



- **อุ่นใจใกล้บ้าน**

- **บรรณาธิการ**

ดวงกมล สจิริวัฒนากุล

กนกศักดิ์ ทัพินทุ

- **ออกแบบจัดหน้า**

นพดล จรัสจินดารัตน์

- **จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย** มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

- **สนับสนุนโดย** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ภายใต้แผนงาน
ร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม 2553

- **มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ**

1168 ซ.พหลโยธิน 22 ก.พหลโยธิน

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 0-2511-5855 โทรสาร 0-2993-2122

e-mail : thainhf@thainhf.org

www.thainhf.org

คำนำ

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา นักพัฒนาในวงการสาธารณสุขพยายามอย่างมากที่จะพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (primary care) ให้เป็นกลไกสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เพราะทราบว่า หากสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่เข้มแข็งแล้ว โอกาสที่ระบบบริการสุขภาพจะสามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ อย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นไปได้ยากยิ่ง แต่ความพยายามดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เมื่อเทียบกับการพัฒนาในด้านอื่น ๆ

จนกระทั่งเมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการใช้กลไกทางการเงินภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สนับสนุนความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ รวมถึงการทำงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่คลินิกเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการปฐมภูมิแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แทนที่จะให้บริการเฉพาะการรักษาพยาบาลอย่างเดียวตามแบบที่พบเห็นกันทั่วไป

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวกับคลินิกเอกชนในประเทศไทยน้อยมาก อาจเป็นเพราะไม่มีใครเห็นบทบาทและความสำคัญของคลินิกเอกชนเหล่านี้ ทำให้เรามีความรู้และเข้าใจความเป็น

ไปของคลินิกเอกชนไม่มากนัก การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปิดโอกาสให้คลินิกเอกชนเหล่านี้เข้ามาร่วมจัดบริการให้กับผู้มีสิทธิ “บัตรทอง” ภายใต้ชื่อ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ภายใต้นโยบายนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรขึ้น คลินิกชุมชนอบอุ่นจะเป็นทางเลือกนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้หรือไม่ และต้องมีการพัฒนาอย่างไร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้มีแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานร่วมการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ และแผนงานวิจัยนี้ได้มอบหมายมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เป็นผู้ดำเนินการ ผลจากการดำเนินการทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและข้อเสนอแนะต่าง ๆ จำนวนมาก

เอกสารฉบับนี้ได้นำเสนอความเป็นไปในมิติต่าง ๆ ของคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่เป็นผลมาจากการศึกษาตามแผนงานวิจัยนี้ โดยนำเสนอในรูปแบบที่อ่านเข้าใจง่าย เชื่อมโยงกับกรณีศึกษาต่าง ๆ ที่มีบทเรียนและประสบการณ์ในแง่มุมแตกต่างกัน การที่คลินิกชุมชนอบอุ่นเหล่านี้สามารถเข้าร่วมให้บริการได้เนื่องจากมาตรการทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าเปิดโอกาสให้ ทำให้ประเด็นทางการเงินเป็นส่วนหนึ่งของบทเรียน ที่จำเป็นต้องมีการพิจารณาทบทวนอย่างรอบด้าน เพื่อให้ให้นโยบายนี้นำไปสู่ความสำเร็จในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์และบทเรียนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ

ในชุมชน ซึ่งนับเป็นบทบาทใหม่ของคลินิกเอกชน และคลินิก
หลายแห่งสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จได้เป็น
อย่างดี

หวังว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ และ
ยกระดับการพัฒนานโยบายคลินิกชุมชนอบอุ่นในโอกาส
ต่อไป ขอขอบคุณ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องที่ช่วยทำให้
งานสำคัญนี้สำเร็จด้วยดี สุดท้ายขอขอบคุณ แพทย์และ
บุคลากรของคลินิกชุมชนอบอุ่นทุกท่านที่ช่วยให้ข้อมูล และ
ผลักดันงานต่าง ๆ จนเกิดรูปธรรมที่สามารถใช้ในการเรียนรู้
ในวงกว้าง

นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤศจิกายน 2552



8 อยู่นิ่ง...ใกล้บ้าน



ทะเบียนประวัติ

ก้าวแรก ไกลบ้าน ใกล้ใจ	10
บทเรียนจาก “คลินิกชุมชนอบอุ่น”	28
คลินิกเดี่ยว ...ไร้อนาคต	42
คลินิกเดี่ยว ...ที่ไม่โดดเดี่ยว	58
เรียนรู้ ผู้ใช้บริการ	86
ทางรอดคลินิกชุมชนอบอุ่น	100





บทที่ 1

ก้าวแรก โกล์บ้าน โกล์ใจ

ช่วงเวลาใกล้รุ่งแสงสีทอง เริ่มโผล่
พ้นขอบฟ้า คุณยายวัย 60 ปี ต้องหอบ
สังขารเข้ามาต่อคิวเพื่อรับการบริการตรวจ
วัดเบาหวานและรับยาตามที่แพทย์นัด

ทุก 3 เดือน คุณยายต้องตื่นแต่เช้า
ตรู่ เพื่อเดินทางมารอรับบัตรคิว แม้จะเป็น
เรื่องปกติและเริ่มชินกับการบริการของ
โรงพยาบาล แต่คุณยายก็อดหวังลึก ๆ ไม่
ได้ว่า คงจะดีไม่น้อย หากมีโรงพยาบาลใกล้
บ้านคอยให้บริการ

โรงพยาบาลจึงกลายเป็นศูนย์รวมผู้ป่วย



ทุกประเภทและทุกระดับสภาพความแออัดในโรงพยาบาล
เต็มไปด้วยผู้ป่วยที่ต่างนั่งรอ นอนรอ เข้าคิวกันยาวเหยียด
เพื่อมาหาหมอ รอกันนานจนกินเวลาไปครึ่งค่อนวันเพื่อตรวจ
ดูอาการโดยใช้เวลาไม่ถึงสิบนาทีต่อราย เพราะมีผู้ป่วยรออยู่
อีกจำนวนมาก

ด้วยเหตุนี้ทำให้บางคนเลือกที่ออกจากบ้านตั้งแต่เช้ามีด
มารับบัตรคิว เพื่อที่จะได้รับการรักษาเป็นคนแรก ๆ เหตุการณ์
เช่นนี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง

สภาพที่เกิดขึ้นไม่ได้มีแต่เฉพาะโรงพยาบาลรัฐในต่าง
จังหวัดที่ห่างไกลเท่านั้น โรงพยาบาลรัฐก็มีสภาพไม่แตกต่าง
กัน.....

ด้วยความเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาล
ของกรุงเทพมหานครและเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนแพทย์ เช่น โรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือโรงพยาบาลรามาธิบดี

หรือแม้กระทั่ง โรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค
เช่น สถาบันมะเร็ง สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันโรคทรนงอก



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งโรงพยาบาลเฉพาะ-
ทางขนาดใหญ่เหล่านี้มีจำนวนถึงหลายสิบแห่ง แต่ทั้งหมดก็
ยังไม่เพียงพอ ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจำนวนมากที่หลั่งไหล
มาจากทุกสารทิศและเข้ามารับบริการอย่างต่อเนื่อง

“ยิ่งเมื่อมี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ช่วย
ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษามากขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนไม่
น้อยที่ถูกส่งต่อเข้ามารักษาในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นเช่นกัน”
นี่คือเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารของ
โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ

สิ่งที่เห็นจึงสอดคล้องกับรายงานการเบิกจ่ายค่ารักษา
จากการรับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐในพื้นที่
กรุงเทพฯ ที่ส่งมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นคนต่างจังหวัด สูงถึงร้อย
ละ 60-70 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

ผลที่ตามมาคือ ทำให้การเข้ารับบริการรักษาพยาบาล
ของคนในกรุงเทพฯ มีอุปสรรคมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคน
ที่ใช้สิทธิระบบการรักษาพยาบาลของภาครัฐ ทั้งระบบหลัก



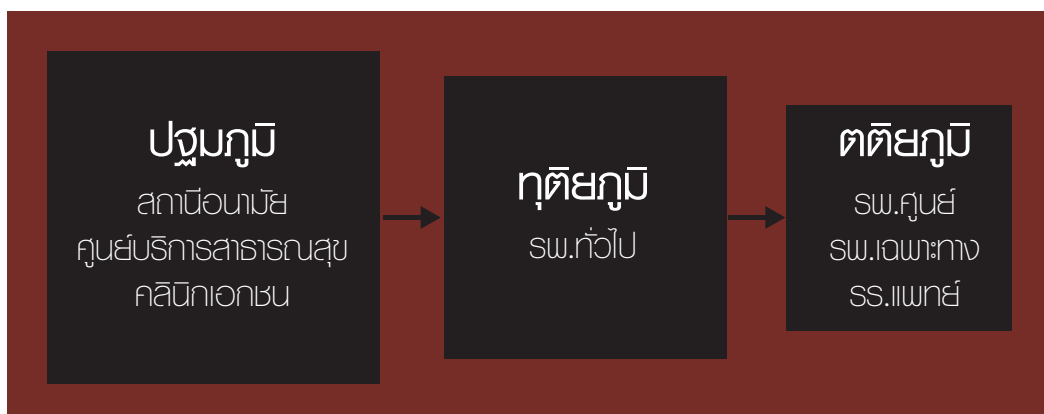
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษ
พยาบาลข้าราชการ



ดังนั้น “หน่วยบริการปฐมภูมิ” (Primary care unit) จึงเข้ามามีบทบาทเพื่อช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ด้วยการแบ่งเบาภาระ ลดคิวการรักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าของระบบการรักษาพยาบาล เป็นหน่วย OPD หรือแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพียงแต่หน่วย OPD เหล่านี้กระจายอยู่นอกโรงพยาบาลทำหน้าที่คอยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ตรวจและให้การรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป แต่หากพบผู้ป่วยด้วยโรคซับซ้อนและรุนแรงจึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (หน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ) เพื่อให้หมอใหญ่ที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเป็นผู้รักษาต่อไป

นอกจากนี้หน่วยบริการย่อยเหล่านี้ยังมีจุดเด่นคือเป็นระบบบริการที่ผู้ป่วยเดินทางไปถึงได้อย่างสะดวก เพราะอยู่ใกล้บ้าน สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ง่าย มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหมอกับผู้ป่วย ด้วยการใช้หลัก “เวชศาสตร์ครอบครัว”

รูปแบบหน่วยบริการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย



สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างจังหวัดและพื้นที่ห่างไกล “สถานีอนามัย” เป็นหน่วยงานที่รับหน้าที่นี้ บางแห่งยังได้ถูกยกระดับเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และจะกลายเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล” ตามนโยบายของรัฐบาล

ส่วนในกรุงเทพฯ นั้น “ศูนย์บริการสาธารณสุข” สังกัดกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบของภาครัฐ มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพและอนามัยของประชาชนบำบัดรักษาผู้ป่วยส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค โดยมีงานบริการทั้งภายในศูนย์ฯ อย่างเช่น การรักษาโรคทั่วไป ทันตกรรม ฝากครรภ์ และวางแผนครอบครัว เป็นต้น และงานบริการภายนอกศูนย์ฯ เช่น พยาบาลชุมชน อนามัยโรงเรียนสาธารณสุขเคลื่อนที่ สาธารณสุขมูลฐาน บริการด้านสังคมสงเคราะห์และยังมีบริการคลินิกพิเศษ



เปิดรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค ซึ่งจะมีบริการเพียงบางศูนย์ฯ เท่านั้น เช่น คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คลินิกเบาหวาน คลินิกวัณโรค คลินิกกามโรค คลินิกนิรนาม คลินิกสุขภาพจิตและคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมี “คลินิกเอกชน” ที่ทำหน้าที่หน่วยบริการระดับ





ปฐมภูมิอีกรูปแบบหนึ่ง
ที่คนกรุงเทพต่างคุ้นเคย
เพราะคลินิกเหล่านี้มี
ให้เห็นกระจายอยู่ตาม
ถนนตรอกซอกซอย
ต่าง ๆ ในชุมชนทั่ว
กรุงเทพมหานคร



ใกล้บ้าน บริการถ้วนหน้า

ด้วยจำนวน “คลินิกเอกชน” ที่มีอยู่มาก “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (สปสช.) จึงมีแนวคิดในการดึงคลินิกเหล่านี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งในระบบการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ๆ ทำหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้มีจำนวนเพียงพอที่จะรองรับการรักษาผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ได้รับประชาชนในแต่ละพื้นที่มาขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว

ในช่วงแรก สปสช. ได้พุ่งเป้าไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯ เพื่อทำหน้าที่นี้ แต่ด้วยศูนย์บริการสาธารณสุขมีข้อจำกัดค่อนข้างมากทั้งจำนวนศูนย์บริการที่มีไม่เพียงพอ อีกทั้งการขยายเพิ่มศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างล่าช้า โดยในปี 2546 มีจำนวนเพียง 61 แห่ง และขยายเพิ่มเป็น 68 แห่งในปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2552)



ไม่เพียงพื่อต่อการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ
ครอบครัวของประชาชนที่มีสิทธิในเขตกรุงเทพมหานคร
ซึ่งมีมากกว่า 5 ล้านคน และไม่ทันต่อการเร่งการกระจาย
ผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และ
ด้วยการที่เป็นหน่วยงานระบบราชการจึงขาดความคล่องตัว
ในการปรับเปลี่ยน

แนวคิดในการตั้งคลินิกเอกชนทั้งที่เปิดดำเนินการอยู่
แล้ว ซึ่งขณะนั้น (ปี 2546) มีจำนวนกว่า 1,700 แห่ง
ทั่วกรุงเทพฯ และที่กำลังเปิดดำเนินการใหม่ รวมเป็นหน่วย
บริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเกิด
ขึ้น และเห็นว่าน่าจะเป็นแนวทางที่ดี โดยเปิดให้บริการรักษา
พยาบาลแก่ผู้มีสิทธิบัตรทองตามจำนวนที่กำหนดและให้
งบประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในรูปแบบเหมาจ่าย
รายหัวแก่คลินิกเอกชนเพื่อนำไปบริหาร

นั่นคือจุดกำเนิด “คลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ”
ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเชื่อว่า คลินิกเหล่านี้จะช่วยลด





ความแออัดในโรงพยาบาลได้มาก เนื่องจากรายงานการวิจัยโรคที่พบบ่อยในคลินิกเอกชนไม่แตกต่างจากโรคพบบ่อยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (ข้อมูลจากโครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคลินิกเอกชนคู่สัญญาภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่รุนแรงหรือไม่ซับซ้อนโรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจในส่วนต้น โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง และโรคกระเพาะ โรคประสาทวิตกกังวล

จุดเด่นของคลินิกชุมชนอบอุ่น คือ เดินทางสะดวกเพราะอยู่ใกล้บ้าน สามารถรักษานอกเวลาราชการได้ ประชาชนสามารถเข้าถึงหมอและการรักษาพยาบาลได้ง่าย ไม่ต้องรอนานเหมือนที่โรงพยาบาลและยังมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ดีกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หากผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินงานคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจนั้นจะยึดตามหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ความผูกพันกับคนในชุมชน ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งยังคงพบได้ในคลินิกบางแห่งที่เปิดบริการรักษาในชุมชนมายาวนาน

ในแนวคิดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ ไม่ทำหน้าที่เพียงแค่งาน “การรักษาพยาบาล” อย่างเช่นคลินิกเอกชนทั่วไปเท่านั้น แต่จะต้องทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นหัวใจหลักของนโยบาย “สร้างนำ

ซ่อม” ให้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพบริการที่ดีสำหรับประชาชน และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่ สปสช.

สิ่งที่ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ แตกต่างจากคลินิกเอกชนทั่วไปอย่างมาก คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยด้วยโรครุนแรงและซับซ้อนเกินศักยภาพของคลินิกไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่ตกลงกันไว้ล่วงหน้าว่าจะรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจเป็นผู้ตามจ่ายค่าบริการให้แก่โรงพยาบาลที่รับส่งต่อในกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ตามความรับผิดชอบของคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ทำหน้าที่ดูแลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนของคลินิก และหากเป็นผู้ป่วยใน ให้สามารถเบิกจากงบผู้ป่วยในที่ สปสช. ได้ โดยทั้ง 2 กรณีผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ง่ายมากขึ้น โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง หรือการผ่าตัดขนาดใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกเอกชนทั่วไปซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด

นพ.รัฐพล เตริยมิวิชานนท์ รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กทม. CEO ผู้ร่วมวางระบบงานบริการเขตกทม.ตั้งแต่แรกเริ่มแล้วว่า รูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจที่เห็นในทุกวันนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากแนวคิดของหมอหงวน (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อดีตเลขาธิการ สปสช.ผู้เป็นหลักสำคัญในการผลักดันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ไม่ใช่แต่ปฏิรูปงานบริการ





รักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิในระบบการส่งต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังใส่ใจต่อรายละเอียดที่มีต่อความรู้สึกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแม้ว่าจะเป็นการรักษาฟรีก็ตาม เช่น การตกแต่งภายใน หรือการปรับปรุงคลินิกตามเกณฑ์มาตรฐานของ สปสช.

“ต้องไม่ทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการรู้สึกว่าเป็นเพียงแค่บริการสำหรับคนยากจนและผู้ป่วยอนาถา” คำพูดที่หมอหงวนย้ำมาตลอด

ดังนั้น คลินิกชุมชนอบอุ่นจึงถูกปรับเปลี่ยนตั้งแต่สถานที่ มีการตกแต่งด้วยโมเดลที่ทันสมัย นำให้บริการ ไม่แตกต่างจากคลินิกเอกชนทั่วไป ทั้งยังมีการแยกส่วนงานบริการอย่างเป็นสัดส่วน เช่น ห้องตรวจโรค แผนกจ่ายยา แผนกทำบัตร และพื้นที่นั่งรอ รวมทั้งส่วนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ด้วยหลักการข้างต้นนี้ การบริการรักษาพยาบาลของคลินิกชุมชนอบอุ่น คาดว่าน่าจะเป็นที่พึงพอใจของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ๆ ที่มารับบริการได้ในระดับหนึ่ง

หลังจากที่ทาง สปสช. ได้ประกาศรับสมัครคลินิกเอกชน เข้าร่วมโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจในครั้งแรกเมื่อเดือนตุลาคม 2546 นั้น มีคลินิกเอกชนสนใจสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 142 แห่ง แต่มีคลินิกที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเพียง 57 แห่งเท่านั้น กระจายอยู่ในพื้นที่ 27 เขต จากจำนวน 50 เขตของกรุงเทพมหานคร

โดยรูปแบบคลินิกที่เข้าร่วมโครงการในช่วงแรกแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มคลินิกบุคคล มีจำนวน 12 แห่ง มีลักษณะเป็นคลินิกเอกชนแบบดั้งเดิมที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีเจ้าของและ

ผู้ประกอบการเป็นแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เปิดให้บริการมาเป็นระยะเวลายาวนานในระดับหนึ่งมาแล้ว

2. กลุ่มคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน 45 แห่ง เป็นคลินิกที่มีโรงพยาบาลเอกชนเป็นเจ้าของและผู้ประกอบการจากการตรวจประเมินความพร้อมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นคลินิกที่มีการจัดตั้งขึ้นใหม่เพื่อเข้าร่วมโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นโดยเฉพาะ ซึ่งคลินิกบางแห่งยังอยู่ระหว่างการขอใบอนุญาตสถานพยาบาลจากกองการประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข



กำเนิด ใกล้บ้านใกล้ใจ

หลังเริ่มเดินโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีประชาชนเลือกขึ้นทะเบียนและเปลี่ยนสถานพยาบาลมายังคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ 262,628 คน จากจำนวนประชากรที่คาดว่าจะมีสิทธิทั้งหมด 639,297 คน (ข้อมูลจาก สปสช. มิ.ย. 47) ในจำนวนนี้ขึ้นทะเบียนกับคลินิกบุคคล 52,650 คน หรือร้อยละ 20 ของผู้ขึ้นทะเบียนกับคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้งหมด และขึ้นทะเบียนกับคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน 209,978 คน หรือร้อยละ 80

จำนวนผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนกับทางคลินิกข้างต้นถือว่าเป็นจำนวนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของผู้มีสิทธิในกทม. นอกจากนั้นจำนวนการย้ายสิทธิจากกลุ่มที่เลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัวมายังคลินิกชุมชนอบอุ่นก็มีไม่มากนัก





เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่คำนึงถึงการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ป่วยด้วยโรครุนแรง ค่าใช้จ่ายสูงในอนาคต และเห็นว่าหากขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การส่งต่อสามารถทำได้ทันที มีความต่อเนื่องในการรักษาที่สะดวกกว่า ไม่ต้องรอการส่งตัวจากคลินิกชุมชนอบอุ่นซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน และผ่านขั้นตอนที่ยุ่งยาก เสี่ยงต่อการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในกรณีที่คลินิกฯ ปฏิเสธการส่งต่อ แม้ว่าในการหาหมอที่โรงพยาบาลแต่ละครั้ง อาจจะมีปัญหาการเข้าถึงค่อนข้างยาก และปัญหาควมการรักษาที่ยาวเหยียด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาล

ในขณะเดียวกัน ปัญหาการรอคิวนานเพื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้น เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจของผู้ที่ย้ายสิทธิเพื่อขึ้นทะเบียนกับคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ เนื่องจากเห็นว่ามีความสะดวกต่อการเข้าถึงการรักษามากกว่า โดยมีแนวโน้มที่จะใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกเป็นประจำ

ประชาชนส่วนใหญ่เลือกขึ้นทะเบียนกับคลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียง เพราะคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่ดี ในขณะที่ผู้ที่เลือกขึ้นทะเบียนกับคลินิกประเภทบุคคลที่เปิดโดยแพทย์นั้น ส่วนใหญ่เป็นคลินิกที่เปิดให้บริการในชุมชนอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งผู้ป่วยมีความคุ้นเคยสนิทสนม และเห็นว่ามีบริการรักษาที่ดี ซ้ำยังสะดวก ใกล้บ้าน จึงเลือกย้ายสิทธิมายังคลินิกชุมชนอบอุ่นเหล่านี้

การดำเนินโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจนั้น ในช่วงเริ่มต้นโครงการ สปสช. ได้กำหนดจำนวนผู้มีสิทธิในการขึ้นทะเบียนไม่เกิน 10,000 คนต่อคลินิก 1 แห่ง โดยให้

งบประมาณเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 560 บาทต่อคนต่อปี แต่เนื่องจากประชาชนยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโครงการคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ ประกอบกับการขาดประชาสัมพันธ์โครงการที่ดีพอ ทำให้จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกแต่ละแห่งไม่เกินไปตามเป้าหมาย จึงมีผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนเพียงแห่งละประมาณ 7,000-8,000 คน

ดังนั้นคลินิกแต่ละแห่งจึงมีงบประมาณรวม 4 ล้านบาทต่อปี ในการนำไปใช้บริหารจัดการสำหรับดูแลประชากรในกรณีเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกประมาณ 7-8 พันคนเท่านั้น แต่ก็ถือเป็นก้อนเงินที่มากพอ เพราะยังคงมีสัดส่วนของกำไรที่น่าพอใจสำหรับผู้ประกอบการในฐานะเอกชนที่ต้องมุ่งหวังผลกำไร เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีไม่มากเพราะยังไม่มั่นใจในระบบประกันสุขภาพและการรักษาพยาบาลฟรีที่ภาครัฐจัดให้

อีกทั้งประชาชนยังขาดความตระหนักเรื่องการใช้สิทธิในระบบนี้ จึงเลือกที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ หรือจ่ายเงินเอง ทำให้ผู้บริหารคลินิกบางแห่งโดยเฉพาะที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน มองเห็นช่องทางในการเพิ่มรายได้ จึงเปิดขยายสาขาคลินิกในพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติม

ในปัจจุบันคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งมีทั้งหมด 161 แห่ง สามารถแยกรูปแบบการบริหารออกเป็น 4 กลุ่ม นอกจากกลุ่มคลินิกบุคคล (เปิดดำเนินการโดยมีแพทย์เป็นเจ้าของกิจการ) 15 แห่ง และคลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาลเอกชน 79 แห่ง ที่นำเสนอข้างต้นแล้ว ยังมีคลินิกที่บริหารใน





รูปแบบเครือข่ายเพิ่มเข้ามา โดยเป็นคลินิกบุคคลที่ได้มีการขยายสาขาบริการออกไปพื้นที่อื่น ๆ ด้วยทีมบริหารชุดเดียวกัน 15 แห่ง นอกจากนั้นเป็นคลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาลภาครัฐจำนวน 52 แห่ง

รูปแบบคลินิกชุมชนอบอุ่นใกล้บ้านใกล้ใจ

คลินิกเดี่ยว	คลินิกเครือข่าย	คลินิก รพ.เอกชน	คลินิก รพ.รัฐ
คลินิกที่เปิดบริการเพียงแห่งเดียว ส่วนใหญ่แพทย์เป็นคนที่เปิดดำเนินการเอง เป็นกลุ่มที่กำลังประสบปัญหาการดำเนินงาน	คลินิกที่เปิดหลายแห่ง มีหลายสาขา ดำเนินการโดยผู้บริหารกลุ่มเดียวกันเน้นบริหารจัดการร่วมกันเพื่อลดรายจ่าย	คลินิกที่เป็นหน่วยบริการย่อยของ รพ.เอกชน มีการขยายไปในหลายพื้นที่ โดย รพ.เอกชนเป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วย	คลินิกหน่วยบริการย่อยของ รพ.รัฐ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน รพ.รัฐ



สถานการณ์ “คลินิกชุมชนอบอุ่น”

ภายหลังจากที่ สปสช. ได้เดินหน้าประชาสัมพันธ์ด้านการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ทั่วประเทศ พร้อมทั้งเน้นย้ำในเรื่องสิทธิประโยชน์ คุณภาพการรักษาและบริการที่ดี ไม่ด้อยกว่าการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการหรือระบบประกันสังคม เป็นเหตุให้จำนวนการขึ้นทะเบียนของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพื้นที่กรุงเทพมหานครเพิ่มมากขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ 3.7 ล้านคน มีผลให้อัตราการใช้บริการเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

แน่นอน เมื่อจำนวนการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ย่อมหมายถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพื่อการรักษาพยาบาลประชาชนที่ขึ้นทะเบียน

กับคลินิกชุมชนชนบทอ่อนต้องเพิ่มสูงตาม ทั้งในส่วนค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าบุคลากร โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในส่วนผู้ป่วยนอก ลัดส่วนกำไรที่เคยได้จึงเริ่มลดลง ผู้บริหารและเจ้าของคลินิกชุมชนชนบทอ่อนจำเป็นต้องมีการปรับตัวในการบริหารเพื่อให้อยู่รอดได้

หลังจากที่ สปสช. ได้เดินหน้าโครงการคลินิกชุมชนชนบทอ่อนใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิให้แก่คนกทม. แล้วพบว่า ในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา คลินิกต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการเริ่มประสบปัญหาทางการเงินและได้แจ้งให้ สปสช. รับทราบสถานการณ์การดำเนินงานของคลินิกเพื่อหามาตรการแก้ไขเร่งด่วน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคลินิกประเภทบุคคลและคลินิกรูปแบบเครือข่าย ชี้แจงพบว่าคลินิกประเภทบุคคลบางแห่งมีแนวโน้มที่จะปิดกิจการลงในระยะเวลาอันใกล้นี้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาระยะค่าใช้จ่ายจากการตามจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกที่เพิ่มสูงขึ้น

จากภาระการขาดทุนที่บางแห่งสูงนับล้านบาทต่อปี ทำให้คลินิกชุมชนชนบทอ่อนบางแห่งแบกรับภาระไม่ไหว ขณะที่คลินิกรูปแบบเครือข่ายแม้ว่าจะยังไม่ประสบปัญหาเข้าขั้นวิกฤตเท่าคลินิกประเภทบุคคล เพราะเจ้าของส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญในการบริหารและการตลาดมากกว่า ก็เริ่มมีเสียงบ่นที่ดังขึ้นจากปัญหาที่พบเจอไม่แตกต่างกัน

ต้นตอของปัญหานั้น เกิดจากการโยนภาระผู้มีสิทธิที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูงของคลินิกชุมชนชนบทอ่อนบางแห่งที่ขาดความรับผิดชอบ ให้ไปขึ้นทะเบียนรับการรักษา





ยังคลินิกแห่งอื่น ๆ เพื่อเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้แทน โดยคงไว้เฉพาะผู้มีสิทธิที่มีสุขภาพดีหรือมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งขัดต่อหลักการสำคัญของการประกันสุขภาพ คือ “การเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” ส่งผลให้คลินิกชุมชนรอบอุ้งนางแห่งที่มีผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ขึ้นทะเบียนจำนวนมาก มีอัตราการใช้บริการสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

นั่นหมายถึงการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกไปยังโรงพยาบาลก็สูงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ยังไม่นับรวมผู้ป่วยที่ขอย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดเพื่อไปขึ้นทะเบียนยังคลินิกชุมชนรอบอุ้งนางแห่งที่มีโรงพยาบาลเฉพาะทางมีชื่อเสียงเป็นหน่วยรับส่งต่อ เช่น โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลภูมิพล โดยผู้มีขอย้ายสิทธิเห็นคลินิกเป็นเพียงทางผ่านเพื่อใช้สิทธิรักษาฟรีจากโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการไปใช้บริการ ทำให้คลินิกต้องรับภาระในการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้รักษาเรียบร้อยแล้วมักย้ายสิทธิกลับภูมิลำเนาเดิมในต่างจังหวัด

นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีราคากลางกำหนดอย่างชัดเจน ทำให้คลินิกที่มีโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญาต้องจ่ายค่ารักษาในราคาแพง เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกที่มีโรงพยาบาลรัฐเป็นคู่สัญญา ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้การผ่าตัดและรักษาโรคบางโรคไม่จำเป็น

ต้องนอนโรงพยาบาลดังเช่นในอดีต สามารถรักษาได้ภายในวันเดียวและกลับบ้านได้ ทำให้การรักษาบางโรคเปลี่ยนจากการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยนอกมากขึ้น และมักเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง นั้นหมายถึงภาระการตามจ่ายของคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน

ประสบการณ์ การเรียนรู้ การดำเนินการ ของคลินิกชุมชนอบอุ่น “ใกล้บ้านใกล้ใจ” จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้บริหารซึ่งเกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและบริการปฐมภูมิในเขตเมืองจำเป็นต้องเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพของประเทศได้อย่างถ้วนหน้า และเป็นธรรมทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ





27 **ວຸ່ນໃຈ...ໃກ້ບ້ານ**





บทที่ 2

บทเรียนจาก

“คลินิกชุมชนอบอุ่น”

ป้ายขนาดใหญ่ “ใกล้บ้านใกล้ใจ คลินิกชุมชนอบอุ่น”
มีกระจายให้เห็นตามสถานที่ต่าง ๆ ไม่ห่างจากชุมชนมากนัก
เกิดขึ้นทั่วกรุงเทพมหานคร

“คลินิกชุมชนอบอุ่น” เข้ามาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตคน
เมืองใหญ่ เนื่องจากเป็นเป้าหมายหลักของ สปสช. ที่จะจัด
ให้มีระบบบริการปฐมภูมิสำหรับประชาชนในเขตกทม. และ
เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น (Equity in
access to health care) ตลอดจนลดความแออัดของ
โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร

ทว่าหลังจากเปิดให้บริการมาได้ระยะหนึ่ง การดำเนิน



การของ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” กลับไม่ได้โรยด้วยกลีบ
กุหลาบอย่างที่คาดหวัง

เมื่อปัญหาด้านการเงินรุมเร้า และส่อเค้าว่าจะขาดทุนจน
ถึงขั้นต้องปิดกิจการ ทั้งที่คลินิกเหล่านี้ต่างได้รับงบประมาณ
อุดหนุนค่าเหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอกจาก สปสช.เป็น
ประจำทุกปี

อะไรคือปัญหา “คลินิกชุมชนอบอุ่น” คือคำถามที่ ต้อง
มาร่วมสรุปบทเรียน เพื่อเดินหน้าภายใต้หลักการ ให้บริการ
อย่างทั่วถึง เพื่อให้ประโยชน์ตกไปยัง “ประชาชน” ผู้รับบริการ
นั่นเอง

เนื้อหาบทที่ 2-5 จึงเป็นเนื้อหาที่สะท้อนถึงปัญหาที่ไม่ได้
ต้องการตอกย้ำหรือซ้ำเติมหน่วยงานใดแม้แต่น้อย แต่เพียง
เพื่อต้องการสะท้อนภาพของปัญหาในหลากหลายมิติที่เป็น
รูปธรรมมากขึ้น อันจะนำไปสู่การเรียนรู้และแก้ปัญหาคง



พื้นฐานข้อเท็จจริงร่วมกันเท่านั้น เพราะทุกถ้อยคำที่ถ่ายทอดผ่านตัวหนังสือ ล้วนมาจากปากคำของบุคคลที่ได้รับรู้และสัมผัสกับปัญหาจริงทั้งสิ้น และยังใช้เป็นบทเรียนร่วมกัน ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการไปจนถึงผู้รับบริการ

จำนวนผู้ป่วยเพิ่ม...ต้นทุนพุ่ง

ด้วยเป้าหมายการให้บริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ของคลินิกชุมชนอบอุ่นทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ขยับเข้ามาถึงปากซอยหน้าบ้าน ทำให้ “ผู้ใช้บริการจำนวนมาก” เดินตรงเข้าใช้บริการ เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

แม้การเข้ามาใช้บริการจำนวนมากจะเป็นเรื่องดี แต่ในทางกลับกัน ก็กลายเป็นภาระต้นทุนที่ผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่นจะต้องแบกรับ

แน่นอนว่าเมื่อพูดถึงเรื่องต้นทุนและอัตราค่าเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งแทบจะเป็นรายได้หลักของคลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่ โดยบางแห่งคิดเป็นร้อยละ 80-90 ของรายรับ





ทั้งหมด จึงปฏิเสธไม่ได้ที่จะพูดถึงผลกำไรขาดทุน เนื่องจากทุกคลินิกมีการบริหารจัดการธุรกิจแบบเอกชน

ด้วยระบบการรับงบประมาณรายหัว จาก สปสช. แต่เมื่อดำเนินงานมาถึงจุดหนึ่งกลับกลายเป็นช่องโหว่ที่เพิ่มภาระให้แก่คลินิกโดยไม่รู้ตัว

“เมื่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นภาระต้นทุนก็เพิ่มเป็นเงาตามตัว” คืออีกบทเรียนที่ร่วมกันศึกษา เพื่อหาทางออกเพื่อผลักดันให้ “คลินิกชุมชนอบอุ่น” เดินไปข้างหน้าได้

จากคำบอกเล่า ประสบการณ์ของเจ้าของคลินิกชุมชนอบอุ่นย่านบางขุนเทียน หรือจะเรียกว่าเป็นรุ่นบุกเบิกคงไม่ผิดนัก เพราะปัจจุบันเป็นเจ้าของเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นถึง 5 สาขา ยอมรับว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินการของคลินิก

“ทุกคลินิกขณะนี้ไม่ใช่เฉพาะแห่งนี้เท่านั้น ล้วนมีปัญหาเดียวกัน หากไม่เร่งแก้ไข ก็ประเมินได้ว่าคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ตั้งโดดเดี่ยวแบบไม่มีสาขานั้นจะอยู่ไม่ได้ บอกคำเดียวว่า รอวันเจ๊ง”

เจ้าของคลินิกรายนี้ยังบอกอีกว่า ปัญหาที่พบไม่เพียงที่บางขุนเทียนเท่านั้น หากเขายังพบที่สาขาดอนเมือง เพราะมีจำนวนผู้ป่วยเข้าใช้บริการต่อวันสูงมาก ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายต่อวันสูงตามไปด้วย

“แพทย์และพยาบาลที่ประจำคลินิกต้องทำงานหนักขึ้น งานมันโหดเพราะต้องตรวจผู้ป่วยวันละ 100-150 คนต่อวัน ถือว่าหนักพอ ๆ กับหมอประจำโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ถ้าปล่อยไว้โดยไม่เร่งแก้ปัญหาก็ต้องกระทบธุรกิจแน่นอน” เขา

บอกข้าถึงปัญหาการให้บริการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อาจจะ
ชำระค่าบริการในการให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้



๓๒ การชำระเงินค่าส่งต่อโรงพยาบาล

ค่าต้นทุนการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นนั้น นอกจาก
ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ และค่าบุคลากรที่เพิ่มขึ้น อีกส่วนหนึ่ง
ยังมาจากภาระค่าส่งต่อ ซึ่งเจ้าของคลินิกชุมชนอบอุ่นรายนี้
บอกว่า ตัวเลขค่าใช้จ่ายจากการส่งต่อที่โรงพยาบาลคู่สัญญา
เรียกเก็บจากคลินิกชุมชนอบอุ่นทั้ง 5 สาขา พบว่ายอดค่าใช้จ่าย
เฉลี่ยที่ถูกเรียกเก็บต่อเดือนสูงถึง 60,000-70,000 บาท
ต่อสาขา

เจ้าของคลินิก บอกว่า หากไม่เจอปัญหาเรื่องภาระ
ค่าใช้จ่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่สูงเกินไป รายได้ของคลินิก
ต้องได้มากกว่านี้อีก 30-50%

เมื่อเปรียบเทียบยอดเงินค่าส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาล
คู่สัญญาภาคเอกชนเรียกเก็บกับที่โรงพยาบาลคู่สัญญา
ภาครัฐอีกแห่งเรียกเก็บ พบว่ายอดรวมการเรียกเก็บเงินไม่
แตกต่างกัน แต่จำนวนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐมี
มากกว่าซึ่งหมายความว่า โรงพยาบาลภาครัฐเรียกเก็บค่า
ใช้จ่ายต่อรายสำหรับผู้ป่วยส่งต่อน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน

“สาขาหลักของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ส่งต่อผู้ป่วยประมาณ
30-33 รายต่อเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้อยู่ที่ 40,000-50,000
บาทต่อเดือน”

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกซึ่งทำหน้าที่ดูแลค่าใช้จ่ายคลินิก
ทั้ง 5 แห่งยืนยันว่า ยอดเงินที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชน





33

ជំងឺ...កែតម្រូវ



เรียกเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งต่อค่อนข้างสูงมาก ทำให้หลายครั้งคลินิกต้องขอต่อรองเพื่อจ่ายเพียงบางส่วนหรือครึ่งหนึ่งก่อน

“แต่ในที่สุดเมื่อถึงปลายปีคลินิกก็ต้องยอมจ่ายอยู่ดีเพราะไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลก็จะปฏิเสธที่จะเป็นแม่ข่ายส่งต่อผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องระยะยาวตามมา”

หากมองปัญหาที่เกิดขึ้นกับคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ถือว่ายังไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับที่อื่น ๆ เพราะคลินิกยังมีรายได้จากผู้ป่วยจ่ายเงินสดและผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมมาช่วยเสริม ทำให้คลินิกสามารถเดินหน้าไปได้ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่จ่ายเงินสดที่นี้ส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าว เฉลี่ยเข้ามารักษา 40-50 รายต่อวัน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ 80-100 คนต่อวัน คิดเป็นยอดเงินสดที่เป็นรายรับอยู่ที่ 4,000-30,000 บาทต่อวัน

ทั้งนี้ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยก็ยังคงเป็นปัจจัยลบ ที่เจ้าของคลินิกชุมชนอบอุ่นต้องการแก้ไข เพราะการอยู่รอดของคลินิกชุมชนอบอุ่นนี้จะอยู่ได้ด้วยการบริหารจัดการต้นทุนที่มีจำกัด ตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนให้ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพในการรักษาและการให้บริการผู้ป่วยนั่นเอง



บริหารค่าใช้จ่าย หัวใจคลินิก

แม้จะแบกรับภาระต้นทุนและค่าใช้จ่ายของการส่งต่อ แต่หัวใจของการบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่นที่สำคัญคือการบริหารค่าใช้จ่าย โดยบทเรียนจากคลินิกชุมชนย่านบางขุนเทียน





โดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ระบุว่า

การบริหารค่าใช้จ่ายของคลินิกทั้ง 5 แห่ง (จากทั้งหมด 7 แห่ง ส่วนอีก 2 สาขาแยกการบริหารจัดการออกไป) แยกออกเป็น 2 บริษัท ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภค ทั้ง 5 แห่ง ประกอบด้วยค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเช่าอาคาร ค่าโทรศัพท์ และค่าเงินเดือนพนักงานทั้งหมด

ในส่วนค่าเช่าอาคารจะค่อนข้างแตกต่างกันตามทำเลที่ตั้งแต่ละพื้นที่ จะอยู่ที่ 11,000 บาทต่อเดือนไปจนถึง 20,000-30,000 บาทต่อเดือน ขณะที่ค่าใช้จ่ายเงินเดือนพนักงาน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และธุรการ รวมค่าใช้จ่ายเฉลี่ยทั้งสองบริษัทจะอยู่ที่ 300,000-600,000 บาท ส่วนค่ายาและเวชภัณฑ์นั้น เป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก ซึ่งทั้งสองบริษัทจะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 200,000-400,000 บาท

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่จ่ายเงินสดที่สาขาย่อยบางชุมชนก็มีจำนวนมาก เพราะส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าว ทำให้รายได้โดยรวมจะมากกว่าคลินิกในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างเช่นที่สาขาวัชระพล สรงประภา และวัดไผ่เขียว ผู้ป่วยเงินสดก็มีอยู่บ้าง แต่รายรับอย่างมากจะอยู่ที่ 2,000 บาทต่อวันเท่านั้น ซึ่งบางวันได้เงินสดไม่ถึงร้อยบาทก็มี ที่สาขา 5 แยกวัชระพลก็มีผู้ป่วยไม่มากเพียงแค่ 50 รายต่อวันเท่านั้น

และจากที่พื้นที่บางชุมชนก็มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้

คลินิกที่นี้ปิดทำการช้ากว่าพื้นที่อื่นๆ คือ เวลา 8.00–20.00 น. และเปิดทำการในทุกวัน ไม่เว้นเสาร์-อาทิตย์ ขณะที่แห่งอื่นจะเปิดทำการเวลา 8.00–16.00 น. บางแห่งจะหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพราะผู้ป่วยที่บางชุมชนเทียนส่วนใหญ่จะมาหาหมอในช่วงเวลาหลังเลิกงานไปแล้ว คลินิกจึงต้องจัดแพทย์ออกตรวจ พร้อมพยาบาลประจำ ตลอดเวลาเปิดทำการ ซึ่งเป็นการจ้างนอกเวลา



บริหารองค์กร ที่มาของกำไร

การจัดแบ่งศักยภาพคลินิกตามพื้นที่ รวมไปถึงการบริหารจัดการรายได้ ช่วยให้การบริหารค่าใช้จ่ายดีขึ้นและสามารถนำไปสู่กำไรได้เช่นกัน

การเคลื่อนไหวของตัวเลขรายรับ-รายจ่ายของคลินิกทั้ง 7 สาขา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550–เดือนพฤศจิกายน 2551 พบว่าสาขาที่มีรายรับต่อเดือนมากที่สุดได้แก่ สาขาบางขุนเทียน โดยมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุดถึงสูงที่สุด อยู่ระหว่าง 200,000–480,000 บาทต่อเดือน

หากรวมงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่ได้รับจากสปสช. ด้วยแล้ว ทำให้สาขาบางขุนเทียนแห่งนี้มีรายได้รวมสูงที่สุดอีกด้วย โดยเฉลี่ยใน 6 เดือนแรกของปี 2551 (ม.ค.–มิ.ย.) มีรายได้ประมาณ 5.5 ล้านบาท แต่ถ้าหากรวมรายได้ของครึ่งปีหลังต่อเนื่องในช่วงเดือนกรกฎาคม–พฤศจิกายน 2551 คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้จะมีรายได้เกือบสิบล้านบาท

ยังไม่รวมรายได้ของเดือนธันวาคมซึ่งเป็นเดือนสุดท้าย





ของปี 2551 แต่ถ้าดูตัวเลขรายได้ของเดือนธันวาคมของปีที่แล้ว (2550) เพียงเดือนเดียวมีถึง 1.5 ล้านบาท เท่ากับว่าเมื่อรวมทั้ง 12 เดือน คือ ตั้งแต่ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 คลินิกสาขาบางขุนเทียนดังกล่าว เฉพาะสาขาเดียว จะมีรายได้รวมทั้งสิ้นกว่า 11 ล้านบาท

เมื่อหักค่าใช้จ่ายของคลินิกที่บางขุนเทียนเพียงแห่งเดียวทั้ง 12 เดือน คือ ตั้งแต่ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 ไม่ว่าจะเป็นเงินเดือนพนักงาน ค่าสาธารณูปโภค ค่าบริการทางการแพทย์ ตลอดจนค่ายาและเวชภัณฑ์ ประมาณ 5.7 ล้านบาท เพราะฉะนั้น ยอดเงินคงเหลือสุทธิทั้งปีหลังหักค่าใช้จ่ายแล้วของสาขาบางขุนเทียน มีกำไรสุทธิ 5.6 ล้านบาท

ขณะที่ในสาขาอื่น ๆ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับที่ต่ำลงมาไล่เรียงกันไปตามพื้นที่ เช่น สาขารามคำแหง 39 มีรายได้รวมทั้ง 12 เดือน ตั้งแต่ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 ทั้งสิ้น 7.6 ล้านบาท ขณะที่มียอดจ่ายทั้ง 12 เดือนเท่ากับ 4.6 ล้านบาท ทำให้มียอดกำไรเฉพาะสาขารามคำแหง 39 ทั้งสิ้น เกือบ 3 ล้านบาท

ส่วนสาขาวัชรพล มีรายได้รวมทั้ง 12 เดือน ตั้งแต่ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 รวมทั้งสิ้น 7.7 ล้านบาท ขณะที่มียอดจ่ายทั้ง 12 เดือนเท่ากับ 5 ล้านบาท ทำให้มีกำไรเฉพาะสาขาวัชรพล รวมทั้งสิ้นประมาณ 2.8 ล้านบาท

สำหรับที่สาขาสรวงประภา (ดอนเมือง) มีรายได้รวมทั้ง 12 เดือน ตั้งแต่ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 ทั้งสิ้น 7.2 ล้านบาท ขณะที่มียอดจ่ายทั้ง 12 เดือนเท่ากับ 5.8

ล้านบาท ทำให้มีกำไรเฉพาะสาขาที่สร้งประภา (ดอนเมือง) รวมทั้งสิ้น 1.4 ล้านบาท ซึ่งเป็นสาขาที่มีกำไรน้อยที่สุด

และที่สาขาวัดไผ่เขียว มีรายได้รวมทั้ง 12 เดือน ตั้งแต่ ธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 ทั้งสิ้น 7.3 ล้านบาท ขณะที่มีรายจ่ายทั้ง 12 เดือนเท่ากับ 5.6 ล้านบาท ทำให้มีกำไรเฉพาะสาขาที่วัดไผ่เขียว รวมทั้งสิ้น 1.7 ล้านบาท

เพราะฉะนั้นหากรวมยอดกำไรสุทธิของเครือข่ายคลินิกดังกล่าวทั้งหมดทั้ง 5 สาขา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2550-พฤศจิกายน 2551 มียอดรายได้ที่เป็นกำไรสุทธิถึง 14.5 ล้านบาท

ชื่อ	ส่งต่อ(คน) ธ.ค.50 - พ.ย.51					เดือน ธ.ค.50 - พ.ย.51		
	ภูมิพล เกษมราษฎร์ พระราม2 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
สร้งประภา	1,206	919	-	-	126	7,279,226	5,848,845	1,430,381
วัดไผ่เขียว	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



กำหนดโซนพื้นที่ไม่เป็นธรรม

ปัญหาเรื่องการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่หากสังเกตในระยะหลังหลายคลินิกตัดสินใจไม่เข้าร่วมดำเนินการ โดยผู้บริหารคลินิกรายเดิม ย้ำว่า ต้นตอปัญหาที่แท้จริงน่าจะมาจากขั้นตอนการกำหนดพื้นที่การทำงานที่ไม่เหมาะสม เพราะเวลาที่ทำข้อตกลงระหว่าง





คลินิกชุมชนอบอุ่นกับ สปสช. ว่าจะให้ทำงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในพื้นที่ใดบ้าง จะต้องวางแผนที่ดีว่า ที่ใด อยู่ใกล้เขตรับผิดชอบของคลินิกไหน คลินิกนั้นก็ต้องรับไปทำ

แต่ข้อเท็จจริงไม่ใช่เช่นนั้น เพราะทุกครั้งที่วางแผนที่ คน ที่ได้เลือกก่อนจะเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่ นั้น ๆ ซึ่งก็จะได้พื้นที่ที่ทำงานง่าย สะดวกในการเดินทาง ส่วนพื้นที่ที่มีปัญหาไม่มีใครเอา ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ห่างไกล คนไม่ให้ความร่วมมือ เช่น ในเขตพื้นที่บ้านจัดสรร เป็นต้น หากจะให้คลินิกเอกชนลงไปทำ ซึ่งถ้ามองในแง่การทำธุรกิจ ไม่สามารถทำได้เลย

เช่น ให้พื้นที่ละ 10,000 คน ต่อพยาบาล 1 คน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 คน คิดงบรายหัวด้านส่งเสริมฯ หัวละ 37.50 บาทต่อปี รวมงบที่ได้ 370,000 บาท เฉลี่ย ต่อเดือน 30,000 บาท ต้องจ่ายค่าเงินเดือนพยาบาลเดือน ละ 25,000 บาท และเงินเดือนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกคนละ 15,000 บาท รวมแล้ว 55,000 บาท ทางธุรกิจ มันไม่คุ้ม แต่ที่ทางคลินิกที่บางขุนเทียนสามารถทำได้เพราะ ได้งบรายหัวถึง 27,000 คน จึงอยู่ได้ เพราะฉะนั้นจึงตอบโจทย์ ข้อนี้ได้ว่า ทำไมคลินิกอื่น ๆ จึงไม่ทำงานลงพื้นที่ส่งเสริม ป้องกันโรค เพราะถ้าให้แค่คลินิกละหมื่นคนไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร



คู่แข่งจับลูกค้า “บัตรทอง” เหมือนกัน

ปัญหาที่เกิดจากหน่วยราชการโดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข ในพื้นที่ที่ค่อนข้างมีความกังวลว่า การมีคลินิกเอกชน

เข้ามาเปิดให้บริการในลักษณะนี้จะเป็นคู่แข่งในเชิงการทำงาน และธุรกิจนำไปสู่การเปรียบเทียบหรือไม่เจ้าของคลินิกรายนี้ บอกว่า สิ่งแรกที่ล้มผัสได้ในช่วงเริ่มดำเนินงานก็คือ ไม่ค่อยได้ ได้รับความร่วมมือจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เท่าที่ควร

และยิ่งไปกว่านั้น ถึงขั้นที่ศูนย์บริการเหล่านี้จะเข้าไป ล็อบบี้พวกประธานชุมชน คณะกรรมการชุมชน ไม่ให้ความ ร่วมมือกับคลินิกชุมชนอบอุ่น ทำให้ช่วงแรกของการทำงาน ค่อนข้างยากลำบาก

“ปัญหาตรงนี้ถือเป็นบทเรียนหลักที่จะต้องให้ความสำคัญ หากใครคิดจะลงทุนทำคลินิกชุมชนอบอุ่น เพราะเป็นปัญหา ในลักษณะเดียวกันที่เกิดขึ้นกับคลินิกชุมชนอบอุ่นที่จังหวัด นครสวรรค์ ซึ่งเป็นการขยายสาขาแห่งล่าสุดของเรา พบว่า คลินิกไม่ได้รับความร่วมมือจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ยอมรับพวกเรา อีกทั้งยังให้ข้อมูลผิด ๆ กับชาวบ้าน”





เช่น ป่าวประกาศให้ชาวบ้านที่ใช้บริการกับคลินิกชุมชน
อบอุ่นแล้ว หรือถ้าเปลี่ยนบัตรทองไปใช้สิทธิที่คลินิกชุมชน
อบอุ่นแล้วจะไม่สามารถกลับไปใช้บริการที่สถานีนานามัย
ได้อีก หรือจะไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐไม่ได้

แทนที่จะให้ข้อมูลเชิงบวกกับบทบาทของคลินิกชุมชน
อบอุ่น ว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดบริการรักษาเบื้องต้น
มีแพทย์อยู่ประจำ ไม่ต้องไปรอคิวนานที่โรงพยาบาล เป็นการ
แบ่งเบาภาระงานของสถานพยาบาลภาครัฐ และถ้าคลินิก
รักษาไม่ได้ก็จะทำเรื่องส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลได้
นี่คือสิ่งที่ชาวบ้านเขาไม่รู้ ทำให้เกิดความสับสน และความ
ไม่เข้าใจ

อย่างไรก็ตาม หากมองในเชิงการตลาดจะเห็นว่า ศูนย์
บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ และสถานีนานามัย
เอง ก็มีรายได้จากงบประมาณรายหัวบัตรทองเหมือนกัน
จึงเลียงไม่ได้ที่จะมองคลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นคู่แข่งทางธุรกิจ



บทที่ 3

คลินิกเดี่ยว ...ไร้อนาคต

สถานที่ที่ตั้งอยู่ตรงหน้าคือ คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งหนึ่ง ซึ่งก่อตั้งโดย คุณหมอซึ่งยังคงมีงานประจำในโรงพยาบาลของรัฐ หวังสร้างธุรกิจของตัวเอง เริ่มต้นด้วยการเปิดเป็นคลินิกเดี่ยว ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับใครทั้งสิ้น

ไม่มีสาขาเครือข่ายเพื่อกระจายความเสี่ยง เหมือนกับที่หลาย ๆ แห่งเขาทำกัน โดยหวังว่าจะเป็นทางเลือกให้กับประชาชนในย่านสรองประชา เขตดอนเมือง ที่ส่วนใหญ่ผู้คนจะผูกติดอยู่กับโรงพยาบาลภูมิพลฯ เพียงแห่งเดียว

“ไม่ได้หวังผลกำไร แค่ต้องการให้ลูกน้องมีงานทำ และได้ทำประโยชน์ให้สังคม และมองว่าช่องทางนี้เป็นประโยชน์เลยเข้าร่วม จึงเปิดคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อรองรับโครงการนี้โดยเฉพาะ” คุณหมอตำนานนี้เล่าเรื่อย ๆ ถึงความตั้งใจในช่วงเริ่มต้น



หลังจากที่คุณหมอได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ
คลินิกชุมชนอบอุ่น กับ สปสช. คลินิกแห่งนี้ก็ได้เริ่มก่อตั้งขึ้น
เมื่อช่วงกลางปี 2549

จุดเริ่มต้นของการก่อตั้งด้วยแนวคิดที่ว่า จะทำคลินิกเพื่อ
เป็นทางเลือกให้กับประชาชนในพื้นที่ย่านดอนเมือง บวกกับ
ความตั้งใจที่จะทำเป็นธุรกิจเล็ก ๆ ที่ไม่ได้หวังผลกำไรมาก
นัก หวังแค่ทำให้คลินิกสามารถเลี้ยงตัวเองได้ และบุคลากร
ไม่เดือดร้อน

“ช่วงแรกชาวบ้านไม่ค่อยรู้จัก จึงยังไม่มีคนมาใช้บริการ
มากนัก แต่พอเปิดมาได้สักระยะ ก็จะมีคนที่ถือสิทธิที่อื่น
ย้ายเข้ามามากขึ้น เพราะมีการพูดกันปากต่อปากว่าคลินิกนี้
ให้บริการดี รักษาดี”

ผลจากการบอกปากต่อปากนั้น เป็นตัวดึงดูดให้ผู้ป่วย
โรคเรื้อรังที่เคยรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกชุมชนอื่นๆ
ย้ายมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกแห่งนี้เพิ่มขึ้น เพราะมีข้อดีตรง
ที่ผู้ป่วยสามารถขอใบส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลขนาด
ใหญ่ได้ง่าย ซึ่งคลินิกแห่งนี้ได้ทำสัญญาไว้กับโรงพยาบาล

2 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลของรัฐหนึ่งแห่ง และโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่ง



ปัญหาส่งต่อเป็นภาระหนัก

การส่งต่อผู้ป่วยที่ง่ายขึ้นสร้างปัญหาในการดำเนินการของคลินิกมากขึ้น หลังจากเปิดดำเนินการมาได้ 1 ปี ทางคลินิกก็เริ่มประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับคลินิกแห่งอื่น ๆ

ยอดผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 จนถึงปัจจุบัน โดยมีผู้ป่วยส่งต่อเฉลี่ยถึง 200-300 คนต่อเดือน และบางเดือนมีจำนวนผู้ป่วยส่งต่อสูงถึง 600 คนเลยทีเดียว

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

ปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าว มีผลกระทบทันทีต่อสถานะทางการเงินของคลินิก ทำให้คลินิกประสบภาวะขาดทุนติดลบเฉลี่ยเดือนละ 1 แสนบาทตลอดปี 2551 ที่ผ่านมา ซึ่งขณะนี้คลินิกเป็นหนี้อยู่ร่วมล้านกว่าบาท

“หากจะว่าไปแล้วคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาเดียวกัน จำนวน 27 แห่ง มีเราที่เดียวที่ขาดทุน ที่อื่นเขาไม่ขาดทุนเลย” ผู้จัดการคลินิกบอกว่า ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะคุณหมอผู้ก่อตั้งจะเน้นเรื่องมาตรฐาน





และคุณภาพในการให้บริการ

กรณีเช่น การส่งตัวอย่างการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องปฏิบัติการที่รับส่งตรวจจะต้องมีเอกสารรับรองมาตรฐานคุณภาพ ถ้าไม่มีก็ไม่ส่ง ดังนั้น เมื่อด้านหนึ่งเน้นมาตรฐาน แต่อีกด้านหนึ่งก็เป็นเรื่องของค่าใช้จ่าย



ແກ່ทางผ่านส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลไทย

“โรงพยาบาลเลิดสิน” และ “โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” เป็นหน่วยพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่คลินิكدังกล่าวส่งต่อผู้ป่วย ช่วงแรกของการเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คลินิกมีผู้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพมารับบริการไม่มากนัก ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลน้อยตามไปด้วย

แต่ต่อมาผู้ถือบัตรทองเริ่มตระหนักในสิทธิของตนเอง และเริ่มมารับบริการที่คลินิกชุมชนอบอุ่นเพิ่มมากขึ้น จากเดิมในปี 2548 เฉลี่ยอยู่ที่ 1.59 ครั้งต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 1.88 ครั้ง ในปี 2549 และ 1.96 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2550 และในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 2.14 ครั้งต่อคนต่อปี เกินกว่าอัตราการให้บริการที่ สปสช. นำมาใช้เป็นเกณฑ์คำนวณงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้แก่คลินิก ซึ่งคิดเฉลี่ยให้จำนวน 2 ครั้งต่อคนต่อปี

การที่ประชาชนเข้ารับบริการมากขึ้นนั้น เจ้าของคลินิกบอกว่า สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กที่ขึ้นทะเบียนใช้สิทธิกับคลินิกมีเป็นจำนวนมาก เมื่อดูอัตราการให้บริการในปี 2551 พบว่าผู้สูงอายุและเด็กมาใช้บริการถึง

10,767 ครั้ง หรือร้อยละ 44.4 ขณะที่กลุ่มอายุระหว่าง 12-59 ปี มีการใช้บริการ 13,467 ครั้ง หรือร้อยละ 55.6

ในปี 2548 คลินิกมีสัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 9.0 ในปีต่อมา (2549) ลดลงไปที่ร้อยละ 7.8 แต่จากนั้นในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 และทั้งหมดนี้สูงกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ยการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ทาง สปสช. คาดการณ์ไว้ที่ร้อยละ 3.5-5.6 อยู่มาก

นอกจากนี้สัดส่วน 1 ใน 3 ของการส่งต่อ ยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงและต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคมะเร็ง และโรคเอดส์ ซึ่งในปี 2548 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 34.8 ในปี 2549 อยู่ที่ร้อยละ 36.4 และในปี 2550 อยู่ที่ร้อยละ 33.7

ปัญหาข้างต้นส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งต่อของคลินิกสูงมาก และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เพราะนอกจากผู้ป่วยส่งต่อซึ่งเป็นคนกทม. และได้ขึ้นทะเบียนกับคลินิกไว้ตั้งแต่แรก ยังมีผู้ป่วยบัตรทองต่างจังหวัดที่ขอย้ายสิทธิมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกแห่งนี้ เพื่อใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้คลินิกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลจุฬาฯ ซึ่งเจ้าของคลินิกบอกว่า ผู้ป่วยที่มาในลักษณะนี้เริ่มมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

“คลินิกจึงทำหน้าที่แค่ทางผ่านของผู้ป่วยที่ต้องการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามหลักการที่ สปสช. ตั้งไว้ ซึ่งในกรณีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนบัตรทองกับคลินิกตั้งแต่แรก หากป่วยและจำเป็นที่





ต้องส่งต่อ ทางคลินิกยินดีรับผิชอบการรักษาพยาบาลให้ ไม่ใช่ย้ายมาเพื่อให้ส่งต่อ พอรักษาเสร็จก็ย้ายสิทธิกลับจังหวัดเดิม” เจ้าของคลินิกกล่าวซ้ำ



คุณภาพการรักษามาก่อนต้นทุน

นอกจากปัญหาสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นเป็นภาระอันหนักอึ้งแล้ว ยังมีผู้ป่วยเด็กอีกส่วนหนึ่งที่ต้องให้ความระมัดระวังอีกด้วย อย่างเช่นในรายที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออก หมอจะส่งต่อทันที หรือในรายที่ไม่แน่ชัดคลุมเครือ หรือว่าเป็นเด็กที่อาจมีปัญหาระบบทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบ เพราะเคยมีกรณีที่เสียชีวิต ต้องใช้ความระมัดระวังในการวินิจฉัย

“อะไรที่คลุมเครือ เราต้องเลือกแนวทางที่ทำให้คนไข้ปลอดภัย ในขณะที่คลินิกชุมชนอบอุ่นอื่น ๆ อาจจะตั้งเพดานจำกัดใบส่งตัวอยู่ที่ 90 ใบต่อ 1 เดือน โดยให้นโยบายกับพนักงานว่าต้องทำได้ ซึ่งถ้าถามว่าทำไมเราไม่ใช้วิธีการเช่นเดียวกับคลินิกอื่น ๆ เรากลับเห็นต่าง ไม่ชอบวิธีการแบบนี้ เพราะถ้าเกิดอะไรขึ้นทุกคนเสียหาย”

เมื่อเน้นมาตรฐานการรักษา เสียงร้องเรียนในเรื่องการใช้บริการน้อยลง แต่ในทางตรงข้ามค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.7 แสนบาท ขึ้นมากกว่า 3 แสนบาทต่อเดือน

อย่างเช่น เดือนมกราคม 2551 รวมยอดส่งต่อประมาณ 135,000 บาท เดือนกุมภาพันธ์ อยู่ที่ 181,000 บาท และเดือนมีนาคม มียอดส่งต่อประมาณ 197,000 บาท ซึ่งถ้ารวมเอาทั้งปีน่าจะถึง 2 ล้านบาท ทว่าตัวเลขมีความ

หลากหลายมาก เพราะบางเดือนอย่างพฤษภาคม มียอดส่ง
ต่อสูงเกือบ 303,400 บาท เลยทีเดียวซึ่งยอดเงินค่าส่งตัว
ที่พุ่งขึ้นตรงนี้มีความสัมพันธ์กับยอดผู้ป่วยที่สูงขึ้นด้วย



ขาดทุนต่อเนื่องเดือนละแสนกว่า

ภาระค่าใช้จ่ายในการส่งต่อเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการจัดการ ทำให้คลินิกเดียวแห่งนี้ ขาดทุนต่อเนื่องทุกเดือน

“อัตราเงินเดือนของบุคลากร คลินิกจ่ายตามวุฒิ และบางคนก็จ่ายให้เกินวุฒิด้วย เช่น เจ้าหน้าที่พยาบาลตกเดือนละเกือบ 30,000 บาท ซึ่งเป็นอัตราปกติ ส่วนเงินเดือนของหมอก็จะอยู่ที่ 100,000 บาท”

ส่วนเภสัชกรจ้างแบบ Part time ไม่ได้มาทุกวัน ซึ่งเราก็อยากให้มาทุกวัน แต่บางครั้งติดงานประจำ เราต้อง





ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้จ่ายยาแทน

นอกจากนั้นเราก็ใช้เจ้าหน้าที่ซึ่งจบพลศึกษามาทำกายภาพบำบัดคนไข้ และเจ้าหน้าที่ซึ่งจบโภชนาการมาดูแลคนไข้ของเรา ซึ่งยอดค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทั้งหมดคิดเป็น 40-50% จากยอดรายได้ทั้งหมด

และถ้ารวมกับยอดส่งต่ออีก 30% รายจ่ายทั้ง 2 รายการ รวมกันแล้วเท่ากับ 80% ซึ่งยังไม่รวมค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ากระดาษ สมุด ดินสอ ล่าสุดตัวเลขรายได้ติดลบเดือนละแสนกว่าบาทมาตลอด 1 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งถ้าปล่อยนานไปก็ไม่ไหว”

ปี 2550 คลินิกมีคนมาขึ้นทะเบียนจำนวน 7,185 คน โดยได้งบรายหัวเท่ากับ 1,899.69 บาทต่อคน คิดเป็นเงินทั้งสิ้น 13 ล้านบาท ส่วนปี 2551 มีผู้มาลงทะเบียนทั้งสิ้น 9,500 คน รวมเงินค่ารายหัวที่ได้ประมาณ 18 ล้านบาท



มือใหม่ขาดประสบการณ์

เมื่อย้อนทบทวนประสบการณ์ในการบริหารจัดการ พบทั้งปัญหาของการบริหารจัดการขององค์กรเอง และปัญหาของระบบ

“ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นคลินิกได้แจ้งไปยัง สปสช. เพื่อรับทราบ ขณะเดียวกันก็พยายามที่จะแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตัวเอง ด้วยการไปดูว่าคลินิกอื่นดำเนินการอย่างไร”

ผู้จัดการคลินิกเดี่ยวแห่งนี้ เล่าว่า หลังจากที่ได้ดูวิธีการของคลินิกอื่น พบว่าบางคลินิกถ้ามีคนไข้โรคเรื้อรังหรือกรณีที่ต้องทำหัตถการ เขาจะส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลรัฐบาลทันที



แต่เมื่อกลับมาทบทวนของเราเองพบจุดที่มีปัญหาคือโรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน คิดค่าบริการในอัตราที่แพงมากเมื่อเปรียบเทียบกับของรัฐ

อีกทั้งโรงพยาบาลเหล่านี้ยังมียุทธวิธีหลบเลี่ยง อย่างเช่น ไม่ขึ้นทะเบียนเป็นคนไข้ใน คือไม่ Admit เพื่อที่จะมาเรียกเก็บเงินจากคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ส่งต่อ แทนที่จะไปเบิกตรงกรณีผู้ป่วยในกับ สปสช. ซึ่งมีขั้นตอนการเบิกที่ยุ่งยากมากและมักจะได้เงินไม่เต็มตามจำนวนที่เรียกเก็บ

ปัญหาเหล่านี้ถูกนำเสนอ ต่อ สปสช. เพื่อร่วมกันแก้ไข ซึ่งทางแก้คือ จะยินยอมให้เบิกเป็นคนไข้นอกได้ ก็ต่อเมื่อคนไข้อยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 6 ชั่วโมง แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ คลินิกไม่มีทางรู้ได้เลยว่า โรงพยาบาลให้บริการอะไรกับคนไข้บ้าง และใช้เวลาเหมาะสมหรือไม่

ผู้จัดการคลินิก อธิบายว่า การตรวจสอบต้องอาศัยประสบการณ์ เช่น ถ้าคนไข้เด็กต้องดมยา และเบิกค่าใช้จ่าย





ผู้ป่วยนอกสำหรับดมยา เราต้องตั้งข้อสงสัยว่าเด็กดมยาอยู่ น่าจะอยู่โรงพยาบาลเกิน 6 ชั่วโมง ซึ่งจะไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกได้ ตรงนี้เป็นความลำบาก เพราะหากบุคลากรของเราขาดประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถตรวจเช็คได้ คลินิกก็ต้องยอมจ่ายตามที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บมาทั้งหมด

“ปัญหาแบบนี้ต้องยอมรับว่าเราไม่มีทางเลือกมาก ไม่สามารถที่จะหาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพสูง ๆ มาทำงานกับเราได้ เนื่องจากคนเหล่านี้ค่าตัวแพง ส่วนใหญ่จะเลือกไปทำงานตามคลินิกใหญ่ ๆ ในขณะที่เด็กจบใหม่ไม่มีประสบการณ์”

แม้ตามเงื่อนไขของการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง สปสช. กำหนดให้เบิกจ่ายเป็นค่ารักษาในส่วน of โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High cost) ได้ แต่ทางโรงพยาบาลเขาก็ไม่ยอมเบิก กลับมาเบิกกับคลินิกเรตลด เคยเจอคนไข้ผ่าตัดกระจก (cataract) ก็คิดค่าใช้จ่ายเป็นผู้ป่วยนอก อะไรทำนองนี้ หรือการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนบน (gastro scope) คิดราคา 12,000 บาท ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐ คิดราคาแค่ 2,000 บาท ซึ่งเราก็ดึงไปตรงมา เมื่อเขาเรียกมาเราก็จ่ายไป แม้ดูแล้วเห็นชัดเจนว่าเรียกเก็บเยอะเกินไป แต่มันอยู่ในเงื่อนไข เราก็ต้องดิ้นรนหาจ่ายให้ได้

เมื่อได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เกิดจากการที่ไม่เป็นไปตามระบบการส่งต่อที่ควรจะเป็น คือพอเป็นบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ก็ต้องส่งไปที่ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) แล้วส่งต่อไปที่บริการระดับตติยภูมิ แต่ที่ทำกันอยู่นั้น เหมือนเราจะส่งไปที่บริการระดับตติยภูมิ

เลยโดยที่ไม่ผ่านระดับทุติยภูมิ ซึ่งทางระดับทุติยภูมิก็ไม่ยอม
จึงทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว คลินิกก็ต้องดิ้นรนเอาว่า ทำอย่างไร
ถึงจะควบคุมค่าใช้จ่ายได้



ข้อจำกัดโรงพยาบาลรับส่งต่อมีน้อย

ปัญหาไม่เพียงการส่งต่อที่เพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายเท่านั้น
หากรวมไปถึงโรงพยาบาลที่จะส่งต่อก็มีจำนวนน้อยและ
เลือกไม่ได้

คลินิกเดียวแห่งนี้ มีสัญญาส่งต่อผู้ป่วย 2 แห่ง คือเป็น
โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเมื่อเปรียบ
เทียบที่โรงพยาบาลของรัฐจะมีปัญหาน้อยกว่า ส่วนใหญ่ก็จะ
เป็นปัญหาเรื่องการประสานงานเท่านั้น

แม้จะมีสัญญาส่งต่ออยู่กับโรงพยาบาล 2 แห่ง แต่ทว่า
ไม่มีอิสระที่จะเลือกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใดได้ตามใจชอบ
เพราะเราถูกกำหนดโดยบัตรทองที่ระบุหน่วยส่งต่อไว้แล้ว

ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้แม้จะรู้ว่าที่โรงพยาบาลของรัฐ
มีปัญหาน้อยกว่า แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะส่งต่อผู้ป่วย
ไปยังโรงพยาบาลของรัฐได้ทั้งหมด เพราะที่โรงพยาบาลรัฐ
จะมีเพดานรับผู้ป่วยส่งต่อที่ขึ้นทะเบียนไว้จำกัด

เราจะดูจากคนไข้ที่มาขึ้นทะเบียนสิทธิ เพราะเราจะถาม
เขาว่าอยากได้หน่วยส่งต่อที่ไหน ถ้าบอกว่าอยากไปที่โรง-
พยาบาลของรัฐ เราก็ต้องเช็คไปว่าโควต้าเต็มหรือไม่ ถ้าเต็ม
แล้วก็ทำไม่ได้ นี่ก็เป็นข้อจำกัดที่ทำให้เราไม่มีทางเลือก มอง
ว่าต้องมีสถานที่หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เราสามารถส่ง
ต่อผู้ป่วยได้มากกว่านี้





ส่วนแนวคิดที่เสนอให้คลินิกส่งต่อผู้ป่วยไปที่ Tertiary care เลย คือส่งต่อไปที่หน่วยเฉพาะทาง ไม่ต้องไปผ่าน Secondary care โดยให้ข้ามไปที่โรงพยาบาลรัฐในระดับ Tertiary care เลย ซึ่งเท่ากับว่าถ้าเป็นแบบนี้ทางคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนก็ไม่สามารถมากล่าวโทษอะไรได้

ในความเป็นจริงทางโรงพยาบาลเอกชนเขาจะไม่ยอม เขาต้องรู้ว่าคนไข้ไปที่ไหน ก็คือต้องแนบใบส่งตัวของโรงพยาบาลเอกชนไปด้วย แต่นี้เป็นปัญหาเพียงเล็กน้อย ให้เขาคุยกันเองได้ ซึ่งประเด็นสำคัญคืออยากรู้ว่าคนไข้ไปอยู่ที่ไหน โดยเฉพาะ Tertiary care ซึ่งถ้าเป็น Tertiary care คลินิกต้องตามจ่ายอยู่แล้ว และพบว่าบางครั้งระดับตติยภูมิ ราคาถูกกว่าบริการระดับตติยภูมิด้วยซ้ำ ซึ่งนี่คือปัญหาว่าไม่เป็นไปตามระบบ

ทางออกของเราที่คิดไว้อีกทางหนึ่งก็คือ ไม่ต้องไปสนใจระบบ โดยตอนนี้เรากำลังคิดว่าถ้า สปสช. เปิดให้แบบนี้ เราอาจจะย้ายคนไข้ส่งต่อ (Refer) ไปที่โรงพยาบาลรัฐแทน ซึ่งจะทำให้ค่าส่งต่อของเราลดลงได้

“ต่อไปนี้ต้องไม่คำนึงถึงระบบ เพราะที่ผ่านมาเราคำนึงถึงระบบใจคะ มันถึงตกอยู่ในสภาพแบบนี้ แต่ถ้าเปิดฟรีเราเลือกส่งได้”



คลินิกเดียวต้องสร้างความน่าเชื่อถือ

คลินิกเดียวอีกแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในซอยเล็ก ๆ บนถนนจันทร์ ในเขตพื้นที่ กทม. ก็ไม่ต่างจากคลินิกเดียวอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญ



กับปัญหาอย่างหนักในการให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง โดยเจ้า ของคลินิก รายนี้เล่าให้ฟังว่าคลินิกได้เปิดดำเนินการก่อนที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีนโยบายขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ต่อมาในปี 2546 ทาง สปสช. ได้ดำเนินโครงการ “คลินิกอบอุ่น ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เปิดรับสมัครคลินิกเอกชน จึงได้เข้าร่วม เนื่องจากเห็นว่าต่อไปสัดส่วนผู้ป่วยจะถูกแบ่งไปอยู่ในระบบบัตรทองมากขึ้น หากไม่เข้าร่วมโครงการ ก็จะไม่ได้รับการผู้ป่วยในระบบนี้ ในอนาคตอาจทำให้จำนวนผู้ป่วยคลินิกลดลง

“ช่วงแรกของการเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำได้แม่นว่า เราทำสัญญากับ สปสช. มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทองกับทางคลินิกเพียงแค่ 404 คน เท่านั้น น้อยมาก เพราะเมื่อคุณด้วยจำนวนงบประมาณรายหัวเฉพาะผู้ป่วยนอกที่ได้เพียงแค่ 500 บาทต่อคนในขณะนั้น จึงได้งบก้อนแรกจาก สปสช. เพียงกว่า 200,000 บาทเอง ซึ่งไม่พอกับการลงทุนด้วยซ้ำ เราจึงต้องควักทุนเดิมของคลินิกที่มีอยู่มาใช้ก่อน”

งบรายหัวก้อนแรกที่ได้รับ ทำให้คลินิกดำเนินการอยู่รอดต่อไปได้หลังเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนประชากรเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสัมพันธ์กับงบประมาณที่คลินิกจะได้รับจาก สปสช.

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเดินเข้าหาชุมชน โดยเริ่มต้นจากการ





เดินไปตามบ้านในชุมชนเพื่อค้นหาผู้มีสิทธิมาขึ้นทะเบียน ซึ่งเราใช้เวลาเป็นปีจึงสามารถเข้าถึงตัวผู้นำชุมชนได้

“เนื่องจากคลินิกเปิดดำเนินการมาก่อนนานแล้ว ประกอบกับได้ให้การรักษาแบบเวชศาสตร์ครอบครัว ไม่ต่างจากศูนย์สุขภาพชุมชนในต่างจังหวัด ดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด คำนึงเคยกลายเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับคลินิก เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และยังบอกต่อ ๆ กัน โดยชักชวนคนรู้จักให้มารักษาที่นี่ ทำให้จำนวนผู้ลงทะเบียนบัตรทองกับคลินิกเพิ่มมากขึ้น จนขณะนี้เต็มตามโควตาที่ สปสช. กำหนดจำนวน 12,000 คนแล้ว”

เมื่อจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนบัตรทองกับคลินิกเราค่อย ๆ ขยับขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ต่างจากคลินิกเอกชนแห่งอื่น ๆ ที่เข้าไปตั้งโต๊ะรับลงทะเบียนถึงในชุมชน ทั้งยังย้ายสิทธิให้เอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคลินิกที่แยกหน่วยบริการออกมาจากโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้ได้จำนวนประชากรมากขึ้น



สร้างเครือข่ายเพื่อความอยู่รอด

การทำธุรกิจคลินิกชุมชนอบอุ่น หากเป็นคลินิกเดี่ยวอย่างที่เราทำอยู่ซึ่งไม่มีสาขาที่อื่น จะเสียเปรียบคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีลักษณะเจ้าของคนเดียวแต่เปิดหลายสาขา ซึ่งประเด็นนี้ผู้จัดการคลินิกได้ฉายภาพให้เห็นชัดเจนว่า สินค้าสาธารณสุขไม่ใช่ Free market ซึ่งมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดการฮั้วกันได้ โดยเฉพาะคลินิกที่เป็นส่วนย่อยของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำให้เกิดการผูกขาด

“เราจะทำได้คล่องตัวกว่า เพราะของเขามี 5 แห่ง จะไปลงที่ไหนก็ได้ เบิกได้หมด แต่ของเรามีแค่คลินิกเดียว แล้ว

เวลาโดนหักค่ารายหัวเราโดนหัก แต่ของเขาไปตรงไหนก็ได้ ในคลินิกสาขา ทั้งตรวจสอบไม่ได้ด้วย ประมาณว่าอัฐยาย ซื้อขนมยาย”

ขอยกตัวอย่าง เช่น เขามีคลินิก 5 แห่งมีคนไข้ที่ละ 10,000 คน บ้างหรือ 8,000 คน บ้าง โดยเขาสามารถเอาชื่อคนหนึ่ง มาคีย์ใส่ตรงนี้ และคีย์ชื่ออีกคนหนึ่งใส่ตรงสาขาอื่น แล้วแจ้ง สปสช.ว่าเป็นคนไข้ข้ามเขต ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ไปจริง

นอกจากนี้ ยังไม่รวมกันเรื่องราคายา และราคาค่าตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ประเภทคลินิกที่มีสาขาหลายแห่ง กลุ่มนี้จะสามารถต่อรองราคายาและราคาค่าตรวจได้มาก ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติไม่ต่างจากธุรกิจประเภทอื่น ๆ ในขณะที่คลินิกเรามีที่เดียว อำนาจการต่อรองน้อย ซึ่งบางครั้งต้องใช้วิธีไปขอร่วมคลินิกอื่นเพื่อขออ้างอิงชื่อ ในลักษณะขอพ่วงกับเขาด้วย

ผู้จัดการคลินิกเล่าว่า ก่อนหน้านี้ในการประชุมของ สปสช. ทางโรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นเอกชนได้แจ้งในที่ประชุมว่า ต่อไปนี้ถ้ายาที่โรงพยาบาลจ่าย แต่ที่คลินิกไม่มี ให้คลินิกไปหามาให้คนไข้เอง เพราะโรงพยาบาลจะจ่ายยาแค่ 5 วัน ที่เหลือให้คลินิกรับผิดชอบเอง เนื่องจากเขาก็ไม่ไหว ค่ายาบวกไป 200-300%

“หมายความว่า ถ้าซื้อจากเขา ค่ายาคนไข้เบาหวาน เคยสั่งยา 60 วัน ราคา 8,000 กว่าบาท พอมีปัญหานี้ คลินิกต้องซื้อเอง ต่อไปนี้เราต้องจัดหายาเอง อย่างคนไข้จิตเวช ซึ่งยาพวกนี้ไม่มีเราก็ต้องหาซื้อ ซึ่งกำลังคิดว่าจะทำยังไงดี โดยมองทางออกไว้ 2 ทางคือ ส่งโรงพยาบาลรัฐ กับอีกทางคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิน 6 เดือน ก็ไปขอขึ้นทะเบียนเป็น





คนพิการ แต่ก็ช่วยได้ไม่มาก”

นอกจากนี้ยังเตรียมที่จะเสนอโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยจะลงพื้นที่ให้มากขึ้น เพื่อสามารถนำงบประมาณมาจ่าย รายหัวจากการทำงานส่งเสริมมาจุนเจือรายได้ที่ติดลบไม่ให้ เป็นภาระมากเกินไป โดยเฉพาะเป้าหมายที่วางไว้คือ จะมุ่ง เชิงคุณภาพ ถ้าศักยภาพดี คนพร้อม ก็จะสามารถนำงาน เชิงรุกรมาเป็นจุดแข็ง

และในอนาคตอาจจะเป็นที่ปรึกษาให้กับคลินิกชุมชนอบอุ่น อื่น ๆ เพื่อสร้างเครือข่ายของคลินิกเดียวให้บริการและสร้าง กำลังสำรอง เพิ่มทางรอดในการสร้างคลินิกชุมชนอบอุ่นให้ เดินหน้าต่อไปได้



บทที่ 4

คลินิกเดียว...ก็ไม่โดดเดี่ยว

อีกตัวอย่างของคลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นลักษณะคลินิกเดียวเหมือนกัน แต่เปิดบริการอยู่นอกเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยคลินิกแห่งนี้ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา เป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองโดยภาคเอกชน และลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชื่อดังในเมืองนครราชสีมา ซึ่งผู้จัดการคลินิกบอกว่าตั้งแต่เปิดกิจการมาตั้งแต่ปี 2547 ยังไม่มีปัญหาเรื่องขาดทุน

ในช่วงเริ่มต้นดำเนินการ เมื่อปี 2547 ซึ่งเป็นช่วงทดลองดำเนินงาน ปรากฏว่าในช่วง 2 ปีแรก ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ มีเงินเหลือจากการบริหารงบประมาณถึง 2 ล้านบาท เนื่องจากมีการดึงบุคลากรภายนอกมาช่วยเหลือในช่วงแรก ประกอบกับผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาพยาบาลยังมีจำนวนไม่มาก



แต่ต่อมาปี 2550 คลินิกได้ย้ายที่ทำการใหม่ มีสถานที่ใหญ่กว่าเดิม เพราะที่เดิมเป็นเพียงห้องแถวเล็ก ๆ ห้องเดียว ไม่สะดวกต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น

ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขึ้นทะเบียนกับทางคลินิกในปี 2551 มี 9,703 คน แต่ต้องรับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 12,582 คน หรือ 900 หลังคาเรือน เนื่องจากคลินิกมีดำเนินงานในส่วนงานส่งเสริมและป้องกันโรค และต้องลงพื้นที่ทำงานในชุมชนด้วย

จำนวนผู้มีสิทธิจะเปลี่ยนแปลงทุกเดือน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องค้นหาผู้มีสิทธิว่าง (ไม่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงานอื่น) เพื่อมาขึ้นทะเบียนรักษากับคลินิกทดแทนให้คงไว้ที่ระดับ 9,000 คน เพื่อให้งบประมาณรายหัวที่ได้รับจากทาง สปสช. เพียงพอต่อการบริหารคลินิกได้ ซึ่งหากจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนลดลงต่ำกว่า 8,000 คน จะส่งผลกระทบต่อบบประมาณรายหัวที่ได้รับอย่างมาก



อสม.หัวใจ...อบอุ่น

เรื่องราวแรงสำคัญในการค้นหาผู้มีสิทธิคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญ ทำให้ทราบการเคลื่อนไหวย้ายเข้า-ออกของคนในชุมชน และผู้ที่ยังสิทธิว่าง หากไม่มีอสม. ลำพังเจ้าหน้าที่คลินิกคงดำเนินการได้ยาก เพราะมีบุคลากรจำกัด

จังหวัดนครราชสีมา นั้น นับเป็นพื้นที่ที่มีการแบ่งเขตจัดตั้งคลินิกดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพที่ดี ไม่มีปัญหาทับซ้อนพื้นที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ การแย่งผู้มีสิทธิเพื่อขึ้นทะเบียน และปัญหาการโยนผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงเพื่อผลักภาระค่าใช้จ่าย

ซึ่งหากผู้ป่วยรายใดมีบ้านเลขที่อยู่ในพื้นที่ใด คลินิกหรือหน่วยบริการปฐมภูมินั้นจะต้องเป็นผู้ดูแล ในขณะที่เดียวกัน หากผู้ป่วยรายใดไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ (ข้ามเขต) สถานบริการนั้นก็ส่งผู้ป่วยกลับไปให้คลินิกชุมชนอบอุ่นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่นั้น ๆ ดูแลต่อไป

ผู้จัดการคลินิกบอกว่า นอกจากการค้นหาชาวบ้านที่เป็นสิทธิว่างในพื้นที่แล้ว นักเรียน นักศึกษา ก็เป็นกลุ่มที่





มีสิทธิว่าง หรือมีโอกาสเปลี่ยนแปลงขอย้ายสิทธิได้ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มาจากต่างพื้นที่และต้องย้ายมาอยู่หอพักใกล้สถานที่ศึกษา ซึ่งปัจจุบันในละแวกพื้นที่ที่มีจำนวนหอพักถึง 187 แห่ง กลุ่มนักเรียน นักศึกษาจึงเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในการชักชวนขึ้นทะเบียนกับคลินิก

“เราโชคดีตรงที่คลินิกเราตั้งอยู่บริเวณหน้ามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน และมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จึงง่ายที่จะเข้าไปประชาสัมพันธ์และแนะนำคลินิก เนื่องจากเป็นหน่วยพยาบาลที่อยู่ใกล้ นักศึกษาจึงสะดวกที่จะเดินทางมาหาหมอ และยังไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อจบการศึกษา ก็ให้ย้ายสิทธิกลับไปภูมิลำเนาเดิมได้”



เจอวิกฤตการเงินต่อเนื่อง 2 ปี

การย้ายคลินิกครั้งนั้นต้องใช้เวลาลงทุน เพราะต้องปรับปรุงและตกแต่งสถานที่ใหม่ทั้งหมด โดยมีการลงทุนไปกว่า 1 ล้านบาท ขณะที่ค่าเช่ารายเดือนก็เพิ่มสูงขึ้นเท่าตัว จากเดิม 13,000 บาทต่อเดือน ก็เพิ่มขึ้นเป็น 30,000 บาทต่อเดือน ทำให้รายได้ของคลินิกในปี 2550 ลดลงอย่างมาก จนทำให้คลินิกต้องนำงบประมาณในปี 2551 มาใช้จ่ายล่วงหน้าเพื่อผันงบไปก่อน

ประกอบกับในปี 2551 ทาง สปสช. ได้มีการลดงบประมาณค่ารักษาพยาบาลรายหัวผู้ป่วยนอกลงจากเดิม (648.08 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2550) เหลือเพียง 610.33 เช่นเดียวกับงบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค ซึ่งในปี 2550 อยู่ที่ 111.34 บาทต่อคน แต่ในปี 2551 ปรับลดเหลือเพียง

99.92 บาทต่อคน ทำให้งบประมาณรายหัวที่คลินิกควรจะได้รับนั้นหายไปอีกประมาณ 46 บาทต่อหัว หรือประมาณ 400,000 บาท เรียกว่าส่งผลกระทบอย่างมากสำหรับคลินิกเล็ก ๆ แห่งนี้

ขณะเดียวกัน สปสช. ยังปรับหลักเกณฑ์การจ่ายงบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค โดยให้คลินิกนำผลงานดำเนินงานมาแลกกับงบประมาณ (ทำก่อนจ่ายทีหลัง) ทำให้คลินิกไม่สามารถรับรู้สัดส่วนงบประมาณที่จะได้รับแน่นอน ทำให้ยากต่อการวางแผนการใช้งบประมาณปีถัดไป เพราะขึ้นอยู่กับพิจารณาของ สปสช.

ในปี 2552 ยังเกิดปัญหาซ้ำเติมอีกครั้ง เมื่อกรมสรรพากรได้เรียกเก็บภาษีย้อนหลังกับทางคลินิกพร้อมสั่งปรับ รวมเป็นจำนวนเงินถึง 800,000 บาท โดยระบุว่าที่ผ่านมาจากคลินิกจ่ายภาษีในจำนวนที่ไม่ถูกต้องและผิดประเภท เรื่องนี้ผู้จัดการคลินิกอธิบายให้ฟังว่า เนื่องจากใน





ช่วงเริ่มต้นทำคลินิก ผู้ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นบุคลากรในระบบราชการ ไม่มีประสบการณ์ในการทำบัญชีและการเสียภาษี จึงได้ว่าจ้างคนภายนอกทำบัญชีให้ โดยไม่ทราบว่ามีการจัดทำถูกต้องหรือไม่

ดังนั้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ถือได้ว่าคลินิกประสบปัญหาทางการเงินมากที่สุด สิ่งที่ทำได้คือการขอผ่อนผันกับทางโรงพยาบาลคู่สัญญาในการจ่ายค่าส่งต่อรักษากรณีผู้ป่วยนอกออกไปก่อน พร้อมกันนี้ก็ได้อิงงบประมาณในปี 2552 มาใช้จ่ายล่วงหน้าก่อน และเชื่อว่าภายใน 1-2 ปีนี้ ปัญหาทางการเงินจะทุเลาลง มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ในการบริหารคงต้องประหยัดรายจ่ายเท่าที่ทำได้ เรียกว่าคงต้องรัดเข็มขัดอย่างมาก



เนื้องานแผนบริหารงบประมาณ

การวางแผนงบประมาณ ดูจะเป็นหัวใจหลักของการบริหารคลินิก เพราะสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอันดับแรกคือรายได้หลักของคลินิกที่มาจากงบประมาณรายหัวที่ได้รับจาก สปสช. ในแต่ละปีจะอยู่ที่ 5,000,000-6,000,000 บาท โดยไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นเทศบาล หรือ อบต. แม้ว่า อบต.จะมีงบดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐานอยู่ประมาณ 20 ล้านบาทก็ตาม เนื่องจากต้องนำมาใช้ในงานชุมชนหรือกรณีการเกิดโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก

สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินสดที่คลินิกชุมชนอบอุ่นของโคราช มีน้อยมาก แต่ละเดือนจะมีเพียง 1-2 รายเท่านั้น ดังนั้น

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการเกือบทั้งหมดจะอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“ผู้จัดการคลินิกบอกว่า เราจำเป็นต้องวางแผนการบริหารจัดการที่ดี โดยมีการตั้งบรายจ่ายเกินดุลไว้ล่วงหน้า เพื่อไม่ให้บัญชีติดลบ”

ค่าใช้จ่ายที่คลินิกต้องแบกรับ คือ เงินเดือนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกทั้งหมด จำนวน 14 คน แบ่งเป็นแพทย์ 1 คน เงินเดือน 50,000-60,000 บาท พยาบาลวิชาชีพ 4 คน เงินเดือน 10,000-30,000 บาท พยาบาลเทคนิค 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่ทำบัตร 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ 1 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ 1 คน และแม่บ้าน 1 คน โดยเงินเดือนเป็นสัดส่วนรายจ่ายที่มากที่สุด โดยในปี 2551 คิดเป็นร้อยละ 42.32

ค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยส่งต่อและผู้ป่วยที่ใช้บริการนอกหน่วยบริการ ซึ่งคลินิกต้องตามจ่าย อยู่ที่ประมาณ 100,000 บาทต่อเดือน โดยในปี 2551 คิดเป็นร้อยละ 21

รายจ่ายวัสดุใช้สอยต่าง ๆ และอื่น ๆ รวมถึงประกันสังคมและภาษี โดยทั่วไปจะอยู่ที่ร้อยละ 3-4 เท่านั้น แต่ในปี 2551 ค่าใช้จ่ายด้านภาษีพุ่งขึ้นไปถึงร้อยละ 24.2 เนื่องจากถูกสรรพากรจัดเก็บภาษีย้อนหลังพร้อมค่าปรับ ส่วนค่ายาเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงค่าห้องปฏิบัติการ ในปี 2551 อยู่ที่ร้อยละ 14.7

ค่าสาธารณูปโภค ค่าเช่าอาคาร สัดส่วนในปี 2551 อยู่ที่ร้อยละ 5 ค่าครุภัณฑ์สำนักงาน เครื่องมือแพทย์





ปี 2550-2551 อยู่ที่ร้อยละ 6 ในปี 2552 คาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 1 เนื่องจากในปี 2550 เป็นช่วงที่ย้ายคลินิก จึงมีค่าปรับปรุงซ่อมแซมและต่อเติม และรายจ่ายในการจัดอบรมพัฒนาบุคลากรในปี 2551 อยู่ที่ร้อยละ 2.60



กำหนดราคากลาง ส่งต่อผู้ป่วยนอก

ปัญหาค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ที่คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไม่มาก และไม่ได้เป็นภาระหนัก เช่นเดียวกับคลินิกในกทม. เนื่องจากในช่วงเริ่มต้นจัดตั้งคลินิกแห่งนี้ได้มีการทำข้อตกลงกับทางโรงพยาบาลคู่สัญญาซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ

กำหนดราคากลางเหมาจ่ายรายครั้งสำหรับค่ารักษาผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อจากคลินิกหรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ ไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยคณะกรรมการที่ดูแลงานด้านสาธารณสุขในจังหวัด และโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นผู้พิจารณากำหนดราคากลาง

แรกเริ่มกำหนดราคาเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อไว้ที่ 335 บาทต่อครั้ง แต่ปัจจุบันได้มีการปรับเพิ่มที่ 438.40 บาทต่อครั้ง ประกอบกับผู้ดำเนินการคลินิกต่างรู้จักคุ้นเคยกับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอย่างดี ทำให้สามารถพูดคุยปัญหา ตรวจสอบข้อมูลผู้ใช้บริการ และการเรียกเก็บค่ารักษาได้ว่าเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดหรือไม่

ที่สำคัญคือ ในรายที่ไม่ได้เป็นไปตามข้อตกลงของทางจังหวัด ทางคลินิกจะปฏิเสธการตามจ่าย เช่น กรณี

ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาโดยตรง ไม่ผ่านการส่งตัวจากคลินิก

ในปี 2550 และ 2551 คลินิกแห่งนี้ส่งต่อผู้ป่วย 569 และ 723 ครั้ง ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 5.23 และ 5.90 ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการยังคลินิก 10,894 ครั้ง และ 12,236 ครั้ง โดยในจำนวนนี้ทางโรงพยาบาลแม่ข่ายรับเป็นผู้ป่วยใน 10.20 ครั้ง และ 10.09 ครั้ง นอกนั้นเป็นผู้ป่วยนอกและคิดค่ารักษาจากทางคลินิก

แม้ว่าคลินิกจะมีค่าใช้จ่ายในการส่งต่อรายเดือนไปยังโรงพยาบาลที่รับส่งต่อไม่มาก เฉลี่ยอยู่ที่ 100,000 บาท ต่อเดือน แต่ในช่วง 9 เดือนแรกในปี 2551 คลินิกต้องขอติดหนี้โรงพยาบาลเป็นเงินประมาณ 600,000-700,000 บาท เนื่องจากติดปัญหาสภาพคล่องทางการเงินช่วงวิกฤติ จึงขอผ่อนผันการชำระหนี้กับโรงพยาบาลออกไปก่อน และทยอยจ่ายคืนในปีถัดไป

การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หากมีผู้ป่วยที่เข้ามาบริการด้วยโรคร้ายแรงเกินขีดความสามารถในการรักษา จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ใน กทม.

ผู้จัดการคลินิกบอกว่า ขณะนี้มีผู้ป่วย 2 รายจากคลินิกที่ถูกส่งต่อ โดยหนึ่งในนั้นเป็นนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยขอนแก่น ป่วยด้วยโรคมะเร็งในสมอง ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นประจำทุกเดือน

“เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงมากเฉลี่ยเฉพาะค่ายาเดือนละ 20,000 บาท เมื่อรวมค่าใช้จ่าย





ตามจ่ายผู้ป่วยรายนี้ที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ในปีนี้อยู่ที่เกือบ 200,000 บาทแล้ว

ส่วนอีกรายเป็นผู้ป่วยชายป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาฯ เช่นกัน ค่ารักษาที่คลินิกตามจ่ายครั้งแรกอยู่ที่ 18,500 บาท ครั้งต่อมาอยู่ที่ 30,000 บาท”

หากมีผู้ป่วยในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคลินิกอย่างมาก ดังนั้น สปสช. จึงควรมีวิธีบริหารจัดการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในกลุ่มผู้ป่วยนอกเหล่านี้



ประสานหน่วยบริการร่วม ลดค่าใช้จ่าย

จุดเด่นของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้ ที่แตกต่างจากคลินิกอื่น ๆ แม้แต่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาด้วยตัวเอง คือคลินิกประสานกับ “หน่วยบริการร่วม” ซึ่งเป็นรูปแบบที่ นพ.สำเริง แหยมกระโทก อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดวางระบบไว้ ทั้งในส่วนของร้านยา ห้องปฏิบัติการ และศูนย์ทันตกรรม เพื่อช่วยลดรายจ่าย

หลังดำเนินงานปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เพราะช่วยให้สถานพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก เนื่องจากไม่ต้องลงทุนทั้งเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และไม่ต้องจ่ายเงินเดือนที่สูงมากให้กับบุคลากรเฉพาะทาง ทั้งที่ยังอยู่ในภาวะขาดแคลนและหาคนทำงานได้ยาก

เช่น เกสัชกร เจ้าหน้าที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนั้นแล้วยังช่วยลดความยุ่งยากในการบริหารจัดการ โดยคลินิกทำหน้าที่เพียงแค่ตามจ่ายให้กับผู้ป่วยเท่านั้น

“ที่คลินิกไม่มีการตั้งจุดจ่ายยาให้กับผู้ป่วย แต่จะจ่ายยา

โดยร้านยาที่เป็นหน่วยบริการร่วม ซึ่งแนวคิดนี้ เกิดจาก คลินิกแห่งเดิมมีพื้นที่คับแคบมาก และบังเอิญมีร้านยาชุมชน ตั้งอยู่ใกล้เคียงถัดไปเพียง 1-2 ห้องแถว และยังมีเภสัชกร ประจำร้านยาอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากเป็นเจ้าของร้าน จึงได้ ชักชวนให้เป็นหน่วยบริการร่วมของทางคลินิก ทำหน้าที่จ่ายยา ตามใบสั่งแพทย์ให้กับผู้ป่วยบัตรทองของคลินิกโดยไม่คิดเงิน”

ทางคลินิกเป็นผู้ชำระค่ายาทั้งหมดเองในทุก ๆ สิ้นเดือน ตามกรอบข้อตกลงที่ทำร่วมกัน คือ ให้ร้านยาคิดค่ายาตาม ราคาทุน บวกค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 20 ซึ่งค่าจ่ายใน แต่ละเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 100,000 บาท

ช่วงแรกชาวบ้านเห็นก็แปลกใจ แต่เมื่อรับทราบเหตุผล แล้วก็ไม่ว่าอะไร แถมยังพอใจหลังรับบริการด้วยซ้ำ เพราะ ไม่แตกต่างจากการรับยาที่คลินิก สะดวกดี สำหรับร้านยา นอกจากมีรายได้จากรายได้จากชาวบ้านที่ซื้อยาเองแล้ว ยังมีรายได้จากการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย

ส่วนหน่วยบริการร่วมตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้จัดการ คลินิกบอกว่า ในช่วงแรกคลินิกได้ส่งตรวจที่โรงพยาบาล คู่สัญญา แต่มีปัญหาผลล่าช้า ต้องรอนานอย่างน้อย 3 วัน เนื่องจากมีคิวผู้ป่วยจำนวนมาก จึงมองหาห้องปฏิบัติการ ที่เป็นหน่วยบริการของภาคเอกชนแทนในการส่ง ตรวจทั้ง ผลเลือด น้ำตาลในเลือด เสมหะ ปัสสาวะของผู้ป่วยที่มาใช้ บริการคลินิก รวมถึงการเอ็กซเรย์และอื่น ๆ

ทางคลินิกจะคัดเลือกหน่วยบริการทางห้องปฏิบัติการที่ มีมาตรฐาน ทั้งในเรื่องวิธีการการตรวจ การส่งผลรวดเร็ว





และราคาไม่แพงมาก นำราคาไปเทียบเคียงกับค่าตรวจในโรงพยาบาลคู่สัญญา และต่อรองราคาจนเป็นที่น่าพอใจ อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจ่ายได้ โดยห้องปฏิบัติการจะมีเจ้าหน้าที่มาเก็บตัวอย่างที่คลินิกในเวลา 10.00 น. และ 14.00 น. ของทุกวัน พร้อมแจ้งผลผู้ป่วยทางแฟกซ์ ซึ่งสะดวกและรวดเร็ว

เช่นเดียวกับศูนย์ทันตกรรม เมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง ฟันและช่องปาก ทางคลินิกจะส่งตัวไปยังศูนย์ทันตกรรม สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเครือข่ายทำฟันของคลินิก โดยได้ทำข้อตกลงกันไว้แล้วเช่นกัน ให้คลินิกเป็นผู้ตามจ่ายค่ารักษา โดยมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 12,000 บาทต่อเดือน ซึ่งทั้งหมดจะจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยบริการร่วมทุก ๆ สิ้นเดือน

“การมีหน่วยบริการร่วมนั้น เดิมไม่รู้ว่ามีดี แต่พอทำไปก็ เห็นว่าดี และแก้ปัญหาทั้งเรื่องบุคลากรสาขาวิชาชีพสาธารณสุข ที่ขาดแคลน หาไม่ได้ การลงทุนอุปกรณ์ก็มีค่าใช้จ่ายสูง คิด แล้วทำแบบนี้ น่าจะดี แต่หน่วยบริการร่วมจะต้องทำข้อตกลง เกี่ยวกับการคิดค่าบริการให้ดีแต่ต้น ซึ่งจะไม่เป็นปัญหาตามมา” ผู้จัดการคลินิกชุมชนอบอุ่นกล่าว



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เข้า ถึงชาวบ้าน

ความสำเร็จของ
คลินิกแห่งนี้ อาจจะ
รวมไปถึงการออก
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน

เขตพื้นที่รับผิดชอบโดยจะมีพยาบาลออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย



ในช่วงบ่ายเป็นประจำทุกวันยกเว้นวันศุกร์ที่มีการประชุม ทีมประจำสัปดาห์เพื่อวางแผนการทำงานซึ่งจะมีทั้งการ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน การติดตามผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่ไม่มาพบแพทย์หรือรับยาที่คลินิก ตามนัด หรือการติดตามแม่และทารกหลังคลอด การเยี่ยม และดูแลผู้พิการ โดยจะแวะเวียนไปตามกำหนดระยะเวลา และตามภาวะโรคและอาการ

การส่งเสริมป้องกันโรค ผู้จัดการคลินิกอธิบายว่า ได้ จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุในชุมชน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีเป็นจำนวนมาก เช่น การจัด กิจกรรมออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2 วันที่คลินิก คือ วันอังคาร และพฤหัสบดี โดยมีผู้มีจิตอาสาออกนำออกกำลังกาย ทั้งไม้พลอง แอโรบิก ในแต่ละครั้งก็จะมีคนเข้าร่วมออกกำลังกาย 20- 30 คน





นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่รุกเข้าไปในชุมชนด้วย โดยชักชวนผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ให้หันมาออกกำลังกาย ซึ่งต้องมีการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการออกกำลังกายต่อเนื่อง เช่น การให้คะแนน และของขวัญ สำหรับคนที่มาร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง ตลอดจนการออกหน่วยบริการ เช่น การตรวจความดันโลหิต เพื่อดูอัตราความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมแนะนำในการดูแลตนเอง

ในกลุ่มเยาวชน นักศึกษา ทางคลินิกก็จะเข้าไปจัดกิจกรรมภายในสถาบันศึกษา เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ การรณรงค์เพื่อลดอุบัติเหตุ โดยมีการจัดคอนเสิร์ต การจัดนิทรรศการ ตอบคำถามชิงรางวัล เพื่อจูงใจให้เกิดความสนใจ เช่นเดียวกับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนสำหรับกลุ่มเด็ก ๆ เพื่อให้รู้จักการดูแลและป้องกันโรคแบบง่าย ๆ

ขณะเดียวกันในแต่ละปีทางคลินิกก็จะมีการจัดอบรมนอกสถานที่ โดยในกลุ่มผู้สูงอายุจะจัดอบรมที่อำเภอวังน้ำเขียว ซึ่งจะเป็นการแนะนำการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัย เพื่อเป็นการได้ผ่อนคลายกับอากาศที่ดี รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้จัดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการจัดอบรม อสม. และ อสม.รุ่นจิ๋ว เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพการทำงาน พร้อมสร้างความภูมิใจในฐานะที่เป็น อสม. ทำประโยชน์ให้กับชุมชน ซึ่งปัจจุบันเรามี อสม.ทั้งสิ้น 103 คน ที่ช่วยกันดูแลพื้นที่ 5 ชุมชน ถือเป็นส่วนสำคัญในการทำงานด้านสาธารณสุข

งบประมาณการดำเนินงานตามแผนการส่งเสริมป้องกันโรคนั้น จะถูกแยกจากงบประมาณรายหัว ซึ่งไม่โอนมาที่คลินิกโดยตรง แต่จะโอนไปยัง สสจ.นครราชสีมา ซึ่งทางคลินิกจะต้องจัดทำแผนงานเพื่อเสนอของบประมาณมาดำเนินการ มีการอนุมัติเป็นรายโครงการ เช่น โครงการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก โครงการควบคุมและป้องกันวัณโรค โครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ โครงการเฝ้าระวังอาหารเป็นพิษ แผนงานคัดกรองสุขภาพ เป็นต้น

โดยเฉลี่ยงบประมาณที่คลินิกได้รับเพื่อดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคจะอยู่ที่ 400,000 บาทต่อปี โดยในบางโครงการงบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ ทำให้คลินิกต้องใช้ความพยายามมากขึ้น



เปิดสาขา...กระจายความเสี่ยง

เมื่อกลับมาดูคลินิกชุมชนอบอุ่นอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งบริหารจัดการในลักษณะเครือข่าย โดยมีคลินิกสาขาแยกย่อยออกไป 5 แห่ง กระจายออกไปตามชุมชนเมืองหลัก บนทำเลที่มีประชากรอาศัยหนาแน่นของกรุงเทพฯ ไม่ว่าจะเป็นย่านบางเขน ตลาดปลาเค้า ถนนเพชรบุรี และจรัญสนิทวงศ์ แต่ทว่าคลินิกที่นี่จะต่างจากคลินิกอื่นตรงที่แต่ละสาขาจะตั้งเป็นบริษัทขึ้นมารองรับแยกต่างหากชัดเจน และมีนโยบายให้พนักงานร่วมถือหุ้นด้วย

จะว่าไปแล้วจุดเริ่มต้นของคลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งนี้คงไม่ต่างจากที่อื่นเท่าใดนัก เพราะผู้ก่อตั้งส่วนใหญ่เคยทำงานชุมชนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก่อน จึงนำประสบการณ์





ที่ได้มาตั้งเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น

เริ่มต้นร่วมกันทำเป็นหุ้นส่วนจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจในคลินิกแห่งแรก ซึ่งต่อมาจึงได้แยกออกมาจัดตั้งคลินิกของตนเองที่เขตดินแดง เปิดทำการเมื่อเดือนสิงหาคม 2548 ซึ่งขณะนั้นสามารถหาผู้ขึ้นทะเบียนได้กว่า 13,000 คน ทำให้ได้รับงบประมาณเดือนละ 6-7 ล้านบาท จาก สปสช.

และต่อมาในปี 2549 สปสช. ได้ดำเนินโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลภูมิพลฯ เพื่อแยกผู้ป่วยบางส่วนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขึ้นทะเบียนกับทางโรงพยาบาลออกมาให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิภายนอก ดังนั้นจึงมีการขยายจัดตั้งคลินิกเพิ่มอีก 2 แห่ง คือสาขาที่ย่านบางเขน แบ่งผู้ถือบัตรทองจากโรงพยาบาลภูมิพล 4,000 คน และ ที่สาขาถนนลาดปลาเค้า อีก 2,000 คน นอกนั้น ทางทีมงานต้องหาผู้ลงทะเบียนเพิ่มเองอีก 8,000 คน

หลังจากนั้นจึงได้มีการขยายคลินิกเพิ่มอีก 2 แห่ง คือ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เปิดทำการเมื่อเดือนสิงหาคม 2550 มีผู้ลงทะเบียนบัตรทอง 10,220 คน และที่ถนนจรัญสนิทวงศ์ โดยเปิดทำการเดือนกันยายน 2551 มีบัตรทอง 10,802 คน

ทั้งนี้ การเปิดคลินิกแห่งใหม่เพื่อบริการในพื้นที่อื่นเพิ่มเติม เป็นการนำกำไรและค่าใช้จ่ายที่เกิดในคลินิกใหม่มาช่วยเหลือเพิ่มให้คลินิกอื่น ๆ ในเครือข่าย ลดความเสี่ยงจากการขาดทุนของทุกคลินิกทั้งเครือข่าย ซึ่งได้เปรียบกว่าคลินิกที่เปิดขึ้นแบบเดี่ยว ๆ ที่ไม่สามารถหารายได้จากที่อื่น ๆ มาช่วยเหลือเพิ่มเติมรายได้

“เราเปิดที่จรัญสนิทวงศ์ เป็นคลินิกซึ่งเปิดดำเนินการล่าสุด สาเหตุที่เปิดเพิ่มเติมเพื่อเฉลี่ยรายได้และค่าใช้จ่ายกับคลินิก อีก 4 แห่งที่เปิดทำการก่อนหน้านี้ และพิจารณาแล้วเห็นว่า น่าจะสามารถหาผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันถ้วนหน้าแต่ยัง ไม่ได้ขึ้นทะเบียนได้ ทั้งยังเป็นพื้นที่คุ้นเคยกับชุมชนเพราะมี เจ้าหน้าที่ที่เคยผ่านงานในพื้นที่มาแล้ว นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ ต่อเนื่องกับเขตบริการของคลินิกอีก 4 แห่ง ทำให้สามารถวาง ระบบและจัดการบริหารร่วมกันได้สะดวก” ผู้บริหารคลินิกกล่าว



คลินิกโคมทาตุก้า “บัตรทอง” ยาก



การหาลูกค้าให้เข้ามาขึ้น ทะเบียนบัตรทองกับทางคลินิก นั้นถือเป็นส่วนสำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นรายได้หลักของธุรกิจ ด้านนี้ แต่ปัญหาของคลินิกแห่งนี้ เนื่องจากเป็นสาขาใหม่เปิด ทำการได้ไม่นานนัก

ปัญหาที่พบก็คือ ประชากรในพื้นที่บริการส่วนใหญ่จะขึ้น ทะเบียนบัตรทองกับหน่วยบริการอื่น ๆ อยู่ก่อนแล้วแทบทั้งสิ้น เพราะฉะนั้นการที่จะหาลูกค้าบัตรทองมาขึ้นทะเบียนรายใหม่ ค่อนข้างลำบาก

ต้องทำงานเชิงรุก เข้าหาชาวบ้านในชุมชนเอง เพราะคน ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนบัตรทองกันหมดแล้ว ทำให้คลินิกที่เปิด ใหม่ส่วนใหญ่จะได้แต่เฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อหรือถูก ย้ายมาจากคลินิกแห่งอื่น





ทำให้มีแนวโน้มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว หรือผู้ป่วยที่ต้องการส่งตัวไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้นทะเบียนกับคลินิกใหม่เหล่านี้มากขึ้น ซึ่งผิดหลักการรักษาแบบเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข กระทบต่อภาระทางการเงินในอนาคต

ดังนั้นหากตั้งรับในคลินิกเพียงอย่างเดียว ก็จะได้แต่ผู้ป่วยที่ต้องการส่งต่อเท่านั้น และหากปล่อยไว้ในที่สุดคลินิกก็จะไปไม่รอด เพราะภาระส่งต่อที่ต้องแบกรับมันหนักมาก

อย่างไรก็ตาม ทางคลินิกจึงแก้ปัญหาด้วยวิธีออกค้นหาผู้มีสิทธิในชุมชนเอง โดยมุ่งกลุ่มคนต่างจังหวัดที่เข้ามาทำงานใน กทม. เพราะเป็นกลุ่มผู้มีสิทธิที่ยังว่างอยู่ ไม่มีสถานพยาบาลรองรับ ซึ่งแถวย่านจรัญสนิทวงศ์ ขณะนี้มีจำนวนผู้มีสิทธิและมาขึ้นทะเบียนกับคลินิกได้ถึง 10,500 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นคนต่างจังหวัดเข้ามาทำงานใน กทม.ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย

เชื่อว่าเมื่อผ่านช่วงนี้ไปแล้ว แนวโน้มการเติบโตและการขยายตัวของคลินิกอบอุ่นน่าจะลดลง เพราะคลินิกที่รองรับผู้มีสิทธิมีจำนวนมากเพียงพอแล้ว แต่หากจะมีการเปิดคลินิกเพิ่ม น่ามาจากโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และจะเป็นคลินิกในรูปแบบเครือข่ายมากกว่า เพราะคลินิกเดียวจะประสบปัญหามากและไปไม่รอด

“ในขณะที่คลินิกเครือข่ายที่เปิดสาขาเพิ่ม อย่างเช่นที่เราทำอยู่นี้ ก็เพื่อกระจายความเสี่ยงและเฉลี่ยรายได้ในเชิงการบริหารเท่านั้น แต่ในระยะยาวนั้นหากปัญหายังเป็นเช่นนี้ก็ไม่ว่าคลินิกจะอยู่อย่างไร เพราะขณะนี้ที่ทำได้คือการพยายามลดต้นทุนเท่าที่ทำได้ ซึ่งต้องไม่กระทบต่อคุณภาพ

การรักษาและบริการ”

การเปิดขยายคลินิกเป็นเพียงแค่การจัดการเพื่อบริหารความเสี่ยง ไม่ใช่เปิดเพื่อกำไร แต่เปิดเพื่อให้คลินิกเกืออยู่รอดเท่านั้น

คลินิกที่อยู่ได้ในระบบ คือ คลินิกที่มีโรงพยาบาลเอกชนออกมาเปิดบริการหน่วยปฐมภูมิเอง และรับส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตนเอง เป็นเพียงแค่ย้ายเงินกระเป๋าซ้ายเข้ากระเป๋ายขวา อีกทั้งยังสามารถตั้งเบิกค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในกับทาง สปสช.เองได้ สร้างความเหลื่อมล้ำให้กับคลินิกด้วยกัน

ผู้บริหารคลินิกรายนี้ ยังบอกถึงทางออกของคลินิกเดี่ยวบางแห่งที่สามารถอยู่รอดได้นั้น ส่วนใหญ่จะมีการเพิ่มการบริการในรูปแบบการตลาดที่นอกเหนือจากบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. และเป็นบริการที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง

เช่น เสนอโปรแกรมการตรวจสุขภาพเพิ่ม รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ซึ่งคลินิกบางแห่งอาจมีรายได้ถึง 7,000 บาทต่อวัน



ปัญหาโยนผู้ป่วยส่งต่อให้คลินิกอื่น

ปัญหาผู้มารับบริการเพิ่มยังไม่เลวร้ายเท่ากับการผลักภาระผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้ไปรับบริการยังคลินิกแห่งอื่น ๆ และส่งต่อรักษาแทน

บรรดาคลินิกและโรงพยาบาลบางแห่งที่รับดูแลผู้ป่วย





นอกและรับงบประมาณจาก สปสช. จะใช้วิธีเลือกรับแต่คนที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไว้ เนื่องจากสถานพยาบาลเหล่านั้นไม่ต้องการรับภาระตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

เพราะปัจจุบันแม้ว่า สปสช. จะมีงบประมาณกลางสำหรับกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง แต่ก็ให้เบิกจ่ายเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อ ทั้งการการเจาะเลือด เอ็กซเรย์ เอ็มอาร์ไอ และอื่น ๆ โรงพยาบาลรับส่งต่อจะเรียกเก็บจากคลินิกที่ส่งต่อทั้งหมด

ก็ต้องยอมรับว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวสูงมาก เช่น เอ็มอาร์ไอ มีค่าใช้จ่าย 15,000 บาทต่อครั้ง ซึ่งหากมีคนไข้ลักษณะนี้ 10 รายต่อเดือน คลินิกเอกชนก็อยู่ไม่ได้แล้ว และขณะนี้เริ่มประสบปัญหาการโยนผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังจากคลินิกที่ปิด ความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น

สิ่งที่เกิดขึ้นถือเป็นการกระทำที่ผิดหลักการกระจายความเสี่ยงในการรักษาโรค

ผู้บริหารคลินิกย่านจรัญสนิทวงศ์ เล่าว่า ภายหลังเปิดทำการได้เพียง 2 เดือน ปรากฏว่า มีผู้ป่วยที่คลินิกต้องส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาถึง 200 ราย ซึ่งจากการซักถามผู้ป่วยพบว่า ล้วนเป็นผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลและคลินิกใกล้เคียง

โดยทั้งหมดถูกปฏิเสธที่จะส่งต่อเพื่อทำการรักษาจากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเดิม และยังแนะนำให้ผู้ป่วยโอนย้ายมายังคลินิกของเรา โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรออีก 3 เดือน จะมีคลินิกเปิดใหม่ส่งต่อไปโรงพยาบาลเป้าหมาย และให้

ไปยื่นเรื่องที่สำนักงานเขตไว้ ทั้งที่ผู้ป่วยหลายรายมีอาการหนักมากและต้องรักษาโดยเร็ว

ขณะที่ผู้ป่วยบางรายยอมกู้เงินนอกระบบดอกเบี้ยร้อยละ 20 นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายเอง และขอย้ายสิทธิมารักษาต่อที่คลินิกเราภายหลัง เพราะู้ค่ารักษาไม่ไหว

คลินิกในเครือข่ายทั้ง 5 สาขาของผู้บริหารท่านนี้ ต่างก็ประสบปัญหาเดียวกัน เพราะผู้ป่วยที่มารับการรักษา เมื่อเห็นว่ามีบริการดีก็จะบอกต่อ ๆ กันไป ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยขอโอนสิทธิ์เพื่อมารับการรักษาเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งสิ้น เนื่องจากต่างไม่ได้รับความสะดวกจากสถานพยาบาลแห่งเดิม

เช่น ให้บริการล่าช้า ปล่อยให้รอคอยการตรวจนานหลายชั่วโมง รอรับยาอีก 2 ชั่วโมง ไม่ส่งต่อผู้ป่วยแม้ในกรณีที่เป็น

ผู้บริหารคลินิกรายนี้วิเคราะห์ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากช่องว่างที่ สปสช. ที่เปิดให้ผู้มีสิทธิใน กทม.สามารถย้ายสถานพยาบาลได้ปีละ 2 ครั้ง และกำหนดให้แต่ละคลินิกมีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนบัตรทอง 12,000 คนต่อแห่ง

แต่กำหนดให้คลินิกเป็นผู้หาคนยื่นคำร้องเอง 10,500 คนที่เหลืออีก 1,500 คน จะเปิดว่างไว้ที่สำนักงานเขต เพื่อรองรับการโอนย้ายสิทธิ ซึ่งทำให้เป็นปัญหาและเป็นภาระต่อคลินิกที่รับโอนสิทธิอย่างมาก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงและถูกโยนมาจากคลินิกแห่งอื่น

แม้ว่าที่ผ่านมากlinikได้เคยร้องเรียนต่อ สปสช. แล้ว





แต่เรื่องนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากที่ถูกคลินิกที่ขาดความรับผิดชอบ บังคับให้ผู้ป่วยไปรับบริการคลินิกแห่งอื่นแทน ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นที่มีความรับผิดชอบ และให้บริการที่มีคุณภาพต้องปิดตัวลงในที่สุด

“เรามีคนไข้เรื้อรังที่ถูกโยนมาที่คลินิกเราเยอะมากเพื่อให้เราส่งต่อ ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ขอย้ายสิทธิจากต่างจังหวัดโดยย้ายทะเบียนบ้านมาที่บ้านญาติเพื่อขอรับสิทธิรักษาฟรีในโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในกทม. แม้ว่าโรงพยาบาลในพื้นที่จะสามารถรักษาได้ก็ตาม และเมื่อรักษาเสร็จก็ขอย้ายสิทธิกลับจังหวัดบ้านเกิด

ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้คลินิกมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อโรงพยาบาลมาก ค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งต่อจึงสูง คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายคลินิกทั้งหมด”



ระบบส่งต่อล้มเหลวปิดช่องทำผิด

ปัญหาที่เกิดขึ้น สปสช. ต้องเร่งออกมาตรการเพื่อมาแก้ปัญหาทันที ไม่เช่นนั้นคลินิกที่ให้บริการที่ดี มีคุณภาพ และปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน จะแบกรับภาระค่าส่งต่อไม่ไหวจนต้องเลิกกิจการไปในที่สุด เนื่องจากเป็นหนี้โรงพยาบาลคู่สัญญา

ในขณะที่คลินิกที่ขาดความรับผิดชอบและสร้างปัญหาจะเป็นคลินิกที่อยู่รอดได้ในระบบ และหากสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนี้จะส่งผลเสียต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต กทม. และเมืองใหญ่ อย่างแน่นอน

ผู้บริหารคลินิกบอกว่า ขณะนี้เฉพาะที่สาขาใหม่มีหนี้ที่

ค้างอยู่ที่โรงพยาบาลคู่สัญญาของรัฐถึง 600,000 บาท และโรงพยาบาลเอกชนอีก 500,000 บาท ส่วนที่โรงพยาบาลอีกแห่งขณะนี้ยังไม่มี การเรียกเก็บแต่อย่างใด หลังส่งต่อไปถึง 200 ราย

ผู้ป่วยที่มารับบริการในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีผู้ป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวนมาก บางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 5-6 ของจำนวนผู้มารับการรักษา หรือประมาณ 500-600 รายจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษา 10,000 ราย

ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผู้ป่วยหลายรายต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางติดตามรักษาอย่างใกล้ชิดประมาณ 2 เดือนต่อครั้ง ซึ่งค่ารักษาสำหรับการส่งต่อแต่ละครั้งอยู่ที่ประมาณ 2,000 บาทต่อราย

ในอนาคตผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คลินิกก็จะต้องแบกรับภาระค่ารักษาเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และที่สำคัญจะเกิดปัญหาคลินิกโยนผู้ป่วยมากขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทาง สปสช. จะมิงบประมาณเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยในกลุ่ม 6 โรคร้ายที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจโดยเพิ่มให้ 50 บาทต่อรายต่อ 6 เดือน ถือว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก และไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

ผู้บริหารคลินิกรายนี้ยังบอกด้วยว่า การที่ สปสช.กำหนดว่า “อาการฉุกเฉิน” ในการเข้ารับบริการ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้พิจารณาว่า ฉุกเฉินหรือไม่ ทำให้มีผู้ป่วยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลนอกเวลาทำการมากขึ้น ส่งผลให้คลินิกมีภาระตามจ่ายค่ารักษามากตามไปด้วย ซึ่งทางคลินิกกำลังหาวิธีว่า ปัญหาที่





เกิดขึ้นจะทำอย่างไร

เช่นเดียวกับปัญหาภายหลังการสั่งยกเลิกการจัดเก็บเงินร่วมจ่าย 30 บาท ทำให้มีผู้มาขอรับบริการรักษาโดยไม่จำเป็นมากขึ้น เช่น มาเป็นเพื่อนผู้ป่วย แต่ก็ขอเข้ารับการรักษาด้วย และบางรายยังขาดความรับผิดชอบ จ่ายยาไปแล้วทำหายมาขอรับยาใหม่ หรือนำยาไปให้กับเพื่อนบ้าน แต่หากมีการจัดเก็บ 30 บาท จะทำให้ผู้มาใช้บริการรู้สึกมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น



๒. สปสช. กำหนดราคากลาง

ปัจจุบันค่ารักษาในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นแม่ข่ายมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยส่งต่อโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจาก สปสช. ไม่มีการกำหนดราคากลางที่เป็นมาตรฐานสำหรับค่ารักษาผู้ป่วยนอก เพียงแต่กำหนดเฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า การบริหารจะมุ่งเน้นกำไร

ผู้บริหารคลินิกยกตัวอย่างให้ดูว่า อย่างเช่นการเอ็กซเรย์โรงพยาบาลภาครัฐจะเรียกเก็บเพียงแค่ 600 บาทต่อครั้งเท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนจะเรียกเก็บเต็มที่ถึง 1,500 บาทต่อครั้ง ส่วนค่าล้างไต ซึ่งทาง สปสช. กำหนดราคา 1,500 บาท แต่เมื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชน ปัจจุบันจะอยู่ที่ 3,000 บาท จากเดิมกำหนดไว้ที่ราคา 2,000 บาท ส่วนต่างราคาที่เกินจะเรียกเก็บจากคลินิกเช่นกัน นอกจากนี้ ทันทีที่ส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจะมีการเก็บค่าธรรมเนียมใน

การเข้ารับบริการอีก 340 บาท

เมื่อคลินิกส่งผู้ป่วยนอกไปรักษายังโรงพยาบาลเอกชน หากเรียกเก็บค่ารักษาอะไรได้จะเก็บไปก่อน ทำให้คลินิกต้องตรวจสอบภายหลังก่อนเคลียร์บิล เช่น กรณีการเจาะเลือด ผู้ป่วยลูคีเมีย สปสช. กำหนดอยู่ในโปรแกรมรักษาเบิกจ่าย จากงบประมาณกลางได้ทั้งหมด แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาล ส่งต่อกลับเรียกเก็บค่าเจาะเลือดผู้ป่วยกลุ่มนี้จากคลินิก ด้วย ซึ่งที่ผ่านมาทางคลินิกไม่เคยทราบ จึงได้จ่ายให้กับ โรงพยาบาลไป

เช่นเดียวกับการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่ง สปสช. กำหนด ให้สิทธิประโยชน์ในการติดตามหลังการผ่าตัด 1 ปี แต่ก็กลับ มีการเรียกเก็บค่าตรวจจากคลินิกหรือผู้ป่วยรวมถึงกรณีการ จ่ายยาต้านไวรัสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นนโยบายในการให้ ยาฟรี แต่ก็มีมีการเรียกเก็บเงินเช่นกัน

เรื่องนี้ผู้บริหารคลินิกบอกว่า ไม่อยากมองในแง่ร้าย แต่ สิ่งที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะความไม่รู้ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เอง และขณะนี้ไม่ทราบว่า จำนวนเงินที่คลินิกจ่ายไปแล้ว ในกรณีข้างต้นเป็นเวลาปีกว่าจะทำอย่างไร

อีกทั้งยังพบว่า มีการแยกการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยในมา รับบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพื่อสามารถเบิกจ่ายกับ คลินิกโดยตรง ทั้งที่ควรให้การรักษาในขณะที่เข้ารับรักษาเป็น ผู้ป่วยใน อย่างการเจาะเลือด หรือเอ็มอาร์ไอก่อนการผ่าตัด ซึ่งควรเบิกจากงบประมาณกลางในส่วนโรคค่าใช้จ่ายสูงจาก สปสช. โดยตรง

ซึ่งตั้งข้อสังเกตว่า เมื่อมีการจัดเก็บค่าบริการจากคลินิก





แล้ว จะมีการเบิกจ่ายจากงบประมาณกลาง สปสช. ด้วยหรือไม่

ขณะที่การจัดเก็บค่ารักษาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐนั้นจะไม่เป็นปัญหา มีความเหมาะสมทั้งการให้การรักษาและราคาค่าใช้จ่าย แต่ปัญหาที่พบคือ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการมาก อีกทั้งคลินิกหลายแห่งเลือกที่จะส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลเหล่านั้น

และจากที่มีผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาก ทำให้คิวรับการตรวจรักษาค่อนข้างยาว เท่าที่ทราบขณะนี้ทางโรงพยาบาลรัฐบางแห่งเริ่มปฏิเสธรับส่งต่อผู้ป่วยแล้ว

ส่วนโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่นั้น พบว่ามีการบวกค่าแล็บเพื่อทำวิจัยด้วย เช่น การเจาะตรวจเลือดเพื่อทำวิจัย เป็นต้น ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่แตกต่างกับเอกชน แต่ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของคลินิก ที่เห็นว่าเป็นโรงพยาบาลรัฐเหมือนกัน ค่าใช้จ่ายน่าจะใกล้เคียงกัน

ปัญหาดังกล่าวเป็นการผลกระทบค่าใช้จ่ายให้กับคลินิก โดยหลายครั้งทำให้คลินิกมีต้นทุนมากขึ้น ทั้งที่เป็นการทำวิจัยเป็นการศึกษาของโรงเรียนแพทย์เอง และเมื่อทางคลินิกได้หักหักทวงไป กลับได้รับการยืนยันความจำเป็นในการเจาะเลือดตรวจ



“รวมกันเรารอด แยกกันตายหมู่”

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้คลินิกจำเป็นต้องปรับรูปแบบ การบริหารจัดการใหม่ โดยต้องรวมการบริหารจัดการเป็นลักษณะเครือข่าย เพราะต้องบริหารงบประมาณที่มีจำกัด ตัวอย่างเช่น

ในขณะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้นทุกปี คลินิกแห่งหนึ่งได้งบประมาณรายหัวจาก สปสช. 666.96 บาทต่อคนต่อปี จากจำนวนประชากร 10,500 คน หรือประมาณ 7,000,000 บาท ถือเป็นรายได้หลัก ส่วนผู้ป่วยเงินสดมีน้อยมาก เพียง 7,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่ผู้ป่วยในประกันสังคมนั้นไม่มี

เช่น การใช้เจ้าหน้าที่ชุดเดียวเพื่อเข้าไปยังชุมชนหาผู้สมัครในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 5 แห่ง การจัดใช้อุปกรณ์เครื่องใช้สำนักงานรวม การรวมจัดซื้อทั้งอุปกรณ์สำนักงานและยาเพื่อให้ได้ราคาที่ถูกลง แต่การขอลดราคายานี้ก็ทำได้ไม่มาก เพราะแม้ว่าคลินิกจะอยู่ในเครือข่ายเดียวกัน แต่มีการแยกชื่อคลินิก ทำให้บริษัทยาต้องเปิดบิลแยกคลินิกแต่ละแห่ง ยอดการสั่งซื้อจึงดูไม่มาก

แม้จะมีการบริหารจัดการร่วมกัน แต่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ไม่มากเพียงร้อยละ 3-5 เนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะจัดส่งต่อผู้ป่วยถึงร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งคลินิก นอกจากนี้ยังเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนบุคลากรอีกร้อยละ 40 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 20 เป็นค่าบริหารจัดการ เช่น ค่าเช่าอาคาร ค่าน้ำค่าไฟ ค่าทำบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิ

“แต่เดิม สปสช. เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการทำบัตรผู้มีสิทธิให้แก่คลินิก แต่ปัจจุบันเป็นภาระคลินิกที่ต้องดำเนินการ และค่าจัดทำบัญชี ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายคลินิกต่อเดือนจะอยู่ที่ 400,000 บาทต่อแห่ง ในขณะที่กำไรเฉลี่ยคลินิกแต่ละแห่งจะอยู่ประมาณร้อยละ 5 ของรายได้เท่านั้น” ผู้บริหารคลินิกรายเดิมกล่าว พร้อมแจกแจงค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรว่า เราจ้างแพทย์ประจำ 1 คน อัตราเงินเดือน 85,000 บาท พยาบาล 2 คน



อัตราเงินเดือน 22,000 บาท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน
เงินเดือน 10,000 บาท

ส่วนเภสัชกร 1 ตำแหน่งนั้น ไม่สามารถหาประจำได้
และมีเงินเดือนแพงมาก อีกทั้งพยาบาลสามารถจัดยาให้
ผู้ป่วยแทนได้ ดังนั้น จึงว่าจ้างเป็นการเฉพาะในกรณีตรวจ
สต็อกยาเท่านั้น





บทที่ 5

เรียนรู้ ผู้ใช้บริการ

จากการประเมินคลินิกชุมชนอบอุ่นหลายแห่งทั้งใน กทม. และต่างจังหวัดพบว่า การดำเนินงาน “คลินิกชุมชน อบอุ่น” ที่มีลักษณะเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ต้องลงพื้นที่ดูแลชาวบ้าน ยังเข้าถึงชุมชนได้ไม่มากนัก โดย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานชุมชนในคลินิกบางแห่งให้ความเห็น ว่า เนื่องจากชาวบ้านหลายคนยังไม่เข้าใจการทำงานส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค สนใจแค่ว่ามียาหรือเวชภัณฑ์มา แจกหรือไม่ ถ้าไม่มีก็ไม่สนใจ

เจ้าของคลินิกแห่งหนึ่งบอกว่า แม้ว่าจะมีบริการตรวจ



วัดความดัน ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรค แต่ก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือในการรับฟังเท่าที่ควร เพราะคนไข้จะมองว่าเป็นเรื่องเสียเวลา

ดังนั้นที่ผ่านมามีการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนจึงต้องผ่านไปทางผู้นำชุมชนเป็นผู้ประสาน และกลุ่มแม่บ้านที่เป็น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) เป็นผู้พาลงพื้นที่ ซึ่งเมื่อมี อสม.ร่วมเดินทางไปด้วย ปัญหาการเข้าถึงชุมชนก็จะลดลง ชาวบ้านจะรู้สึกไวใจเพราะมีคนคุ้นเคยที่รู้จัก ต่างจากที่มีแต่เฉพาะพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นคนแปลกหน้า ทำให้เกิดความระแวง

“ปัญหาที่พบคือ บางชุมชนค่อนข้างระแวง ไม่ไวใจ ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือใด ๆ เช่น พอถามหาเลข 13 หลัก เพื่อนำมาบันทึกเป็นข้อมูลการออกเยี่ยมบ้านเพื่อส่งให้ สปสช. ประเมินผล ก็มักจะถูกถามว่า จะเอาไปทำอะไร และประชาชนส่วนใหญ่ก็จะไม่ยอมให้ เพราะคิดว่าเราเป็นพนักงานขายมาทำการตลาด หรือกลัวว่าจะมาหลอกอะไรหรือไม่”



คลินิกชุมชนอบอุ่นช่วยลูกพิการ

นางพะงา อายุ 61 ปี หนึ่งในชาวบ้านที่เจ้าหน้าที่คลินิกฯ แห่งหนึ่งเข้าเยี่ยมบ้าน เล่าว่า มีลูกชายชื่อ นายปรีชา อายุ 30 ปี เป็นลูกคนเล็ก ซึ่งพิการออทิสติกส์ ไม่อยู่นิ่ง เวลาโกรธจะอารมณ์ร้าย ชอบทำร้ายตัวเอง และพูดไม่ได้ บางครั้งน้ำลายไหลตลอดเวลา ต้องกินยาตลอด

“เพิ่งย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชนมหาชัย-อุดมพร โดยมาเช่าห้องแถวอยู่เมื่อช่วงต้นเดือนธันวาคม ซึ่งก่อนหน้านี้อยู่พื้นที่ชุมชนโชคชัยมาก่อน และเมื่อมาอยู่ที่นี่ก็มี อสม.ที่เป็นเพื่อนบ้าน คอยให้ความช่วยเหลือ อย่างเช่นมาถามเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งนายปรีชามีบัตรผู้พิการอยู่แล้ว แต่ต้องเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาเดือนละครึ่ง ส่วนตนก็มีสิทธิบัตรทองแต่อยู่ในพื้นที่เดิมและคงต้องย้ายสิทธิมาที่คลินิกหลังจากนี้

นอกจากนี้ อสม. ยังช่วยพาเจ้าหน้าที่จากคลินิกชุมชนอบอุ่นมาคอยดูแลเรื่องสิทธิการรับความช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลให้ เช่น เงินผู้สูงอายุ ที่มาขอเอกสารหลักฐานเพื่อนำไปดำเนินการขอใช้สิทธิ



อสม.ทำงานด้วยจิตอาสา

นส.สมนึก อายุ 34 ปี อสม.เขตมหาชัย-อุดมพร โคราช เล่าว่าเริ่มเข้าเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ตั้งแต่ปี 2548 เมื่อมีเจ้าหน้าที่จากคลินิกชุมชนอบอุ่นลงมาที่ชุมชนเป็นประจำ พอลงมาแต่ละครั้งก็จะพาไปดูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ทั้งก่อนและหลังคลอด ผู้พิการ





ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้บ้าน เพื่อติดตามอาการป่วย และช่วยเหลือ หรือแม้แต่ที่บ้านเอง ก็มีแม่ อายุ 60 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีบัตรทองขึ้นทะเบียนที่คลินิก ต้องไปหาหมอตามนัด

วันไหนที่แม่ไม่ได้ไปตามที่หมอนัดไว้ เจ้าหน้าที่คลินิกจึงแวะมาหา และขอดูยาที่เหลือว่าหมดหรือไม่ กินยาตามที่หมอสั่งรีเปลา และจะคอยดูน้ำหนักตัวว่าเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ หากมีน้ำหนักมากไปก็จะขอให้ช่วยควบคุมอาหาร ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี

“การที่เราเป็น อสม. บางครั้งบอกอะไรแม่ก็ไม่ทำตาม แต่ถ้าหากเป็นหมอ เป็นพยาบาล ก็จะเชื่อและทำ เพราะเกรงใจที่พยาบาลต้องมาคอยตาม หรือหากไม่มีอะไรก็จะแวะเวียนมาถาม” สมนึก กล่าว

สำหรับ อสม. จะมีการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ทางคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อดูว่าในชุมชนมีปัญหาอะไรบ้าง มีโรคระบาดอะไรเกิดขึ้นใหม่ และขอให้ช่วยกันติดตามอย่างกรณีโรคไข้เลือดออก ก็จะมีการระดม อสม. ลงพื้นที่เพื่อตรวจลูกน้ำยุงลาย ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ขณะเดียวกันหากพื้นที่ไหนมีปัญหายุงชุมทางคลินิกก็จะประสานให้เทศบาลลงมาพ่นยาฆ่ายุงให้



ระดม อสม. สนับสนุนงานพื้นที่

นางพรชิตา พยาบาลประจำคลินิกชุมชน ซึ่งรับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมป้องกันโรค ได้อธิบายถึงงานเยี่ยมบ้านและงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ทางคลินิก

ดำเนินการว่า เราจะดูแลประชากรทุกคนในพื้นที่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ เฉพาะพยาบาลคลินิก 3 คน ที่รับผิดชอบคงดูแลและสอดส่องไม่ถึง ดังนั้นจำเป็นต้องให้ อสม. ที่เป็นคนในชุมชนกันเองช่วย เพราะจะเข้าถึงพื้นที่มากกว่า และทราบดีว่าในชุมชนมีใครป่วย ใครตั้งครรภ์ หรือเจ็บป่วยเป็นอะไรบ้าง

ในกรณีคนท้องนั้น ถึงไม่ฝากท้องกับคลินิก เราก็ต้องทราบว่ามีการฝากท้องแล้วหรือยัง เพราะบางคนเลือกฝากท้องพิเศษกับหมอในโรงพยาบาล แต่เมื่อหลังคลอดแล้วยังต้องติดตาม เพื่อดูว่าแม่และเด็กมีปัญหาอะไรหรือไม่

เช่นเดียวกับการติดตามผู้ป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดในสมองตีบ ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยเหล่านี้จะมารับการตรวจเป็นประจำที่คลินิกเดือนละครั้ง พร้อมรับยา แต่หากมีผู้ป่วยรายใดไม่มาตามนัด เป็นหน้าที่ของพยาบาลต้องออกติดตามผู้ป่วยในชุมชน

เบื้องต้นจะโทรศัพท์ไปหาและพูดคุยกัน แต่หากผู้ป่วยยังไม่มาตามนัดอีก จะต้องตามไปเยี่ยมถึงบ้านว่าสาเหตุใดจึงไม่มาตามนัด ซึ่งจากการลงพื้นที่แล้วพบว่า สาเหตุที่มาตามนัดไม่ได้ อย่างเช่น ไม่มีคนพามา เป็นต้น อย่างไรก็ตามก็ตามผู้ป่วยบางรายที่ทราบดีว่าตัวเองป่วย มีน้ำตาลขึ้นสูงถึง 400 แต่เมื่อไม่มีอาการป่วยปรากฏ จึงคือที่จะไม่มาหาหมอ คิดว่าไม่เป็นไร

“เราต้องคอยติดตามและลงไปเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ เพื่อให้เกิดผลทางจิตวิทยาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกรงใจพยาบาล เกรงใจ





หมอ อายเพื่อนบ้านที่หมอต้องมาตาม จนต้องมาคลินิกเอง ตามที่แพทย์นัดไว้”

ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ผู้พิการที่เคลื่อนไหวไม่ได้ต้อง ทำกายภาพบำบัด รวมถึงหญิงและทารกหลังคลอด จะต้อง มีการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ เพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด โดยใน ส่วนของผู้พิการ นางพรชิตา บอกว่า จะมีการแนะนำญาติให้ ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นอัมพาต ด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ แต่มีภรรยาเป็น อสม. ซึ่ง เข้าใจภาวะโรคและทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนขณะนี้ผู้ป่วยรายดังกล่าวสามารถเดินและมารับยาที่คลินิกเองได้

“ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะโรครุนแรงรักษาไม่หาย โดยญาติ นำกลับมารักษาที่บ้าน ซึ่งบางรายนอนป่วยขยับไม่ได้ มี ปัญหาเรื่องขับถ่าย แต่เมื่อพยาบาลช่วยใส่สายปัสสาวะ ให้ทางญาติ ๆ ก็รู้สึกดี เพราะเรามาช่วย ก่อให้เกิดความ ผูกพันและความเข้าใจที่ดีต่อกัน ทำให้การทำงานของทีม พยาบาลง่ายขึ้น” นางพรชิตา กล่าว

ในส่วนของงานเยี่ยมบ้านทั่ว ๆ ไป ที่ไม่มีผู้ป่วย ทางทีม พยาบาลจะเข้าเยี่ยมให้ได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยใช้วิธี ระดม อสม. หรือที่เรียกว่า อสม.ลงแขก โดยแบ่ง อสม. ออกเป็นกลุ่ม ๆ และแยกกันออกเยี่ยมตามบ้าน ตามชุมชน แต่ละแห่ง ซึ่งในปี 2551 ที่ผ่านมา ทางทีมพยาบาลและ อสม.ได้เยี่ยมครบทุกบ้านแล้ว ถือว่าสำเร็จตามเป้าหมาย

การเยี่ยมบ้านนั้นจะดูในทุกเรื่อง เช่น การตรวจหาลูกน้ำ ยุงลาย การดูภาวะโรคระบาดว่ามีใครป่วยอย่างไรหรือไม่ การ ดูวัคซีนที่เด็กได้รับครบหรือไม่ ซึ่งพยายามดูให้ครอบคลุม

มากที่สุด แต่ยอมรับว่ามีบางบ้านที่ยังเข้าไม่ถึง ส่วนใหญ่
เป็นบ้านคนมีฐานะที่เห็นว่าดูแลกันเองได้

“การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน เยี่ยมผู้ป่วยนั้น จะต้องมีความบาล
ลงไปด้วยในบางครั้งเพื่อให้ชาวบ้านคุ้นหน้าคุ้นตากัน เป็นการ
สร้างความสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้การทำงานในชุมชนราบรื่นเพราะ
ชาวบ้านรู้จักเรา ได้รับความร่วมมือ เรียกว่าเป็นการโยง
คลินิกเข้าหาชุมชน ในขณะที่เดียวกันเมื่อเวลาชาวบ้านป่วยก็
จะไปหาเราที่คลินิก เวลาเห็นเราก็จะรู้สึกสบายใจ”

เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังทำงานเยี่ยมบ้านในชุมชน
เมื่อหลายปีก่อนหน้านี้ ขณะนี้เริ่มเห็นผล เพราะชาวบ้าน
เริ่มเข้าใจในสิ่งที่เราทำ เป็นเพราะเราทำด้วยเจตนาที่ดี ทำ
ประโยชน์ให้

อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่จะเข้ามาทำงานในเชิงรุกแบบ
นี้นั้นมีน้อยมาก ต้องเป็นคนที่มีความเข้าใจ ดูแลได้ทั้งสุขภาพ
กายและสุขภาพจิต แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาค่าตอบแทน
ซึ่งน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน โดยได้เท่ากับ
พยาบาลที่ทำงานในคลินิก จึงเห็นว่าควรมีการเพิ่มเติมค่า
ตอบแทนพิเศษให้กับคนทำงานตรงนี้ด้วย เนื่องจากการทำ
งานในชุมชนค่อนข้างหนักและยากลำบากกว่า
การทำงานในคลินิก



อสช.ในพื้นที่ทุนงานคลินิกอสุย

นางชอบอายุ 71 ปี อาสาสมัครสาธารณสุข
(อสช.) ศูนย์ฯ 42 ถนนมทองสีมา เป็น
ผู้นำทีมพยาบาลของคลินิกชุมชนอบอุ่น ใน



การลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน กล่าวว่าเดิมตนทำงานเป็นอาสาสมัครในพื้นที่อยู่แล้ว เนื่องจากสามีเป็นประธานชุมชน ซึ่งในช่วงที่มีการเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ช่วยนำบัตรทองมาแจก และให้ชาวบ้านขึ้นทะเบียนรับสิทธิรักษาพยาบาล

โดยตนรู้จักกับคุณหมอเจ้าของคลินิกตั้งแต่สมัยที่คุณหมอทำงานอยู่โรงพยาบาลพระราม 2 จนกระทั่งออกมาจัดตั้งคลินิกเพื่อบริการรักษาพยาบาลเอง ซึ่งเมื่อมีการทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยการออกเยี่ยมบ้านและเยี่ยมผู้ป่วย ก็ได้เข้าร่วมงานด้วย เพราะปกติเราก็คืออยู่บ้านเฉย ๆ เป็นแม่บ้าน ก็เลยอยากทำประโยชน์ให้ชุมชน

“เราจะคอยดูว่า ในพื้นที่เรามีบ้านไหนที่มีคนป่วยหรือไม่ ข้อมูลเหล่านี้จะทราบจากเพื่อนบ้าน คนรู้จักที่บอกต่อ ๆ กันมา และเมื่อหมอลงพื้นที่มาตรวจ หรือส่งทีมพยาบาลมา ก็จะเป็นคนพาหมอไปยังบ้านผู้ป่วยหลังดังกล่าว เพื่อดูผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร ไม่ว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิรักษาในระบบใด ซึ่งในแต่ละปีก็จะมีทีมลงมาเยี่ยมผู้ป่วยหลายครั้ง สร้างความคุ้นเคย จนเป็นที่รู้จักกัน ขณะที่ทางผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวก็อยากให้หมอ และทีมพยาบาลมาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ”

นางชอบ บอกอีกว่า นอกจากในฐานะ อสช. แล้ว ยังต้องช่วยรณรงค์ให้ความรู้ชาวบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเราจะได้รับการอบรมจากพยาบาลและหมอ เพื่อที่จะนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปแนะนำชาวบ้านอีกทีหนึ่ง ถือเป็นงานที่สนุก เช่น การควบคุมอาหาร ไม่ให้หวาน มัน

เค็ม ที่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจน
การใช้ความดันโลหิต

นอกจากนี้ยังได้นำออกกำลังกายเดิมเป็นการเดิน
แอโรบิก และขณะนี้เริ่มรำไทเก็กแทน เนื่องจากอายุที่เพิ่ม
ขึ้น สำหรับในพื้นที่นี้มี อสช.อยู่ประมาณ 6-7 คน ก็จะแบ่ง
งานเดินสำรวจบ้าน



“ต้องใส่ใจชาวบ้าน คลินิกจึงอยู่ยาว”

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจากคลินิกชุมชน
อบอุ่น สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานของคลินิกชุมชนอบอุ่น
สามารถตอบโจทย์ในทุกระดับของระบบการรักษาปฐมภูมิได้
เป็นอย่างดี แม้บางครั้งการทำงานอาจจะมีปัญหาอุปสรรค
อยู่บ้างก็ตาม ทว่าจุดเริ่มต้นการเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ไม่ได้
อยู่ที่การรักษาดีหรือไม่ดี แต่อยู่ที่การใส่ใจของประชาชนใน
ชุมชนนั้นเป็นสำคัญ

อย่างกรณีของ นายวีรพล อายุ 28 ปี ซึ่งเป็นอัมพาต
พิการ เดินไม่ได้ สาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุขี่จักรยานยนต์ชน
ท้ายกระบะเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ใช้สิทธิรักษาพยาบาลในระบบ
ประกันสังคมที่โรงพยาบาลบางมดและภายหลังขอย้ายสิทธิ
การรักษาที่คลินิกชุมชนอบอุ่นแห่งหนึ่งย่านบางขุนเทียน

“ผมนอนไอซียูเป็นอาทิตย์ เพราะบาดเจ็บสาหัส กระดูก
ต้นคอแตก ร่างกายทรงตัวไม่ได้ ต้องนอนเฉย ๆ อยู่บน
เตียงเป็นปี แม้ว่าจะผ่าตัดอยู่หลายครั้ง แต่ก็ไม่ได้ดีขึ้น กลายเป็น
อัมพาต ตอนนั้นผมไม่สบายใจขึ้นสูงถึง 40 องศา นอน
อึดเป็นกู่ คุณหมอมานอนที่บ้าน ก็เห็นสภาพเรา จึงเข้า





มาช่วยดูแลส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะต้องคว้านเนื้อที่เน่าออกก่อน

จากนั้นก็ส่งพยาบาลเข้ามาดูแลผมที่บ้าน ช่วยดูแลและล้างแผลให้ ให้คำแนะนำคนที่บ้านถึงวิธีดูแล และช่วยทำกายภาพบำบัดให้ เรียกว่าช่วยให้กำลังใจและคุยเล่นกับเราตลอด

“ช่วงแรกที่เราว่าเรารักษาไม่ได้กลายเป็นคนพิการไปแล้วก็จะพาล ฟาดวงฟาดงาคนรอบข้าง หงุดหงิด เกือบตัว ไม่อยากเจอใคร ที่ไหนที่คนบอกว่ารักษาดี รักษาหายก็ไปมาหมด แม้แต่ที่สถาบันประสาท จนกระทั่งได้ทำเอ็มอาร์ไอ แพทย์ยืนยันผลว่า รักษาไม่ได้แล้ว ต้องเดินไม่ได้ไปตลอดชีวิต วันที่รู้ผลวันนั้น ผมน้ำตาวิ่งเลย แต่ก็ทำใจ และพยายามทำกายภาพบำบัดตามที่พยาบาลแนะนำ

จนถึงวันนี้อยู่กับพ่อแม่ ครอบครัว ก็มีความสุขดี ชีวิตไม่คิดอะไรมาก เพื่อน ๆ ก็แวะมาที่บ้าน มารับไปเที่ยวบ้างตามอัธยาศัย”

หรือแม้แต่กรณีของ นางทองปลิง อายุ 77 ปี ใช้สิทธิบัตรทองที่โรงพยาบาลพระราม 2 ซึ่งป่วยเป็นอัมพาต แขนขาไม่มีแรง ด้วยสาเหตุจากโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ลูกนั่งได้ แต่เดินไม่ได้ ต้องใช้มือถัดพื้นเพื่อพยุงตัว โดยมีลูกชายคอยดูแลอยู่ที่บ้าน

ซึ่งจากคำบอกเล่าของลูกชาย เล่าว่า “คุณหมอมารักษาแม่ผมมาหลายปีแล้ว ตั้งแต่ป่วย มาบ่อย จนรู้สึกคุ้นเคยกัน แม้ว่าแม่ผมจะไม่ได้ใช้สิทธิ์ที่คลินิกของคุณหมอ ก็จะมาดูให้เดือนละ 1 ครั้ง แต่หากไม่สบายหนักก็จะมีมาดูเพิ่มอีก



การแก้ปัญหาของคลินิกชุมชนก็คือ ต้องทำงานเชิงรุกลงพื้นที่ให้หนักและต่อเนื่อง ทำความเข้าใจกับชาวบ้าน สร้างความคุ้นเคย รวมไปถึงการสร้างเครือข่าย ทำจนให้ชาวบ้าน



ไว้ใจ เพราะฉะนั้นทีมงานจะต้องเข้มแข็ง เข้าใจลักษณะการทำงานชุมชน ซึ่งในส่วนของเรา นั้น จะอาศัยกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคย และทำงานร่วมกันมาก่อน จึงค่อนข้างง่ายในการเข้าถึงชาวบ้าน

หากใครที่จะลงทุนทำธุรกิจแบบนี้ในต่างจังหวัด ปัญหาแรกที่จะต้องเจอก็คือ การไม่ให้ความร่วมมือของคนในพื้นที่ ถ้าจัดการปัญหาดังกล่าวไม่ได้ การจะทำให้คลินิกอยู่ในระบบนาน ๆ ก็ คงจะลำบาก

เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิก ซึ่งทำหน้าที่ออกเยี่ยมเยียนชาวบ้านในพื้นที่เขตบางขุนเทียน ได้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานไว้น่าสนใจว่า การลงพื้นที่ ทีมเยี่ยมบ้านจะเดินทางด้วยรถประจำคลินิก ขับไปตามบ้านที่วางแผนการเยี่ยมบ้านไว้ในแต่ละวัน แต่ในบางพื้นที่ ก็ต้องใช้เรือในการเดินทาง โดยใช้เรือของ อสช. ซึ่งการทำงานก็ไม่แตกต่างกัน บางครั้งการเดินทางด้วยรถจะลำบากกว่า โดยเฉพาะหน้าฝน ต้องเจออุปสรรคต้องเดินลุยน้ำและโคลนอย่างทุลักทุเล

“งานเยี่ยมบ้านไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเฉพาะผู้ที่มีบัตรทองของคลินิกเท่านั้น แต่จะครอบคลุมดูแลชาวบ้านในพื้นที่ทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นมีบัตรทองที่ใช้สิทธิในสถานพยาบาลใด หรือผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ ทั้งสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม”

ในกรณีการเยี่ยมบ้าน หากพบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคจะแนะนำให้ไปตรวจรักษายังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งในกรณีที่เป็นผู้มีสิทธิบัตรทองของคลินิกก็จะให้มารักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะโรคไม่ให้รุกรามออกไป หรือใน

กรณี que พบผู้ป่วยภาวะรุนแรงจะแจ้งให้หมอรับทราบทันที
ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในการลงพื้นที่คือ คำแนะนำเรื่อง
ดูแลสุขภาพ หากเข้าไปพูดคุยและอธิบายเพียงแค่ครั้งเดียว
จะไม่ได้ผล เพราะส่วนใหญ่จะไม่ปฏิบัติตาม ฟังแล้วก็ผ่านไป
ไป ดังนั้นงานส่งเสริมป้องกันโรคจะต้องเข้าไปเยี่ยมซ้ำ ๆ
บ่อย ๆ พร้อมกับสอบถามย้ำถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำที่
ให้ไว้ โดยพบว่า ชาวบ้านที่ได้เข้าเยี่ยมบ้านจะค่อย ๆ ปรับ
ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค





၇၇ ချစ်တဲ့...ကိုလိမ္မော်



.....



บทที่ 6

ทางรอดคลินิกชุมชนอบอุ่น

จากการสรุปบทเรียนการให้บริการในส่วนของ “คลินิก
ชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นหน่วยปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาที่เราเจอส่วนใหญ่ที่เป็นปัญหาหลัก ๆ



และคล้ายคลึงกัน คือปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล
คู่สัญญา ที่พบว่าแต่ละที่จะมีค่าใช้จ่ายสูง จนเป็นอุปสรรคต่อ
การบริหารจัดการของคลินิกชุมชนอบอุ่น

ซึ่งยังไม่รวมถึงต้นทุนด้านยา ค่าสาธารณูปโภค และ
ค่าใช้จ่ายบุคลากร บางแห่งหักต้นทุนทั้งหมดแล้วแทบจะไม่
เหลือกำไร และบางแห่งถึงขั้นติดลบ

จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดจะพบว่า ปัญหา
ที่เกิดขึ้นล้วนแต่มีสาเหตุที่สามารถเชื่อมโยงถึงกันทั้งสิ้น
โดยผลกระทบที่เห็นชัดเจน คือ คลินิกเดียว ที่เริ่มเข้าสู่ภาวะ
วิกฤตแล้ว

ในปี 2551 บางคลินิกมีค่าใช้จ่ายในการตามจ่ายค่ารักษา
ผู้ป่วยส่งต่อสูงถึงร้อยละ 40-50 ของงบประมาณที่ได้รับ
จากทาง สปสช. ทั้งหมด และสูงกว่าค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าจ้าง
บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก จากเดิม
ในช่วงเข้าร่วมโครงการในปี 2548 คลินิกบางแห่งมีสัดส่วน
ค่าใช้จ่ายเหล่านี้เพียงแค่ร้อยละ 6 เท่านั้น ซึ่งในอนาคต



อันใกล้นี้ หากไม่มีมาตรการช่วยเหลือจากหน่วยงานเกี่ยวข้อง คาดว่าคลินิกเหล่านี้อาจต้องล้มเลิกดำเนินการและปิดกิจการ

ไม่เพียงแต่เฉพาะคลินิกเดี่ยวเท่านั้นที่ประสบปัญหา นี้ แต่ยังเป็นปัญหาหนักในคลินิกเครือข่ายที่แม้ว่าจะมีการปรับตัวด้านการบริหารจัดการแล้วก็ตาม เพราะภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เพียงแต่ผลกระทบยังไม่รุนแรงเท่าคลินิกเดี่ยว เพราะยังอยู่ในสัดส่วนที่ยังรับได้อยู่

สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากผู้ป่วยที่เดินตามระบบการใช้สิทธิบัตรอย่างถูกต้องแล้ว (มีการขึ้นทะเบียนรักษาพยาบาลกับคลินิกตั้งแต่แรกเริ่ม ทั้งในช่วงที่มีการตั้งคลินิกและก่อนที่จะปรากฏอาการป่วย) ยังมีผู้ป่วยที่มาขอขึ้นทะเบียนโดยไม่ได้เดินตามระบบ ทั้งจากการกระทำของสถานพยาบาลด้วยกัน และตัวผู้ป่วยและญาติที่ใช้กลยุทธ์เพื่อให้เข้าถึงการรักษายังสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางที่ตนเองต้องการ

ในส่วนที่เกิดจากการกระทำของคลินิกด้วยกันนั้น เกิดจากการผลักรั้วผู้ป่วยทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า มีบางคลินิกใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อบีบผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ออกจากคลินิกของตนเอง เพราะไม่ต้องการแบกรับค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งคลินิกต้องจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยส่งต่อกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกเอง เช่น การปล่อยให้ผู้ป่วยรอนาน ๆ หรือ ไม่อำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย



การปฏิเสธการส่งต่อพร้อมแนะนำให้ไปขึ้นทะเบียนยังคลินิกอื่นแทน ซึ่งถือเป็นการปิดความรับผิดชอบ เพราะคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งจะเลือกเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงให้คงสิทธิไว้เป็นลักษณะ Adverse selection และ cream skinning ซึ่งถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ผิดหลักการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ด้วยการเฉลี่ยการแบกรับการรักษาผู้ป่วยและผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงตามงบประมาณที่ได้รับ

ส่วนการย้ายสถานพยาบาลโดยผู้ป่วยนั้น หลังจากถูกขับจากคลินิกบางแห่งที่ปฏิเสธการรักษาหรือการส่งต่อ และให้บริการที่ไม่ดีแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมองหาหน่วยรับบริการแห่งใหม่ ซึ่งหากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ที่เป็นโรคเฉพาะกลุ่ม มักมีการบอกต่อระหว่างผู้ป่วยด้วยกันว่า คลินิกใดให้การรักษาและบริการที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังไหลไปขึ้นทะเบียนและรับบริการที่คลินิกแห่งนั้น กลายเป็นภาระที่คลินิกต้องรับภาระหนัก

คลินิกบางแห่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงถึง 300 ราย เป็นเหตุให้เกิดภาวะขาดทุนถึงกว่าหนึ่งแสนบาทต่อเดือน สิ่งที่เกิดขึ้นจึงกลายเป็นรางวัลสำหรับคลินิกที่ทำดีไป

ปัญหาการย้ายสิทธิโดยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคที่รุนแรงและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง

และโรงเรียนแพทย์ ด้วยการใช้กลยุทธ์ในการย้ายสิทธิเพื่อให้เข้าถึงการรักษายังโรงพยาบาลที่ต้องการ โดยให้คลินิกเป็นทางผ่านในการส่งต่อตามระบบบัตรทอง

เบื้องต้น ผู้ป่วยหรือญาติจะดูว่ามีคลินิกแห่งใดบ้างที่มีโรงพยาบาลที่ต้องการเข้ารับรักษาเป็นหน่วยส่งต่อ จากนั้นจะทำการย้ายสิทธิเพื่อมาขอขึ้นทะเบียนรับบริการ ณ คลินิก และในกรณีที่ผู้ป่วยต่างจังหวัดหรือผู้ที่อยู่นอกพื้นที่ ก็ จะหาช่องทางในการย้ายทะเบียนบ้านมาในพื้นที่ก่อนเพื่อให้สามารถนำมาขึ้นทะเบียนบัตรทองที่คลินิกแห่งดังกล่าวได้

ปัญหานี้พบมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่ กทม. และปริมณฑล เพราะเป็นจุดศูนย์รวมด้านการ แพทย์ ทำให้มีผู้ป่วยจากทั่วประเทศไหลมาใช้บริการ ที่ กทม. ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล ขนาดใหญ่และเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลในการ ส่งต่อ ต้องประสบปัญหาและแบกรับภาระค่าใช้จ่ายใน การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก

นอกจากสาเหตุข้างต้นที่เป็นปัจจัยผลักดันให้ภาระค่า ใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยของคลินิกพุ่งขึ้นแล้ว ประเภทของ โรงพยาบาลคู่สัญญายังเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลต่อภาระ การตามจ่ายอย่างมาก ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ (อาทิ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัด กทม. โรงพยาบาลสังกัดกองทัพ) โรงพยาบาลเอกชน และ โรงเรียนแพทย์

ในจำนวนนี้ โรงพยาบาลเอกชนและโรงเรียนแพทย์เป็น กลุ่มที่มีคลินิกชุมชนอบอุ่นและหน่วยบริการปฐมภูมิโรงเรียน





มากที่สุดเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย
ที่ทำการส่งต่อ ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐ

โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีปัญหาเรื่อง
การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างมาก เพราะคิดค่า
บริการรักษาพยาบาลในอัตราของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่ง
ค่อนข้างสูงกว่าราคาโดยทั่วไปอยู่แล้ว แม้ว่าจะเป็นการรักษา
ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม

ทำให้มีส่วนต่างในเรื่องค่ารักษาพยาบาลระหว่างคลินิก
ที่มีโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเป็นคู่สัญญา แม้ว่าจะ
จะให้การรักษาในลักษณะเดียวกัน ซึ่งบางรายการมีการคิด
ค่ารักษาแตกต่างกันเกือบ 2 เท่า

เช่น กรณีการเอ็กซเรย์ หากเป็นโรงพยาบาลรัฐจะอยู่ที่
700 บาท แต่หากเป็นโรงพยาบาลเอกชนจะสูงถึง 1,200-
1,500 บาท ทำให้คลินิกที่รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว
จาก สปสช. ในอัตราเดียวกัน แต่ต้องจ่ายค่ารักษาใน



ราคาที่แตกต่างกันมากระหว่าง
โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นโรง
พยาบาลรัฐและเอกชน

ขณะที่หลักเกณฑ์การให้
บริการรักษาพยาบาลก็เป็น
ปัญหาเช่นกัน เนื่องจากพบว่าใน

การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล หลายครั้งมีการรักษา
ที่เกินความจำเป็นของภาวะโรคผู้ป่วย ซึ่งแม้แต่โรงเรียนแพทย์
เองก็มีปัญหาเรื่องนี้เช่นกัน เพราะบ่อยครั้งพบว่ามีคำสั่งเจาะ
เลือดผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวิจัย แต่กลับคิดค่าเจาะเลือดกับทาง
คลินิกชุมชนอบอุ่น

อีกทั้งผลพวงจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า
เช่น การรักษาบางอย่างซึ่งเดิมกำหนดเป็นรายการเบิกจ่าย
ในส่วนผู้ป่วยใน อย่างการผ่าตัดบางรายการที่ในอดีตผู้ป่วย
ที่รับการรักษาต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การผ่าตัด
ต่อกระดูก การขูดมดลูก เป็นต้น

แต่ปัจจุบันสามารถเข้ารับการผ่าตัดภายในวันเดียวและ
ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จึงกลายเป็นรายการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วย
นอก ทำให้คลินิกชุมชนอบอุ่นต้องเป็นผู้ตามจ่าย ซึ่งยังไม่นับ
รวมถึงการทำซีทีสแกน การทำเอ็มอาร์ไอ ที่มีราคาแพงมาก
ครั้งละกว่าหมื่นบาท ได้มีการคิดค่าใช้จ่ายกับทางคลินิกเช่น
กัน แทนที่จะทำการเบิกจ่ายกับทาง สปสช. โดยตรง

ทั้งหมดนี้เป็นเหตุให้คลินิกหลายแห่งต้องจัดกลยุทธ์
ต่าง ๆ ออกมาใช้ในการบริหาร เพื่อให้คลินิกอยู่รอดทางการเงิน
และดำเนินการต่อไปได้ เรียกว่าผู้บริหารคลินิกเป็นส่วน





สำคัญในความอยู่รอดของคลินิก ซึ่งแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับ
ประสิทธิภาพการบริหารและวิธีคิด

ซึ่งจะเห็นได้จากผู้บริหารคลินิกเครือข่ายที่นอกจากจะมี
วิธีการบริหารระดับผู้เชี่ยวชาญแล้ว ยังใช้วิธีการเฉลี่ยรายได้
และค่าใช้จ่ายของคลินิกที่มีอยู่ในมือทั้งหมด ทั้งยังมีความรู้
ในการต่อรองการจ่ายค่ารักษากับทางโรงพยาบาลขนาดใหญ่
รวมทั้งกฎระเบียบและหลักเกณฑ์การดำเนินคลินิกที่ทาง
สปสช. กำหนด

จากการวิเคราะห์ พบว่า คลินิกที่เปิดโดยโรงพยาบาล
เอกชนน่าจะเป็นคลินิกที่ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด เพราะทำ
หน้าที่ทั้งเป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและรับส่งต่อรักษาใน
ระดับทุติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลเอกชนแม่ข่ายเป็นคู่สัญญา
เอง ทำให้สามารถควบคุมการเบิกจ่ายทั้งในส่วนผู้ป่วยในและ
ผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทั้งหมด

คลินิกชุมชนอบอุ่นที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน
จึงได้เปรียบกว่าคลินิกในรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งเท่าที่ทราบ โรง
พยาบาลเอกชนบางแห่งมีการเปิดคลินิกกว่า 10 แห่ง กระจาย
ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่ว กทม. ดูแลประชาชนร่วมแสนคน ทำให้
งบประมาณที่ได้รับมีเป็นจำนวนมาก และยังสามารถเฉลี่ย
ค่าใช้จ่ายของคลินิกแต่ละแห่งได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าปัญหาข้างต้นล้วนแล้ว
แต่เป็นงานบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นการตั้งรับ ทำเฉพาะ
งานด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว
ตามแนวทางที่ทาง สปสช. ได้วางไว้คือ กำหนดให้คลินิก
ชุมชนอบอุ่นมีบทบาทในการทำงานด้านการสร้างเสริม

สุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นงานเชิงรุกควบคู่กับงานรักษาพยาบาลเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งที่ผ่านมาในพื้นที่ กทม. และปริมณฑลไม่ได้ทำตามเป้าหมายดังกล่าวมากนัก

ภาพของปัญหาที่สะท้อนออกมาจากหลากหลายบทเรียนในแต่ละพื้นที่ตั้งของคลินิกชุมชนอบอุ่น ล้วนเป็นโจทย์ใหญ่ที่ สปสช. ควรต้องลงมาดูแลให้มากขึ้น ลำพังให้แต่ละคลินิกแก้ปัญหาตนเองคงเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในบางเรื่องที่ต้องอาศัยระดับนโยบายเพื่อสร้างความชัดเจน

ทั้งนี้การโดดเดี่ยวปัญหาไม่ใช่ทางออกที่ดีนัก กับระบบคลินิกชุมชนอบอุ่นที่มันตอบโจทย์เรื่องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของสังคมที่ดีอยู่แล้ว อย่าให้ความไม่ชัดเจนเรื่องการจัดการ มาบั่นทอนประสิทธิภาพการบริการประชาชนจนเป็นปัญหาเรื้อรัง

จากนี้ไปหวังว่าทุก ๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นภายใต้การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และอยู่บนผลประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริง



