

4.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการ

4.1.1 ภาครัฐ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติถึงสิทธิด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของชาวไทยทุกคน ในหมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 และหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 82 ดังที่ได้กล่าวถึงไว้แต่ต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงนำมาซึ่งการเกิดข้อกำหนดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและทำให้ภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารการทำงานร่วมกับภาคเอกชน โดยมีการกำหนดมาตรฐานต่างๆ ตามรายละเอียดในข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาครัฐในฐานะผู้กำหนดมาตรฐานย่อมมีหน้าที่ในการดูแลตรวจสอบ กัดเลือกคลินิกที่จะเข้าร่วมโครงการ และติดตามตรวจสอบการทำงานของคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 รัฐให้การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการในอัตราประมาณ 57 บาทต่อคนต่อเดือน (ซึ่งประกอบไปด้วยงบประมาณการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและงบประมาณการส่งเสริมป้องกันโรคสำหรับประชากรที่ขึ้นทะเบียนกลับคลินิก)

ในการศึกษาเรื่องการสนับสนุนจากภาครัฐ โดยศึกษาจากการสัมภาษณ์ทั้งคลินิกเอกชนและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบกับเอกสารที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

1. โดยทั่วไปแล้วรัฐได้ใช้หลักแนวคิดเดียวกันกับหน่วยบริการขั้นปฐมภูมิโดยทั่วไป ไม่ได้มีนโยบายพิเศษหรือกฎเกณฑ์ข้อบังคับใดๆ ขึ้นเพิ่มมาว่าเป็นหน่วยงานของรัฐบาลหรือเอกชน
2. รัฐได้ช่วยทำการประชาสัมพันธ์คลินิกที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและเข้าร่วม โดยมีการทำป้าย “คลินิกชุมชนอบอุ่น” ให้คลินิกนำขึ้นติดหน้าสถานที่ของตน แล้วได้ช่วยทำการโฆษณาคลินิกชุมชนอบอุ่นผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ว่าเป็นคลินิกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ในพื้นที่ๆคนอยู่ตามแนวคิด “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ได้พยายามของงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาด้านงบประมาณที่ได้มาอย่างจำกัด เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายการพยาบาลที่สูงขึ้นของประเทศ และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

4. การช่วยเร่งประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับประชาชนในเรื่องของสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริการของคลินิก ไม่เกิดความคาดหวังเกินจริงจากการเข้ารับบริการ

5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวคิดที่จะเป็นผู้ช่วยประสานงานระหว่างคลินิกชุมชนอบอุ่นในกรณีจำเป็นเช่นขาดบุคลากรแพทย์ชั่วคราว ให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในกรณีที่คลินิกไม่สามารถให้บริการกับประชาชนได้ตามปกติ

4.1.2 คลินิกเวชกรรมเอกชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กล่าวถึงมาตรฐานเบื้องต้นของหน่วยงานที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิว่าจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติภายใต้เกณฑ์ที่กำหนดไว้

อาทิเช่น มีการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หรือมีการตรวจชันสูตรพื้นฐานที่ทางคลินิกสามารถทำได้เอง และคลินิกต้องมีเวลาให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ต้องมีจำนวนของบุคลากรผู้ให้บริการทั้งในส่วนที่เป็นแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการของคลินิกปฐมภูมิ พร้อมทั้งต้องการการบริหารจัดการที่มีความสะดวกรวดเร็ว ข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอ บวกกับการจัดการด้านไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีอุปกรณ์และสถานที่ เพื่อการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานและระบบป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System) การจัดการยานพาหนะในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว อาคารบริการที่สะอาด ปลอดภัย และระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลที่สนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง (ดูภาคผนวก ข)

4.1.3 ประชาชน

ประชาชนในฐานะผู้รับบริการสามารถลงทะเบียนเป็นผู้เข้ารับบริการ โดยการเลือกคลินิกเอกชนให้เป็นหน่วยบริการประจำที่อยู่ในพื้นที่หรือตำบลหรืออำเภอที่ตนเองนั้นมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ส่วนกรณีที่บุคคลที่อยู่อาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้านก็อาจเลือกลงทะเบียนในเขตที่พักอาศัย ปัจจุบันที่ตนอาศัยอยู่ได้ และได้รับสิทธิบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เมื่อเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และร่วมจ่ายเป็นจำนวนเงินเพียงแค่ 30 บาทให้แก่คลินิกปฐมภูมิในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ

ประชาชนสามารถเปลี่ยนคลินิกที่ตนเข้ารับบริการได้จำนวนปีละ 2 ครั้ง นั้นหมายความว่าประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกคลินิกได้ตามต้องการ แต่ถ้าพึงพอใจกับการบริการของคลินิกที่ขึ้นทะเบียนอยู่ ประชาชนก็ยังคงเลือกที่จะลงทะเบียนกับคลินิกต่อไป อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานชิ้นนี้มีหน่วยของการศึกษาคือคลินิกเอกชน งานชิ้นนี้จึงมิได้ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกลงทะเบียน¹

4.1.4 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในบทผลการวิจัยนี้ได้ทำการสัมภาษณ์คลินิกเวชกรรมเอกชน 4 แห่ง โดยตัวอย่างการศึกษา ก. และ ข. เป็นตัวอย่างของคลินิกเวชกรรมที่ยังคงดำเนินงานอยู่ใน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างการศึกษา ค. และ ง. เป็นตัวอย่างที่ได้ออกไปจากการเข้าร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว

ตาราง 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างการศึกษา

ตัวอย่าง	สถานะ	พื้นที่ตั้ง	ปีที่เข้าร่วม	ประเภทสถานประกอบการ	ตำแหน่งผู้ให้ข้อมูล
ก	ยังให้บริการ	เมือง	2545	คลินิกเวชกรรมเอกชน เครือข่ายของ โรงพยาบาล	หัวหน้าผู้ ดำเนินงาน
ข	ยังให้บริการ	นอกเมือง	2546	คลินิกเวชกรรมเอกชน เดี่ยว	เจ้าของ กิจการ
ค	ออกจากการ ให้บริการ	นอกเมือง	2547-2548	คลินิกเวชกรรมเอกชน เดี่ยว	เจ้าของ กิจการ
ง	ออกจากการ ให้บริการ	เมือง	2547-2548	คลินิกเวชกรรมเอกชน เดี่ยว	เจ้าของ กิจการ

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ตัวอย่าง

¹¹ แต่หากจะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอนาคต การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของการตัดสินใจลงทะเบียน หรือเลือกที่จะรับบริการของโครงการต่อเนื่องไป สมควรมีการทำวิจัยเพิ่มเติม

4.2 ปัจจัยทางการเงิน

เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมของคลินิกเอกชน ซึ่งเป็นหน่วยการวิเคราะห์ของการศึกษาในครั้งนี้ จะขอทำการพิจารณาถึงปัจจัยทางการเงินด้วยตัวเลขประมาณการเบื้องต้น จากตัวอย่างคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม โครงการและผู้เขียน ได้ทำการสัมภาษณ์เป็นจำนวน 4 คลินิก โดยจะใช้กรอบต้นทุนรายรับโดยทั่วไปในดำเนินการวิเคราะห์ถึงปัจจัยทางการเงินในเบื้องต้นอันจะมีผลต่อการตัดสินใจและบทบาทของคลินิกในโครงการ

ตามปกติ เมื่อคลินิกได้ให้บริการทางการแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนโดยตรง ซึ่งจะถือเป็นรายรับปกติตามมาตรฐานของการให้บริการโดยทั่วไป แต่ในกรณีที่คลินิกได้เข้าร่วมโครงการคลินิกจะได้รับค่าบริการ 30 บาทต่อคนต่อครั้งแทน พร้อมทั้งจะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐตามจำนวนประชาชนที่มาลงทะเบียนที่คลินิกตามโครงการ นั้นหมายความว่า รายได้ที่จะได้รับจากการให้บริการตามปกติจะกลายเป็นค่าเสียโอกาสของคลินิกเอกชนที่ให้บริการตามโครงการนี้ ส่วนรายรับที่แท้จริง จะได้จากค่าธรรมเนียมการให้บริการ 30 บาทต่อครั้ง บวกด้วยเงินอุดหนุนจากภาครัฐในอัตราตัวเลขของปีงบประมาณ 2549 ที่ประมาณ 57 บาทต่อคนต่อเดือนคูณด้วยจำนวนผู้ลงทะเบียน

4.2.1 ประมาณการรายได้จากการรักษาทั่วไปของคลินิกเอกชน

ประมาณการต้นทุนหรือค่าเสียโอกาสของรายรับจากการรักษาทั่วไปในที่นี้จะคำนวณจากจำนวนชั่วโมงที่คลินิกเปิดให้บริการทางการแพทย์คูณด้วยจำนวนแพทย์ที่ให้บริการ ซึ่งประมาณการว่าในการให้บริการแต่ละครั้ง แพทย์จะใช้เวลาในการตรวจรักษาคนไข้ประมาณ 10 นาทีต่อคนต่อครั้ง (ดังตาราง 4.2) และจำนวนชั่วโมงการให้บริการในขั้นต่ำสำหรับคลินิกในโครงการจะถูกกำหนดโดยข้อกำหนดพื้นฐานให้มีเวลาในการดำเนินงานขั้นต่ำเป็นจำนวนเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้ได้มาตรฐาน 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือ 240 ชั่วโมงต่อเดือนโดยเมื่อนำจำนวนครั้งที่คลินิกให้บริการทางการแพทย์มาคูณด้วยอัตราเฉลี่ยที่คลินิกคาดว่าจะได้รับจากการให้บริการทางการแพทย์ทั่วไป ก็จะได้ประมาณการรายได้อย่างคร่าวๆที่คลินิกควรจะได้รับต่อการให้บริการในแต่ละเดือน (ดังตารางที่ 4.3)

อย่างไรก็ดี รายได้ที่คลินิกควรจะได้รับโดยตรงจากผู้บริการ แต่ไม่ได้รับ ทางหลักเศรษฐกิจศาสตร์จะนับเป็นต้นทุน หรือค่าเสียโอกาส ซึ่งตามปกติแล้ว การที่คลินิกได้รับผลตอบแทนจากภาครัฐ ถ้ามีการส่งจ่ายภายหลัง จะทำให้มีส่วนต่างของอัตราดอกเบี้ย ซึ่งนับเป็นค่าเสียโอกาสจำนวนหนึ่ง แต่ในที่นี้จะไม่นำรายได้หรือค่าเสียโอกาสในส่วนนี้มาประกอบการคำนวณ

ตารางที่ 4.2 เวลาในการให้บริการของคลินิกตัวอย่าง

ตัวอย่าง	จำนวนชั่วโมง ที่ให้บริการต่อ วัน	จำนวนแพทย์ที่ ให้บริการ		จำนวนชั่วโมงที่คลินิกให้บริการ ต่อเดือน		
		ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
ก	10	1	3	300	900	600
ข	8	1	1	240	240	240
ค	8	1	1	240	240	240
ง	8	1	1	240	240	240

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ตัวอย่าง

หมายเหตุ: เวลาในการให้บริการจะคำนวณจากระยะเวลาในการเปิดคลินิกคูณด้วยจำนวนแพทย์ที่ให้บริการ บนข้อสมมุติฐานว่าแพทย์แต่ละคนจะใช้เวลาในการตรวจคนไข้ 10 นาทีต่อคนไข้ต่อครั้ง

ตารางที่ 4.3 ค่าเสียโอกาสในการได้รับค่าตอบแทนจากการให้บริการทางการแพทย์ตามปกติ

ตัวอย่าง	จำนวนชั่วโมง ที่ให้บริการต่อ เดือน		จำนวนผู้รับบริการ รักษาต่อเดือน*		รายได้เฉลี่ย โดยปกติจาก การให้บริการ ต่อคน	รายได้ที่คลินิกสมควรจะได้รับ**		
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
ก	300	900	1,800	5,400	250	450,000	1,350,000	900,000
ข	240	240	1,440	1,440	250	360,000	360,000	360,000
ค	240	240	1,440	1,440	90	129,600	129,600	129,600
ง	240	240	1,440	1,440	400	576,000	576,000	576,000

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ตัวอย่าง

หมายเหตุ: *คำนวณจากประมาณการเวลาที่แพทย์ใช้เวลาในการให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้รับบริการ 1 คน คือประมาณ 10 นาที และคูณด้วยจำนวนชั่วโมงที่ให้บริการ

** คำนวณจากจำนวนผู้รับบริการ คูณด้วยรายได้เฉลี่ยจากการให้บริการของคลินิก

จากตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่ารายได้ของคลินิกตามปกติที่สมควรจะได้รับของคลินิก ก จะมีค่าเฉลี่ยในจำนวนมากที่สุด เพราะมีจำนวนแพทย์มากกว่าคลินิกตัวอย่างอื่น ในขณะที่ คลินิก ง จะเป็นคลินิกที่มีรายได้เฉลี่ยโดยปกติจากการให้บริการต่อคนที่สูงที่สุด ซึ่งจะเป็นความได้เปรียบของการให้บริการตามปกติ พร้อมเป็นทั้งแรงจูงใจและค่าเสียโอกาสที่มากที่สุดจากการเปรียบเทียบกับกรณีตัวอย่างอื่นๆด้วย โดยที่คลินิก ง จะเป็นคลินิกที่มีรายได้ตามปกติที่อันดับสองของคลินิก

ตัวอย่าง แม้จะมีจำนวนแพทย์แค่หนึ่งคน โดยคลินิก ก จะเป็นคลินิกตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยโดยปกติต่อคนไข้ที่ต่ำที่สุด และมีรายได้ตามปกติที่อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุดด้วย

4.2.2 ประมาณการรายได้ของคลินิกเอกชน

รายได้ของคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการจะประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. รายได้จากผู้ขึ้นทะเบียนใช้บริการ ซึ่งจะหมายถึง ค่าธรรมเนียมที่ผู้ใช้บริการต้องชำระให้แก่คลินิกเอกชนในการมาใช้บริการในอัตรา 30 บาทต่อคนต่อครั้ง
2. เงินอุดหนุนจากภาครัฐที่คำนวณจากจำนวนผู้ลงทะเบียน โดยรัฐจะอุดหนุนในอัตรา 57 บาทต่อคนต่อเดือน

ตารางที่ 4.4 ประมาณการรายได้จากการให้บริการตามโครงการของคลินิก

ตัวอย่าง	จำนวนผู้รับบริการต่อเดือน		รายได้จากค่าธรรมเนียมต่อเดือน*		จำนวนหัวที่ได้รับเงินอุดหนุน**	เงินอุดหนุนที่คลินิกได้รับต่อเดือน***	ประมาณการรายรับรวมของคลินิก****	
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			ต่ำสุด	สูงสุด
ก	1,800	5,400	54,000	162,000	17,000	969,000	1,023,000	1,131,000
ข	1,440	1,440	43,200	43,200	8,800	501,600	544,800	544,800
ค	1,440	1,440	43,200	43,200	2,000	114,000	157,200	157,200
ง	1,440	1,440	43,200	43,200	1,000	57,000	100,200	100,200

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ตัวอย่างและการประมาณการ

- หมายเหตุ:
- *ค่าธรรมเนียมโดยคำนวณจากจำนวนผู้รับบริการ คูณด้วยอัตราค่าธรรมเนียมในการรับบริการที่รัฐกำหนด คือ 30 บาท/คน/ครั้ง
 - **จำนวนคนที่ลงทะเบียนไว้กับคลินิก
 - ***เงินอุดหนุน โดยคำนวณจากจำนวนคนที่ลงทะเบียนไว้กับคลินิก คูณด้วยอัตราเงินอุดหนุนที่รัฐกำหนด คือ 57 บาท/เดือน หรือ 684 บาท/ปี
 - ****คำนวณจากอัตราค่าธรรมเนียมที่รัฐกำหนด+เงินอุดหนุนที่คลินิกได้รับ

เมื่อได้คำนวณรายได้จากผู้ลงทะเบียนใช้บริการต่อเดือน ด้วยการนำจำนวนผู้รับบริการต่อเดือนคูณเข้าด้วยอัตราค่าธรรมเนียม จะสามารถนำมาบวกเข้ากับเงินอุดหนุนที่ทางคลินิกได้รับต่อเดือน ซึ่งจะเป็นการนำเอาตัวเลขของผู้ลงทะเบียนที่ได้มาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคูณเข้าด้วยอัตราของเงินอุดหนุนต่อคนต่อเดือน ซึ่งผลลัพธ์จะเป็นประมาณการรายได้ในเบื้องต้นของคลินิก

ตัวอย่างที่อยู่ในโครงการ โดยเมื่อพิจารณาจะพบว่าคลินิก ก ยังคงเป็นผู้ที่ได้รับรายได้ที่สูงกว่าคลินิกอื่น แต่คลินิก ง จะเป็นผู้สูญเสียรายได้ไปเป็นจำนวนมาก เพราะมูลค่าของค่าใช้จ่ายบริการได้ลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญ

4.2.3. ส่วนต่างที่คลินิกเอกชนได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

ส่วนต่างในที่นี้จะหมายถึง ประมาณการรายได้หักลบด้วยประมาณการต้นทุนหรือค่าเสียโอกาส ซึ่งคำนวณได้ตามตาราง 4.5

ตารางที่ 4.5 ส่วนต่างที่คลินิกได้รับจากการให้บริการในโครงการ

ตัวอย่าง	ค่าเสียโอกาส		รายรับ		ผลต่าง*		
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
ก	450,000	1,350,000	1,023,000	1,131,000	573,000	-219,000	177,000
ข	360,000	360,000	544,800	544,800	184,800	184,800	184,800
ค	129,600	129,600	157,200	157,200	27,600	27,600	27,600
ง	576,000	576,000	100,200	100,200	-475,800	-475,800	-475,800

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ตัวอย่างและการประมาณการ

หมายเหตุ: *ผลต่างจะคำนวณจากผลลบระหว่างรายรับที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการและรายรับที่ได้จากการบริการปกติหรือประมาณการค่าเสียโอกาสทางธุรกิจในเมืองต้น

เมื่อได้พิจารณาถึงประมาณการต้นทุนผลได้ที่คลินิกได้รับจากการให้บริการในโครงการ จะพบว่าคลินิก ก จะมีแนวโน้มที่จะขาดทุนในกรณีที่ได้มีการดำเนินงานอย่างเต็มศักยภาพ แต่จะยังมีรายได้ถ้ามีการดำเนินงานด้วยศักยภาพที่ต่ำที่สุด โดยผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของผลต่างจะยังเป็นบวก และคลินิก ข และ ค จะมีผลการดำเนินงานที่เป็นบวกจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้บริการในโครงการ โดยที่คลินิก ง จะเป็นเพียงคลินิกเดียวที่มีผลการดำเนินการเป็นลบในระดับที่ค่อนข้างสูง เพราะมูลค่าของค่าเสียโอกาสที่มีอยู่สูงกว่าคลินิกตัวอย่างอื่นๆ

ดังนั้น การคำนวณผลต่างด้วยกรอบรายได้และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของคลินิกตัวอย่างในโครงการ จะพบว่าคลินิกที่เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มโดยรวมที่จะได้รับมากกว่าที่จะสูญเสียผลประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการ เพราะเมื่อคำนวณในทางเศรษฐศาสตร์แล้ว คลินิกน่าจะมีผลตอบแทนที่ค่อนข้างดี แต่ในความเป็นจริง ยังมีคลินิก ก และ ง ที่ได้ตัดสินใจออกจากโครงการ ทั้งที่คลินิก ก น่าจะได้รับผลตอบแทนที่มากกว่าการให้บริการตามปกติ นั้นหมายความว่า จะมีปัจจัยที่นอกเหนือจากปัจจัยทางธุรกิจที่มีผลต่อการออกจากโครงการของคลินิกเอกชน

ในขณะที่เดียวกัน เพราะการคำนวณตั้งอยู่บนฐานการวิเคราะห์ที่ไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนและค่าเสียโอกาสอื่นๆ จึงอาจจะมีความเป็นไปได้ว่า ประเด็นเรื่องของดอกเบี้ยและสภาพคล่อง เช่น ในกรณีของคนไข้ที่ชำระค่าพยาบาลเป็นเงินสด หรือ ได้ทำการเลือกที่จะเข้ามารักษาที่คลินิก โดยที่ไม่ได้มีความรู้จกกับคลินิกมาก่อน ซึ่งต่างเป็นคนไข้ประเภทที่มีผลในเชิงบวกต่อสถานะทางสภาพคล่อง และเนื่องด้วยการศึกษาไม่ทราบถึงจำนวนคนไข้ประเภทดังกล่าว จึงอาจจะเป็นไปได้ว่า คลินิกที่ตัดสินใจออกจากโครงการ ได้รับประโยชน์จากคนไข้ในประเภทนี้มาก และไม่สามารถแบกรับต้นทุนค่าธรรมเนียมจากการติดต่อประสานงานกับหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยเฉพาะในเรื่องของการเบิกจ่ายเงินอุดหนุน โดยที่อาจจะยังมีต้นทุนและค่าเสียโอกาสอื่นที่แฝงตัวอยู่กับกระบวนการดำเนินงานอันอาจมีผลต่อการตัดสินใจของหน่วยการศึกษาได้ นี่จึงยังเป็นข้อจำกัดและสมควรที่จะมีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงแง่มุมนี้เพิ่มเติมต่อไป

4.3 ปัจจัยนอกเหนือปัจจัยทางการเงิน

4.3.1 ปัจจัยทางด้านนโยบายภาครัฐ

ในการศึกษาเรื่องความชัดเจนของนโยบายสามารถสรุปได้ตามตารางดังนี้

ตาราง 4.6 ข้อคิดเห็นเรื่องความชัดเจนของนโยบายภาครัฐ

ตัวอย่าง ก.	ไม่มีความชัดเจน เปลี่ยนแปลงบ่อย โดยขาดการแจ้งข้อมูล ส่วนกลางมาสู่คลินิก
ตัวอย่าง ข.	นโยบายของรัฐตลอดจนการเข้ามามีส่วนร่วมของคลินิกชัดเจนดี
ตัวอย่าง ค.	นโยบายของรัฐตลอดจนการเข้ามามีส่วนร่วมของคลินิกชัดเจนดี
ตัวอย่าง ง.	ถึงแม้ว่านโยบายในการปฏิบัติงานจะชัดเจน แต่เป็นนโยบายที่มีวัตถุประสงค์ทางการเมือง เพื่อแสวงหาผลประโยชน์

ที่มา: จากการสัมภาษณ์

โดยรวมถึงแม้ทุกตัวอย่างจะเห็นด้วยกับแนวคิดการให้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ตัวอย่าง ง. มองเพิ่มว่าแนวคิดถูกทำให้กลายเป็นเครื่องมือในการแสวงหาผลประโยชน์ทางการเมือง ส่วนในการปฏิบัติงานจริง ตัวอย่าง ก. ได้ประสบปัญหาเรื่องการเปลี่ยนแปลงของนโยบายที่บางครั้งขาดการสื่อสารที่ดีกับผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ

4.3.2 ตัวแปรด้านการตลาด

การที่คลินิกเวชกรรมต้องออกไปหาประชาชนในการดูแลของตนเอง เพื่อที่จะทำตามนโยบายป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของสปสช. โดยต้องเข้าไปเยี่ยมบ้านและทำเพิ่มสุขภาพของครอบครัว (Family folder) นั้น ทำให้เกิดการรู้จักและมีความสัมพันธ์กับคนในพื้นที่ๆตัวเองดูแล ทำให้เป็นที่รู้จักมากขึ้นในชุมชนและบริเวณข้างเคียง เป็นโอกาสในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีในชุมชน และทำให้ประชาชนมีความเชื่อถือในตัวคลินิกมากขึ้นด้วย

ตาราง 4.7 ข้อคิดเห็นเรื่องภาพลักษณ์จากการเข้าร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวอย่าง ก.	+	การลงชุมชนทำให้คนรู้จักมากขึ้น
ตัวอย่าง ข.	+	ภาพลักษณ์ขึ้นอยู่กับแพทย์ สถานที่ และการดูแลในการสร้างความน่าเชื่อถือ
ตัวอย่าง ค.	+	แม้จะออกจากโครงการ แต่ได้อธิบายเหตุผลให้คนไข้ฟัง
ตัวอย่าง ง.	-	คนไข้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าคนไข้เงินสดกลุ่มเดิม

ที่มา: จากการสัมภาษณ์

ตัวอย่าง ก. ข. และ ค. ได้ประโยชน์ทางการตลาดและภาพลักษณ์จากการเข้าร่วม โดยตัวอย่าง ก. และ ค. นั้นจากเข้าร่วมทำให้ประชาชนรู้จักคลินิกดีขึ้น อย่างกว้างขวางขึ้นจากเดิม ในตัวอย่าง ข. ที่เริ่มเปิดคลินิกมาพร้อมกับการเข้าร่วมในโครงการ แต่การเข้าร่วมก็ทำให้เป็นที่รู้จักอย่างดีในชุมชน ส่วนตัวอย่าง ง. มองว่าการที่มีคนไข้มาใช้บริการมากขึ้น โดยที่คนไข้มีลักษณะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าคนไข้ที่มาใช้บริการโดยทั่วไป ทำให้ภาพลักษณ์ของคลินิกแย่ลง

4.3.3 คุณภาพการให้บริการ

คลินิกที่ถอนตัวออกไปบางส่วนมักจะไม่ได้มาตรฐานการให้บริการที่ดีพอหรือไม่ได้มาตรฐานตามกฎหมายที่ตั้งไว้ข้อมส่งผลให้มีจำนวนประชากรมาลงทะเบียนน้อยทำให้ต้องถอนตัวออกไป

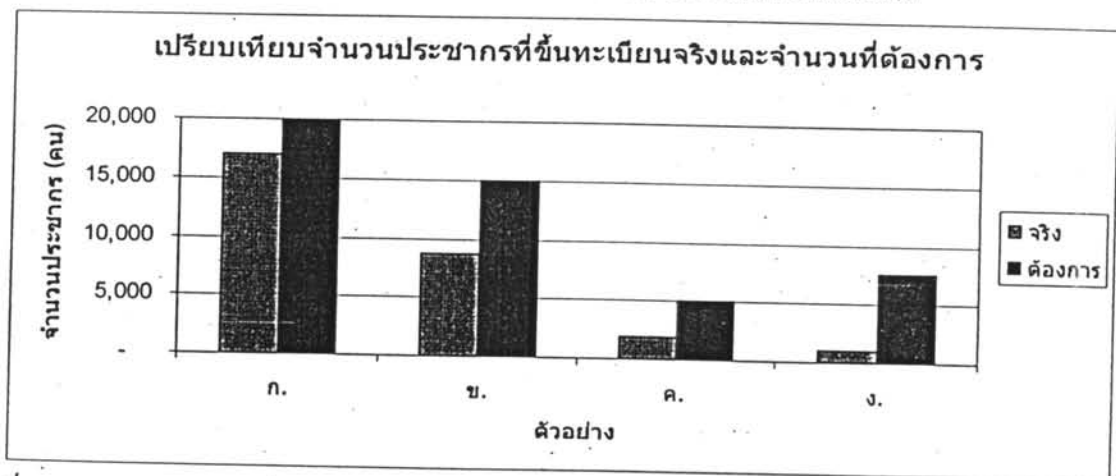
คุณภาพการให้บริการของคลินิกเอกชนส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน ถ้าคลินิกเอกชนสามารถสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนได้จะไม่ประสบปัญหาจำนวนประชากรมาลงทะเบียนน้อย เนื่องจากในความพึงพอใจของประชากรต่อคลินิกย่อมจะส่งผลให้มีการมาเลือกขึ้นทะเบียนขึ้นทะเบียนกับคลินิกเอกชนนั้นๆเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิประจำหรือไม่อยากย้ายออกไปขึ้นทะเบียนกับคลินิกเอกชนอื่นๆ ถ้าเล็งเห็นว่าคลินิกสามารถให้บริการรักษาได้ดีตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวัง

4.4 ความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.4.1 ว่าด้วยเรื่องของประชาชน

จากการศึกษา ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งของความยั่งยืนในการมีส่วนร่วมนั้น คือจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนรายได้ที่จะได้จากภาครัฐ ประชากรในการดูแลมากงบประมาณก็มากตามจำนวน โดยมีความเห็นตรงกันในทุกคลินิกที่ทำการศึกษาว่า ยังมีประชากรในความดูแลมากยิ่งขึ้น เพราะสามารถบริหาร หรือกระจายความเสี่ยงจากการมาใช้บริการของประชากรได้ง่ายยิ่งขึ้น

แผนภูมิ 4.1 เปรียบเทียบจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนจริงและจำนวนที่ต้องการ



ที่มา: จากการสัมภาษณ์

จะเห็นได้ว่า คลินิกในการศึกษา ก. และ ข. ที่ยังคงดำรงอยู่ในการให้บริการ มีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับคลินิกที่ต้องออกไปจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะฉะนั้นความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมนั้น ส่วนหนึ่งจึงมีผลมาจากจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยที่ตัวอย่าง ค. และ ง. ซึ่งเป็นคลินิกที่ได้ออกนั้น ได้ระบุถึงปัญหาในเรื่องของจำนวนประชากรที่ไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการเฉลี่ยความเสี่ยงของผู้ป่วย

เป็นที่สังเกตว่าทุกคลินิกที่ทำการศึกษาล้วนแล้วแต่มีความต้องการที่จะมีการลงทะเบียนประชากรมากกว่าที่ตนเองมีหรือเคยมีอยู่ โดยมีเหตุผลที่แตกต่างกันไปตามสภาพการบริหารงานและการเงินของตัวเอง

ตัวอย่าง ก. ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนมากแต่เพราะมีการจ้างแพทย์ถึง 3 คน² เพื่อมาร่วมให้บริการรักษาผู้ป่วยชำระเงินสด ซึ่งมีความสำคัญเชิงธุรกิจต่อคลินิกพอๆกับคนไข้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความต้องการประชากรขึ้นทะเบียนที่มากขึ้นสาเหตุหนึ่งเป็นเพราะต้องการให้รายรับจากภาครัฐมาช่วยในค่าจ้างแพทย์ของคลินิก

ตัวอย่าง ข. ระบุว่ารายได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากประชากรที่ลงทะเบียนนั้น ถือว่าครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในเรื่องของต้นทุน ค่ายาที่คลินิกจ่ายออก ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ค่าจ้าง ค่าสาธารณูปโภค แต่กำไรที่คลินิกจะได้จริงๆนั้นถือว่ามาจากคนไข้เงินสด เพราะฉะนั้นการที่มีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นกำไรที่เพิ่มมากขึ้น แต่จะช่วยให้คลินิกบริหารจัดการความเสี่ยงทางการเงินได้ง่ายขึ้น โดยที่ถ้าประชากรไม่เกิน 15,000 คน จะยังคงสามารถให้บริการ โดยแพทย์ 1 ท่าน ได้จึงเป็นตัวเลขสูงสุดที่หน่วยบริการนี้ต้องการต่อแพทย์ 1 คน

ตัวอย่าง ค. และ ง. จำนวนประชากรที่ต้องการนั้นมีความหมายว่าเป็นจำนวนประชากรที่คิดว่าถ้ามีจำนวนเท่านี้แล้วจะทำไม่ขาดทุนการเข้าร่วม ซึ่งจำนวนที่มีอยู่ ณ เวลานั้นไม่เพียงพอทำให้ขาดทุนและต้องออกจากเข้าร่วมไป ซึ่งมีสถานการณ์ต่างจากตัวอย่าง ก. และ ข. ที่ไม่ได้มองในแง่ของการคุ้มทุนเป็นหลัก หากแต่มองในแง่ของการบริหารจัดการที่สะดวกขึ้น

การที่ประชาชนจะมาขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการใดๆนั้น ปัจจัยสำคัญหนึ่งคือเรื่องของความเชื่อมั่นในตัวคลินิกจากประชาชน คลินิกจึงต้องให้ความสำคัญกับประชาชนเป็นอย่างมาก เพื่อให้ได้จำนวนการลงทะเบียนที่ต้องการหรือไม่ต่ำกว่าที่ต้องการ การที่คลินิกจะทำให้ประชาชนมีความมั่นใจได้นั้น คลินิกควรจะต้องมีการให้บริการที่ดีพอหรือไม่ต่ำกว่าที่ประชาชนคาดหวังไว้ที่สำคัญคือในเรื่องของคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เช่นว่ารักษาโรคแล้วหายไม่ต่างไปจากการที่เป็นผู้ป่วยเงินสดจ่ายค่าบริการเต็มเหมือนเช่นก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ และการให้บริการอื่นๆเช่นการที่คลินิกมีระบบการให้บริการเยี่ยมบ้านที่ดี ทำให้เกิดแรงจูงใจเชิงบวกที่จะชักนำให้เกิดความต้องการเป็นประชากรในความดูแลของคลินิกนั้นๆ

² มาตรฐานที่กำหนดคือแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน แต่ในการปฏิบัติจริง สปสช.จะมีช่วงเวลาเปิดให้คลินิกสามารถรับประชากรมาลงทะเบียนเพิ่มที่เขตได้ ถ้าหากในช่วงเวลาดังกล่าวมีประชากรมาลงทะเบียนมากกว่า 10,000 คน แต่ไม่เกิน 15,000 คนก็สามารถรับจำนวนประชากรดังกล่าวได้ แต่ถ้ามีประชากรลงทะเบียนมากกว่า 15,000 คน คลินิกต้องมีแพทย์ประจำ 2 คน)

³ เนื่องจากมิติด้านคุณภาพบริการสาธารณสุขมีความซับซ้อนและด้วยข้อจำกัดของช่วงเวลา การศึกษาจึงไม่สามารถทราบถึงความแตกต่างของคุณภาพในการรักษาพยาบาลระหว่างคนไข้ที่ชำระเงินสด กับคนไข้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะทุกตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนแล้วแต่ยืนยันถึงความมีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันในการรักษาพยาบาลและวินิจฉัยโรค

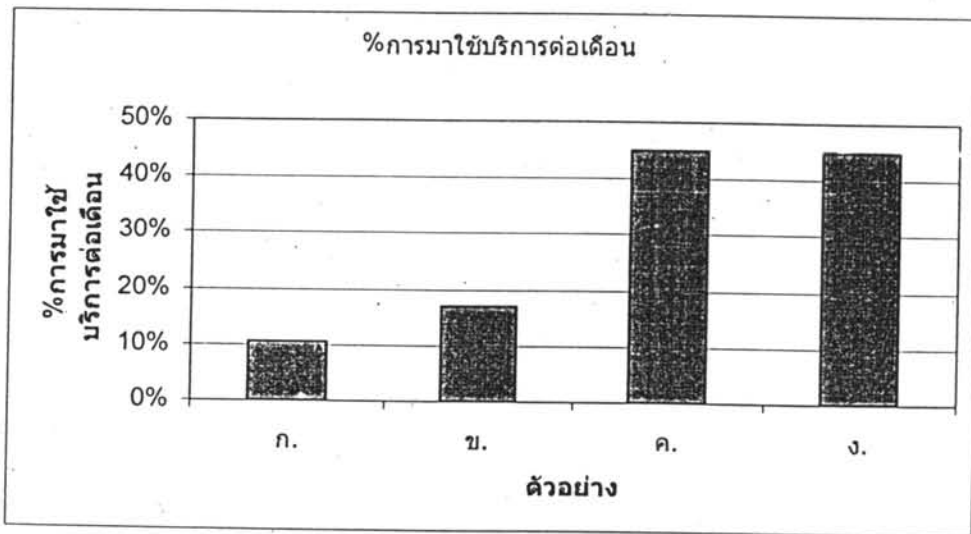
นอกจากความยั่งยืนของคลินิกนั้นขึ้นอยู่กับประชาชนว่าจะมาลงทะเบียนกับคลินิกนี้หรือไม่แล้ว ยังต้องคิดถึงลักษณะมาใช้สิทธิเข้ารับบริการของประชากรด้วย

การมาใช้บริการของประชากร

จำนวนประชากรที่มาใช้บริการ ภาวะสุขภาพของประชากรที่ขึ้นทะเบียน และลักษณะการใช้สิทธิของประชากร คือ 3 ตัววัดการมาใช้บริการของประชากร

- จำนวนประชากรที่มาใช้บริการคือเป็นสัดส่วนเท่าไรของประชากรที่ลงทะเบียนแล้วมาใช้บริการจริงต่อเดือน
- ภาวะสุขภาพคือโดยรวมแล้วประชาชนที่มาลงทะเบียนมีสุขภาพที่แข็งแรงหรือไม่
- ลักษณะการใช้สิทธิของประชากรคือการดูความจำเป็นในการใช้สิทธิว่ามาใช้บริการอย่างสมเหตุสมผลกับการเจ็บป่วยจริงหรือไม่

แผนภูมิ 4.2 อัตราการมาใช้บริการของประชากร



ที่มา: จำนวนจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

อัตราการมาใช้บริการของประชากรเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีจำนวนประชากรมากน้อยขนาดไหน จากจำนวนที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดมาใช้บริการ ซึ่งอัตราการมาใช้บริการที่สูงหมายถึงค่าใช้จ่ายใน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ข้อแตกต่างข้อหนึ่งของการให้บริการรักษาโดยทั่วไปกับคนไข้ที่ชำระเงินสด และกับคนไข้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น คือเรื่องของการจ่ายยา คือแพทย์มีตัวเลือกเรื่องของยา และสามารถจ่ายยาที่มีความหลากหลายกว่าให้คนไข้เงินสด แต่กับคนไข้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถ้าไม่ได้มีการตกลงในเรื่องของการเพิ่มชำระค่ายาที่อยู่นอกเหนือจากในบัญชีรายชื่อยาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะต้องให้ยาที่อยู่ในบัญชียา นั้นไป

การรักษาที่คลินิกต้องจ่ายออกไปจากงบประมาณรัฐที่ได้มาในอัตราที่สูงเช่นกัน จากการสัมภาษณ์
คลินิก ข. ได้ระบุว่าอัตราการมาใช้บริการที่ไม่เกินร้อยละ 30 ต่อเดือนของจำนวนผู้ลงทะเบียน
ทั้งหมดถือว่าเป็นอัตราที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ถ้ามีอัตราที่มากกว่านี้ก็จะมีความเสี่ยงมากขึ้น
ที่จะขาดทุนจากโครงการ

ตาราง 4.8 ภาวะสุขภาพของประชากรที่ขึ้นทะเบียนและลักษณะการใช้สิทธิ

ตัวอย่าง ก.	มีทั้งคนแข็งแรงและคนป่วยคละกันไป	ใช้สิทธิตามความจำเป็น
ตัวอย่าง ข.	มีทั้งคนแข็งแรงและคนป่วยคละกันไป	ใช้สิทธิตามความจำเป็น
ตัวอย่าง ค.	มีแต่คนป่วยโคขมาก	ต้องการให้ส่งต่อร.รัฐ
ตัวอย่าง ง.	มีแต่คนป่วยโคขมาก	ไม่สมเหตุผลผลในการใช้สิทธิ

ที่มา: จากการสัมภาษณ์

ตัวอย่าง ก. และ ข. มีลักษณะการมาลงทะเบียนที่ปะปนทั้งผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงคือ อยู่ในวัย
ทำงานไม่เจ็บป่วยเป็นประจำ และทั้งผู้ที่มีโรคประจำตัว หรืออยู่ในวัยเด็กและวัยชรา ทำให้สามารถ
กระจายความเสี่ยงการมาใช้บริการผู้ที่ป่วยได้ง่าย

ในขณะที่ตัวอย่าง ค. และ ง. ที่มีประชากรซึ่งไม่แข็งแรง หรือป่วยอยู่แต่เดิมมาลงทะเบียน
กันมากเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในขณะที่ไม่มีจำนวนประช กรที่แข็งแรงมา
เฉลี่ยความเสี่ยงในการเข้ารับบริการมากพอที่จะทำให้คลินิกไม่ขาดทุนจากการต้องรักษาพยาบาลผู้
ที่ป่วยได้

ตัวอย่าง ค. มีปัญหาอย่างมากในเรื่องความต้องการของคนไข้ที่อยากให้ทำการส่งต่อกร
รักษาพยาบาลไปโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐ เพราะคลินิกเวชกรรมแห่งนี้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ
เพียงไม่กี่แห่งที่มีการส่งต่อขั้นทุติยภูมิไปยังโรงพยาบาลรัฐดังกล่าว ประกอบกับช่วงเวลาที่คลินิก
เข้าร่วมในโครงการนั้นเปิดให้ประชาชนสามารถขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการที่ไหนก็ได้ จึงทำให้
ประชาชนที่ป่วยและต้องการรักษาพยาบาลมากกว่าขั้นปฐมภูมิ มาขึ้นทะเบียนที่คลินิกแห่งนี้เป็น
จำนวนมาก

จากการศึกษาในคลินิกที่ออกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพบว่าทั้งสองตัววัด
ได้แก่ 1. จำนวนการมาใช้บริการของประชากร และ 2. ภาวะสุขภาพของประชากรที่ขึ้นทะเบียน
และการใช้สิทธินั้นมีความสัมพันธ์กันโดยตรง คือประชากรถ้าตั้งใจจะมาลงทะเบียนกับคลินิกเวช
กรรมนั้นๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรู้ว่าตัวเองมีโรคประจำตัวอยู่ ซึ่งโดยมากก็จะเป็นโรคทางอายุกรรม
เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ ที่ซึ่งเป็นโรคที่ต้องมีการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
ตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการมาใช้บริการบ่อยกว่าคนปกติทั่วไป ในโรคที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง
กว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยธรรมดา

4.4.2 ว่าด้วยคลินิก

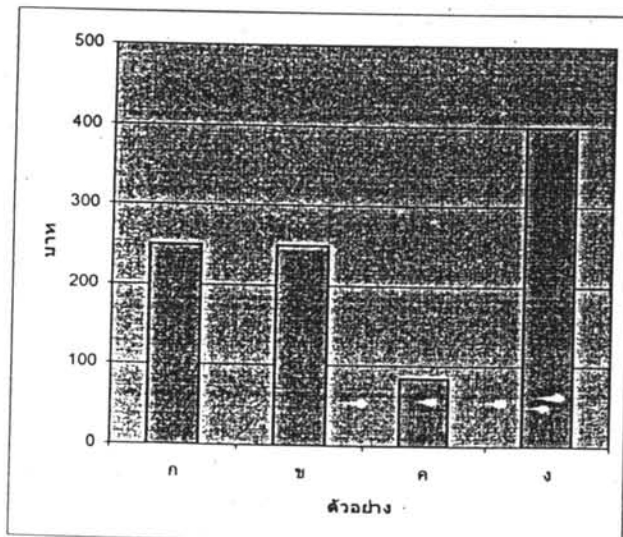
แนวคิดการทำธุรกิจเพื่อสังคม

การปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำธุรกิจให้มามีมิติเพื่อบริการสังคมนั้น โดยความมุ่งมั่นธุรกิจแล้ว คงไม่มีผู้ประกอบการรายไหนที่ตั้งใจจะทำให้ขาดทุน รวมถึงรายที่ออกไปแล้วด้วยก็ตาม เพราะฉะนั้นก็จะเข้าร่วมโดยมีความคาดหวังว่า รายได้เมื่อหักลบค่าใช้จ่าย จะพออยู่ได้หรือเสมอตัวเป็นอย่างน้อย แต่สังคมก็จะได้ประโยชน์ไปด้วย สถานการณ์การเงินตัวคลินิกเองก็ไม่ได้แยกไปจากเดิม

เมื่อทำการสมัครเข้าในระบบแล้ว ยกเว้นในหนึ่งตัวอย่างที่ซึ่งเปิดทำการพร้อมกับการเข้าในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษาในทั้งสามตัวอย่างล้วนต้องการให้คนในพื้นที่ ไม่ว่าจะเคยรักษากันมาก่อนหรือไม่ก็ตาม สามารถเข้าถึงบริการให้จ่ายขึ้น ในราคาที่ถูกต้องที่เข้าถึงได้โดยไม่ทำให้กังวลใจเรื่องงบที่ตนมี ซึ่งถ้าแต่เดิมอาจจะไม่คิดมาใช้บริการของคลินิกเอกชนด้วยที่คิดว่าต้องมีราคาแพงกว่าการไปเข้าสู่ศูนย์สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลของรัฐ

ในการเปิดให้บริการรักษาพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ นั้น นอกจากจะเป็นการทำอาชีพเพื่อทำรายได้แล้ว คลินิกเวชกรรมตัวอย่าง ก. ข. และ ค. มีความต้องการในการช่วยเหลือประชากรในพื้นที่เป็นพื้นฐานในการทำธุรกิจอยู่แล้ว คือมีความเป็นผู้มีจริยธรรมในแนวทางของการประกอบอาชีพเป็นแพทย์ จะเห็นได้จากการศึกษาตอบคำถามของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการมาใช้บริการต่อครั้งที่ไม่สูงมาก คือที่ 100-300 บาท จากการเก็บค่าใช้จ่ายได้ป่วยธรรมดา ซึ่งถือว่าไม่สูงมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเข้าโรงพยาบาลเอกชนแล้ว

แผนภูมิ 4.3 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษา / ประชากร



ตัวอย่าง ก. ถึงแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยไม่แพง แต่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมากที่ลงทะเบียนนั้นเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวที่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยดังกล่าวได้

ส่วนในคลินิก ง. ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการรักษาของประชากรที่สูงกว่าที่อื่น อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่าการมีค่าใช้จ่ายต่อการรักษาที่สูง มีส่วนทำให้ไม่สามารถบริหารรายได้จากหลักประกันสุขภาพให้พอดีกับค่าใช้จ่ายที่คลินิกมี ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านกำไรมากกว่าที่อื่น หรืออาจจะมีเป้าหมายในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าที่อื่น ซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่สอดคล้องกับการให้บริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประโยชน์อย่างยิ่งกับประชาชนที่มีรายได้น้อย

ในการดูเรื่องนโยบายอื่นๆ เพื่อเสริมสุขภาพของประชาชนนั้นจะเห็นได้ว่าตัวอย่าง ก. และ ข. ซึ่งยังคงอยู่ร่วมในการให้บริการนั้น มีกิจกรรมร่วมและความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ในขณะที่คลินิก ก. และ ง. ที่ออกไปนั้นไม่ได้มีกิจกรรมในการเข้าถึงชุมชนดังเช่นอีกสองตัวอย่าง

ตาราง 4.9 กิจกรรมที่คลินิกมีร่วมกับชุมชน

ตัวอย่าง ก.	ร่วมจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
ตัวอย่าง ข.	เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม งานบุญ งานวัด
ตัวอย่าง ค.	เท่าที่กำหนดโดยนโยบาย
ตัวอย่าง ง.	เท่าที่กำหนดโดยนโยบาย

ที่มา: จากการสัมภาษณ์

การเพิ่มงบประมาณต่อหัวประชากร

โดยทั่วไปแล้ว ทุกคลินิกมีความเชื่อว่าถ้ารัฐให้งบประมาณในการดำเนินงานต่อหัวประชากรมากกว่านี้ ก็จะสามารทำให้บริการที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะในแง่ของการรักษาพยาบาลที่มีต้นทุนหรืออัตราการมาใช้บริการสูงอย่างเช่น โรคอายุรกรรม แต่ก็มีความหวังว่า ถึงแม้ว่างบประมาณต่อประชากรจะเพิ่มขึ้น แต่ส่วนต่างที่เพิ่มขึ้นนั้นจะนำไปไม่ถึงการรักษาพยาบาลในระดับล่างดังเช่นคลินิกเวชกรรมทั่วไป โดยถูกหักเงินบางส่วนออกไปเป็นค่าใช้จ่ายส่วนกลาง หรือค่าใช้จ่ายพิเศษ แต่จะไปเพิ่มขึ้นในส่วนของโรงพยาบาลที่ต้องมีการรักษาพยาบาลที่หนักกว่า เป็นเพราะต้องการหนุนโรงพยาบาลของภาครัฐ ไม่ให้ขาดทุนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้

ตาราง 4.10 ความคิดเห็นด้านคุณภาพการบริการต่องบประมาณที่มากขึ้น

	มาตรฐานการรักษา	หมายเหตุ
ตัวอย่าง ก.	=	ประชาชนน่าจะมีเชื่อมั่นมากขึ้นถ้ารู้ว่าคลินิกได้รับงบประมาณที่เพียงพอ
ตัวอย่าง ข.	+	ทำการรักษาได้ดีขึ้นในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือโรคอายุรกรรม
ตัวอย่าง ค.	+	รักษาได้ดีขึ้นเพราะสามารถเลือกใช้ยาได้กว้างกว่าเดิม
ตัวอย่าง ง.	=	คุณภาพไม่แตกต่าง ส่วนการเลือกใช้นั้นขึ้นอยู่กับสถานะผู้ป่วย

ที่มา: จากการสัมภาษณ์

อย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ต้องทำความเข้าใจในการศึกษาเรื่องของรายรับและรายจ่ายในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในคลินิกเวชกรรมเอกชนนั้น คือหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ทำการรักษาพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเดียวเท่านั้น โดยมีการให้บริการทั้งคนไข้เงินสด (walk-in) หรือคนไข้จากโครงการประกันสังคมถ้าหน่วยบริการปฐมภูมินั้นเข้าร่วม ดังนั้นแพทย์และพยาบาลคนเดียวกันสามารถทำการรักษาผู้ป่วยทั้งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและของเงินสด สาธารณูปโภคที่ใช้ในสถานพยาบาลก็สามารถที่จะถูกใช้โดยผู้ป่วยทุกรูปแบบของการบริการ

เพราะฉะนั้นค่าใช้จ่ายบางส่วนของคนไข้ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถถูกเฉลี่ยใช้ร่วมกันได้จากการให้บริการอื่นๆ เช่น ค่าจ้างแพทย์ พยาบาล พนักงาน และค่าใช้จ่ายด้านสถานที่และสาธารณูปโภคต่างๆ นำมาคิดรวมกันเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายรวมของคลินิกที่แท้จริง การศึกษาความอยู่รอดในเชิงธุรกิจนั้น จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆเหล่านี้ด้วย

คลินิกเวชกรรมเอกชนที่เมื่อสมัครเข้าแล้วยังทำการต่อสัญญาในปีต่อไป ตามการศึกษานี้ ถือว่ามีความยั่งยืนในการให้บริการ ณ เวลาที่รับให้บริการอยู่ ถึงแม้ว่าไม่อาจสรุปได้ว่า ต้องมีกำไรจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ประกอบการก็ต้องมีเหตุผลเพียงพอที่จะเชื่อว่า มีผลได้มากกว่าผลเสียในการอยู่ร่วมต่อไป โดยยกตัวอย่างจากตัวอย่างการศึกษาตัวอย่าง ข. ที่เข้าร่วมแล้ว ยังคงต่อสัญญาการให้บริการออกไป ที่ว่ามองรายได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้พอดีกับการครอบคลุมรายจ่ายของการดำเนินการคลินิกทั้งหมด แต่ในส่วนกำไรของคลินิกนั้นค่อยออกมาจากคนไข้เงินสด จึงถือว่าไม่ได้กำไรจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่อย่างใด

ในขณะที่คลินิกที่เข้าร่วมแล้วไม่ต่อสัญญาเมื่อจบปีงบประมาณนั้นๆ ก็ถือว่าไม่มีความยั่งยืนในการมีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีสาเหตุมาจากการที่รายได้จาก

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นน้อยกว่ารายจ่าย แล้วเห็นได้ชัดจากการศึกษานี้ว่า คลินิกเวชกรรมไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกินมานั้นได้ เมื่อมีการขาดทุนอย่างเห็นได้ชัด ก็จำเป็นต้องออกจากการมีส่วนร่วม

4.4.3 มุมมองและข้อคิดเห็นจาก สปสช.

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่งานบริหารงานหลักประกันสุขภาพ สามารถสรุปข้อแนะนำในการมีส่วนร่วมของคลินิกเวชกรรมซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของผู้ศึกษาได้ตามดังนี้

สองเรื่องหลักที่มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในการอยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคลินิกคือ 1. คุณภาพการให้บริการ และ 2. การลงพื้นที่เข้าหาประชาชนที่อยู่ในการดูแลของคลินิกตนเอง ถ้าคลินิกเอกชนสามารถทำสองสิ่งนี้ได้ดี จะไม่ประสบกับปัญหาจำนวนประชากรมาลงทะเบียนน้อย เพราะในความพึงพอใจของประชากรของคลินิกย่อมจะส่งผลให้มีการมาเลือกขึ้นทะเบียนกับคลินิกเอกชนนั้นๆเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิประจำ หรือไม่อยากย้ายออกไปขึ้นทะเบียนกับคลินิกเอกชนอื่น ถ้าเล็งเห็นว่าคลินิกสามารถให้บริการรักษาได้ดีตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวัง

จากการเข้าตรวจมาตรฐานและความเรียบร้อยในการให้บริการของคลินิกต่างๆ ก็พบว่าโดยมากแล้ว คลินิกที่เข้าร่วมไม่ได้มีปัญหาอะไรที่น่าเป็นห่วง จะมีบ้างบางคลินิกที่มีปัญหาในเรื่องของการมีมาตรฐานต่ำกว่าเกณฑ์ต่างๆที่สปสช.กำหนดไว้ในการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามสมควร

การขึ้นทะเบียนประชากรที่อาจจะเคยมีปัญหาในเรื่องของการมีนายหน้าหาจำนวนประชากรมาลงทะเบียนให้กับหน่วยบริการนั้น แก้ปัญหาด้วยการที่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องจะขึ้นทะเบียนต้องไปติดต่อกับตัวเองได้ที่เขต หรือไม่ก็ต้องเป็นคนในครอบครัวเดียวกันเท่านั้นจึงจะทำได้

ส่วนในเรื่องของจำนวนประชากรลงทะเบียนที่น้อยกว่าความต้องการนั้น ก็ให้แจ้งเข้ามาที่สปสช. เพื่อที่จะได้อนุญาตให้ทำการหาประชากรมาขึ้นทะเบียนเพิ่มเป็นกรณีๆไป แทนที่จะต้องรอให้ถึงเวลาที่สปสช.ระบุว่าออกหาหัวประชากรเพิ่มได้

4.4.4 ความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการมีส่วนร่วมของคลินิกเอกชน

ผู้เขียนเห็นว่า ถ้าต้องการให้โครงการนี้ดำรงอยู่ เพื่อให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกคนเข้าถึงโครงการ และประหยัดงบประมาณในระยะยาว รัฐจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคมกกว่านี้

การที่รัฐมีแนวทางให้หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเป็นหน้าด่านของการที่ประชาชนจะเข้าถึงการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและ โดยมีแนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาลเชิงรุก เป็นแนวคิดที่มีประโยชน์อย่างยิ่งกับสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลทางการสัมภาษณ์ที่ได้มานั้น เชื่อว่างบประมาณที่มีจำนวนน้อยเกินกว่าค่าใช้จ่ายจริงในการให้บริการในการลงชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องรวมถึงค่าจ้างบุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่คลินิกต้องมีเพิ่ม ประกอบกับ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากงบที่ได้มาในการทำส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านจึงเป็นเสมือนค่าทำการตลาดที่คลินิกต้องแบกรับเพิ่มเอง

โดยรวมแล้วคลินิกเวชกรรมที่เข้าร่วมนั้น มีความคาดหวังจากการมีส่วนร่วมมากกว่าเรื่องของการเงิน โดยที่มองถึงผลพลอยได้ในเรื่องของการตลาดด้วย โดยได้จากการที่มีผู้เข้ามาใช้บริการที่มากขึ้นนั่นเอง เรียกว่าเป็นการทำฐานลูกค้าให้กว้างขึ้นกว่าเดิม อย่างเช่นถ้ามีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีสิทธิการใช้บริการอยู่ที่คลินิกนี้ ก็อาจจะทำให้เพิ่มโอกาสของการมาใช้บริการในแบบลูกค้าเงินสดของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่นปรึกษาแพทย์คนเดียวกัน เดินทางมาด้วยกัน เป็นต้น ซึ่งถ้ามองจากแง่มุมนี้แล้วถือว่าการปรับแนวคิดนี้มาใช้ทำให้เกิดประโยชน์ในเชิงธุรกิจมากกว่าที่จะเรียกว่าเป็นการปรับแนวคิดการทำธุรกิจเดิมเปลี่ยนมาเพื่อสังคม

โดยสรุปแล้ว หากคลินิกเอกชนสามารถพัฒนาไปสู่การทำงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงประชาชนและครอบคลุมพื้นที่ที่ดูแล อย่างเป็นรูปธรรม ก็จะไม่มีความจำเป็นในการจัดจ้างผู้นำชุมชนหรือหัวหน้าคณะให้นำคนมาลงทะเบียน (ตามข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ของคลินิกในลักษณะนี้บางแห่ง) ความยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้โดย

1. ถ้าคลินิกสามารถให้บริการในเชิงรุกและมีบริการที่ดี ประชาชนก็พร้อมที่จะลงทะเบียน และคลินิกเอกชนเองก็จะสามารถที่อยู่ในโครงการได้
2. เพื่อเป็นการขยายฐานของการป้องกันแทนที่จะรักษา คลินิกสมควรทำงานเชิงรุกด้วยการทำคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในชุมชนเดือนละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย
3. คลินิกควรมีกระบวนการติดตามคนไข้ในพื้นที่ของตนเองได้