

ประสิทธิผลการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ภายหลังจากโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
The Effectiveness of Primary Health Care Service Systems Management in
Subdistrict Health Promotion Hospitals after Task Transfer to
Provincial Administrative Organization, Pattani Province

จุฑามาศ สิ้นประจักษ์ผล^{1*}, รุสนา จิตกาหลง¹
Juthamas Sinprajakpol^{1*}, Rusna Jitkalong

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

¹Pattani Provincial Public Health Office

(Received: October 20, 2024; Revised: March 16, 2025; Accepted: March 22, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การจัดสรรงบประมาณ พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพ และประเมินผลระบบการจัดสรรงบและบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังจากโอนภารกิจสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี (อบจ.) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่าย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 จำนวน 130 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ อบจ. จำนวน 16 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพและการจัดสรรเงินโดยผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบระบบบริการสุขภาพและการจัดสรรเงิน จากข้อมูลผลการจัดบริการและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ผลวิจัยพบว่า

1. รพ.สต. จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. มีการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขจัดสรรผ่านคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณ โดยมีการจ่ายตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร่วมกับคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจัดสรรเป็นเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิถูกออกแบบพร้อมกับรูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอก (OP) และ และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัวปรับงบเหมาจ่ายรายหัวคำนวณใหม่ OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่าง สสจ และ อบจ.

3. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบตามผลงานมีผลงานการจัดบริการที่เพิ่มมากขึ้น และมูลค่าการจัดสรรเงินปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาปี 2567 เท่ากับ 265,558.56 บาท

สสจ. และ อบจ. ควรมีการควบคุมกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานและการจัดสรรเงินร่วมกันเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน และการจัดสรรเงินที่เหมาะสมต่อการจัดบริการสำหรับประชาชน

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด งบประมาณ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jutha.sinprajak@hotmail.com)

Abstract

This research and development project aimed to study the current situation of the primary healthcare service system, budget allocation, the development of healthcare service models, and the evaluation of budget allocation and service systems in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) after the transfer of responsibilities to the Pattani Provincial Administrative Organization (PAO). The study was conducted in three phases. Phase 1 examined the situation of the primary healthcare service system and budget allocation. A purposive sampling method was used to select 130 SHPHs that transferred their responsibilities to the PAO during fiscal years 2023 and 2024. Data were collected from 16 key informants, including representatives from the Provincial Public Health Office (PPHO) and the PAO, and were analyzed using content analysis. Phase 2 involved developing a healthcare service system and budget allocation model through the Area Health Board (AHB). Phase 3 assessed the effectiveness of the developed healthcare service system and budget allocation model, based on service provision and expenditure data from fiscal years 2023 and 2024. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used for data analysis. Research findings were as follows:

1. In fiscal years 2023 and 2024, Health services in SHPHs were arranged based on the standard healthcare facility data under the National Health Security System which managed by the Ministry of Public Health (MoPH) and the PAO. Moreover, budget allocation was conducted through the Subcommittee on Budget Allocation. Direct payment from National health security office and Support medical and non-medical supplies from Contracting Unit for Primary Care (CUP) were presented for budget allocation.

2. Primary Healthcare Service and Budget Allocation Model: The model was designed to support both OP and P&P services. In 2023, capitation-based budget allocation for OP services accounted for 7%, while 90% was allocated to P&P. In 2024, the capitation budget for OP services was adjusted to 8%, while P&P was reduced to 85%. The remaining 15% was pooled into a central fund to support joint P&P activities between the PPHO and the PAO.

3. Performance- Based Budget Allocation for P&P Services: The implementation of performance-based budgeting resulted in increased healthcare service delivery. In 2024, an additional budget of 5,621,459.88 THB was allocated for P&P services, and 265,558.56 THB was designated for medical and non-medical supplies.

Therefore, it is recommended that the PPHO and PAO collaborate in monitoring and supervising healthcare service performance and budget allocation to prevent adverse effects on the public and ensure appropriate financial distribution for public healthcare services.

Keywords: Effectiveness, Primary Healthcare Services, Subdistrict Health Promoting Hospitals, Provincial Administrative Organization, Budget Allocation

บทนำ

การกระจายอำนาจระบบและกระบวนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยปฏิรูปความรับผิดชอบและการบริหารจากการบริหารส่วนกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบทั้งในทางบวกและที่ไม่พึง

ปรารถนา โดยการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) เป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation) (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, 2021) โดยเน้นรูปแบบการบริหารจัดการที่ประชาชนร่วมกันบริหารทรัพยากรภายในชุมชนท้องถิ่นของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาของตัวเอง ร่วมกันวางแผนประโยชน์อันพึงมีต่อท้องถิ่นของตนเอง (Cashin, Ankhbayar, Phuong, Jamsran, Nazad, Phuong, et al, 2015) เพื่อให้แก้ไขปัญหาที่สนองตอบความต้องการของประชาชนในพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Health Systems Research Institute, 2009) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้อำนาจของกรมการแพทย์ หรือ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) โดยมีการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (Quality and Standard Service Unit Support Office, 2016) รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ประสบการณ์ในการถ่ายโอน รพ.สต. ในประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 คือ เป็นการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. ควบคุมไปกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ต่อมาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อบต. โดยตรง ด้านการถ่ายโอนภารกิจโดยพบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัย (รพ.สต. และ สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี: สอน.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2565 มี รพ.สต. ถ่ายโอนรวมทั้งสิ้น 84 แห่ง จากจำนวน สอน. และ รพ.สต. 9,878 แห่งทั่วประเทศ และมีการถ่ายโอนไป อบจ. เพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2566 มี รพ.สต. ถ่ายโอนจำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง และในปี 2567 อีกจำนวน 933 แห่ง (Uansri, Markchang, Chotchoungchatcha, Onthong, Panapong, & Pattanasiri, 2024) จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนการตรากฎหมายและกำหนดนโยบาย และจากการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบปัญหาความท้าทายของการดำเนินการหลายด้านที่ทำให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วไปและเกิดขึ้นในบางพื้นที่ (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการทรัพยากร ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

จังหวัดปัตตานีอยู่ในเขตสุขภาพที่ 12 ที่มีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มี รพ.สต. จำนวนทั้งสิ้น 130 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100.00 โดยแบ่งการถ่ายโอนเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ปี 2566 ถ่ายโอน จำนวน 32 แห่ง ร้อยละ 24.61 ระยะที่ 2 ในปี 2567 ถ่ายโอน จำนวน 98 แห่ง โดยในระยะที่ 1 พบผลการดำเนินงานการให้บริการตามระบบบริการปฐมภูมิหลายบริการลดลงจากปี 2565 เช่น การให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นลดลงร้อยละ 4.13 ,ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุ 1 ปีแรก (วัคซีน BCG,HB,IPV,DPT-HB3.OPV3 และ MMR1) ลดลงร้อยละ 17.29 ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกับการถ่ายโอนก่อนปี 2563 (Sudhipongpracha, 2021) และผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2023) จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการทางด้านทรัพยากรโดยเฉพาะการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ร่วมกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ (Cashin, Ankhbayar,

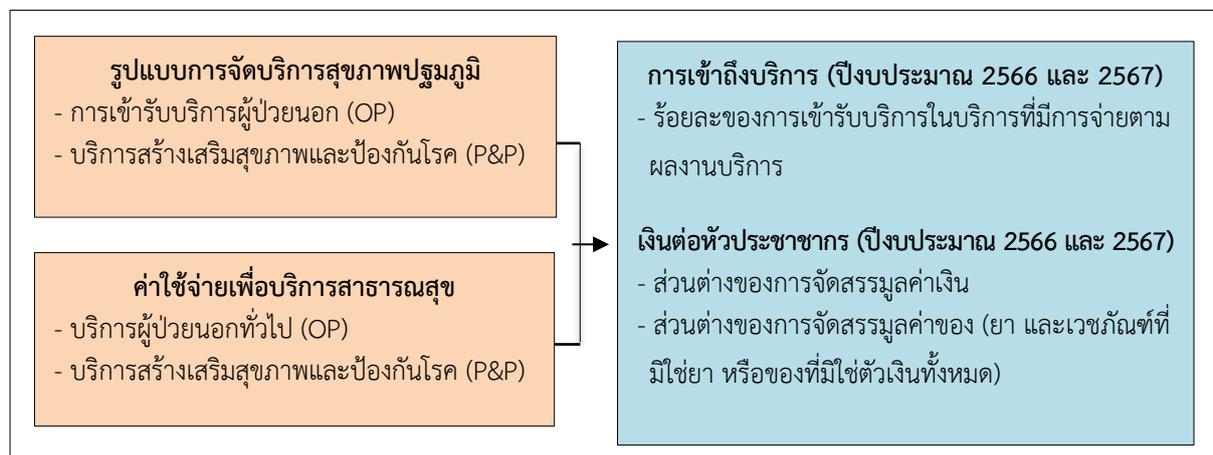
Phuong, Jamsran, Nazad, Phuong, et al, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาการบริหารจัดการในรูปแบบของจังหวัด ที่เป็นการถ่ายโอนไป อบจ. โดยการบริหารจัดการจะขึ้นอยู่กับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งแตกต่างจากการถ่ายโอนที่ผ่านมา ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุข ตลอดจนประเมินประสิทธิผลของระบบบริการและการจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ. ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาข้อเสนอสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรงบประมาณของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ. เป็นต้นไป ให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรมต่อการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
2. พัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ถ่ายโอนไป อบจ. ระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 และประสิทธิผลการรับบริการจ่ายตามผลงานบริการ และ มูลค่าการจัดสรรเงินและของในการจัดสรรงบต่อหัวประชากร ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
 ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ปัตตานีปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำนวน 130 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล (Informant) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการเงินค่าใช้จ่ายการจัดการบริการสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 4 คน อบจ. จำนวน 4 คน คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จำนวน 4 คน และ ผู้อำนวยการ สอน. และ รพ.สต. จำนวน 4 คน รวม 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดและกึ่งมีโครงสร้าง (Open Ended and Semi – Structured Questionnaire) ประเด็นสถานการณ์ รูปแบบการบริหารแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก CUP การจัดสรรตรงจาก สปสช. และแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 - 1.00 ก่อนนำไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อความเข้าใจในคำถามที่ตรงกัน ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานติดต่อผู้เกี่ยวข้อง
2. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการประชุมกลุ่มระดมสมอง โดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา
3. หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล
4. กรณีที่ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วน จะมีการเก็บข้อมูลซ้ำในกลุ่มตัวอย่างรายเดิม เพื่อให้ข้อมูลที่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถานการณ์และเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรค่าใช้จ่ายการจัดการบริการสาธารณสุขให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. (ก่อนและหลังการถ่ายโอน) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจัดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

2. พัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาข้อตกลง (MOU) การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปภารกิจให้แก่ อบจ.

2. เข้าร่วมประชุมแบบมีส่วนร่วมในการประชุม กสพ. ของจังหวัดปัตตานีในการประชุมการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี หลังการถ่ายโอนปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 โดยมีการนำเสนอรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรมต่อประชาชนในพื้นที่

3. ศึกษาประสิทธิภาพระบบการสุขภาพจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและผลการจัดบริการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ปัตตานี ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำนวน 32 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ผลการจัดบริการของ รพ.สต. ที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายเพื่อสาธารณสุขบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule) จากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ผลงานบริการจากระบบ 43 แห่ง) ปีงบประมาณ 2566 และ 2567

2. จัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข คัดลอกและบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

2. แบบบันทึกข้อมูลการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก CUP การจัดสรรตรงจาก สปสช. และแหล่งค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ รพ.สต. ทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้ตัวเงินแยกตามประเภทเวชภัณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล วางแผนการเก็บข้อมูลและประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อกำหนดวันเวลาในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกที่จัดเตรียมไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการจัดสรรค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขและผลการจัดบริการของ รพ.สต. นำเสนอข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง RECPTN No.003/67 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

1.1 ลักษณะการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการสาธารณสุข OP และ P&P โดย กสพ. ของจังหวัดปัตตานี ผ่านคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณและเบิกจ่ายตรงซึ่งเป็นคณะกรรมการย่อยของคณะกรรมการสุขภาพด้านสาธารณสุข ที่มีตัวแทนจาก โรงพยาบาล สสจ. รพ.สต. ถ่ายโอน อบจ. เทศบาล และ สปสช. มีปลัด อบจ. เป็นประธาน มีตัวแทน รพ.สต. ถ่ายโอนเป็นเลขา เพื่อจัดทำร่างข้อเสนอในการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว OP และ P&P ประกอบด้วยรายละเอียดการชำระหนี้ระหว่างกัน การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อเสนอร่างข้อเสนอดังกล่าวต่อไป โดยพบว่าหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. CUP ยุติการจัดสรรเป็นมูลค่าของเงินและครุภัณฑ์ตามผลงานการจัดบริการ ในส่วนเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีโซยา ยังได้รับจัดสรรเหมือนเดิมจาก CUP รายละเอียดตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่าง CUP ให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนระหว่างปี 2566 และ 2567

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566				ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			
	เงิน	เวชภัณฑ์	เวชภัณฑ์มีโซยา	ครุภัณฑ์	เงิน	เวชภัณฑ์	เวชภัณฑ์มีโซยา	ครุภัณฑ์
1 ผู้ป่วยนอก (OP)	-	+	+	-	-	+	+	-
2 P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule)	-	+	+	-	-	+	+	-
3 P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว)	-	+	+	-	-	+	+	-
4 P&P แบบรายบริการ (Workload)	-	+	+	-	-	+	+	-

หมายเหตุ: + = จัดสรร, - = ไม่จัดสรร

2. รูปแบบระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปัตตานี

2.1 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายหลังจากถ่ายโอน การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. พบว่าจัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) เป็นจัดบริการระดับปฐมภูมির่วมกัน CUP สธ. กับ อบจ. ในทั้งปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 โดยที่ลักษณะการจัดบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีการตามจ่ายระหว่าง อบจ. และ สธ. รายละเอียดตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะการจัดบริการระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ลักษณะบริการ	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567
1 ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) โดยไม่มีการตามจ่าย	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) โดยไม่มีการตามจ่าย
2 P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee Schedule) P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว) P&P แบบรายบริการ (Workload)	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) หรือตามการจัดบริการจริง ตามข้อตกลงตาม MOU	จัดบริการตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile: CPP) หรือตามการจัดบริการจริง ตามข้อตกลงตาม MOU

รูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัวปรับงบเหมาจ่ายรายหัว OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่าง หน่วยบริการของ อบจ. และหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ และวัสดุทันตกรรม ในปี 2566 จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ และเพิ่มในปี 2567 มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical Therapeutic Committee: PTC) โดยมี รพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ รายละเอียดตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	พ.ศ. 2566		พ.ศ. 2567	
	เงิน	ยา,เวชภัณฑ์มีใช้ยา,วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์, วัสดุทันตกรรม	เงิน	ยา,เวชภัณฑ์มีใช้ยา,วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์, วัสดุทันตกรรม
ประเภท				
1	ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP)	งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7%	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ
2	P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee Schedule)	จัดสรรตามผลงาน 100% ตามศักยภาพตามข้อตกลง ผ่าน E- claim	จัดสรรตามผลงาน 100% ตามศักยภาพตามข้อตกลง ผ่าน E- claim	
3	P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว)	งบเหมาจ่ายรายหัว P&P จัดสรร 90%	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ
4	P&P แบบรายบริการ (Workload)		จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ	จัดสรรตามปริมาณการใช้โดยคู่อัตรการใช้ยา แต่ไม่เข้มงวด สามารถเบิกฉุกเฉินได้ในกรณีที่ไม่เพียงพอ มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอ (Pharmaceutical therapeutic Committee: PTC) มีรพ.สต. ถ่ายโอนที่ได้รับมอบหมายร่วมเป็นคณะกรรมการ

3. ประสิทธิภาพระบบการจัดบริการปฐมภูมิและการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ปีตตามนี้

3.1 ประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบตามผลงาน (Fee Schedule) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2566 และ 2567 พบว่ามีผลงานการจัดบริการที่เพิ่มมากขึ้นในทุกกิจกรรมบริการ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	พ.ศ. 2566			พ.ศ. 2567		
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล	1,750	1,213	73.69	1,622	1,212	73.76
ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน	1,867	772	35.57	2,048	827	39.91
คัดกรอง 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน	61,512	47,303	82.47	62,772	49,779	94.74
คัดกรอง 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูง	53,820	41,517	82.86	54,902	44,582	83.88

3.2 ประสิทธิภาพการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข มูลค่าการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2566 เท่ากับ 12,917,469.43 บาท และ ปี 2567 เท่ากับ 18,538,929.31 บาท พบว่าได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท แต่ CUP ปีตตามนี้มีการจัดสรรปี 2566 มากกว่าปี 2567 อยู่ 697,788.86 บาท ดังตาราง 4

ตาราง 4 มูลค่าการจัดสรรเงินของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ที่	CUP	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566			ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			ส่วนต่าง
		OP	PP	รวม	OP	PP	รวม	
1	ปัตตานี	772,609.15	1,806,099.29	2,578,708.44	597,210.50	1,283,709.08	1,880,919.58	-697,788.86
2	โคกโพธิ์	195,397.19	455,513.82	650,911.01	301,798.80	646,737.51	948,536.31	297,625.30
3	หนองจิก	272,240.53	636,406.44	908,646.97	464,877.51	1,003,183.78	1,468,061.30	559,414.33
4	ปะนาเระ	188,389.30	440,390.58	628,779.88	346,162.89	746,728.54	1,092,891.43	464,111.55
5	มายอ	283,348.90	662,374.05	945,722.95	624,261.48	1,343,215.32	1,967,476.80	1,021,753.85
6	ทุ่งยางแดง	175,689.05	410,701.67	586,390.72	282,033.13	602,245.16	884,278.29	297,887.57
7	ไม้แก่น	93,834.04	219,352.29	313,186.33	148,312.22	313,454.81	461,767.03	148,580.70
8	ยะหริ่ง	552,631.06	1,291,864.82	1,844,495.88	915,236.88	1,965,080.61	2,880,317.50	1,035,821.62
9	ยะรัง	537,540.17	1,216,924.48	1,754,464.65	945,908.20	2,035,456.46	2,981,364.66	1,226,900.01
10	แม่ลาน	217,948.10	509,489.06	727,437.16	354,660.33	753,836.18	1,108,496.51	381,059.35
11	สายบุรี	392,774.50	918,174.16	1,310,948.66	590,176.80	1,271,129.54	1,861,306.33	550,357.67
12	กะพ้อ	200,073.20	467,703.58	667,776.78	321,333.77	682,179.81	1,003,513.58	335,736.80
	รวม	3,882,475.19	9,034,994.24	12,917,469.43	5,891,972.51	12,646,956.80	18,538,929.31	5,621,459.88

มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2566 รวมเท่ากับ 8,787,709.05 บาท และ ปี 2567 รวมเท่ากับ 8,973,267.61 บาท พบว่าได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น 265,558.56 บาท ทั้งนี้มีการจัดสรรปี 2566 มากกว่าปี 2567 ใน CUP ปะนาเระ ไม้แก่น ยะหริ่ง ยะรัง แม่ลาน สายบุรี และ กระพ้อ ดังตาราง 5

ตาราง 5 มูลค่าการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567

ที่	CUP	ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2566			ถ่ายโอนปี พ.ศ. 2567			ส่วนต่าง
		ยา	ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์	รวม	ยา	ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุวิทยาศาสตร์	รวม	
1	ปัตตานี	681,966.31	854,881.20	1,536,847.51	1,033,508.24	828,221.50	1,861,729.74	324,882.23
2	โคกโพธิ์	336,975.45	178,397.86	515,373.31	394,239.77	188,159.17	582,398.94	67,025.63
3	หนองจิก	428,043.86	182,829.05	610,872.91	667,902.56	304,671.77	972,574.33	361,701.42
4	ปะนาเระ	607,525.70	144,761.76	752,287.46	599,052.10	127,710.00	726,762.10	-25,525.36
5	มายอ	504,582.79	145,331.25	649,914.04	500,717.02	175,309.82	676,026.84	26,112.80
6	ทุ่งยางแดง	53,361.92	8,443.30	61,805.22	52,325.38	50,118.15	102,443.53	40,638.31
7	ไม้แก่น	111,014.54	56,084.11	167,098.65	113,113.04	20,250.60	133,363.64	-33,735.01
8	ยะหริ่ง	1,153,769.30	409,692.04	1,563,461.34	1,186,414.23	251,444.55	1,437,858.78	-125,602.56
9	ยะรัง	764,777.16	281,224.62	1,046,001.78	669,697.46	345,126.06	1,014,823.52	-31,178.26
10	แม่ลาน	271,696.43	69,207.13	340,903.56	122,237.26	72,033.40	194,270.66	-146,632.90
11	สายบุรี	863,826.15	252,333.52	1,116,159.67	916,946.41	192,917.38	1,109,863.79	-6,295.88
12	กะพ้อ	293,485.81	53,497.79	346,983.60	161,151.74	483,455.22	161,151.74	-185,831.86
	รวม	6,071,025.42	2,636,683.63	8,707,709.05	6,417,305.21	3,039,417.62	8,973,267.61	265,558.56

การอภิปรายผล

การจัดบริการของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. พบว่าจัดบริการจัดบริการสุขภาพตามข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CPP) เป็นจัดบริการระดับปฐมภูมิร่วมกัน CUP สธ. กับ อบจ. ที่เป็นศักยภาพของการจัดบริการของ รพ.สต. (Health Systems Research Institute, 2009) โดยที่ลักษณะการจัดบริการผู้ป่วยนอกไม่มีการตามจ่ายระหว่าง อบจ. และ สธ. ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของการจัดสรรเงินตามหัวประชากรผู้ป่วยนอก ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2022) ส่วนในการจัดบริการ P&P นั้น ให้จัดสรรไปตามกิจกรรมที่ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละ รพ.สต. ที่จะสามารถจัดบริการได้ (Quality and Standard Service Unit Support Office, 2016) ยุติการจัดสรรเป็นมูลค่าของเงินและ

ครุภัณฑ์ตามผลงานการจัดบริการจาก CUP แต่มีการจัดสรรเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีชีเย่า ยังได้รับจัดสรรเหมือนเดิม จาก CUP เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่มีชีเย่าในกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ใน ปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) ทั้งนี้เกิดจากการที่ CUP ไม่พิจารณาจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เนื่องจาก ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการจำกัดขอบเขตการ ใช้จ่ายเงินบำรุงเฉพาะของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ไม่สามารถสนับสนุนหน่วยบริการอื่น นอกกระทรวงสาธารณสุขได้ (Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, Bunpean, et al., 2022) ซึ่งแตกต่างจากการจัดสรรระหว่าง CUP มี สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ในปี 2551 และ 2555 (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) และ รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็ก ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ของประเทศไทย (Fuengkajorn, Singweratham, Siewchaisakul, & Wungrath, 2024) โดยการจัดสรรเงิน รวมถึงยาและเวชภัณฑ์ที่มีชีเย่า ช่วงแรกระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ควรทำความเข้าใจกับ CUP เดิมเพื่อความคล่องตัวของการบริหารจัดการและการประหยัดต่อขนาด

การจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ดำเนินการผ่านคณะกรรมการด้านการจัดสรรงบประมาณและเบิกจ่ายตรง ซึ่งเป็นคณะกรรมการย่อย ของคณะกรรมการสุขภาพด้านสาธารณสุข โดย กสพ. สามารถดำเนินการผ่านคณะกรรมการได้ ตามแนวทางการ ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, 2021) อีกทั้งยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการบริหารจัดการในหลาย ๆ พื้นที่ที่ถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปี 2566 ที่ผ่านมา (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) โดยการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวเป็นไปตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนและยังส่งผลต่อการบริหาร จัดการอีกด้วย

รูปแบบการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขผู้ป่วยนอก (OP) และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) พบว่าในปี 2566 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 7% และ P&P 90% ส่วนในปี 2567 งบเหมาจ่ายรายหัว OP 8% และ P&P 85% และ อีก 15 % เป็นกองกลางเพื่อจัดทำกิจกรรม PP รวมกันระหว่างหน่วยบริการของ อบจ. และ หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางเดียวกับหลักเกณฑ์การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ของ สปสช. (National Health Security Office, 2022) และตามบริบทของการกระจายอำนาจ โดยให้ กสพ. เข้ามา มีบทบาทในการดำเนินการออกแบบรูปแบบบริการปฐมภูมิและการจัดสรรที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister, 2021) ที่เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการกับกระทรวงสาธารณสุขและ CUP เดิม (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) เพื่อให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนน้อยที่สุด

ประสิทธิผลการจัดบริการปฐมภูมิในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เป็นรายการจ่ายแบบ ตามผลงาน (Fee Schedule) เมื่อเปรียบเทียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2566 และปี 2567 พบว่ามีผลงานการ จัดบริการที่เพิ่มมากขึ้นในทุกกิจกรรมบริการ เนื่องจากการจ่ายแบบตามผลงานกระตุ้นให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว ปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่โอนตรงไปยัง รพ.สต. โดยไม่ผ่าน CUP เหมือนตอนที่อยู่กับ กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การจัดบริการในกลุ่มดังกล่าวมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siewchaisakul, 2024) อีกทั้งยังพบมูลค่าการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น เท่ากับ 5,621,459.88 บาท มูลค่าการจัดสรรยาและ เวชภัณฑ์ที่มีชีเย่าของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปี 2567 ได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น 265,558.56 บาท ส่งผลให้

เงินต่อหัวประชากรเพิ่มมากขึ้น ทำให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้ว น่าจะมีเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการให้กับประชาชน ในระยะแรกของการถ่ายโอน ถึงอย่างไรก็ตาม การจัดสรรเงินที่โอนตรงไปยัง รพ.สต. ต้องมีการควบคุมกำกับติดตาม ผลการดำเนินงานร่วมด้วยเพื่อให้สอดคล้องไปกับเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการถ่ายโอนในครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขใน สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ครั้งนี้ เป็นการศึกษาช่วงของการเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่อาจจะยังไม่สะท้อน ทรัพยากรที่แท้จริงของการจัดบริการ รวมถึงข้อจำกัดของบุคลากรที่ถ่ายโอนมาไม่ครบตามจำนวนเดิมที่เคยมีบุคลากรอยู่ อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพปฏิบัติงานและผลงานหลังการถ่ายโอน

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. ทราบการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิให้กับ รพ.สต. ถ่ายโอนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการ เป็นในทิศทางเดียวกัน และไม่เกิดความเหลื่อมล้ำที่จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสำหรับประชาชน
2. องค์การบริหารส่วนจังหวัดทราบสัดส่วนการจัดสรรตามข้อตกลงในการจัดบริการสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และนำไปใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้เกิดความพอเพียงต่อการจัดบริการ
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเตรียมวางแผนสำหรับการควบคุมกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้ เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพหลังการถ่ายโอนและมีข้อมูลสำหรับใช้ในการควบคุมกำกับและติดตาม

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูผลของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขว่ามีความเพียงพอต่อการจัดบริการหรือไม่
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการร่วมด้วย เช่น จำนวนบุคลากร นวัตกรรมบริการ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

References

- Cashin, C., Ankhbayar, B., Phuong, H. T., Jamsran, G., Nazad, O., Phuong, N. K., et al. (2015). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Moving toward UHC*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage.: Washington DC.
- Fuengkajorn, A., Singweratham, N., Siewchaisakul, P., & Wungrath J., (2024). Comparison of access to dental services and oral health status among children aged 0-12 years between Tumbon health promoting hospital with and without transferred to the local administrative organization in the northern region of Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), e268398. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2009). *Subdistrict Health Promoting Hospital Service Manual*. Nonthaburi. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- National Health Security Office. (2022). *Manual of National Health Security Fund Management Fiscal Year 2022*. National health security office: Bangkok. National health security office. (in Thai)
- Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthachini Health Station and*

- Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization.*
Bangkok: Office of the Permanent Secretary. (in Thai)
- Quality and Standard Service Unit Support Office. (2016). *Service Unit Registration Audit Guideline for Main Contractor Service Unit, Primary Care Service Unit, Coordinate Service Unit.* Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)
- Rutjamathamrong, P., Singweratham, N., Techakehakij, W., Boontiam, N., Kaewsing, P., Bunpean, A., et al. (2022). *Development of Management Guideline for the Health Security Funds to Allocate Budget for the District Health Promoting Hospitals Transferred to The Local Administrative Organizations.* Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Siewchaisakul, P., Bunpean, A., & Chautrakarn, S., (2024). *Unit Cost Study for Health Care Service in Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamin Maharachini Health Center and Tambon Health Promoting Hospital with Transferred to the Provincial Administrative Organizations.* Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Wongyai, D., Bunpean, A., & Siewchaisakul, P., (2024). A comparison on budget allocation of the national health security fund between contracting unit for primary care and the Tambon health promoting hospitals with and without transferred to the local administrative organizations. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 11(1)*, e266462. (in Thai)
- Sriratanaban, J., Singweratham, N., Komwong, D., & Maneechay, M. (2023). Assessment of population health impacts from the transfer of Subdistrict health promoting hospitals to the Provincial administrative organization in 2023: Phase 1 Potential warning signs. *Journal of Health System Research, 18(2)*, 152-72. (in Thai)
- Sudhipongpracha, T., Choksettakij, W., Phuripongthanawat, P., Kittayasophon, U., Sathatham, N., & Onphothong, Y. (2021). *Policy Analysis and Policy Design for the Transfer of Subdistrict Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs).* Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Techakehakij, W., Singweratham, N., & Wongphan, T. (2018). *Unit Cost and Budget Impact of Compulsory Programs for Health Promotion and Disease Prevention in Thailand.* Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)
- Uansri, S., Markchang, K., Chotchoungchatcha, S., Onthong, S., Panapong, N., & Pattanasiri T., (2024). The transfer of health facilities to the local government administration: progress and challenges. *Journal of Health System Research, 18(3)*, 314-330. (in Thai)