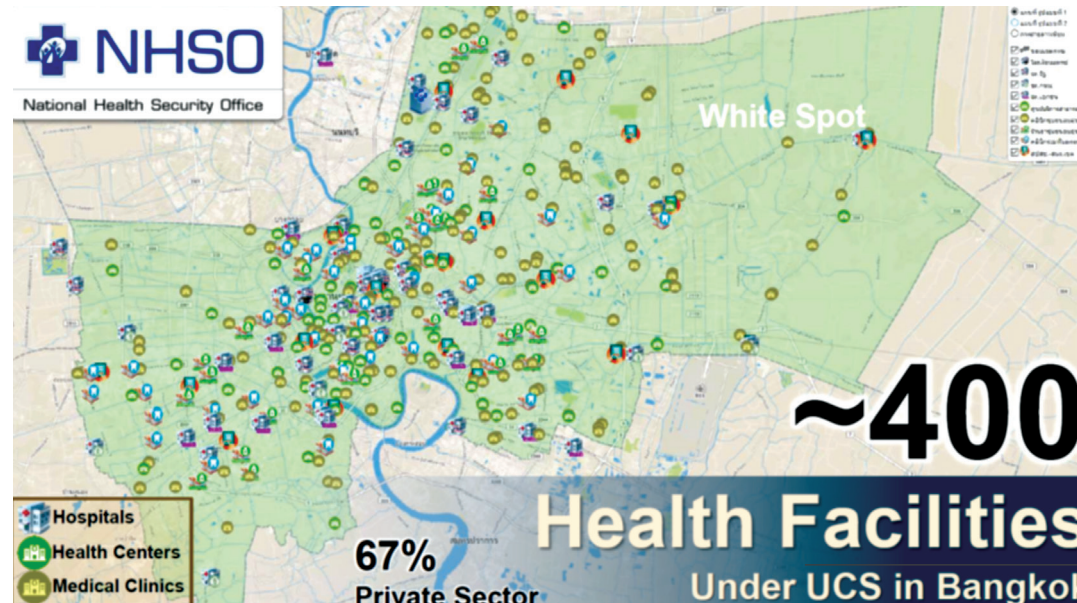
ปัญหาการส่งต่อ

การจัดบริการโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคเอกชนมีความท้าทายในการส่งต่อผู้ป่วยและการบริหารงบประมาณโดยที่ผ่านมา ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการประจำอย่างคลินิกชุมชนอบอุ่นไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อ ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูง เนื่องจากมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลแม้จะรับส่งต่อของคลินิกชุมชนอบอุ่นมากขึ้น ขณะที่โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก็มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง รวมทั้งมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาสูงเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ส่งผลให้คลินิกชุมชนอบอุ่นถูกหักเงินจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ได้รับอย่างจำกัดอยู่แล้ว²⁴ และทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นไม่ส่งต่อผู้ป่วย

7.2

การดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ ยังมีความครอบคลุมน้อยกว่าต่างจังหวัด

เนื่องจากบริบทของพื้นที่และประชากรใน กทม. มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือของรัฐและเอกชนในเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในชุมชนต่างๆ แต่เนื่องจากความเป็นเมืองทำให้ชุมชนขยายตัวมาก มีความหลากหลายของวิถีการดำรงชีวิต การทำงานที่แตกต่าง มีการอพยพเคลื่อนย้าย อยู่อาศัยไม่เป็นหลักแหล่ง ทำให้สภาพที่อยู่อาศัยมีความหลากหลายตามไปด้วย เช่น อาคารชุด ห้องเช่า ชุมชนแออัด หมู่บ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม เป็นต้น ทำให้การเข้าถึงชุมชนใน กทม.ทำได้ยาก รวมทั้งอาจเกิดจากการรับรู้สิทธิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนยังมีน้อย และหน่วยบริการที่มีอยู่ยังเข้าถึงบริการได้ลำบาก



7.3

การกระจายของหน่วยบริการภาคเอกชนไม่ทั่วถึง

หน่วยบริการในเขตเมืองหลายแห่งยังกระจายตัวไม่ทั่วถึง เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ไม่มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนประเภทเฉพาะโรค ส่วนเขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออก และเขต 10 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็มีหน่วยบริการเอกชนน้อยที่สุด²⁵ ขณะที่ในเขตกรุงเทพมหานคร หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังคงกระจุกตัวอยู่เฉพาะพื้นที่ชั้นใน แต่สำหรับเขตชั้นนอก เช่น หนองจอก มีนบุรี ยังมีการกระจายสถานพยาบาลค่อนข้างเบาบางมากจึงเป็นความท้าทายในการกระตุ้นเอกชนให้มีการลงทุนในพื้นที่ดังกล่าวเพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพในเขตเมือง²⁶ (รูปที่ 13)

7.4

การสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลเอกชน

การสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลภาคเอกชนเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังเป็นความท้าทาย เนื่องจากการบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะ (Public goods) ซึ่งไม่ใช่การแสวงหากำไร ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน เป็นธุรกิจที่ต้องการกำไร ทำให้ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งถอนตัวจากระบบโดยให้เหตุผลว่าประสบปัญหาขาดทุน เช่น ในปีงบประมาณ 2560 มีหน่วยบริการในเขตพื้นที่ กทม. ที่ถอนตัว ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ขอลถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อ (ลาออกจากระบบฯ) และอีก 5 แห่ง ขอลถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อให้คลินิกชุมชนอบอุ่น (ไม่ได้ลาออก แต่ขอไม่เป็นหน่วยรับส่งต่อให้คลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่ง) การถอนตัวของหน่วยบริการเอกชนนี้ ส่งผลกระทบต่อประชาชนของ กทม.ประมาณ 2 แสน 7 หมื่นคน สาเหตุสำคัญเกิดจากการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 และเด็กแรกเกิดผิดปกติเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 จึงทำให้งบประมาณกองทุนผู้ป่วยในของ กทม. ไม่เพียงพอและทำให้อัตราจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการในพื้นที่ลดลง อย่างไรก็ตาม สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (เขต 13) ยังคงได้รับความร่วมมือจากหน่วยบริการสังกัดของรัฐและเอกชนอื่นๆ โดยรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากหน่วยบริการที่ขอลถอนตัว มาเป็นหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อแทน ดังนั้น จึงทำให้หน่วยบริการรับส่งต่อไม่เพียงพอ และยังกระทบต่อความแออัดของหน่วยบริการจากการต้องรับผู้มีสิทธิเหล่านี้เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม การจูงใจหน่วยบริการเอกชน อาจใช้งบประมาณจากงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ กทม. ที่จ่ายให้หน่วยบริการเอกชนตามราคาต่อหน่วยบริการ (Itemize) ทำให้หน่วยบริการเอกชนได้รับค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนตามความเป็นจริง ซึ่งแตกต่างจากเขตต่างๆในต่างจังหวัดที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

8

สรุป

ประเทศไทยมีหน่วยบริการภาครัฐให้บริการเป็นหลัก ทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดกระจายอยู่ในระดับภูมิภาค ในขณะที่บริการสุขภาพในเขตเมืองมีปัญหาความแออัดเนื่องจากผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในโรงพยาบาลมีจำนวนมาก รวมถึงการครองเตียงของผู้ป่วยในยังมีจำนวนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรับได้ การกระจายตัวที่ไม่ครอบคลุมและปัญหาการบริหารจัดการของสถานพยาบาลที่มีอยู่ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ทำให้ต้องรอคิวนาน เพื่อแก้ปัญหาความแออัด และลดเวลารอคิว และให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ สปสช.จึงเชิญชวนภาคเอกชนที่มีอยู่จำนวนมาก เข้าร่วมในระบบบริการ ปัจจุบันหน่วยบริการเอกชนในเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 810 แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานคร 453 แห่ง ในภูมิภาค 357 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและประจำที่ให้บริการผู้ป่วยนอกและบริการสร้างเสริมป้องกัน ส่วนหน่วยบริการรับส่งต่อยังกระจายตัวไม่มาก และพบว่าแนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชนลดลงโดยบางส่วนถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เนื่องจากประสบปัญหาขาดทุนจากภาระค่าใช้จ่าย

การจัดบริการสุขภาพในปัจจุบัน จึงมีลักษณะของการมีส่วนร่วมระหว่างรัฐและเอกชน แต่ทั้งนี้ รัฐยังมีบทบาทหลักในการจัดสรรงบประมาณ และวางรูปแบบการจัดการบริการ กำกับติดตามคุณภาพและมาตรฐานบริการโดยผ่านกลไกคณะกรรมการที่มีภาคีหลายภาคส่วน ในขณะที่ภาคเอกชนทำ

หน้าที่จัดบริการสุขภาพทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการสร้างเสริมป้องกัน และบริการเฉพาะทาง นอกจากนี้ ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชนยังมีส่วนร่วมในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีส่วนในการกำหนดนโยบายและการบริหารต่างๆ จึงนับว่าภาคเอกชนเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความครอบคลุม ทัวถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลจากการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ช่วยให้เกิดการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก เพราะผู้ใช้บริการสามารถเลือกลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำใกล้บ้าน และไปใช้บริการได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล จึงลดเวลารอคิวและลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้ และทำให้เกิดการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านบริการที่เกินจำเป็น กรณีของโรงพยาบาลภูมิพลฯ เมื่อมีภาคเอกชนเข้ามาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถกระจายผู้ป่วยนอกให้ไปรักษาในคลินิกชุมชนอบอุ่น ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยเหลือประมาณ 30 คนต่อวัน จากเดิมที่มีกว่า 500 คน ลดเวลารอคิวการพบแพทย์ลงได้จาก 77 นาทีเหลือ 33 นาทีต่อคน ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่

สถานพยาบาลเอกชนที่จะเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ สามารถเลือกหน่วย

บริการใกล้บ้านได้โดยสถานพยาบาลเอกชนต้องแสดงความจำนงและกรอกใบสมัคร จากนั้นจะมีการตรวจประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบริการที่ประชาชนจะได้รับ

การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ยังมีความท้าทายหลายด้าน ทั้งปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คุณภาพของหน่วยบริการ และการกระจายหน่วยบริการเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร

ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยเกิดจากการที่คลินิกชุมชนอบอุ่นไม่ส่งต่อผู้ป่วย เพราะขาดทุนจากการถูกหักเงินค่าบริการที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ นอกจากนี้ เมื่อปี 2560 ยังพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งทยอยถอนตัวจากการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ สาเหตุเกิดจากการมีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 และเด็กแรกเกิดผิดปกติเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 ทำให้งบประมาณกองทุนผู้ป่วยในของกทม. ไม่เพียงพอและทำให้อัตราจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการในพื้นที่ลดลง โรงพยาบาลเอกชนจึงประสบปัญหาขาดทุน

ปัญหาด้านการสร้างเสริมป้องกันนั้น บทบาทของภาคเอกชนบางด้านยังทำได้ไม่มาก เนื่องจากบริบทของพื้นที่ที่มีประชากรอยู่หนาแน่นและความหลากหลายพื้นที่อยู่อาศัย ซับซ้อนและเข้าถึงยาก การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยและการบริการเชิงรุก จึงยังทำได้ไม่ทั่วถึง อีกทั้งศักยภาพ

กล่าวได้ว่า
การดึงภาคเอกชนเข้ามา
มีส่วนร่วมในระบบ
บริการสุขภาพของไทย
ที่มีแนวโน้มค่อนข้างดี
คือ หน่วยบริการประจำ/
ปฐมภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยนอก
โดยเฉพาะคลินิกชุมชนอบอุ่น

บุคลากรของหน่วยบริการเอกชนอาจยังไม่เพียงพอ อาทิ เทคนิคการให้ความรู้/คำแนะนำ ทักษะการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การส่งเสริมให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

กล่าวได้ว่า การดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพของไทย ที่มีแนวโน้มค่อนข้างดี คือ หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิที่ให้บริการผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะคลินิกชุมชนอบอุ่น เนื่องจากมีจำนวนคลินิกที่เข้าร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อยมา แม้จะมีปัญหาการดำเนินงาน แต่ สปสช.ได้มีกลไกการกำกับติดตามที่ช่วยให้คลินิกชุมชนอบอุ่นได้พัฒนาคุณภาพมากขึ้น จึงพบว่าไม่มีคลินิกใดที่ถอนตัวจากระบบ แต่สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยในใกล้ลดจำนวนลงจากปัญหาขาดทุนดังที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นข้อพิจารณาประการหนึ่งที่จะช่วยให้หน่วยบริการเอกชนร่วมกับภาครัฐได้อย่างต่อเนื่องคือ ต้องสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมและเป็นธรรม เพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). การสาธารณสุขไทย 2559-2560. บรรณาธิการ: วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

2. อ้างอิงจากฐานข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สำนักงานบริหารงานทะเบียน

3. พูลสุข นิลกิจศรานนท์. (2562). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน. แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2562-64. กรุงเทพฯ: ธนาคารกรุงศรีอยุธยา

4. รพ. 7 แห่งใน กทม.ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ ดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ. <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17680>

5. พิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์. ทศวรรษแห่งการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557

6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

7. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2557). ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการศึกษาภาพอนาคตบนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เผยผลงานช่วยผู้ป่วยหัวใจภาคใต้ ลดอัตราตายระหว่างรอคิว เหลือร้อยละ 9.8. เข้าถึงจาก <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=OTAy>

9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อบังคับ สปสช. ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายฯ พ.ศ. 2558. (เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2563). เข้าถึงจาก <https://tinyurl.com/qpqaf4k>

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร). รายงานผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก. แสงจันทร์การพิมพ์; ม.ป.ป.

11. พรภัทร จูตระกูล. สิทธิบัตรทอง เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ เข้า รพ.ได้. (เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563). เข้าถึงจาก <https://tinyurl.com/yx68nyhm>

12. สำนักงานบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ. (2560). แนวทางกรเบิกจ่ายชดเชยตามข้อบังคับมาตรา 7 กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน. (เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2563) เข้าถึงจาก <http://tiny.cc/rkqelz>

13. กวี วีระเศรษฐกุล. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวทางการจัดระบบ ส่งต่อผู้ป่วยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. นำเสนอวันที่ 23-25 มีนาคม 2559 ณ โรงแรมทริคิตี โฟว์ โฮเทล จ.ชลบุรี

14. วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก (2561). การพัฒนาระบบประสานส่งต่อผู้ป่วย เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/006/1_๑_วิบูลพรรณ_การพัฒนาระบบประสานส่งต่อผู้ป่วยเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร.pdf. เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2562 (สปสช.,2561)

15. ประชาไท. สปสช.ลงนาม รพ.วัดโสมสงค์ต่อผู้ป่วยนอกรับรังสีรักษาโรคมะเร็ง (เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงจาก <https://prachatai.com/journal/2013/05/46565>

16. เอลท์โฟกัส. 3 รพ.รัฐ-เอกชน’ผืนที่กำลังส่งต่อผู้ป่วยบริการรังสีรักษา. (เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงจาก <https://www.hfocus.org/content/2012/08/1065>

17. มติชนออนไลน์. (13 มิถุนายน 2562). ร้ายาชุมชนอบอุ่น ความร่วมมือ ‘รัฐ-เอกชน’ เพื่อคนกรุง. (เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2563) เข้าถึงจาก https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1537285

18. 82 คลินิกทันตกรรมเอกชน ร่วมโครงการบัตรทอง รุกบริการด้านทันตกรรม. (เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงจาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjU4Mw==>

19. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (เข้าถึงเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงจาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>

20. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

21. อนุชา หนูนุ่น. (2548). รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ “คลินิกชุมชนอบอุ่น”.(เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2563). เข้าถึงจาก <https://www.gotoknow.org/posts/3416>

22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research “การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิของเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร: ลดความแออัด สร้างความมั่นใจด้วย PCT” ปีงบประมาณ 2557- 2561.

23. คมชัดลึกออนไลน์. ไม่สะดุด 7 รพ.กทม.ดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ. (เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2562). เข้าถึงจาก <https://www.komchadluek.net/news/regional/386139>

24. เอลท์โฟกัส. ความคืบหน้า 4 เดือนโครงการผู้ป่วยรับยาใกล้บ้าน “91 รพ. 750 ร้านยา” เข้าร่วม. (เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2563). เข้าถึงจาก <https://www.hfocus.org/content/2020/02/18518>

25. ดวงกมล สจิริวัฒนากุล และทณศักดิ์ หมั่นหนู. (2552). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาทเรียนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น ภายใต้สังกัดภาคเอกชน. แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

26. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ. 2555 – 2560 (Thailand Regional Health Profile 2012 – 2017). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชินอักษรการพิมพ์

การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง	กัญญาพัชร สุทธิเกษม
บรรณาธิการ	วิชัย โชควิวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วินัย สวัสดิ์วร, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชินุทัต กาญจนะจิตรา, วลัยพร พัทธนฤมล และ Anthony Bennett
ปีที่พิมพ์	2563
พิมพ์ครั้งที่ 1	e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี
นางสาวบุษกร สุรัสสุรงค์
นายประเทือง เผ่าดิษฐ์
นางสาวอมาวศรี เปาอินทร์
นางวารารณ์ สุวรรณเวลา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร
นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนฤมล

นักวิจัย

นางสาวกัญญาพัชร สุทธิเกษม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชินุทัต กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางสาวนิภาภรณ์ ฮวบเจริญ





สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ