

นโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อคนกรุงเทพมหานครทุกคน: วาระเลือกตั้งผู้ว่า กทม.

Primary Care Policy for All Bangkokians: 2026 Governor Election Agenda

ได้เวลาพิสูจน์ทฤษฎีสถิติสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่ศาสตราจารย์ประเวศ วะสี สรุปไว้เมื่อประเทศไทยปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่เมื่อปี 2544⁽¹⁾ กับการเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (กทม.) วันที่ 28 มิถุนายน 2569 อีกครั้งหนึ่งว่า สถานการณ์วิจัยระบบสุขภาพของพื้นที่ กทม.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ตามพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2528 ได้สร้างความรู้ทางวิชาการที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวองค์กรสังคม ให้ฝ่ายการเมืองที่อาสามาใช้อำนาจทางการเมืองระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อสุขภาพของคนกรุงเทพฯ ได้มากน้อยเพียงใด

ความรู้ระบบสุขภาพเชิงเปรียบเทียบระหว่าง “ประเทศ” สิงคโปร์ กับ “มหานคร” กรุงเทพฯ สิงคโปร์ มีพื้นที่เล็กกว่ากรุงเทพฯ 2 เท่า (สิงคโปร์ 734 ตร.กม. กรุงเทพฯ 1,568 ตร.กม.) ประชากรมีรายได้ต่อหัวสูงที่สุดของโลก สูงกว่ากรุงเทพฯ 4 เท่า (สิงคโปร์ US\$82,000/คน/ปี, กรุงเทพฯ US\$20,000/คน/ปี) มีประชากรน้อยกว่ากรุงเทพฯ 2 เท่า (สิงคโปร์ 5.9 ล้านคน กรุงเทพฯ 8-9 ล้านคน) และมีจำนวนแพทย์น้อยกว่า 2 เท่า (สิงคโปร์ 15,000 คน กรุงเทพฯ 32,000 คน) สิงคโปร์แม้จะรวยมากแต่ก็

ห่วงรายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเร็ว จากงบประมาณรัฐปี 2553 เพียง 2.5 แสนล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 5.3 แสนล้านบาท ในปี 2561 (เพิ่ม 2 เท่าภายใน 8 ปี) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านล้านบาทในปี 2573 (เพิ่มเกือบ 6 เท่าภายใน 20 ปี) รัฐบาลสิงคโปร์จึงลงทุนขยายความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามแผนปี 2573 จะมีโพลีคลินิกของรัฐเพิ่มอีก 12 แห่งรวมเป็น 36 แห่ง (เพิ่มร้อยละ 33) กระจายทั่วเกาะโดยเฉพาะเขตที่ประชากรหนาแน่น สร้าง Urgent Care Centre (UCC) ให้เป็นที่รองรับให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งผู้ป่วยรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ X-ray และทำหัตถการการแพทย์ไม่ยุ่งยาก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบ็ดเสร็จรวดเร็วขึ้น โดยมีเครือข่ายโรงพยาบาลชั้นยอดที่อยู่หลายสังกัด (มหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และเอกชน) ผูกกันเป็น เครือข่ายที่บูรณาการกับระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็น 3 เครือข่าย⁽²⁾ แข่งขันเชิงคุณภาพ เพื่อประสิทธิภาพเชิงระบบ

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยชัดเจนมากขึ้น หลังมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นจากภาคเอกชนจำนวนมากในเขต กทม. บริหาร

จัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่อมาสามารถผลักดันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้สำเร็จหลังจากมีรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ถึง 2 ปีล่าช้ากว่ากำหนดในบทเฉพาะกาลของรัฐธรรมนูญ 1 ปี แต่ไม่ชัดเจนเมื่อพยายามหาหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสำเร็จของระบบสุขภาพปฐมภูมิในเขต กทม. บทความ การประเมินเชิงพัฒนาการเข้าถึงและคุณภาพบริการดูแลระยะกลางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายของ กทม.⁽³⁾ ในการเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ที่ทุกตารางนิ้วอย่างเต็มตัวด้วยโครงสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใช้เงินลงทุนน้อยกว่าการสร้างโรงพยาบาล

ย้อนไปก่อนตรา พรบ.สปสช. ประเทศไทยมีผลงานวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมาก ซึ่ง ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์⁽⁴⁾ วิเคราะห์กระบวนการนโยบายโดยละเอียดในวิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตปี 2547 ใช้กรอบ policy triangle (เนื้อหาบริบท กระบวนการ โดยมีผู้แสดงอยู่ใจกลางสามเหลี่ยม) ของ Walt and Gilson⁽⁵⁾ ครอบคลุมถึงกรอบสามสายธาร (ลำธารปัญหา ลำธารนโยบาย และลำธารการเมือง) หรือ multiple stream framework (MSF) ของ Kingdon⁽⁶⁾ ที่สเปซเหมาะสม หน้าต่างแห่งโอกาส (window of opportunity) ทำให้เรื่องที่วาดฝันไว้นานแต่มีเนื้อหาแนบแน่นเป็นจริงขึ้นได้ โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการ สปสช.คนแรก ทำหน้าที่ policy entrepreneur อย่างแข็งขันโดยเฉพาะช่วงการเลือกตั้งครั้งแรกหลังรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 คำบรรยายเหล่านี้ถูกตีพิมพ์ใหม่ในงานคณะผู้นิพนธ์ที่ไม่มีคนไทย⁽⁷⁾ อธิบาย MSF เพิ่มเติมด้วย punctuated equilibrium theory (PET) ขยายความว่าทำไมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยจึงไม่มีรัฐบาลไหนล้มได้ เพราะระบบต่างๆ หลังการปฏิรูปออกแบบและสามารถปฏิบัติได้เกิด lock-in effect

ความสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบาย

กลับมายุคปัจจุบัน มหานครกรุงเทพ มีทรัพยากรทุกอย่าง แต่ กทม. มีอำนาจบังคับบัญชาหน่วยงานเพียงบางส่วน ขณะที่ประสบการณ์ประกันสังคม ปี 2533 ปกส. สามารถจัดการบริการประกันสุขภาพได้ทันทีทั้งที่ไม่มีหน่วยงานในสังกัด กทม. จึงต้องใช้หลัก public-private-people-partnership (PPPP) เพื่อบรรลุภารกิจอย่างรวดเร็วและคุ้มค่า ปี 2564 สัปดาห์ที่ 22 ถึง 33 ของปีโควิดโจมตีคนกรุงเทพฯ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา (ศบค.) รายงานแพทย์ชนบทเข้ามาช่วยการตรวจผู้ติดเชื้อ ที่สำคัญกว่านั้น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าช่วยจัดระบบ home isolation, community isolation ผู้สัมผัสเชื้อและผู้ป่วยทุกคนมีแพทย์ดูแลทุกวัน ระบบสุขภาพของเมืองหลวงที่มีทรัพยากรมากที่สุด (กรุงเทพฯ) รอดพ้นวิกฤต

ปีปัจจุบัน 2569 มีแหล่งการคลังและสถานพยาบาลสำหรับคนไทยทุกคน แต่คนในกรุงเทพฯ ยังมีความยากลำบากในประเด็นสุขภาพรอให้ กทม. จัดการ กทม.ควรตอบสนองทุกซ์ด้านสุขภาพของคนทำงานที่ป่วยเองหรือญาติป่วยติดเตียง ระยะสุดท้ายที่ทรมาณทั้งคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่าย กทม. ควรลงทุนพัฒนาการจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิฟรีเมียม เพื่อคนกรุงเทพฯ ที่แค่ทุกคนให้ชีวิตของคนที่ยากลำบากง่ายขึ้น เนื้อหานโยบายที่มาพร้อมเวลาครั้งนี้ เช่น กทม.ควรมีมาตรการจัดการการคลังส่วนเสริมเพื่อเป็นกระดูกสันหลัง (backbone) ให้ระบบต่างๆ มาเชื่อมโยง ใช้การคลังสุขภาพของสามกองทุนตามหลักธรรมาภิบาลของกองทุนและของสหวิชาชีพ กทม. จัดงบประมาณเริ่มต้น/หล่อลิ้นกลไกระบบ IBHS (integrated Bangkok health system) แบบขั้นบันได ตามการขยายตัวของภาระงาน (workload กรณี 24-hr tele-family medicine consultation) และคุณค่า (value-based กรณี assign family care team and referral) ซึ่งจะ

ต้องลงทุนระบบข้อมูลดิจิทัลเพื่อประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและโปร่งใสในผลที่ได้รับของโครงการ

การเลือกตั้งผู้ว่าฯ กทม. ครั้งนี้ การวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective) ก่อนรู้ผลคะแนนเลือกตั้ง พบว่าบริบทปัญหาในระบบสุขภาพปฐมภูมิขัดแย้งกับองค์ประกอบอื่นๆ เช่น นโยบายผู้แสดง policy entrepreneur ยังไม่ชัดเจน ความพยายามของศูนย์วิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวในการเป็น policy entrepreneur เชิญผู้สมัครหรือผู้แทนแสดงวิสัยทัศน์ด้านนโยบายสุขภาพปฐมภูมิ มีผู้สมัครมา 1 คน ผู้แทนมา 2 คน เนื้อหาส่วนใหญ่ถูกที่ประเด็นการส่งตัวผู้ป่วยรักษาต่อ หรือการใช้ดิจิทัลเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อ มีเพียงส่วนน้อยที่ถกประเด็นเชิงโครงสร้างอำนาจการคลังของระบบสุขภาพใน กทม.⁽⁸⁾ การศึกษาประเมินการดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาได้ทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์⁽⁹⁾ เป็นหลักฐานอย่างหนึ่งว่า การคลังสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของความสำเร็จด้านนโยบาย การเป็นเจ้าของหรือมีบุคลากรทั้งหมดเป็นของตนเองก็ไม่ได้ทำให้มีบริการที่มากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบผู้ให้บริการหลักเช่นกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ การวิจัยระบบสุขภาพยังมีการศึกษาสำคัญในการสร้างเนื้อหา นโยบายด้านระบบสุขภาพกับการกระจายอำนาจอย่างเข้มข้นต่อไป

ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Wasi P. Triangle moves the mountain. Available from: <https://omeka.p-set.org/s/Prawase/media/2362>. (in Thai)
2. The Straits Times. Three-cluster healthcare system should not be further reviewed: Ong Ye Kung [internet]. 2021 May 31 [cited 2026 Jun 7]. Available from: <https://www.straitstimes.com/singapore/health/three-cluster-healthcare-system-should-not-be-further-reviewed-ong-ye-kung>.
3. Kasemsup V, Juntongsree M, Sriwichian P, Chandharohit T, Prakongsai P. Developmental evaluation to improve access and quality of intermediate care under the primary care reform in Bangkok. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(2):123-34. (in Thai)
4. Pitayarangarit S. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy response (PhD thesis). London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2004.
5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries-the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9(4):353-70.
6. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. Boston: Little, Brown & Co; 1995.
7. Animashaun E, Hassan KA, Karbo S, Nortey-Adom E. Thailand's universal health coverage reform as a policy process roadmap for countries pursuing bold health system change. *Discover Public Health*. 2025;22:669.
8. Vajiravit Lertbumroongchai's post. A forum for Bangkok governor candidates' visions and discussing issues in the primary healthcare system. 2026 Jun 21 [cited 2026 Jun 22]. Available from: https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=1561503235543204&id=100050506268838&rdid=gJoUuHjVAVEdW9tV#. (in Thai)
9. Boonlai T, Suphanchaimat R, Sukaew T. Evaluation of the One ID Anywhere policy of the Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan province. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(2):98-122. (in Thai)
10. Wongkongkathep S, Ninkumhaeng N. Changes in primary oral health service provision in the context of sub-district health promoting hospital transfer: a comparative analysis of 2022 and 2025. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(2):191-201. (in Thai)