

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาบทเรียนการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น
ภายใต้สังกัดภาคเอกชน

ดวงกมล สจิริวัฒนากุล
ทณงศักดิ์ หมื่นหนู

สนับสนุนโดย
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กุมภาพันธ์ 2552

"คลินิกชุมชนอบอุ่น: อีกทางเลือกหนึ่งเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

ดวงกมล สจิริวัฒนากุล

ทงศ์ศักดิ์ หมั่นหนู

สุรศักดิ์ อธิคามานนท์

สุพัตรา บุญญานุกาพพงศ์

ภูษิต ประคองสาย

บทนำ

ด้วยความเป็นเมืองขนาดใหญ่ของกรุงเทพมหานครและเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชั้นนำหลายแห่ง ไม่ว่าจะเป็นระดับโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ และไม่นับรวมโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่ต่างแข่งขันด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มีประชาชนจำนวนมากจากทุกระดับทั่วประเทศมุ่งเดินทางเข้ามาเพื่อรับบริการรักษาพยาบาลที่นี้ ด้วยเหตุนี้ทำให้ต่างคิดกันไปว่า คน กทม. หรือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ใน กทม. ถือเป็นกลุ่มคนที่ช่างโชคดีจริงๆ เพราะมีบริการทางการแพทย์ชั้นดีไว้รองรับดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยได้เสมอ แต่ในสภาพความเป็นจริงหาได้เป็นเช่นนั้นไม่...

หลังจากที่รัฐบาลได้นำนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพราะได้มีการพลิกโฉมระบบการรักษาพยาบาลของประเทศ แบ่งเป็นระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อคัดกรองและลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่เข้ามามีบทบาทอย่างยิ่ง ไม่เพียงแต่ดูแลความเจ็บไข้ได้ป่วยของชาวบ้านเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคซับซ้อน แต่ยังทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในหลายจังหวัดมีพัฒนาการของระบบบริการรักษาสุขภาพอย่างรวดเร็และมีแนวโน้มที่ดีในอนาคต

แต่เมื่อหันกลับมามองระบบรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิของคน กทม. เอง แม้ว่าจะมีการพัฒนาไประดับหนึ่งในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการหนุนเสริมงานบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. ที่มีอยู่ก่อนหน้านี้ โดยดึงคลินิกเอกชนเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในรูปแบบของ “คลินิก

ชุมชนอบอุ่น” ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย บัณฑิตของด้วยการรับงบประมาณรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อนำไป บริหารจัดการ ซึ่งในช่วงแรกนโยบายดังกล่าวเดินไปได้ด้วยดีเนื่องจากมีผู้รับบริการน้อย แต่เมื่อ ประชาชนเริ่มรับรู้และตระหนักในสิทธิของตนเอง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกชุมชนอบอุ่น เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคค่าใช้จ่ายสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน อนาคต ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะ “ภาระค่าใช้จ่ายการส่งต่อผู้ป่วย” ที่ต้องแบกรับ อย่างหนักโดยคลินิกชุมชนอบอุ่น

เสียงบ่นจากการตามจ่ายผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของเหล่าบรรดา คลินิกชุมชนอบอุ่นเริ่มดังขึ้น โดยมีการสะท้อนปัญหานี้ตามเวทีการเสวนาที่มีการพบปะระหว่างผู้ ทำงานในแวดวงสาธารณสุข โดยมีคลินิกบางแห่งมีการตามจ่ายเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 50 ของ งบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีจากทาง สปสช. แล้ว และเกรงว่าการบริหารจัดการคงไปไม่รอด ไม่ เพียงแต่ไม่ได้กำไร ช้ำยังเป็นหนี้โรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายส่งต่อผู้ป่วยจนต้องปิดกิจการไปในที่สุด หาก เป็นเช่นนั้นจริงผู้ที่ได้รับผลกระทบคงไม่พ้นประชาชนที่ต้องเข้าไปเบียดเสียดต่อคิวรักษาใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ดั้งเดิม

ด้วยเหตุนี้ “ทางมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” จึงได้ร่วมกับภาคีวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงาน บริการปฐมภูมิ ทำการศึกษาปัญหาการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานครและ ในเมืองใหญ่ เพื่อให้ทราบข้อมูลข้อเท็จจริงและนำไปสู่การแก้ไข มุ่งพัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิ สำหรับคน กทม.และผู้อยู่อาศัยในเมืองใหญ่อย่างแท้จริง โดยได้ลงพื้นที่สำรวจคลินิกชุมชนจำนวน 5 คลินิกใน กทม. กระจายไปตามพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของผู้ใช้บริการ ตลอดจนความแตกต่าง ในเรื่องการบริหารจัดการ พบหลายปัญหาที่เหมือนและต่างออกไปอย่างชัดเจน ขณะที่หลายปัญหา ต้องได้รับการแก้ไขจากต้นสังกัดคือ สปสช. หรือในหลายปัญหาในแต่ละคลินิกต้องร่วมมือแก้ไขด้วย กันเอง

ความอยู่รอดทางการเงินของคลินิกชุมชนอบอุ่น

เมื่อพูดถึงเรื่องต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายรายหัวที่ได้รับจาก สปสช. แน่นนอน...แทบจะเป็นรายได้ หลักของคลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นร้อยละ 80-90 เลยทีเดียว จึงปฏิเสธไม่ได้ที่จะพูดถึง ผลกำไรขาดทุน เนื่องจากทุกคลินิกมีการบริหารจัดการเชิงธุรกิจแบบเอกชน ย่อมจะเชื่อมโยงไปถึงการ

อยู่ได้หรืออยู่ไม่ได้ของคลินิกในระบบนี้ แต่อะไรคือปัจจัยที่จะทำให้คลินิกเหล่านี้สามารถอยู่ได้อย่างยั่งยืน และอะไรที่เป็นตัวบั่นทอนให้คลินิกต้องล้มละลาย

ปัญหาการดำเนินงานของคลินิกที่สำรวจพบ ส่วนใหญ่ที่เป็นปัญหาหลักๆ และคล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญาทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิพบว่า โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่ค่อนข้างสูง จนเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการของคลินิกชุมชนอบอุ่น เพราะต้องแบกรับภาระต้นทุนที่เกิดขึ้นตรงนี้ไว้สูงมากโดยเฉลี่ยร้อยละ 30- 50 ของรายได้ทั้งหมดจาก สปสช. ซึ่งยังไม่รวมถึงต้นทุนด้านยา ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายบุคลากร บางแห่งหักต้นทุนทั้งหมดแล้วแทบจะไม่เหลือกำไร และบางแห่งถึงขั้นติดลบเลยทีเดียว ซึ่งสอดคล้องกับสิ่งที่ได้ยื่นมาก่อนหน้านี้

ขอยกกรณีตัวอย่างของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ กทม. ซึ่งทีมวิจัยได้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลไปเมื่อเดือนธันวาคม 2551 พบว่า เป็นคลินิกที่มีการบริหารจัดการเป็นลักษณะเครือข่ายมีหลายสาขา และเป็นหนึ่งในคลินิกที่มีตัวเลขรายได้น่าสนใจอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งเฉลี่ยต่อปีมีตัวเลขผลกำไรจากการดำเนินการของคลินิกชุมชนอบอุ่นไม่ต่ำกว่า 14 ล้านบาท ก็ยังพบปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย เพราะเมื่อดูข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาจากการส่งต่อนั้น จะเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาจะเรียกเก็บมากที่สุด อยู่ที่ 60,000-70,000 บาทต่อเดือนต่อคลินิก 1 แห่งเลยทีเดียว

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบยอดเงินค่าส่งต่อผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บกับโรงพยาบาลคู่สัญญาอีกแห่งหนึ่งที่เป็นของภาครัฐ พบว่ายอดรวมการเรียกเก็บเงินไม่แตกต่างกัน แต่จำนวนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐจะมีมากกว่า ซึ่งหมายความว่า โรงพยาบาลของภาครัฐมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่อรายสำหรับผู้ป่วยส่งต่อที่น้อยกว่า ส่วนที่สาขาหลักของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ จะส่งต่อผู้ป่วยประมาณ 30-33 รายต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อยู่ที่ 40,000-50,000 บาทต่อเดือน

ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้รับการยืนยันจาก เจ้าหน้าที่ธุรการ ประจำคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลเฉพาะค่าใช้จ่ายของคลินิกสาขาทั้ง 5 แห่ง บอกกับนักวิจัยว่า เมื่อดูการเรียกเก็บค่ารักษาจากการส่งต่อนั้น โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นเอกชนนั้น จะเรียกเก็บมามากที่สุด อยู่ที่ 60,000-70,000 บาท ต่อคลินิก 1 แห่ง

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าส่งต่อผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐที่เป็นคู่สัญญาเช่นกัน พบว่าการเรียกเก็บไม่แตกต่างกัน แต่จำนวนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรัฐจะมีมากกว่า ส่วนที่คลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นสาขาแรกยุคก่อตั้งนั้น จะส่งต่อผู้ป่วยประมาณ 30-33 รายต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อยู่ที่ 40,000-50,000 บาทต่อเดือน

“โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นเอกชนจะมีปัญหามากกว่า ซึ่งในจำนวนที่เรียกเก็บมา เช่น 60,000 บาท บ่อยครั้งที่คลินิกขอจ่ายเพียงบางส่วน หรือครั้งหนึ่ง เพราะต้องขอตรวจสอบก่อน และหากพบว่า มีบางรายการที่ไม่ใช่การเบิกจ่ายจากคลินิกก็จะหักทิ้งไป และร้องไปที่ สปสช.เพื่อตรวจสอบ แต่ในที่สุดเมื่อถึงปลายปี คลินิกก็ต้องยอมจ่าย เพราะไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลก็จะปฏิเสธที่จะเป็นแม่ข่ายส่งต่อผู้ป่วยให้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องระยะยาว” เจ้าหน้าที่ธุรการ ประจำคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ กล่าว

ทั้งนี้หากมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับคลินิกดังกล่าว พบว่ายังคงไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับที่อื่น ๆ เพราะที่นี่ยังมีรายได้จากผู้ป่วยจ่ายเงินสดและผู้ป่วยต่างด้าวในบางสาขาเข้ามาช่วยเสริมทำให้คลินิกสามารถเดินหน้าไปได้ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่จ่ายเงินสดที่นี้ส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าว เฉลี่ยเข้ามารักษา 40-50 รายต่อวัน จากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 80-100 คนต่อวัน คิดเป็นยอดเงินสดที่เป็นรายรับอยู่ที่ 4,000-30,000 บาทต่อวัน

ตารางผลการดำเนินของคลินิกแห่งนี้

ชื่อ	ส่งต่อ(คน) ธ.ค.50 - พ.ย.51					รายรับ- รายจ่าย เดือน ธ.ค.50 - พ.ย.51		
	ภูมิพล	เกษมราษฎร์	พระราม 2	อื่นๆ	ทันตกรรม	รายรับ(บาท)	รายจ่าย(บาท)	กำไร(บาท)
บางขุนเทียน	-	-	614	8	42	11,346,010	5,733,765	5,612,245
รามคำแหง39	-	693	-	411	73	7,645,440	4,673,266	2,972,174
วัชรพล	1,191	371	15	83	162	7,716,510	4,905,111	2,811,399
สรองประชา	1,206	919	-	-	126	7,279,226	5,848,845	1,430,381
วัดใหม่เขียว	543	555	-	127	112	7,351,755	5,646,116	1,705,639
รวม	2,940	2,538	629	629	515	41,338,941	26,807,103	14,531,838

อย่างไรก็ตาม ก็ยังถือว่าปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ยังคงเป็น ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เพราะการอยู่รอดของคลินิกชุมชนอบอุ่นนี้จะอยู่ได้ด้วยการ บริหารจัดการต้นทุนที่มีจำกัดตามรายหัวประชากรที่มากขึ้นทะเบียนให้ได้ประสิทธิภาพมาก ที่สุด ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพในการรักษาและการให้บริการผู้ป่วยนั่นเอง

เพราะตราบไคที่การบริหารคลินิกชุมชนอบอุ่น ต้องอยู่ในสภาพการทำธุรกิจเพื่อเอา ตัวรอด ผลลัพธ์ที่ได้คงไม่เป็นไปตามเป้าประสงค์ที่ทาง สปสช.วางไว้ เพราะฉะนั้นมองว่า วิสัยทัศน์ของผู้บริหารคลินิกแต่ละแห่ง บวกกับประสบการณ์ของบุคลากร ย่อมเป็นหัวใจ สำคัญที่จะต่อ ยอดธุรกิจคลินิกชุมชนอบอุ่นให้เดินหน้าต่อไปได้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ใน การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสำหรับประชาชนใน กทม. และในเมืองใหญ่

สำหรับคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งที่สอง ที่ทางทีมวิจัยได้เข้าไปสำรวจนั้น เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ในรูปแบบเครือข่ายเช่นเดียวกัน เปิดบริการในเขตพื้นที่กทม.ทั้งหมด 4 สาขา โดยแยกจัดตั้งเป็นแต่ละ บริษัท เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ร่วมถือหุ้นในแต่ละแห่งด้วย

ทั้งนี้ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยของที่คลินิกแห่งนี้ คือการต้องรับภาระผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่นเดียวกับคลินิกชุมชนอบอุ่นอื่นๆ โดยเป็นการผลักภาระ มาจากคลินิกแห่งอื่นๆ และโรงพยาบาลบางแห่งที่รับดูแลผู้ป่วยนอกและรับงบประมาณจาก สปสช. เช่นเดียวกัน โดยบรรดาคลินิกและโรงพยาบาลเหล่านั้น จะสกรีนรับแต่คนที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไว้ เนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านั้นไม่ต้องการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ขนาดใหญ่

เพราะแม้ว่า สปสช. จะมีงบประมาณกลางสำหรับกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง แต่เบิกจ่ายเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วยในเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อ ทั้งการการเจาะเลือด เอ็กซเรย์ เอ็มอาร์ไอ และอื่นๆ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บจากคลินิกที่ส่งต่อทั้งหมด ซึ่งต้องยอมรับว่าค่าใช้จ่ายในส่วนนี้สูงมาก และ ขณะนี้เริ่มประสบปัญหาการผลักภาระผู้ป่วยจากคลินิกที่ปิดความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสิ่งที่ เกิดขึ้นถือเป็นการกระทำที่ผิดหลักการกระจายความเสี่ยงในระบบหลักประกันสุขภาพ

จากการซักถามผู้ป่วยพบว่า ล้วนเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลและคลินิก ไกลเคียง โดยถูกปฏิเสธที่จะส่งต่อจากสถานพยาบาลเดิม และยังได้รับคำแนะนำให้โอนย้ายมายัง คลินิกแห่งนี้ โดยระบุว่า ให้ผู้ป่วยรออีก 3 เดือนจะมีคลินิกเปิดใหม่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเป้าหมาย และให้ไปยื่นเรื่องที่สำนักงานเขตไว้ ทั้งที่ผู้ป่วยหลายรายมีอาการหนักมาก ขณะที่บางรายยอมกู้เงิน

นอกระบบดอกเบี้ยยร้อยละ 20 นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง ซึ่งภายหลังได้ขอย้ายสิทธิ์มารักษา ต่อที่คลินิกแห่งนี้ เพราะผู้รักษาไม่ไหว

ขณะที่คลินิกในเครือข่าย ต่างก็ประสบปัญหาอย่างเดียวกัน เพราะผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษา โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งสิ้น เนื่องจากต่างไม่ได้รับความสะดวกจากสถานพยาบาล แห่งเดิม เช่น ให้บริการล่าช้า ปล่อยให้รอคอยการตรวจนานหลายชั่วโมง รอรับยาอีก 2 ชั่วโมง ไม่ส่งต่อ ผู้ป่วยแม้ในกรณีที่เป็น

ทั้งนี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากช่องว่างที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่เปิด ให้ผู้มีสิทธิใน กทม.สามารถย้ายสถานพยาบาลได้ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งในจำนวนโควตาประชากรจะกำหนด อยู่ที่ 12,000 คนต่อแห่ง แต่กำหนดให้คลินิกเป็นผู้หาคนยื่นคำร้องเอง 10,500 คน ที่เหลืออีก 1,500 คน จะเปิดว่างไว้ที่สำนักงานเขต เพื่อรองรับการโอนย้ายสิทธิ์ ถือเป็นกลุ่มที่เป็นปัญหาและเป็นภาระ ต่อคลินิกอย่างมาก

คลินิกมีภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยสูงมาก คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 40 ของ ค่าใช้จ่ายคลินิกทั้งหมด ซึ่งขณะนี้เฉพาะที่สาขาเดียวมีหนี้ที่ค้างอยู่ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นของรัฐบาลถึง 600,000 บาท และโรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นเอกชนอีก 500,000 บาท แม้ว่า ทาง สปสช. จะมียกประมาณเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยในกลุ่ม 6 โรคร้ายที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โดยเพิ่มให้ 50 บาทต่อรายต่อ 6 เดือน หรือ 100 บาทต่อรายต่อปี แต่ก็ ยังถือว่าเป็นจำนวนเงินที่น้อยมาก และไม่ได้ช่วยอะไรเลย

ส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน พบว่า มีอัตราค่า เรียกเก็บค่ารักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก เนื่องจาก สปสช.ไม่มีการกำหนดราคากลางที่เป็นมาตรฐาน ค่ารักษาผู้ป่วยนอก เพียงแต่กำหนดเฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า การบริหารจะมุ่งเน้นกำไร

เช่น การเอ็กซเรย์โรงพยาบาลภาครัฐจะเรียกเก็บเพียงแค่ 600 บาทเท่านั้น ขณะที่โรงพยาบาล เอกชนจะเรียกเก็บเต็มได้ถึง 1,500 บาท ส่วนค่าล้างไต ซึ่งทาง สปสช. กำหนดราคา 1,500 บาท แต่ เมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชน ปัจจุบันจะอยู่ที่ 3,000 บาท จากเดิมที่กำหนดที่ 2,000 บาท ส่วน ต่างราคาที่เกินจะเรียกเก็บจากคลินิกเช่นกัน นอกจากนี้พื้นที่ที่ส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลเอกชนจะมีการ เก็บค่าธรรมเนียมในการเข้ารับบริการอีก 340 บาท เป็นต้น

เพราะฉะนั้น สรุปได้ว่าคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ก็เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างที่สะท้อนให้ เห็นถึงการใช้หลักความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ บวกกับประสบการณ์ของบุคลากรใน การที่จะนำพาองค์กรให้อยู่รอดในวงการนี้ได้

โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับคลินิกอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งเจอปัญหาขาดทุนเฉลี่ยต่อเนื่อง1ปี จะเห็นว่าข้อดีของการมีบุคลากรที่มีประสบการณ์สูง จะมีความได้เปรียบในเรื่องของการต่อรองกับโรงพยาบาลคู่สัญญาที่เรียกเก็บเงินค่าส่งต่อผู้ป่วย เพราะถ้าเทียบกันแบบเคสต่อเคส กับที่คลินิกแห่งนั้นซึ่งบุคลากรไม่มีประสบการณ์ หรือมีประสบการณ์น้อยกว่า ทำให้ไม่สามารถควบคุมต้นทุนตรงส่วนนี้ได้

สำหรับลำดับต่อมาเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งลักษณะเป็นคลินิกเดี่ยวไม่มีสาขาเหมือนกับสองแห่งแรก พบว่ามีปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเช่นกัน โดยได้รับการยืนยันจากผู้จัดการคลินิกว่า ประสพภาวะขาดทุนจากภาระค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 ปีเต็ม เฉลี่ยเดือนละ 1 แสนบาท เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลย้ายเข้ามาอยู่กับคลินิกมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และอีกหลายโรคที่เกี่ยวข้อง จากตัวเลขการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยส่งต่อเฉลี่ยถึง 200-300 คนต่อเดือน และบางเดือนจำนวนผู้ป่วยส่งต่อสูงถึง 600 คนเลยทีเดียว ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในบรรดาคลินิกชุมชนใน กทม.

ขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับปรุงแบบการบริหารจัดการให้สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้ แม้ว่าช่วงนี้ขวัญและกำลังใจของพนักงานจะยังดีอยู่ แต่ในระยะยาวหากไม่สามารถแก้ไขปัญหारेื่องการส่งต่อผู้ป่วยได้ คงจะส่งผลกระทบต่อพนักงานและการดำเนินงานของคลินิกแห่งนี้อย่างแน่นอน

ทั้งนี้ ปัญหาของคลินิกแห่งนี้ เริ่มเห็นภาพชัดขึ้นหลังจากเปิดดำเนินการมาได้ 1 ปี โดยทางคลินิกเริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น โดยมียอดผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งดูจากตัวเลขการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยส่งต่อเฉลี่ยถึง 200-300 คนต่อเดือน และบางเดือนจำนวนผู้ป่วยส่งต่อสูงถึง 600 คน

จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ

เดือน/ปี	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ
ม.ค.-ธ.ค.51	เฉลี่ย 200-300 คนต่อเดือน
เฉพาะ พ.ค.51	600 คน

อย่างเช่น เดือนมกราคม 2551 รวมยอดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อประมาณ135,000 บาท และเดือนกุมภาพันธ์ 2551 อยู่ที่ 181,000 บาท และเดือนมีนาคม ประมาณ197,000 บาท ซึ่งถ้ารวม

ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งปีน่าจะเป็นหลัก 2 ล้านบาท ทว่าตัวเลขมีความหลากหลายมาก เพราะบางเดือนอย่างพฤษภาคม 2551 มียอดส่งต่อสูงเกือบ 303,400 บาท ขณะที่ผู้มีมาลงทะเบียนในปี 2551 ทั้งสิ้น 9,500 คน รวมเงินค่ารายหัวที่ได้จาก สปสช.ประมาณ 18 ล้านบาท

จะเห็นว่าปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าว มีผลกระทบทันทีต่อรายได้ของคลินิก ซึ่งคลินิกแห่งนี้ประสบภาวะขาดทุน ติดลบเฉลี่ยเดือนละ 1 ล้านบาทตลอดปี 2551ที่ผ่านมา

ค่าส่งต่อผู้ป่วยแต่ละเดือน

เดือน/2551	ค่าส่งต่อผู้ป่วย (บาท)
มกราคม	135,000-
กุมภาพันธ์	181,000-
มีนาคม	197,000-
พฤษภาคม	303,400-

จากตัวเลขดังกล่าวส่งผลให้คลินิกเป็นหนี้สูงกว่าล้านบาท และจากการวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าเป็นเพราะการส่งต่อผู้ป่วยที่เดินไปตามระบบที่ สปสช.วางไว้ คือ หน่วยพยาบาลระดับปฐมภูมิ หากมีผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถรักษาไม่ได้ให้ส่งไปรักษาต่อไปยังหน่วยพยาบาลระดับทุติยภูมิ และโรคที่พบมีความซับซ้อนรุนแรงก็ให้ส่งต่อไปยังหน่วยพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ที่ผ่านมาคลินิกชุมชนอบอุ่นหลายแห่งไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยโดยเดินตามระบบที่ สปสช.วางไว้นี้ แต่กลับส่งผู้ป่วยข้ามไปยังหน่วยพยาบาลระดับตติยภูมิโดยไม่ส่งผ่านหน่วยพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ลดภาระค่าใช้จ่ายผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลลงได้ ทำให้คลินิกมีสัดส่วนกำไรเพิ่มขึ้นและดำเนินกิจการต่อไปได้

นอกจากนี้ยังมองว่าคลินิกชุมชนอบอุ่นมีการ"ฮั้วกัน"สูง โดยหากเป็นคลินิกเดี่ยวอย่างคลินิกแห่งนี้ดำเนินการอยู่ คือไม่มีสาขาหรือเครือข่ายที่อื่นจะเสียเปรียบคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีลักษณะเจ้าของคนเดียวแต่เปิดหลายสาขา หรือคลินิกที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งประเด็นนี้ผู้จัดการคลินิกดังกล่าว ได้สะท้อนภาพให้เห็นชัดเจนว่า สินค้าสาธารณสุขมันไม่ใช่ free market ซึ่งมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดการฮั้วได้ โดยเฉพาะคลินิกที่เป็นส่วนย่อยของโรงพยาบาลเอกชน ที่ทำให้เกิดการผูกขาด

“เวลาเขาจะรับนโยบายใหม่ๆ มา เขาจะทำได้คล่องตัวกว่า เหมือนกับตอนนี้ที่มีการคิยสิทธิ์ UC ต่างที่ ซึ่งคิยได้โดยเขาจะมีอำนาจมากกว่า เพราะของเขามี 5 แห่ง จะไปลงที่ไหนก็ได้ เบิกได้หมด แต่ของเรามีแค่คลินิกเดียว แล้วเวลาโดนหักค่ารายหัวเราโดนหัก แต่ของเขาไปตรงไหนก็ได้ในคลินิก สาขา ทั้งตรวจสอบไม่ได้ด้วย ประมาณว่ารัฐายซื้อขนมาย “ผู้จัดการคลินิก กล่าว

ซึ่งหากวิเคราะห์ปัญหาของคลินิกแห่งนี้จะพบว่าวิถีคิดของผู้บริหารคลินิกต่างไปจากคลินิกแห่งแรก และที่อื่น ๆ เพราะที่นี้จะเน้นเรื่องการเดินตามกฎระเบียบของ สปสช.เป็นสำคัญ จึงส่งผลกระทบตามมา โดยเฉพาะภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต

สำหรับทางออกที่ผู้จัดการคลินิกแห่งนี้ได้ย้าชัดเจน และมีความเป็นไปได้สูงที่จะเลือกใช้ต่อจากนี้เพื่อแก้ไขปัญหา คือ การปฏิเสธระเบียบกฎเกณฑ์ที่เคยยึดถือปฏิบัติมา โดยมองว่า สปสช.ไม่ได้เข้มงวดกับปัญหาเหล่านี้นัก

“เราไม่ต้องไปสนใจระบบ โดยตอนนี้เรากำลังคิดอยู่ว่าจะให้ผู้ก่อตั้งคลินิก ซึ่งท่านทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นของรัฐอยู่แล้ว เพราะถ้า สปสช. เปิดให้แบบนี้ เราอาจจะย้ายคนไข้ส่งต่อ (refer) ไปที่โรงพยาบาลแห่งนั้นแทน ซึ่งจะทำให้ค่าส่งต่อของเราลดลงได้ ต่อไปนี้ต้องไม่คำนึงถึงระบบ เพราะที่ผ่านมาเราคำนึงถึงระบบไงคะ แต่ถ้าเปิดฟรีแบบนี้ เราเลือกส่งได้”ผู้จัดการคลินิกกล่าว

ขณะเดียวกัน ผู้บริหารคลินิกแห่งนี้ก็ยังมีแนวคิดให้ สปสช. อุดหนุนคลินิกที่ทำถูกกฎระเบียบ โดยผ่านระบบการประเมินที่หลากหลาย ซึ่งหมายความว่าคลินิกใดที่ทำดี ก็น่าจะมีระบบหรือกระบวนการช่วยเหลือและสนับสนุน หรือในทางกลับกันคลินิกใดที่ทำไม่ดี ก็ควรจะมีกระบวนการตักเตือนหรือลงโทษ

อย่างไรก็ตาม มองว่าปัจจุบันทุกคลินิกได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหมด เท่ากับว่าคลินิกที่ทำดี กำลังโดนลงโทษนั่นเอง

“ในขณะที่เรามีเจตนารมณ์ที่ดีในการทำงานที่ดี หวังว่าจะดูแลคนไข้ในพื้นที่เราได้ รัฐต้องมีส่วนช่วยด้วย คือขอให้รู้ว่าเราทำอะไรอยู่ มีการประเมินตั้งหลายแบบที่จะรู้ว่าคลินิกนี้เป็นยังไง เพราะวันนี้ถ้าไม่มีใจที่จะทำ ใครจะยอมขาดทุนอยู่ได้”เป็นคำยืนยันจากผู้จัดการคลินิก

อาจจะดูเหมือนเป็นการประชดประชันอยู่ในที ทว่าหากวิเคราะห์ถึงเบื้องหลังของคำสัมภาษณ์ดังกล่าวแล้ว มันสะท้อนถึงความล้มเหลวของระบบ สปสช. ที่ใช้วิธีการบริหารจัดการแบบหลายมาตรฐาน จนเกิดภาพของความไม่เท่าเทียมระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่นด้วยกัน

จึงเป็นที่มาข้อเสนอที่ว่า อยากให้ สปสช. ลงมาอุดหนุนในเรื่องของบบของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล โดยเข้ามาควบคุมทั้งในเรื่องงบประมาณและคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งตรงส่วนนี้จะช่วยให้คลินิกชุมชนอบอุ่นมีมาตรฐานมากขึ้น

ทั้งยังเป็นการลดภาระให้คลินิกสามารถดำเนินธุรกิจไปได้ ไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่มีสัดส่วนสูงมาก”

นอกจากนี้ คลินิกแห่งนี้ อยากเสนอให้ สปสช. มี clearing house ไว้เคลียร์ปัญหาเรื่องการส่งต่อ โดยมองว่าทุกแห่งมีปัญหาค้างๆ กัน เนื่องจากทุกวันนี้จะอาศัยเวทีการประชุมที่ สปสช. จัดขึ้นเพื่อเคลียร์ปัญหา บางครั้งก็ต้องจัดประชุมนอกรอบ

สำหรับสิ่งที่ทางคลินิกแห่งนี้มองว่าจะช่วยเพิ่มรายได้อีกทางที่เป็นการพึ่งตัวเอง ก็คือ เตรียมที่จะเสนอโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยจะลงพื้นที่ให้มากขึ้น เพื่อสามารถนำงบรายหัวจากการทำงานส่งเสริมมาจุนเจือรายได้ที่ติดลบไม่ให้เป็นภาระมากเกินไป

โดยเฉพาะเป้าหมายที่เราวางไว้คือเราจะมุ่งเชิงคุณภาพ ถ้าศักยภาพเราดีคนเราพร้อม เราจะเอางานด้านเชิงรุกตรงนี้ทำให้เป็นจุดแข็ง ซึ่งในอนาคตข้างหน้าเราอาจจะไปเป็นที่ปรึกษาให้กับคลินิกอื่นที่เขาจะตามเรามา

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่คลินิกแห่งนี้ ไม่ว่าจะการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีความจำเป็นหรือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก จะพยายามทำมานั้นถือเป็นเรื่องที่ดี และควรจะเป็นคลินิกตัวอย่างด้วยซ้ำ แต่ผลลัพธ์มันกลับไม่ตอบโจทย์ที่ควรจะเป็น แม้ว่าผู้ใช้บริการจะชื่นชมมากแค่ไหนก็ตาม ทว่าข้อเท็จจริงก็คือ คลินิกแห่งนี้ก็ไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ วันหนึ่งผู้ใช้บริการเหล่านั้นก็ต้องเปลี่ยนไปใช้บริการคลินิกแห่งใหม่ หากคลินิกแห่งนี้จำเป็นต้องปิดตัวลงเนื่องจากประสบกับภาวะขาดทุน

ดังนั้น ปัญหาจึงอยู่ที่วิถีคิดของผู้บริหารคลินิกที่จะต้องมีความยืดหยุ่น โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารจัดการที่เน้นการทำธุรกิจควบคู่ไปกับการสงเคราะห์ผู้ป่วย ที่จะต้องเดินไปด้วยกันอย่างเหมาะสมและสมดุล

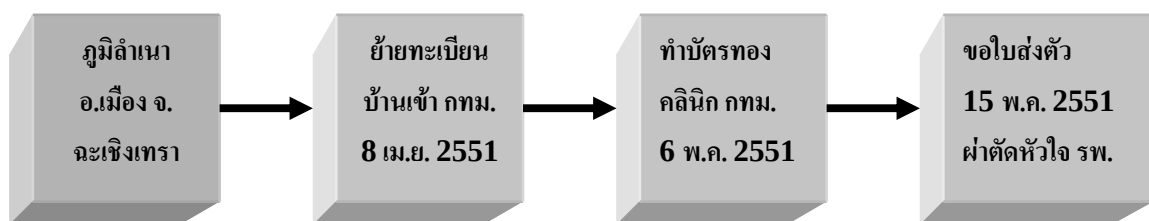
ขณะที่ คลินิกชุมชนอบอุ่นอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นแห่งที่สี่ที่ทีมวิจัยได้ลงไปสัมผัส ซึ่งพบว่าเป็นอีกหนึ่งหน่วยบริการที่มีรูปแบบ “คลินิกเดียว”ซึ่งกำลังเผชิญปัญหาอย่างหนักในการให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง โดยเฉพาะปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยของที่มีสาเหตุมาจากการโอนย้ายสิทธิของผู้ป่วยมาที่คลินิกแห่งนี้ เพื่อใช้เป็นทางผ่านในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นเป้าหมาย

ปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถยืนยันได้ด้วยการตรวจสอบวันเวลาที่ทำการย้ายสิทธิ และวันยื่นเรื่องขอให้คลินิกทำการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจะพบว่าเพียงไม่กี่วันหลังจากขึ้นทะเบียนบัตรทองที่คลินิกแล้ว

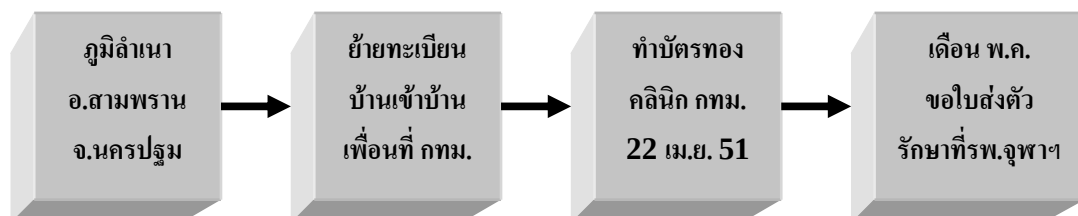
มักจะมีการยื่นเรื่องขอใบส่งตัวตามมาภายหลังไม่นานนัก และส่วนใหญ่จะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนและรุนแรง มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก จึงเป็นภาระหนักที่คลินิกต้องตามจ่ายกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ต่อไป

และในจำนวนนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไปรักษายังโรงพยาบาลระดับสูงด้วยตนเองและมีใบนัดจากแพทย์มาแล้ว แต่มาขึ้นขอทะเบียนและขอใบส่งตัวภายหลัง เพื่อใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นขณะนี้ **“คลินิกจึงทำหน้าที่ไม่ต่างจาก หน่วยสงเคราะห์ให้กับผู้ป่วย”**

ขอยกกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยเด็กรายหนึ่ง ซึ่งเป็นหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ทำการย้ายสิทธิมาที่คลินิกเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ โดยผู้ป่วยเด็กรายนี้ ป่วยด้วยโรคหัวใจ มีภูมิลำเนาอยู่ที่ อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา โดยแพทย์โรงพยาบาลในพื้นที่ภูมิลำเนาได้ติดต่อกับโรงพยาบาลเป้าหมายไว้ก่อน ญาติจึงได้ย้ายเด็กเข้าทะเบียนบ้านของป่าในเขตพื้นที่เป้าหมาย เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2551 และมาทำบัตรทองที่คลินิกเมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2551 จากนั้นได้มาขอใบส่งตัวที่คลินิกในวันที่ 15 พฤษภาคม 2551 ซึ่งห่างจากวันทำบัตรเพียง 9 วัน



เช่นเดียวกับกรณีของผู้ป่วยอีกราย ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวาน (DM), โรคความดันโลหิตสูง (HT) และ R/O Lesion C-spine ภูมิลำเนาอยู่ อ.สามพราน จ.นครปฐม มาใช้ทะเบียนบ้านญาติในเขตคลองเตยเพื่อทำบัตรทอง เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2551 จากนั้นเดือนพฤษภาคมมาขอใบส่งตัวเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลเป้าหมายเช่นกัน



จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จะจงเลือกสถานพยาบาลปฐมภูมิที่สามารถส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลเป้าหมายได้ ซึ่งแม้ว่าโรงพยาบาลเป้าหมายที่เป็นระดับตติยภูมิสามารถเบิกจ่ายการให้บริการผู้ป่วยในได้ แต่สถานพยาบาลระดับสูงเหล่านี้ ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งในการเจาะเลือด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในลักษณะผู้ป่วยนอก ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายตรงส่วนนี้ โดยไม่ได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากผู้ป่วยที่ย้ายเข้ามาใช้สิทธิ์เหล่านี้ เพราะส่วนใหญ่ย้ายเข้ามาเพื่อรับบริการเพียงแค่ชั่วคราว เมื่อการรักษาเสร็จสิ้นจะมีการย้ายสิทธิ์กลับภูมิลำเนาเดิม อย่างไรก็ตามแม้หากได้รับงบประมาณค่าเหมาจ่ายรายหัวก็ไม่คุ้ม เนื่องจากผู้ป่วยที่เห็นคลินิกเป็นแค่ทางผ่านจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยต่างจังหวัดที่ย้ายสิทธิ์เข้า กทม. ชั่วคราวเพื่อให้ส่งต่อแล้วเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีทะเบียนบ้านอยู่ใน กทม. มีจำนวนไม่น้อยที่ขอย้ายสิทธิ์มารักษาที่คลินิกเช่นกัน โดยส่วนใหญ่เป็นคลินิกในเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน เพราะต่างถูกปฏิเสธการรักษาในผู้ป่วยโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เนื่องจากไม่ต้องการแบกรับภาระค่าใช้จ่าย หรือถ้าให้บริการก็จะให้การรักษาที่น้อยกว่าสภาพโรคหรือความจำเป็นทางสุขภาพ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องขอย้ายสิทธิ์ไปรักษาในโรงพยาบาลรัฐแทน กลายเป็นการผลักภาระให้กับโรงพยาบาลของรัฐ รวมถึงคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลรัฐด้วย

อัตราการค่าใช้จ่ายผู้ป่วยส่งต่อในโรงพยาบาล

ปี	จำนวนค่าใช้จ่ายส่งต่อ (บาท/ปี)	ร้อยละของงบเหมาจ่ายหัวที่ได้รับ
2548	213,000-	6.2%
2549	868,000-	18.9%
2550	2,397,000-	43.6%
2551	3,696,219-	57.2%

“ตอนนี้คลินิกเราเป็นหนี้โรงพยาบาลคู่สัญญา กว่า 500,000-600,000 บาทแล้ว พร้อมได้รับหนังสือติดตามทวงหนี้ ระบุวันที่ 26 พฤศจิกายน 2551 โดยระบุว่า จะระงับการรับส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกหากไม่ชำระหนี้” ซึ่งเป็นการยืนยันจากผู้บริหารคลินิกแห่งนี้

ปัญหาการย้ายสิทธิ์ของผู้ป่วยต่างพื้นที่ ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคลินิกชุมชนอบอุ่น เนื่องจากเป็นสิ่งที่คลินิกชุมชนอบอุ่นควบคุมไม่ได้ ทั้งยังเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยที่

สามารถทำได้โดยชอบธรรม เพราะฉะนั้นปัญหาดังกล่าวจะต้องแก้ที่ตัวระบบเท่านั้น กล่าวคือทาง สปสช.จะต้องลงมาแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้เอง จะปล่อยให้คลินิกแก้ปัญหา กันเองไม่ได้ เพราะจะยิ่งกลายเป็นปัญหาลูกโซ่ กระทบไปถึงผู้รับบริการในที่สุด

คลินิกชุมชนอบอุ่นใน จ.นครราชสีมา

ส่วนที่คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งสุดท้ายที่ทางทีมงานได้ลงไปเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นแห่งเดียวที่ตั้งอยู่นอกเขตพื้นที่กรุงเทพฯ โดยเป็นคลินิกในรูปแบบคลินิกเดี่ยว ที่ไม่มีการจัดตั้งคลินิกในรูปแบบเครือข่าย เช่นกัน พบว่าคลินิกแห่งนี้ค่อนข้างจะมีปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกทั้ง 4 แห่งในกทม. เนื่องจากในช่วงเริ่มต้นจัดตั้งคลินิกแห่งนี้ได้มีการทำข้อตกลงกับทางโรงพยาบาลคู่สัญญาซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องราคากลางเหมาจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อจากคลินิกไปยังโรงพยาบาลศูนย์ต่อครั้ง โดยคณะกรรมการที่ดูแลงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดและโรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นผู้พิจารณากำหนดราคากลาง ซึ่งปีแรกเริ่มกำหนดไว้ที่ 335 บาทต่อครั้ง แต่ปัจจุบันได้มีการปรับเพิ่มที่ 438.40 บาทต่อครั้ง

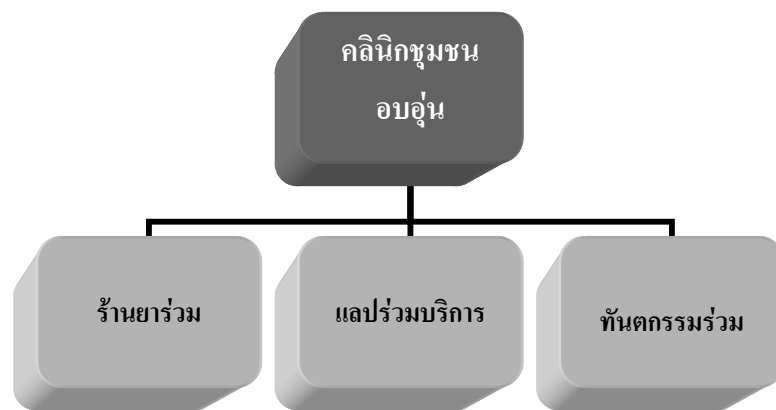
ประกอบกับผู้ดำเนินการคลินิกแห่งนี้ต่างรู้จักคุ้นเคยกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นอย่างดี ทำให้สามารถพูดคุยปัญหา ตรวจสอบข้อมูลผู้ให้บริการ และการเรียกเก็บค่ารักษาได้ว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดหรือไม่ ซึ่งในรายที่ไม่ได้เป็นไปตามข้อตกลง ทางคลินิกจะปฏิเสธการตามจ่าย

ทั้งนี้แม้ว่าคลินิกจะมีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อรายเดือนไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญาไม่มาก เฉลี่ยอยู่ที่ 100,000 บาทต่อเดือน แต่ในช่วง 9 เดือนแรก ในปี 2551 คลินิกต้องขอติดหนี้โรงพยาบาลเป็นเงินประมาณ 600,000-700,000 บาท เนื่องจากติดปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน จึงขอผ่อนผันการชำระหนี้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาออกไปก่อน และจะทยอยจ่ายคืนในปีถัดไป

อย่างไรก็ตาม การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หากมีผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงเกินขีดความสามารถในการรักษา จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ใน กทม. ซึ่งขณะนี้ผู้ป่วย 2 รายจากคลินิกที่ถูกส่งต่อ โดยหนึ่งในนั้นเป็นนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยขอนแก่น ป่วยด้วยโรคมะเร็งในสมอง ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ใน กทม. เป็นประจำทุกเดือน เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีราคาแพงมาก เฉลี่ยเฉพาะค่ายาเดือนละ 20,000 บาท เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายผู้ป่วยรายนี้ที่โรงพยาบาลดังกล่าวในปีนี้อยู่ที่เกือบ 200,000 บาทแล้ว

ส่วนอีกรายเป็นผู้ป่วยชายป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาฯ เช่นกัน ค่ารักษาที่คลินิกตามจ่ายครั้งแรกอยู่ที่ 18,500 บาท ครั้งต่อมาอยู่ที่ 30,000 บาท ทั้งนี้หากมีผู้ป่วยในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคลินิกอย่างมาก ดังนั้น สปสช. จึงควรมีวิธีบริหารจัดการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในกลุ่มผู้ป่วยนอก

หน่วยบริการร่วมช่วยลดค่าใช้จ่ายคลินิก



จุดเด่นของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ที่แตกต่างจากคลินิกอื่นๆ แม้ในพื้นที่เอง คือ การประสานกับ “หน่วยบริการร่วม” ซึ่งเป็นรูปแบบที่ผู้ก่อตั้งได้จัดวางระบบไว้ทั้งหมดตั้งแต่แรก ทั้งในส่วนของร้านยา แลปและศูนย์ทันตกรรมเพื่อช่วยลดรายจ่าย

ซึ่งหลังดำเนินงานปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เพราะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก เนื่องจากไม่ต้องลงทุนทั้งเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจ่ายเงินเดือนที่สูงมากให้กับบุคลากรเฉพาะทางที่ยังอยู่ในภาวะขาดแคลน เช่น เภสัชกร เจ้าหน้าที่ตรวจแลป และยังช่วยลดความยุ่งยากในการบริหารจัดการ

โดยวิธีการของคลินิกจะไม่มีที่ตั้งจุดจ่ายยาให้กับผู้ป่วย แต่จะจ่ายยาโดยร้านยาที่เป็นหน่วยบริการร่วม ซึ่งแนวคิดนี้ เกิดจากคลินิกแห่งเดิมมีพื้นที่คับแคบมาก และบังเอิญมีร้านยาชุมชน ตั้งอยู่ใกล้เคียง และยังมีเภสัชกรประจำร้านยาอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นเจ้าของร้าน จึงได้ชักชวนให้เป็นหน่วยบริการร่วมของทางคลินิก ทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้กับผู้ป่วยบัตรทองของคลินิกโดยไม่คิดเงิน แต่ทางคลินิกจะเป็นผู้ชำระค่ายาทั้งหมดเองในทุกๆ สิ้นเดือน ตามกรอบข้อตกลงที่ทำร่วมกัน คือ ให้ร้านยาคิดค่ายาตามราคาทุนบวกค่าบริการจัดการ 20% ซึ่งค่าจ่ายในแต่ละเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 100,000 บาท

ส่วนหน่วยบริการร่วมตรวจแลป ในช่วงแรกคลินิกได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ(แลป) ที่โรงพยาบาลคู่สัญญา แต่มีปัญหาผลแลปที่ได้ล่าช้า ต้องรอนานอย่างน้อย 3 วัน เนื่องจากมีคิวผู้ป่วยมาก จึงได้มองหาบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นหน่วยบริการของเอกชนแทน ในการส่งตรวจทั้งผลเลือด น้ำตาลในเลือด เสมหะ ปัสสาวะของผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิก รวมถึงการเอ็กซเรย์และอื่นๆ โดยทางคลินิกจะคัดเลือกหน่วยบริการเอกชนที่มีมาตรฐาน ทั้งในเรื่องวิธีการการตรวจ การส่งผลแลปที่รวดเร็วและราคาไม่แพงมาก ซึ่งจะนำราคาไปเทียบเคียงกับค่าตรวจในโรงพยาบาลคู่สัญญา และได้มีการต่อรองราคาคงเป็นที่น่าสนใจ โดยหน่วยบริการแลปจะมีเจ้าหน้าที่มาเก็บตัวอย่างที่คลินิกในเวลา 10.00 น. และ 14.00 น. ของทุกวัน พร้อมส่งผลแลปผู้ป่วยทางแฟกซ์ สะดวกและรวดเร็ว

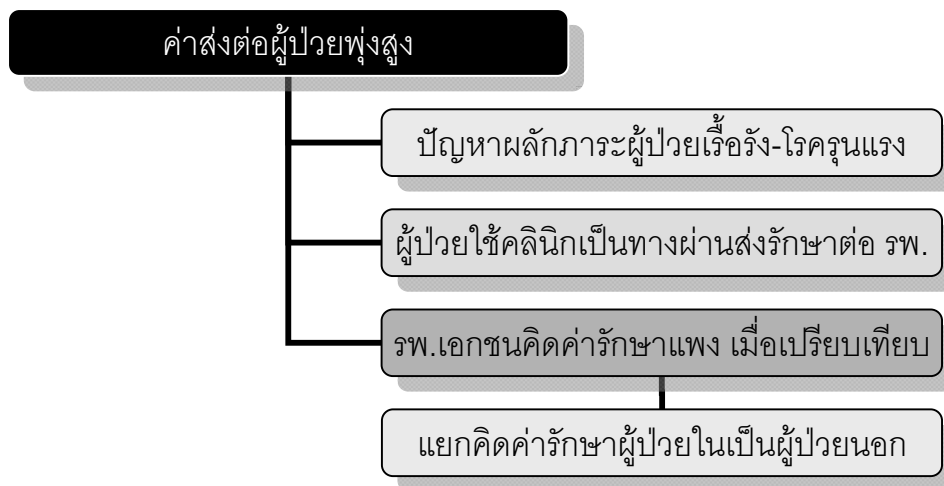
เช่นเดียวกับศูนย์ทันตกรรม ซึ่งเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องทันตกรรมและช่องปาก ทางคลินิกจะส่งตัวไปยังศูนย์ทันตกรรมสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเครือข่ายทำฟันของโรงพยาบาลคู่สัญญา ซึ่งได้มีการทำข้อตกลงกันไว้แล้วเช่นกัน ซึ่งทางคลินิกจะเป็นผู้ตามจ่ายค่าบริการเช่นกัน โดยมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 12,000 บาทต่อเดือน ซึ่งทั้งหมดจะจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยบริการร่วมทุกๆ สิ้นเดือน

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการบริหารงานของคลินิกแห่งนี้จะเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงานคลินิกภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ไม่สามารถนำมาปรับใช้กับคลินิกที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ กทม.ได้ เนื่องจากมีความแตกต่างหลายด้าน โดยคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัยได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่และได้มีการผลักดันให้เกิดการจัดตั้งในช่วงแรกเริ่ม ทำให้เกิดการประสานกับหน่วยสถานพยาบาลและสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลมหาราชที่เป็นโรงพยาบาลซึ่งรับส่งต่อผู้ป่วยที่ยอมรับเงื่อนไขราคาส่งต่อผู้ป่วยแบบเหมาจ่าย ในขณะที่ กทม.นั้นเป็นไปได้ยาก นอกจากท้องถิ่น โดย กทม.ไม่ลงมาผลักดันแล้ว การรักษาพยาบาลยังปล่อยให้ไปตามกลไกตลาดที่ต้องมีการแข่งขันกันระหว่างคลินิกด้วยกัน ตลอดจนการหาโรงพยาบาลคู่สัญญาเพื่อรับการส่งต่อผู้ป่วยที่คิดราคาแบบเอกชน ไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้เช่นเดียวกับที่โคราช เป็นเหตุในคลินิกซึ่งตั้งอยู่พื้นที่ กทม. มีปัญหามากกว่า และยากที่จะแก้ไขได้

สปสช.เตรียมยื่นมือช่วยเหลือคลินิกมีปัญหาปีนี้

จากปัญหาการดำเนินงานของคลินิกชุมชนอบอุ่นข้างต้น ทาง สปสช.ได้รับทราบและติดตามเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด และได้วางมาตรการเตรียมช่วยเหลือคลินิกที่ประสบปัญหาอย่างหนัก ทั้งปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลให้การระดมตามจ่ายพุ่งสูง และการปิดความรับผิดชอบโดยการผลักภาระผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกจากคลินิก

ปัญหาคลินิกชุมชนอบอุ่น



โดยทาง สปสช. ยอมรับว่า คลินิกบางแห่งที่มีบริการรักษาพยาบาลที่ดีและเป็นที่พอใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขณะนี้ได้กลายเป็นจุดดึงดูดผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนยังคลินิกอื่นๆ ให้ย้ายสิทธิ์มารับบริการที่นั่นแทน เพราะผู้ป่วยต่างบอกกันต่อแบบปากต่อปากถึงบริการที่ดีและซักชวนกันมารักษา ด้วยเหตุนี้ทำให้คลินิกแห่งหนึ่งย่านดอนเมืองต้องแบกรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึง 300 รายแล้ว ถือเป็นสัดส่วนอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงมากผิดปกติ ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายของทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องภาระการตามจ่ายกรณีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ทำให้คลินิกบางแห่งมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายการส่งต่อผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 40-50 ของงบประมาณที่ได้รับจากทาง สปสช.ในแต่ละปี ซึ่งคลินิกที่ประสบปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเดี่ยว

ก่อนหน้านี้ สปสช. ได้พยายามแก้ไขโดยเพิ่มค่าใช้จ่ายสำหรับคลินิกที่รับดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ มะเร็ง เป็นต้น โดยจ่ายเพิ่มให้ 200 บาท/คน/ปี แต่เงินที่ได้ยังไม่สามารถช่วยคลินิกเหล่านี้ให้พ้นจากภาวะวิกฤตได้ เนื่องจากเงินที่เพิ่มให้มันไม่คุ้มค่ากับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละครั้งเฉลี่ยตกอยู่ที่ 400 บาท ซึ่งแต่ละปีจะต้องหาหมอเฉลี่ยประมาณ 4 ครั้ง จึงมีค่าใช้จ่ายจริงเฉลี่ยอยู่ที่ 1,600 บาท/คน/ปี นับเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

ดังนั้นทาง สปสช. จึงได้พิจารณาเตรียมจัดสรรเงินเพิ่มเติมเพื่อลงไปช่วยเหลือที่เป็นไปตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเพิ่มเงินให้สำหรับคลินิกที่มีสัดส่วนการขึ้นทะเบียนของผู้สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาระโรคมาก และหากพบว่าในจำนวนผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกเหล่านี้ยังป่วยโรคเรื้อรัง ทาง สปสช. จะมียกงบประมาณเพิ่มเติมให้อีก ช่วยให้คลินิกที่ต้องแบกรับภาระผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับงบประมาณมากขึ้น เป็นการบรรเทาปัญหาได้บ้าง ขณะที่บรรยายไว้ในส่วนผู้ป่วยนอกจะยังไม่มีมีการปรับเพิ่มให้ในปีหน้า เนื่องจากมองว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่คลินิกได้รับนั้นยังเพียงพออยู่

นอกจากนี้ทาง สปสช. ยังเตรียมจัดทำรายการการให้บริการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อจากทางคลินิก เนื่องจากที่ผ่านมาได้รับการร้องเรียนปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาผู้ป่วยนอกจากทางคลินิก เพราะถูกโรงพยาบาลคู่สัญญาเรียกเก็บค่ารักษาบางรายการที่ควรจะเบิกจ่ายจากงบผู้ป่วยใน เช่น การทำซีทีสแกน เอ็มอาร์ไอ เป็นต้น ที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก คลินิกภาระไม่ไหวและไม่คุ้มกับงบประมาณที่ได้รับ พร้อมกันนี้ยังจะมีการกำหนดราคากลางค่ารักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการเรียกเก็บ เนื่องจากในบางคลินิกที่มีโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญานั้น มีการเรียกเก็บในอัตราที่แพงมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐ

พร้อมกันนี้ยังจะมีการกันงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกส่วนหนึ่งไว้ที่ส่วนกลาง เพื่อเป็นกองทุนสำหรับการตามจ่ายกรณีการส่งต่อผู้ป่วยของทางคลินิก แต่ทั้งนี้กองทุนนี้จะไม่จ่ายค่ารักษาทั้งหมด เพราะจะทำให้คลินิกบางแห่งทำการส่งต่อผู้ป่วย และเบิกจ่ายจากกองทุนมากเกินไป ดังนั้นจึงพิจารณาว่าจะกำหนดให้อยู่ในรูปแบบการร่วมจ่ายระหว่างคลินิกที่ส่งต่อผู้ป่วยกับกองทุนที่ทำหน้าที่แค่ช่วยแบ่งเบาภาระการตามจ่ายเท่านั้น เพื่อให้คลินิกทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลในกรณีที่เหมาะสมเท่านั้น

“ปัญหาค่าใช้จ่ายการส่งต่อผู้ป่วยนอกนั้น สปสช. กำลังหาวิธีว่าจะทำเป็นกองทุนสำหรับเบิกจ่ายดีหรือไม่ เพราะหากให้เป็นการเบิกจ่ายค่าส่งต่อกับกองทุนเลย เก่งกว่าจะมีการส่งต่อกันมากจนเงินกองทุนหมดไปอย่างที่เกิดขึ้นในอดีต ดังนั้นอาจกำหนดให้มีการร่วมจ่ายโดยให้คลินิกจ่าย

ครั้งหนึ่งและเบิกจากเงินกองทุนอีกครั้งหนึ่งเพื่อกันไม่ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยแบบไม่จำเป็น โดยเฉพาะใน รายที่คลินิกเองก็สามารถให้บริการรักษาพยาบาลได้” ผู้บริหาร สปสช. กล่าว

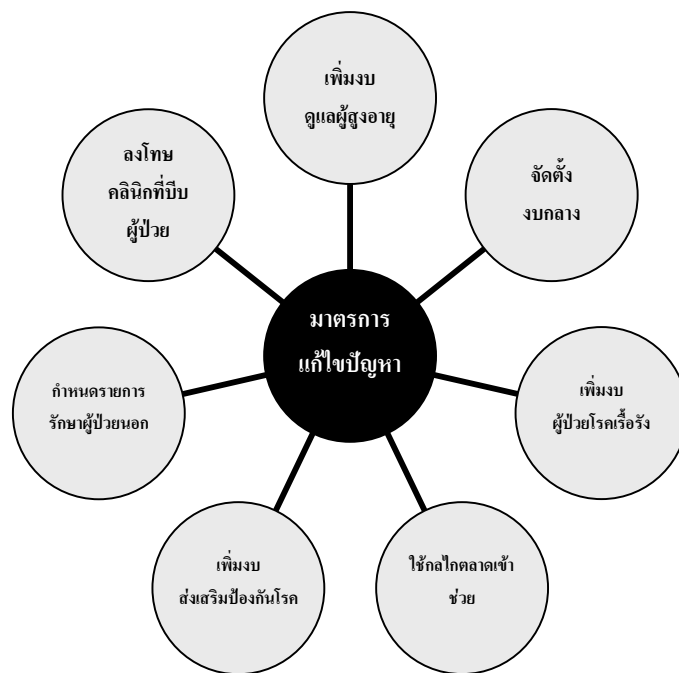
ทั้งนี้ยังจะมีการปรับระบบการจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยนอกที่ถูกส่งต่อ จากที่ระเบียบเดิมกำหนดให้ โรงพยาบาลเรียกเก็บจากคลินิกโดยตรง แต่ในปีถัดไปจะให้โรงพยาบาลเรียกเก็บจากทาง สปสช.แทน ซึ่งตรงจุดนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาคือร้องเรียนจากทางคลินิกที่ระบุว่า โรงพยาบาลเรียกเก็บซ้ำซ้อน เพราะ เชื่อว่านอกจากเรียกเก็บค่ารักษากับทางคลินิกในส่วนผู้ป่วยนอกแล้ว ยังมีการเบิกจากงบกลางในส่วน ผู้ป่วยในจากทาง สปสช.ด้วย

จากมาตรการแก้ไขปัญหาดังต้นจะเห็นได้ว่า นอกจากเป็นการช่วยประกันความเสี่ยงให้กับ คลินิกที่ต้องแบกรับภาระผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาระค่าส่งต่อผู้ป่วยนอกแล้ว ยังเป็นวิธีการเฉลี่ย งบประมาณที่ สปสช.ได้จ่ายลงไปให้กับแต่ละคลินิก เนื่องจากบางคลินิกมีการส่งต่อผู้ป่วยน้อยมาก ขณะที่บางคลินิกต้องแบกรับค่าใช้จ่ายส่วนนี้อย่างหนัก

อย่างไรก็ตามยอมรับว่า การดำเนินการเช่นนี้จะทำให้บางคลินิกมีกำไรจากการเปิดบริการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง ซึ่งผิดหลักการการดำเนินธุรกิจใ นฐานะภาคเอกชน แต่จะเป็นตามหลักการของ สปสช. ที่วางไว้ เนื่องจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ คลินิกได้รับจากทาง สปสช.นั้น จะใช้เป็นเพียงต้นทุนในการบริหาร กำไรที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยบัตร ทองจะอยู่ในระดับที่พอสมควรเท่านั้น ส่วนกำไรที่จะได้เพิ่มเติมนอกเหนือจากนี้ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ ศักยภาพการบริหารของแต่ละคลินิกที่จะดำเนินการเอง เช่น การเปิดรักษาผู้ป่วยในระบบ ประกันสังคม ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ และผู้ป่วยที่จ่ายเงินสด เป็นต้น

มาตรการที่วางไว้นี้ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้คลินิกเดี่ยวยังคงอยู่ในระบบ โดยทำหน้าที่ เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เนื่องจากคลินิกเหล่านี้ไม่ เก่งเรื่องการบริหารจัดการ เน้นเฉพาะการรักษาพยาบาล จึงขาดอำนาจในการต่อรองกับโรงพยาบาล คู่สัญญา ต่างจากคลินิกรูปแบบเครือข่าย และคลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาลเอกชน และถ้าหากปล่อยให้ คลินิกเดียวออกจากระบบไปหมด จะขาดการแข่งขันในระบบ และหากเหลือแต่คลินิกที่เปิดโดย โรงพยาบาลเอกชนด้วยแล้วจะทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยถูกควบคุมเบ็ดเสร็จ ในฐานะที่รับเป็นทั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิและตติยภูมิจะสามารถควบคุมต้นทุนและงบประมาณเองทั้งหมด อาจก่อให้เกิด ปัญหาตามมาภายหลังได้ จึงต้องพยุคลินิกเดียวไว้เพื่อสำหรับถ่วงดุลระบบ

มาตรการแก้ไขปัญหาก็ สปสช.ได้วางไว้



แต่ทั้งนี้คลินิกเดียวที่ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมไปตามมาตรการที่ สปสช. ได้วางแนวทางไว้ นอกจากจะช่วยดึงให้คลินิกเหล่านี้ยังอยู่ในระบบต่อไปได้ แต่ยังเหลือเพียงพอสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารที่ต้องมีการพัฒนาวิธีคิด วิธีการจัดการ เพื่อให้คลินิกดำเนินการต่อไปได้ แต่ผู้บริหารคลินิกเองต้องมีการปรับตัวเช่นกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าให้ทำในสิ่งไม่ถูกต้อง เช่น การบีบให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่อื่น การผลักภาระผู้ป่วย การไม่ส่งต่อผู้ป่วย แต่หมายความว่าต้องละเอียดรอบคอบในการบริหาร เช่น การคีย์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทำให้ได้รับงบประมาณเพิ่ม แม้ว่าเมื่อดูต่อหน่วยจะเป็นเงินเล็กน้อย แต่เมื่อรวมกันแล้วจะได้เป็นงบประมาณเพิ่มเติมที่เป็นก้อนใหญ่ในแต่ละปี การตามจ่ายหลังส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องพิจารณาว่าการจัดเก็บดังกล่าวเป็นรายการค่ารักษาที่ควรเก็บจากคลินิกหรือไม่ หรืออาจซีกแซกในบางกรณีอย่างมีคลินิกแห่งนี้ที่มีโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญา ซึ่งในการรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูงมีราคามาก คลินิกจ่ายไม่ไหว จึงมีการให้เงินสดที่เพียงพอต่อการรักษากับผู้ป่วย และขอให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแทน โดยนำเงินสดที่ได้รับไปจ่ายแทน เป็นต้น

ขณะที่ปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่มีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยเฉพาะที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนนั้น ยอมรับตามตามระเบียบคลินิกที่เข้าร่วมเป็นหน่วยปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น กำหนดให้ต้องมีโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลของรัฐมักปฏิเสธรับเป็น

คู่สัญญากับทางคลินิกเนื่องจากมีการบริการผู้ป่วยที่อยู่ในชั้นแออัดอยู่แล้ว ทำให้คลินิกต้องเซ็นสัญญากับโรงพยาบาลเอกชนที่คิดค่ารักษาแพงมาก ดังนั้นทิศทางในอนาคตจะเปิดให้มีการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้คลินิกมีทางเลือกในการส่งต่อมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การคิดค่ารักษาผู้ป่วยลดลง เป็นการนำกลไกทางการตลาดมาใช้

“ที่ผ่านมาเมื่อโรงพยาบาลรัฐปฏิบัติเป็นหน่วยพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิก ทำให้คลินิกต้องเลือกโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญา และยอมจ่ายค่ารักษาในอัตราของโรงพยาบาลเอกชนที่แพงมาก เป็นประเภทปลาใหญ่กินปลาเล็ก ไม่เช่นนั้นจะไม่เข้าหลักเกณฑ์และต้องออกนอกกระบวนการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไป ดังนั้นทิศทางต่อไป อาจวางระบบการส่งต่อโรงพยาบาล โดยคลินิกมีโรงพยาบาลหลายแห่งเป็นทางเลือกที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ ไม่ต้องผูกมัดกับโรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่งเพียงแห่งเดียวอย่างในปัจจุบัน” ผู้บริหาร สปสช. กล่าว

ส่วนปัญหาการเปิดสิทธิว่างไว้ที่สำนักงานเขตเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกย้ายสิทธิสถานพยาบาลได้นั้น ยังเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเปิดช่องทางให้กับผู้ป่วย เพราะหากให้คลินิกเป็นผู้ทำการตลาดค้นหาผู้มีสิทธิมากขึ้นทะเบียนรับบริการกับคลินิกเองทั้งหมดอาจมีการใช้สารพัดวิธีในการเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้าถึงการรักษาหมดโอกาสทันที แต่ยอมรับว่าในขณะเดียวกันก็เป็นช่องทางให้คลินิกผลักผู้ป่วยโรงเรีอรั้งและผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงไปยังคลินิกอื่นที่เป็นการโยนผู้ป่วยออกจากคลินิก หากพบว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ผิดปกติ แสดงว่ามีปัญหาในการบริการ ทาง สปสช. จะเข้าไปตรวจสอบ ตรงนี้ต้องมีบทลงโทษ แต่การจะชี้ลงไปต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอ โดยแนวทางที่วางไว้ทั้งหมดนี้จะเริ่มดำเนินการในปี 2553 นี้

บทสรุปงานวิจัย

หลังจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยระบบการให้บริการในส่วนของ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นหน่วยปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบปัญหาการดำเนินงานของคลินิกที่สำคัญทั้งหมด 3 ประเด็น คือ

1. ปัญหาการผลัดภาระผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคค่าใช้จ่ายสูง
2. ปัญหาการย้ายสิทธิ์เพื่อรับบริการของผู้ป่วย
3. ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดจะพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนแต่มีสาเหตุที่สามารถเชื่อมโยงถึงกันทั้งสิ้น โดยมีผลลัพธ์คือ ภาระค่าส่งต่อที่พุ่งสูงขึ้นซึ่งทำให้คลินิกบางแห่ง โดยเฉพาะคลินิกเดียวที่เป็นกลุ่มได้รับผลกระทบมากที่สุดและเริ่มเข้าสู่ภาวะวิกฤตแล้ว เพราะในปี 2551 มีค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยส่งต่อสูงถึงร้อยละ 40-50 ของงบประมาณที่ได้รับจากทาง สปสช. แล้ว สูงกว่าค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก จากเดิมในช่วงเข้าร่วมโครงการในปี 2548 มีสัดส่วนเพียงแค่อ้อยละ 6 เท่านั้น ซึ่งในอนาคตอันใกล้นี้อาจต้องล้มเลิกดำเนินการและปิดกิจการไป หากไม่มีมาตรการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ไม่เพียงแต่เฉพาะคลินิกเดียวเท่านั้นที่ประสบปัญหานี้ แต่ยังเป็นปัญหานักในคลินิกเครือข่ายที่แม้ว่าจะมีการบริหารจัดการที่ดีก็ตาม เพราะภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เพียงแต่ผลกระทบยังไม่รุนแรงเท่าคลินิกเดียว เพราะยังอยู่ในสัดส่วนที่ยังรับได้อยู่

ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากผู้ป่วยที่เดินทางระบบการใช้สิทธิ์บัตรอย่างถูกต้อง คือ มีขึ้นทะเบียนรักษาพยาบาลกับคลินิกตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งในช่วงที่มีการตั้งคลินิกและก่อนที่จะปรากฏอาการป่วย เนื่องจากต่างตระหนักต่อการใช้สิทธิ์บัตรทองในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีผู้ป่วยที่มาขอขึ้นทะเบียนโดยไม่ได้เดินตามระบบ ทั้งจากการกระทำของสถานพยาบาลด้วยกัน และตัวผู้ป่วยและญาติที่ใช้กลยุทธ์เพื่อให้เข้าถึงการรักษายังสถานพยาบาลที่ตนเองต้องการ

โดยในส่วนที่เกิดจากการกระทำของคลินิกด้วยกันนั้น เกิดจากการผลัดภาระผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า มีบางคลินิกใช้วิธีการต่างๆ เพื่อป้อนผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ออกจากคลินิกของตนเอง เพราะไม่ต้องการแบกรับค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งคลินิกต้องจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยส่งต่อกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกเอง เช่น การปล่อยให้ผู้ป่วยรอนานๆ การปฏิเสธการส่งต่อพร้อมแนะนำให้ไปขึ้นทะเบียนยังคลินิกอื่นแทน ซึ่งถือเป็นการปิดความรับผิดชอบ เพราะจะเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงให้คงสิทธิ์ไว้ เรียกว่าเป็นการกระทำที่ผิดหลักการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ด้วยการเฉลี่ยการแบกรับการรักษาผู้ป่วยตามงบประมาณที่ได้รับ

ส่วนการย้ายสถานพยาบาลโดยผู้ป่วยนั้น หลังจากถูกบีบจากคลินิกบางแห่งที่ปฏิเสธการรักษา และให้บริการที่ไม่ดีแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมองหาหน่วยรับบริการแห่งใหม่ ซึ่งหากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ที่เป็นโรคเฉพาะกลุ่ม มักมีการบอกต่อระหว่างผู้ป่วยด้วยกันว่าคลินิกใดให้การรักษาและบริการที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไหลไปขึ้นทะเบียนและรับ

บริการที่คลินิกแห่งนั้น กลายเป็นภาระที่คลินิกต้องรับภาระหนัก เพราะการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในเรื่องของยา และยังเป็นกลุ่มที่มีอัตราการส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่สูงมาก ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า คลินิกบางแห่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงถึง 300 ราย เป็นเหตุให้เกิดภาวะขาดทุนถึงกว่าหนึ่งแสนบาทต่อเดือน สิ่งที่เกิดขึ้นจึงกลายเป็นรางวัลสำหรับคลินิกที่ทำดีไป

สำหรับปัญหาการย้ายสิทธิ์โดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคที่รุนแรงและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงเรียนแพทย์ ด้วยการใช้กลยุทธ์ในการย้ายสิทธิ์เพื่อให้เข้าถึงการรักษายังโรงพยาบาลที่ต้องการ โดยให้คลินิกเป็นทางผ่านในการส่งต่อตามระบบบัตรทอง เบื้องต้นจะดูว่ามีคลินิกแห่งใดบ้างที่มีโรงพยาบาลที่ต้องการเข้ารับรักษาเป็นหน่วยส่งต่อ จากนั้นจะทำการย้ายสิทธิ์เพื่อมาขอขึ้นทะเบียนรับบริการ ณ คลินิก และในกรณีที่ผู้ป่วยต่างจังหวัดหรือผู้ที่อยู่นอกพื้นที่ก็จะหาช่องทางในการย้ายทะเบียนบ้านมาในพื้นที่ก่อนเพื่อให้สามารถนำมาขึ้นทะเบียนบัตรทองที่คลินิกแห่งดังกล่าวได้ ซึ่งปัญหานี้พบมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ กทม. เพราะเป็นจุดศูนย์รวมด้านการแพทย์ ทำให้มีผู้ป่วยจากทั่วประเทศไหลมารับบริการที่ กทม. ทำให้คลินิกที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ต้องประสบปัญหาและแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก

อย่างไรก็ตามบางครั้งผู้ป่วยเป็นคนเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใด โดยพิจารณาจากชื่อเสียงทางการรักษา ทั้งที่ในการรักษาบางโรค เช่น การผ่าตัดโรคหัวใจ การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลในต่างจังหวัดหรือในพื้นที่อื่นๆ ก็มีศักยภาพทางการแพทย์เพียงพอที่จะรักษาได้ เพียงแต่ผู้ป่วยต้องการเลือกโรงพยาบาลที่ตน มั่นใจและมีชื่อเสียงเท่านั้น

นอกจากสาเหตุข้างต้นที่เป็นปัจจัยผลักดันให้ภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกพุ่งขึ้นแล้ว โรงพยาบาลคู่สัญญายังเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อภาระการตามจ่ายอย่างมาก ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ (อาทิ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัด กทม. โรงพยาบาลสังกัดกองทัพ) โรงพยาบาลเอกชน และโรงเรียนแพทย์

ในจำนวนนี้โรงพยาบาลเอกชนและโรงเรียนแพทย์เป็นกลุ่มที่มีคลินิกร้องเรียนมาก ต่างจากโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีปัญหาเรื่องค่ารักษาค่อนข้างมาก เพราะคิดค่าบริการรักษาพยาบาลในอัตราของโรงพยาบาลเอกชน แม้ว่าจะเป็นการรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม ทำให้มีส่วนต่างในเรื่องค่ารักษาระหว่างคลินิกที่มีโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญา แม้ว่าจะให้การรักษาเดียวกัน ซึ่งบางรายการมีการคิดค่ารักษาแตกต่างกัน 2 เท่า เช่น กรณีการเอ็กซเรย์ หากเป็นโรงพยาบาลรัฐจะอยู่ที่ 700 บาท แต่หากเป็นโรงพยาบาลเอกชนจะสูงถึง 1,200-1,500 บาท ทำให้คลินิกที่รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ในอัตราเดียวกัน แต่ต้องจ่ายค่ารักษาในราคาที่แตกต่างกันมาก

ขณะที่เกณฑ์การรักษาก็เป็นปัญหาเช่นกัน เนื่องจากพบว่าในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้งมีการรักษาที่เกิดความจำเป็นของภาวะโรคผู้ป่วย ซึ่งแม้แต่โรงเรียนแพทย์เองก็มีปัญหานี้เช่นกัน เพราะบ่อยครั้งพบว่ามีการส่งเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวินิจฉัย แต่กลับคิดค่าเจาะเลือดกับทางคลินิก

อีกทั้งจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ทำให้มีการพัฒนาการรักษา ดังนั้นจึงพบว่า การรักษาบางอย่างซึ่งเดิมกำหนดเป็นรายการเบิกจ่ายในส่วนผู้ป่วยใน อย่างการผ่าตัดบางรายการที่ในอดีตผู้ป่วยที่รับการรักษาต้องนอนที่โรงพยาบาล การผ่าตัด การขูดมดลูก เป็นต้น แต่ปัจจุบันสามารถเข้ารับการรักษาได้ภายในวันเดียวและให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จึงกลายเป็นรายการเบิกจ่ายในส่วนผู้ป่วยนอกไป ทำให้คลินิกต้องเป็นผู้ตามจ่าย

ซึ่งยังไม่นับรวมถึงการทำซีทีสแกน การทำเอ็มอาร์ไอ ที่มีราคาแพงมาก ครึ่งละกว่าหมื่นบาท ได้มีการคิด
ค่าใช้จ่ายกับทางคลินิกเช่นกัน แทนที่จะทำการเบิกจ่ายกับทาง สปสช.โดยตรง

ทั้งหมดนี้เป็นเหตุให้คลินิกหลายแห่งต้องจัดกลยุทธ์ต่างๆ ออกมาใช้ในการบริหาร เพื่อให้คลินิก
ดำเนินการต่อไปได้ เรียกว่าผู้บริหารคลินิกเป็นส่วนสำคัญในความอยู่รอดของคลินิก ซึ่งแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับ
ประสบการณ์การบริหารและวิธีคิด ซึ่งจะเห็นได้จากผู้บริหารคลินิกเครือข่ายที่นอกจากจะมีวิธีการบริหารระดับ
ผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยมีการเฉลี่ยรายได้และค่าใช้จ่ายของคลินิกที่มีอยู่ในมือทั้งหมด ทั้งยังมีความรู้ในการต่อรอง
การจ่ายค่ารักษากับทางโรงพยาบาล ระเบียบและหลักเกณฑ์การดำเนินคลินิกที่ทาง สปสช. กำหนด

จากการเก็บข้อมูลแม้ว่าจะไม่ได้เข้าสัมภาษณ์ผู้บริหารและเก็บข้อมูลในคลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาล
เอกชนโดยตรง แต่จากการให้ข้อมูลของบรรดาคลินิกอื่นๆ ทราบว่า คลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาลเอกชนน่าจะเป็น
คลินิกที่ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด เพราะทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและรับส่งต่อรักษาในระดับทุ
ติยภูมิ โดยเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาเอง ทำให้สามารถควบคุมการเบิกจ่ายทั้งในส่วนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทั้งหมด จึงได้เปรียบกว่าคลินิกในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งเท่าที่ทราบบาง
โรงพยาบาลมีการเปิดคลินิกกว่า 10 แห่ง กระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ทั่ว กทม. ดูแลประชาชนร่วมแสนคน ทำให้
งบประมาณที่ได้รับมีเป็นจำนวนมาก และยังสามารถเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของคลินิกแต่ละแห่งได้ ซึ่งคาดการณ์ว่า
อาจเป็นคลินิกที่ได้กำไรมากที่สุด อีกทั้งโรงพยาบาลบางแห่งยังรับเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาให้กับคลินิกเดี่ยว
และคลินิกเครือข่าย

แต่ทั้งนี้ อย่างที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทนำว่า ขณะนี้ทาง สปสช.อยู่ระหว่างการวางมาตรการในการแก้ไข
ปัญหาแล้ว ซึ่งเป็นแนวทางที่เป็นรูปธรรมและจะเริ่มดำเนินการในปี 2553 ทั้งการจัดสรรเงินเพิ่มเติมตามภาวะ
โรค กลุ่มอายุประชากรที่เป็นปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้คลินิกให้บริการรักษาที่ต่อเนื่องในระบบได้

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าปัญหาข้างต้นล้วนแล้วแต่เป็นงานบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นการตั้งรับ ทำ
เฉพาะงานด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ตามแนวทางที่ทาง สปสช. ได้วางไว้ คือ
กำหนดให้คลินิกมีบทบาทในการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นงานเชิงรุกควบคู่กับงาน
รักษาพยาบาล เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคจากพฤติกรรม ซึ่งที่ผ่านมาในพื้นที่ กทม. มีเพียง
“คลินิกเรือพระร่วง” เท่านั้นที่ทำในเรื่องนี้ เพราะเป็นรูปแบบแรกที่ สปสช.ได้วางไว้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้มีบริการ
ออกเยี่ยมบ้านในชุมชนตามพื้นที่ซึ่งมีการจัดแบ่งไว้ โดยพื้นที่ซึ่งคลินิกพระร่วงได้รับ คือ ในตำบลท่าข้าม หมู่ 2,
3, 5, 7 และตำบลแสมดำ หมู่ 1 และ 7 ในเขตบางขุนเทียน ดูแลประชากรจำนวน 27,553 คน โดยทาง สปสช.ได้
ให้งบประมาณเพิ่มเติม แต่เนื่องจากในขณะนั้นคลินิกส่วนใหญ่ยังขาดศักยภาพในการทำงานด้านนี้ โดยเฉพาะ
บุคลากร ส่วนใหญ่ถนัดเฉพาะงานตั้งรับให้การรักษาเฉพาะที่คลินิก เรียกว่าไม่มีประสบการณ์ ทำให้ภายหลัง
สปสช.จึงได้มอบงานส่วนนี้ให้กับทางสำนักอนามัย กทม. ดำเนินการ โดยใช้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีอยู่ถึง 68
แห่ง เดินหน้าในเรื่องนี้แทน

แต่ด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. มีการกระจุกตัวเฉพาะเขตเมืองชั้นใน ไม่กระจายตามพื้นที่
โดยรอบ ประกอบกันจำนวนประชากรใน กทม. ซึ่งมีจำนวนเกือบถึง 10 ล้านคน ทำให้มองว่า เฉพาะแค่
ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.ที่มีอยู่ ไม่เพียงพอที่จะดูแลและเข้าถึงประชาชนทั้งหมดได้ ดังนั้น ทาง สปสช.จึงมี
แนวคิดในการรื้อระบบงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วางโครงสร้างใหม่ด้วยการดึงคลินิกเอกชนเข้าร่วม

โดยให้งบประมาณเพิ่มเติมในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวเช่นกัน พิจารณาจากตามงานบริการ และมีการวัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

ขณะเดียวกันจะเสนอให้มีการปรับบทบาทศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานตรง
สอปเช่นเดียวกับสาธารณสุขจังหวัดที่ตรวจสอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล ซึ่งตรงนี้จะทำให้งานส่งเสริม
สุขภาพและป้องกันโรคใน กทม. ก้าวไปข้างหน้า ทั้งการดูแลการตั้งครรภ์ การดูแลเด็กแรกคลอด การให้
คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย การแนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ที่เป็นการสร้างความ
เข้าใจกับประชาชน ให้มีการปรับพฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปในดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้าง
เรียกว่า เป็นงานเชิงรุกที่ช่วยลดภาระโรค ถือเป็นหัวใจงานบริการสาธารณสุข และที่แน่นอน...ย่อมดีกว่า ที่จะนั่ง
รอให้ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วยซะก่อน แล้วค่อยเดินเข้ามารักษายังหน่วยบริการ

////////////////////////////////////