

การเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างศูนย์ปฏิบัติการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

A Comparison on Budget Allocations from the National Health Security Fund
between Contracting Unit for Primary Care
and Tambon Health Promoting Hospitals with and without Transferred
to the Local Administrative Organizations

นงษา สิงห์วีรธรรม¹, ดวงรัตน์ โพธิ์², วิน เตชะเคหกิจ³, ธีระศักดิ์ วงศ์ใหญ่⁴, อำพล บุญเพียร^{5*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล¹
Noppcha Singweratham¹, Tuangrat Phodha², Win Techakehakit³, Dherasak Wongyai⁴,
Aumpol Bunpean^{5*}, Pallop Siewchaisakul¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ³โรงพยาบาลลำปาง,
⁴โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา, ⁵วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Faculty of Public Health, Chiang Mai University, Faculty of Pharmacy, ²Thammasat University, ³Lampang Hospital,

⁴Chiangkham Hospital, Phayao Province, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology,

⁵Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute

(Received: October 7, 2022; Revised: December 5, 2023; Accepted: December 11, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ การบริหารจัดการ และการจัดสรร
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของศูนย์ปฏิบัติการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP)
โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มศูนย์ฯ จำนวน 4 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.) จำนวน 16 คน โดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่าย โดยใช้ข้อมูล
จาก CUP, สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต, และ รพ.สต. 3) พัฒนาข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ
และการจัดสรรค่าใช้จ่าย โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี และบริบทที่เกี่ยวข้องกับ
การบริหารงบประมาณในปัจจุบันและในอนาคต ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการจัดสรรขึ้นอยู่กับข้อตกลงของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.)
โดยจัดสรรเป็นมูลค่าเงิน เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และการจ่ายเป็นอัตราคงที่ (Fixed Cost)

2. CUP จัดสรรให้กับ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน เป็นเงินร้อยละ 73.05 เป็นสิ่งของร้อยละ 26.95
ส่วนรพ.สต. ถ่ายโอน เป็นเงินร้อยละ 54.78 เป็นสิ่งของร้อยละ 45.22

3. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อการจัดบริการจึงเสนอ รูปแบบที่ 1 กรณี CUP เดิม (รพ.แม่ข่ายไม่เรียก
เก็บค่าบริการ) ในบริบทแก้ไขระเบียบเงินบำรุง รูปแบบที่ 2 กรณี CUP เดิม (รพ.แม่ข่ายไม่เรียกเก็บค่าบริการ)
ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต. ในบริบทไม่แก้ไขระเบียบเงินบำรุง และรูปแบบที่ 3 กรณี CUP ใหม่ (รพ.แม่ข่าย
ไม่เรียกเก็บค่าบริการ) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.

4. ข้อเสนอกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติควรทบทวนปรับรูปแบบการจัดสรรให้เกิดความเป็นธรรม
และไม่เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ให้กับ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน
กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสามารถ
นำไปใช้เพื่อพิจารณารูปแบบ กลไก สัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

คำสำคัญ: กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ การจัดสรรงบประมาณ การถ่ายโอน องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: aumpol@kmpht.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to: 1) study the situation of health insurance fund management and expenditure allocation for public health services from the health insurance fund of the contracting unit for primary care (CUP) by conducting in-depth interviews among the 4 contracting parties and 16 directors of tambon health promoting hospitals, and 2) compare the proportion of expenditure allocation using data from contracting unit for primary care (CUP), National Health Security office (NHSO), and Tambon health promoting hospital (THPH), and 3) develop policy recommendations on health insurance fund management and expenditure allocations by analyzing, synthesizing research, concepts, theories and context related to current and future budget management. The results showed as follows.

1. The allocation model depends on the agreement with the District Coordinating Committee for the allocation of money, medical supplies, and durable items, and this, at fixed cost.

2. The CUP allocated 73.05 percent of money and 26.95 percent of appliances to non-transferred SHPH. Transferred SHPH is allocated for 54.78% of the money, 45.22% of appliance.

3. To ensure fairness in the provision of services, we proposed three options for different conditions: 1) in the case of the original CUP (the host hospital does not charge service fees) within the context of amending the regulations on the Ministry of Public Health's maintenance allowance, 2) in the case of the original CUP (the host hospital does not charge service fees), the direct transfers to the SHPH in the context of not amending the maintenance allowance regulations, and 3) in the case of the new CUP (the host hospital does not charge service fees), the direct transfers to the THPH.

4. In terms of policy recommendation, the National Health Security Fund should review and adjust the allocation model to be appropriate, fair, and without inequality in the allocation of medical service costs to THPH, transfers, and non-transfers.

Ministry of Public Health, Department of Local Administration, and the National Health Security Office can use the proposed options to consider the arrangement, mechanism, and proportion of budget allocation for public health services to the transferred THPHs.

Keywords: National Health Security Fund, Budget Allocation, Transfer Missions, Local Administration Organization, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ได้กำหนดให้ รัฐจะต้องกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเอง พัฒนาคณะเอง รวมไปถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกิจการของท้องถิ่น ซึ่งได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริการปฐมภูมิทางด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำให้สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีภารกิจในการให้บริการปฐมภูมิ จะต้องได้รับการถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเขตพื้นที่ที่ตั้งอยู่ตามลำดับขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ (Department of Local Administration, 2021)

ขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจในการให้บริการปฐมภูมิที่ผ่านมา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง รพ.สต. และ สอน.ไปแล้วบางส่วนโดยในปี พ.ศ. 2551 โอนไปจำนวน 27 แห่ง พ.ศ. 2555 จำนวน

28 แห่งแต่ยังคงใช้วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพ จากการบริหารของ CUP เดิมของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีวิธีจัดสรรที่หลากหลายรูปแบบตามบริบท ขนาดของสถานบริการ จำนวนบุคลากร จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Sri-ngernyuan, Siriwan, Vongjinda, & Chuenchom, 2012) ซึ่งพบปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ยา (Techatik, & Nakham, 2009; Srisasalux, Vichathai, & Kaewwichian, 2009) และมีการบริหารจัดการด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมต่อการจัดบริการ (Local Government Commission, 2017; Kulthanmanusorn, Saengruang, Wanwong, Kosiyapom, Witthayapipopsakul, & Srisasalux, 2018)

การจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ถือเป็นหัวใจหลักสำคัญในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการให้บริการสุขภาพ และเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ (Chiangchaisakulthai, Wongsin, Isayathikom, Suppradist, & Samiphuk, 2021) โดยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาข้อมูลต้นทุนเกี่ยวกับการให้บริการปฐมภูมิในแง่มุมต่างๆ เช่น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย (Wongsin, Wannasri, Thamwanna, Pongpatrachai, Chiangchaisakulthai, & Sakunphanit, 2017; Chiangchaisakulthai, & Wongsin, 2018) การศึกษาต้นทุนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นไปตามแบบพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Techakehakij, Singweratham, Wongyai, & Nawsuwan, 2020) การศึกษาด้านทุนการจัดบริการตามขนาด รพ.สต. (Phodha, Singweratham, Rochanathimoke, Techakehakij, & Bunpean, 2023) แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่าย รวมถึงสัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่จัดสรรผ่าน CUP ให้กับ รพ.สต. ทั้งใน รพ.สต. ที่อยู่กับกระทรวงสาธารณสุขและ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบต. ซึ่งความเพียงพอของการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ ต้องพิจารณาควบคู่ระหว่างรายจ่าย (ต้นทุน) และรายรับ

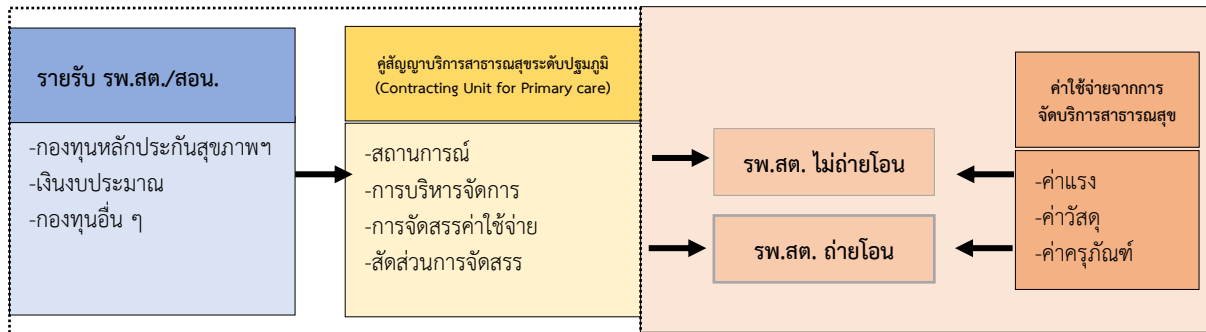
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับนโยบายการเร่งรัดของรัฐบาลจึงทำให้เกิดการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบต. ในปี 2565 - 2566 เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้คณะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญและความเร่งด่วนอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาด้านการ การบริหารจัดการ และสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพในการจัดสรรงบประมาณให้กับ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ได้ถ่ายโอนไป อบต. เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต. ตลอดจนพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบต. ซึ่งจะสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการบริการเพื่อให้ได้รับการจัดสรรทรัพยากร งบประมาณของ สอน.และ รพ.สต. เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมและเกิดความเป็นธรรมต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาด้านการ การบริหารจัดการ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน.และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน.และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน.และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาแหล่งเงินจากค่าใช้จ่ายจากการจัดบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินงบประมาณ และจากกองทุนอื่น ๆ เช่น ประกันสังคม ข้าราชการ อปท. และสิทธิการรักษาอื่นๆ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขใน สอน. และ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนไป อปท. ที่ได้รับการจัดสรรจากคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและจากแหล่งอื่นให้กับ รพ.สต.



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) แบบวิธีเชิงปริมาณนำวิธีเชิงคุณภาพ ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การบริหารจัดการ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์บริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในมุมมองผู้ให้บริการ (Provider perspective) ที่พิจารณาในมิติจากบนลงล่าง (Top down) ที่ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่จับต้องได้ (Tangible costs) และจับต้องไม่ได้ (Intangible costs) ในคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) ให้กับ สอน. และ รพ.สต. ในบริบทการจัดบริการปฐมภูมิ (Primary care services) ปีงบประมาณ 2565

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) มี สอน. และ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนไป อปท. ในปี 2551 และ 2555 โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็น CUP ที่มี สอน. และ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ในปี 2551 และ 2555 มากกว่า 1 แห่งในพื้นที่เดียวกัน โดย สอน. และ รพ.สต. จะต้องมีการบริหารค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพอยู่ที่ CUP ของกระทรวงสาธารณสุข และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เลือกจำนวน 4 แห่ง ดังตาราง 1 โดยแต่ละพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 1 คน ผู้อำนวยการที่ไม่ถ่ายโอน 2 คน และ ผู้อำนวยการที่ถ่ายโอน 2 คน ต่อ 1 พื้นที่

ตาราง 1 กลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	อำเภอ	รพ. แม่ข่าย (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)	
			ไม่ถ่ายโอน	ถ่ายโอน
เชียงใหม่	แม่ริม	รพ. นครพิงค์	1	2
	เมือง		1	
กำแพงเพชร	ปางศิลาทอง	รพ. ปางศิลาทอง	2	2
น่าน	ภูเพียง	รพ. ภูเพียง	2	2
บุรีรัมย์	ละหานทราย	รพ. ละหานทราย	2	2

(4/15)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยคำถามสถานการณ์การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ประเด็นค่าบริการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) ค่าบริการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ) และค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (Quality and Outcome Framework: QOF) โดยทีมวิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบปลายเปิดและกึ่งมีโครงสร้าง (Open ended and semi – structured questionnaire) จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบการสร้างเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญทางการเงินการคลัง และผู้เชี่ยวชาญทางด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence :IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 – 1.00 ก่อนนำไปทดลองใช้กลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อความเข้าใจในคำถามที่ตรงกันก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานติดต่อผู้เกี่ยวข้อง
2. ทีมวิจัยประชุมกลุ่มระดมสมอง เพื่อซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน
3. ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นเวลา 30-45 นาที โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา
4. ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจัดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) การจัดแฟ้ม 2) การลงรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) การจัดประเภทของข้อมูล 4) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่และแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) การตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต. เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล CUP สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต สอน. และ รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จัดสรรให้ สอน. และ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในปี 2551 และ 2555 ประกอบด้วยค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF) ที่เป็นค่าใช้จ่ายที่จับต้องได้ (Tangible Costs) และจับต้องไม่ได้ (Intangible costs) จาก สอน. และ รพ.สต. ในขั้นตอนที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของ CUP เกี่ยวข้องกับการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพ ของ สอน. และ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในปี 2551 และ 2555 ประกอบด้วยค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน ค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF) และอื่นๆ

2. แบบบันทึกจำนวนครั้งของการจัดบริการจากฐานข้อมูลของ CUP, สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต สอน. และ รพ.สต. ตามค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ค่าบริการ การแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และค่าใช้จ่ายตามเกณฑ์ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญทางการเงินการคลัง และผู้เชี่ยวชาญทางด้าน กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่า ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ออกแบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลของ CUP และแบบบันทึกจำนวนครั้งของการจัดบริการจาก ฐานข้อมูลของ CUP สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต สอน. และ รพ.สต.
2. ประสานติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่าย สอน. และ รพ.สต. เพื่อขอรวบรวมข้อมูล
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล CUP สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต สอน. และ รพ.สต.
4. ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาดดำเนินการตรวจสอบกับฐานข้อมูลอีกครั้ง
5. วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต. ที่ถ่าย โอนไป อปท. เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจาก งานวิจัย (Review Literature) ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณ บริบทสถานการณ์ที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณในปัจจุบันและในอนาคต ประกอบกับผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การบริหารจัดการ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพ และขั้นตอนที่ 2 การ เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
2. แบบบันทึกข้อมูลจากบริบทสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรร งบประมาณในการกระจายอำนาจ และบริบทสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณในปัจจุบันและในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากสังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการ จัดสรรงบประมาณในการกระจายอำนาจ และจากบริบทสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณในอดีตที่มี ปัญหาอุปสรรคในการบริหารมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และมีการนำเสนอ ผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สถาบันคุ้มครอง การวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IHRP No. 099-2565 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ การบริหารจัดการ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้กับ สอน. และ รพ.สต. พบว่า รูปแบบการจัดสรรขึ้นอยู่กับข้อตกลงของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยมีการจัดสรรที่หลากหลายแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบริบทของ CUP โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบการจัดสรรมูลค่าเงิน เวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และครุภัณฑ์ รวมถึงการจ่ายเป็น Fixed cost เพื่อสนับสนุนการจัดบริการใน รพ.สต. โดยการจัดสรรค่าบริการสาธารณสุข OP ส่วนมากจะไม่จ่ายเป็นต้นทุนตามผลการให้บริการใน รพ.สต. ส่วนงบ P&P ส่วนมากจัดสรรเป็นมูลค่าเงินตามผลงานแต่มีบางพื้นที่ไม่จัดสรรตามผลการปฏิบัติงานจริง ส่วนงบกองทุนสุขภาพอื่นๆ จะมีการจ่ายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละกองทุน ดังตาราง 2

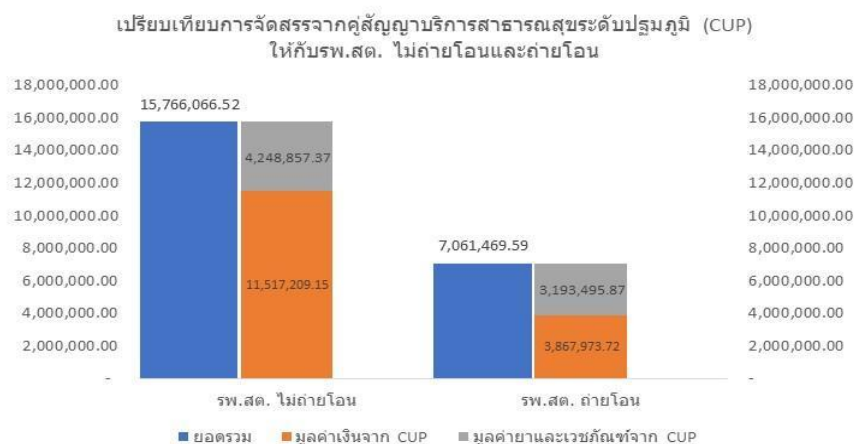
ตาราง 2 รูปแบบการบริหารจัดการการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ		ไม่ถ่ายโอน				ถ่ายโอน			
สาธารณสุข	NT1	NT2	NT3	NT4	T1	T3	T3	T4	
จัดสรรจาก CUP									
งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ									
1	ผู้ป่วยนอก (OP)	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
2	P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule)	100% ตามผลงาน (รพ.สต. ไม่ได้รับเป็นผลงาน รพ.)	100% ตามผลงาน	จ่ายเป็นค่า Fix cost และค่าโครงการ PP	CUP (20%) ตามผลงาน (60%) เฉลี่ยเท่ากัน (20%)	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
3	P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว)	ตามมติ คป.สอ.จ่ายเป็นค่า Fix cost	รพ. (30%) รพ.สต. (70%)	จ่ายเป็นค่า Fix cost และค่าโครงการ PP	ไม่จัดสรร	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
4	P&P แบบรายบริการ (Workload)	ตามมติ คป.สอ.จ่ายเป็นค่า Fix cost	100% ตามผลงาน	จ่ายเป็นค่า Fix cost และค่าโครงการ PP	ไม่จัดสรร	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
5	ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF)	ประชากร (45%) ตามผลงาน (55%)	สสอ. (10%) รพ. (90%) รพ.สต.(ตามผลงาน)	ผลงาน (60%) ประชากร (40%)	CUP (40%) รพ.สต. (60%)	เหมือนไม่ถ่ายโอน	CUP (20%) รพ.สต. (80%)	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
6	การแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน	รพ. (30%) รพ.สต. (70%)	รพ. (60%) รพ.สต. (40%)	จ่ายจากงบค่าเสื่อมส่วน OP และ PP ประมาณ 5%	รพ. (30%) รพ.สต. (70%)	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
7	แพทย์แผนไทย	100% ตามผลงาน	100% ตามผลงาน	จ่ายให้ รพ.สต. 100% ตามผลงาน	CUP (20%) รพ.สต. (80%)	ไม่จัดสรร	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
8	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	NS	100% ตามผลงาน	จ่ายให้ รพ.สต. 100% ตามผลงาน	NS	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	เหมือนไม่ถ่ายโอน	
งบประมาณ									
9	จ้างบุคลากร	CUP ดำเนินการจ้างให้ในบางตำแหน่ง(สายสนับสนุน) และ รพ.สต. จ้างเองใช้เงินบำรุง	CUP ดำเนินการจ้างให้ในบางตำแหน่ง(สายสนับสนุน) และ รพ.สต. จ้างเองใช้เงินบำรุง	CUP สนับสนุนค่าจ้าง พกส.และลูกจ้างสายวิชาชีพ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พื้น ตาภิบาล แพทย์แผนไทย	CUP ดำเนินการจ้างให้ในบางตำแหน่ง(สายสนับสนุน) และ รพ.สต. จ้างเองใช้เงินบำรุง	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
10	อ.11	รพ. ช่วยในกรณีไม่พอ	รพ. ช่วยในกรณีไม่พอ	ไม่จัดสรร	รพ. ช่วยในกรณีไม่พอ	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
11	Fix cost/ งบอุดหนุน	ตามเกณฑ์ คป.สอ.	ตามเกณฑ์ สสจ. และปรับเปลี่ยนระดับ รพ.สต.	Fix cost ตามขนาด รพ.สต. S, M, L	ตามเกณฑ์ สสจ. และปรับเปลี่ยนระดับ รพ.สต.	ไม่จัดสรร	ตามเกณฑ์ สสจ. และปรับเปลี่ยนระดับรพ.สต.	ตามเกณฑ์ สสจ. และปรับเปลี่ยนระดับรพ.สต.	
12	งบลงทุน	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
13	งบพัฒนาบุคลากร	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ภาพรวม CUP	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	ไม่จัดสรร	
จัดสรรจากกองทุนอื่น ๆ									
14	ประกันสังคม	ได้รับรายละเอียด 100 บาท	จ่ายจริง และเพิ่มอีก 15% เป็นค่าพัฒนาบุคลากร	จ่ายเฉพาะส่วน 15% เป็นค่าให้บริการ	ได้รับรายละเอียด 100 บาท	ได้รับรายละเอียด 100 บาท	จ่ายจริง และเพิ่มอีก 15% เป็นค่าพัฒนาบุคลากร	จ่ายเฉพาะส่วน 15% เป็นค่าให้บริการ	
15	ข้าราชการ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ไม่เก็บเงิน	

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข	ไม่ถ่ายโอน				ถ่ายโอน			
	NT1	NT2	NT3	NT4	T1	T3	T3	T4
16 อพท.	จัดสรรตรง สปสช.	ออกใบเสร็จ	จัดสรรตรง สปสช.	จัดสรรตรง สปสช.	จัดสรรตรง สปสช.	จัดสรรตรง สปสช.	จัดสรรตรง สปสช.	จัดสรรตรง สปสช.
17 สิทธิอื่น ๆ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ออกใบเสร็จ	ไม่เก็บเงิน

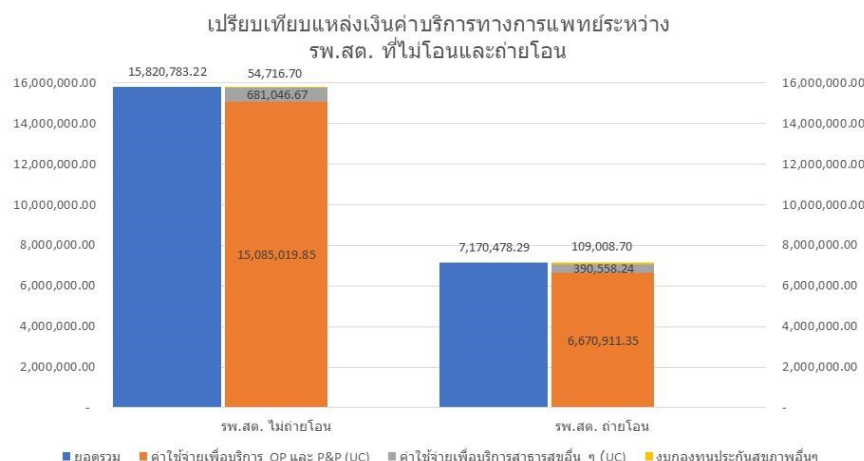
หมายเหตุ: NA =ไม่มีข้อมูล/ไม่จัดสรร, NS =ไม่มีการจัดบริการ

2. เปรียบเทียบการจัดสรรจาก CUP ในค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนเป็นมูลค่ารวม 15,766,066.52 บาท แบ่งเป็นจัดสรรเป็นเงินจำนวน 11,517,209.15 บาท (ร้อยละ 73.05) มูลค่ายาและเวชภัณฑ์จาก CUP 4,248,857.37 บาท (ร้อยละ 26.95) ส่วนในพื้นที่ถ่ายโอนมีการจัดสรรมูลค่ารวม 7,061,469.44 บาท แบ่งเป็นจัดสรรเป็นเงินจำนวน 3,867,973.72 บาท (ร้อยละ 54.78) มูลค่ายาและเวชภัณฑ์จาก CUP 3,193,495.72 บาท (ร้อยละ 45.22) อัตราส่วนการจัดสรรรวม รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนได้รับ คิดเป็น 2.23 เท่า ดังภาพ 2



ภาพ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่าเงินและมูลค่ายาและเวชภัณฑ์การจัดสรรจากคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ให้กับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอน

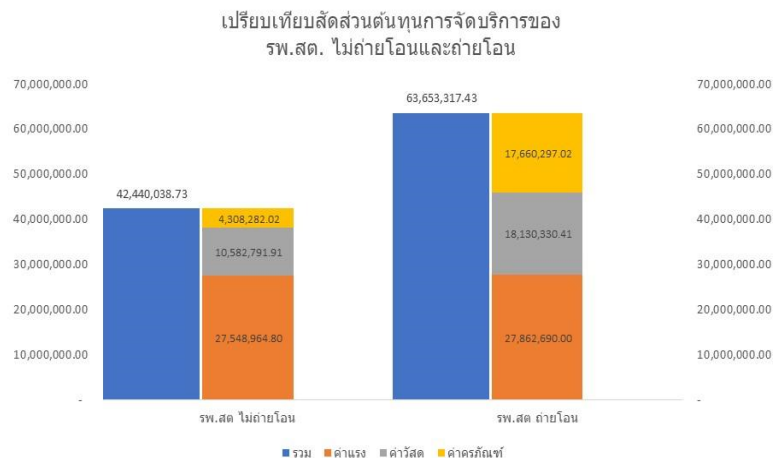
เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่าแหล่งเงินค่าบริการทางการแพทย์ พบว่า ใน รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนได้รับการจัดสรร 15,820,783.22 บาท เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ OP และ P&P (UC) มากที่สุด 15,085,019.85 บาท (ร้อยละ 95.35) ส่วน ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้รับการจัดสรร 7,170,478.29 บาท เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ OP และ P&P (UC) มากที่สุด 6,670,911.35 บาท (ร้อยละ 93.03) ดังภาพ 3



ภาพ 3 เปรียบเทียบแหล่งเงินค่าบริการทางการแพทย์ระหว่าง รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอน

(8/15)

เปรียบเทียบสัดส่วนต้นทุนการจัดบริการ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอน มีต้นทุนรวม 42,440,038.73 บาท (อยู่ในช่วง 3,635,791.85 - 9,230,294.97 บาท) โดยแบ่งเป็นค่าแรง 27,548,964.80 บาท (อยู่ในช่วง 2,167,834.00 - 4,322,840.00 บาท) คิดเป็นร้อยละ 64.91 ค่าวัสดุ 10,582,791.91 บาท (อยู่ในช่วง 512,981.59 - 4,160,722.00 บาท) คิดเป็นร้อยละ 24.94 และค่าครุภัณฑ์ 4,308,282.02 บาท (อยู่ในช่วง 133,164.00 - 1,175,290.44 บาท) คิดเป็นร้อยละ 10.15 ส่วนในพื้นที่ถ่ายโอนมี มีต้นทุนรวม 63,653,317.43 บาท (อยู่ในช่วง 2,957,119.50 - 21,229,268.42 บาท) โดยแบ่งเป็นค่าแรง 27,862,690.00 บาท (อยู่ในช่วง 1,252,500.00 - 5,567,330.00 บาท) คิดเป็นร้อยละ 43.77 ค่าวัสดุ 18,130,330.41 บาท (อยู่ในช่วง 819,589.48 - 8,416,847.33 บาท) คิดเป็นร้อยละ 28.48 และค่าครุภัณฑ์ 17,660,297.03 บาท (อยู่ในช่วง 556,593.67 - 7,341,021.09 บาท) คิดเป็นร้อยละ 27.74 ดังภาพ 4



ภาพ 4 เปรียบเทียบต้นทุนรวมและสัดส่วนต้นทุนระหว่างรพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอน

3. รูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขควรได้รับการจัดสรรให้เกิดความพอเพียงต่อการจัดบริการในทุกลักษณะของ สอน. และ รพ.สต. ที่ควรรวมที่ไม่ถ่ายโอน และถ่ายโอนไป อบต. ทั้งในกลุ่มที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อการจัดบริการรูปแบบที่ 1 กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย) ในบริบทแก้ไขระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบที่ 2 กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต. ในบริบทแก้ไขระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข และรูปแบบที่ 3 กรณี CUP ใหม่ (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.

ตาราง 3 ข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข	กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย)	กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.	กรณี CUP ใหม่ (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
1 ผู้ป่วยนอก (OP) ลักษณะการจัดสรร	จ่ายเป็นค่า Fix cost ตามขนาด รพ.สต. S, M, L ที่สะท้อนค่าใช้จ่ายตามจริง	รพ. (60%) รพ.สต. (40%)	CUP ใหม่ (60%) รพ.สต. (40%)
แนวคิดการจัดสรร	ประมาณการจากข้อมูล Fix cost รพ.สต. แต่ขนาดและมีการพิจารณาการจัดสรรเพิ่มให้ รพ.สต. ขนาด S	รพ. (60%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าค่าสิ่งสนับสนุนที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP รพ.สต. (40%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP	CUP ใหม่ (60%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าค่าสิ่งสนับสนุนที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP รพ.สต. (40%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP
2 P&P แบบจ่ายตามผลงาน (Fee schedule) P&P แบบเหมาบริการ (เหมาจ่ายรายหัว) P&P แบบรายบริการ (Workload) ผลงานและคุณภาพบริการ (QOF)	รพ. (20%) รพ.สต. (ตามผลงาน 60%, ประชากร 40%)	รพ. (20%) รพ.สต. (80%) โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง	CUP ใหม่ (20%) รพ.สต. (80%) โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง
แนวคิดการจัดสรร	รพ. (20%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP	รพ. (20%) = ประมาณการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP	ประมาณการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP

ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุข	กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย)	กรณี CUP เดิม (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.	กรณี CUP ใหม่ (ไม่มีการตามจ่าย) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต.
	รพ.สต. (60%) ตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง รพ.สต. (40%) ตามหัวประชากร เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาพื้นที่ที่มีประชากรน้อยที่จะมีงานตามผลงานน้อย	รพ.สต. (80%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP	รพ.สต. (80%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP
3 แพทย์แผนไทย ลักษณะการจัดสรร	รพ. (20%) รพ.สต. (80%)	รพ. (20%) รพ.สต. (80%) โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง	CUP ใหม่ (20%) รพ.สต. (80%) โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง
แนวคิดการจัดสรร	รพ. (20%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP รพ.สต. (80%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP	รพ. (20%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP รพ.สต. (80%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP	รพ. (20%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่รวมค่าสิ่งสนับสนุนจาก CUP ที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ในการจัดบริการ และค่าบริหารจัดการในระดับ CUP รพ.สต. (80%) = ประเมินการจากค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร โดยคำนวณจากมูลค่าการสนับสนุนและค่าบริหารจัดการจาก CUP
4 พื้นฟูสมรรถภาพ ลักษณะการจัดสรร	100% ตามผลงาน	100% โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง	100% โอนตรงตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง
แนวคิดการจัดสรร	รพ.สต. (100%) = ตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง	รพ.สต. (100%) = ตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง	รพ.สต. (100%) = ตามผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง
5 การแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน			
ลักษณะการจัดสรร	รพ. (60%) รพ.สต. (ประชากร 40%)	รพ. (60%) รพ.สต. (ประชากร 40%)	จัดสรรผ่าน CUP
แนวคิดการจัดสรร	รพ. (60%) รพ.สต. (ประชากร 40%) ร่วมปรับเกลี่ยกันในระดับ CUP	รพ. (60%) รพ.สต. (ประชากร 40%) ร่วมปรับเกลี่ยกันในระดับ CUP	
กองทุนอื่น ๆ			
6 ประกันสังคม			
ลักษณะการจัดสรร	จ่ายจริง และเพิ่มอีก 15% เป็นค่าพัฒนาบริการ	จ่ายจริง และเพิ่มอีก 15% เป็นค่าพัฒนาบริการ	จ่ายจริง และเพิ่มอีก 15% เป็นค่าพัฒนาบริการ
แนวคิดการจัดสรร	ตามหลักเกณฑ์ของกองทุนประกันสังคม	ตามหลักเกณฑ์ของกองทุนประกันสังคม	ตามหลักเกณฑ์ของกองทุนประกันสังคม

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ การบริหารจัดการ และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสุขภาพของคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ให้กับ สอน. และ รพ.สต. การจัดสรรขึ้นอยู่กับข้อตกลงของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) พบว่ามีการจัดสรรที่หลากหลายแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับแต่ละบริบทของ CUP ทั้งนี้เป็นไปตามลักษณะข้อตกลงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุไว้ว่า สถานบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จะขึ้นทะเบียนเป็น "หน่วยบริการ" หรือ "เครือข่ายหน่วยบริการ" (Quality and Standard Service Unit Support office, 2016) ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 ใช้คำว่า คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ต่อมาเมื่อมีข้อบังคับ สปสช.ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 มีการกำหนดประเภทให้สอดคล้องกับ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเรียก "คู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ" ว่า "หน่วยบริการประจำ" ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขจึงถูกจัดสรรให้กับ รพ.แม่ข่าย ส่งผลให้ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนไป จึงยังถูกบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขผ่านไปยัง CUP เดิม โดยการบริหารจัดการขึ้นอยู่กับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เดิม จึงส่งผลให้เกิดความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำในการจัดสรร (Suppatheerathada, 2020; Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, Onphothong, 2021; Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, & Bunpean, et al, 2022) รูปแบบการจัดสรรหลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบการจัดสรรมูลค่าเงิน เวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและครุภัณฑ์ รวมถึงการจ่ายเป็น Fixed cost สอดคล้องไปกับการจัดสรรเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้รับเงินในลักษณะ Fixed Cost (อัตราคงที่เท่ากันทุกสถานีอนามัย) และได้รับตามจำนวนประชากร และ/หรือจำนวนบริการ ส่วนในด้านยาและเวชภัณฑ์ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล (Faramnuyaphol, 2008) โดยจะเห็นได้ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพจะทำหน้าที่

เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) หลักของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย (Cashin, Ankhbaya, Phuong, Jamsran, Nazad, Phuong, et al., 2015; Barasa, Mathauer, Kabie, Ezumah, Mbau, Honda, et al, 2021) ที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภายใน CUP (National Health Security Office, 2020) โดยส่วนมากจัดสรรค่าบริการสาธารณสุข OP จะไม่จ่ายเป็นต้นทุนตามผลการให้บริการใน รพ.สต. ส่วนงบ P&P ส่วนมากจัดสรรเป็นมูลค่าเงินตามตามผลงานแต่มีบางพื้นที่ไม่จัดสรรตามผลการปฏิบัติงานจริง เนื่องจาก CUP จะทำหน้าที่ในการจัดสรรโดยใช้มิติของ คปสอ. จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขที่มีความเหลื่อมล้ำใน รพ.สต. ทั้งที่ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอน (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021; Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, & Bunpean, et al, 2022) แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังไม่ได้รับการแก้ไขทั้งทางปฏิบัติและในทางกฎหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและโปร่งใส ดังนั้นจึงควรมีการแก้ไขรูปแบบการบริหารจัดการให้มีความชัดเจนในรูปแบบและวิธีการจัดสรรเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ (Chu, Kwon, & Cowley, 2019) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการดำเนินการจัดสรรที่ผ่านมาหากพิจารณาในระเบียบที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่ามีการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามระเบียบ (Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, & Bunpean, et al., 2022) แต่เป็นดำเนินงานเพื่อให้ไม่เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการที่เป็นไปตามหลักของการกระจายอำนาจ กรณีการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขของกองทุนอื่น ๆ ในการจัดบริการผู้ป่วยนอก (OP) พบว่ามีการใช้ทรัพยากรร่วมกันกับงบกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการจัดสรรจาก CUP และบาง รพ.สต. ได้รับการจัดสรรตรงจากแต่ละกองทุน เช่นกองทุนประกันสังคมที่ได้รับการโอนตรงจาก รพ. แม่ข่าย และกองทุนของ สปสช. เพื่อบริการสาธารณสุขร่วมกับ อบท. ที่ได้รับการโอนตรงจาก สปสช. แต่หากพิจารณาในการได้รับการจัดสรรแล้วยังพบว่าเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในรพ.สต. ไม่ถ่ายโอนได้รับการจัดสรรอัตราส่วนการจัดสรรรวม คิดเป็น 2.23 เท่าของ รพ.สต. ถ่ายโอน เมื่อเทียบกับมูลค่าเงินและมูลค่าสิ่งของที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข OP และ P&P เป็นเงินที่ใช้สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขมากที่สุด โดยใน รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนจัดสรร 15,085,019.85 บาท (ร้อยละ 95.35) และถ่ายโอนจัดสรร 6,670,911.35 บาท (ร้อยละ 93.03) ทั้งนี้เกิดจากการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่าน CUP เดิม (Quality and Standard Service Unit Support office, 2016) ที่ทำให้ตัวเลขของเงินสนับสนุนของ รพ.สต. ที่ถูกถ่ายโอน น้อยกว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน (Techaatik & Nakham, 2009) ถึงแม้ว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจะได้รับเงินอุดหนุนจาก อบท. แล้วก็ตาม (Suppatheerathada, 2020) แต่ถึงอย่างไรการศึกษารั้งนี้ เป็นการพิจารณามูลค่าเงินในภาพรวมซึ่งเป็นตัวเลขที่สะท้อนออกมาเท่านั้นยังไม่ได้พิจารณาจำนวนมูลค่าต่อหัวประชากร และไม่ได้เก็บข้อมูลต้นทุนบริการที่เกิดขึ้นที่ รพ.แม่ข่าย เช่น การตามจ่ายค่าแรงบุคลากรที่ใช้ร่วมกัน เป็นต้น เงินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในสิทธิของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ควรที่จะได้รับในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อการจัดบริการหรือต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดบริการ ต้นทุนการจัดบริการสาธารณสุขใน รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนและถ่ายโอนมีแหล่งงบประมาณหลักเป็นเงินงบประมาณอยู่ระหว่างร้อยละ 50.32 - 52.52 และมีค่าแรงจากเงินงบประมาณมากที่สุดอยู่ระหว่างร้อยละ 51.57 - 65.27 และมีสัดส่วนต้นทุนเป็นค่าแรงมากที่สุด ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับการศึกษาต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Chiangchaisakulthai & Wongsin, 2018) ต้นทุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย (Singweratham, Khunboonchan, Nawsuwan, Atitdid, & Adulyarat, 2020) และการศึกษาด้านทุนใน รพ.สต. ขนาด S, M และ L (Phodha, Singweratham, Rochanathimoke, Techakehakij, & Bunpean, 2023) หากพิจารณาใน รพ.สต. ถ่ายโอนจะพบว่ามีสัดส่วนต้นทุนที่แตกต่างอย่างชัดเจนจาก รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน โดยมีสัดส่วนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์เท่ากับ 43.77, 28.48 และ 27.74 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ส่วนที่แตกต่างเป็นค่าวัสดุและค่าครุภัณฑ์ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วจะได้รับเงินอุดหนุนจากกรมส่งเสริมส่วนท้องถิ่น (สกล.) เป็นเงินจำนวน 1,000,000 บาท และยังสามารถขอสนับสนุนครุภัณฑ์โดยตรงจาก อบท. ที่ รพ.สต.สังกัด

(Suppatheerathada, 2020) การได้รับการจัดสรรดังกล่าวยังส่งผลต่อค่าแรง ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ที่บุคลากรจ้างด้วยเงินบำรุงมากที่สุดอยู่ระหว่างร้อยละ 67.99 - 70.10 อีกด้วย ทั้งนี้ควรพิจารณาความเหมาะสมการจัดสรรเพื่อให้เกิดความพอเพียงต่อการจัดบริการทางด้านสาธารณสุขเพื่อไม่ให้ประชาชนได้รับผลจากประเด็นการจัดสรรงบประมาณ แต่จากการดำเนินการดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของประเทศในการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ (Joint Learning Network, 2016) โดยเฉพาะ รพ.สต. ถ่ายโอนไปแล้ว อาจได้รับค่าจัดบริการสาธารณสุขและค่าอื่นๆ จากหลายส่วนซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลดีต่อการจัดบริการหรือก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนในงบประมาณที่ได้รับ และไม่มี ความแตกต่างกันในต้นทุนการกิจกรรมการจัดบริการระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน(Phodha, Singweratham, Rochanathimoke, Techakehakij, Bunpean, 2023) ทั้งนี้จะเห็นได้จากการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่มีสัดส่วนและแหล่งที่ได้รับแตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อต้นทุนการกิจการบริการถึงอย่างไรก็ตามควรมีการพิจารณาความเพียงพอของงบประมาณในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

3. ข้อเสนอแนะรูปแบบการบริหารจัดการและการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขควรได้รับการจัดสรรให้เกิดความพอเพียงต่อการจัดบริการในทุกลักษณะของ สอน. และ รพ.สต. ทั้งที่ไม่ถ่ายโอนและ ถ่ายโอนไปอปท. ทั้งในกลุ่มที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (Sudhipongpracha, Choksettakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021; Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, & Bunpean, et al., 2022) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อการจัดบริการโดยการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 รูปแบบ โดยรูปแบบที่ 1 กรณี CUP เดิม (รพ.แม่ข่ายไม่เรียกเก็บค่าบริการ) ในบริบทแก้ไขระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุขรูปแบบที่ 2 กรณี CUP เดิม (รพ.แม่ข่ายไม่เรียกเก็บค่าบริการ) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต. ในบริบทไม่แก้ไขระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข และรูปแบบที่ 3 กรณี CUP ใหม่ (รพ.แม่ข่ายไม่เรียกเก็บค่าบริการ) ร่วมกับการโอนตรงไปที่ รพ.สต. หากพิจารณาค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข OP และ P&P ที่มีฐานคิดจากจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนและจัดสรรมาเป็นเงินต่อหัวประชากร (Capitation) (National Health Security Office, 2020) รูปแบบการจัดสรรควรพิจารณาการแบ่งสัดส่วนระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต. ลูกข่ายมากกว่าร้อยละ 60 ในสัดส่วนที่เกิดความเหมาะสมทั้งนี้เนื่องจาก CUP และ รพ.สต. ยังมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมอยู่มากทั้งบุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงบริการอื่นๆ ที่ยังต้องพึ่ง CUP ส่วนการค่าใช้จ่ายในบางกองทุน เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขกรณีฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และการแพทย์แผนไทยควรพิจารณาในการจัดสรรค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่มากกว่าร้อยละ 80 ให้กับ รพ.สต. ทั้งนี้จะเห็นได้จากปริมาณการจัดสรรเวชภัณฑ์ยาและมีใช้ในกิจกรรมดังกล่าว ถึงอย่างไรก็ตามควรมีการพิจารณาการจัดสรรให้เกิดความเหมาะสมและไม่เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดบริการอีกทั้งยังต้องมีการปรับระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องการบริหารจัดการ (Rutjamathamrong, Singweratham, Techakehakij, Boontiam, Kaewsing, & Bunpean, et al, 2022) เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานรวมถึงการได้รับบริการของประชาชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เพื่อพิจารณาปรับรูปแบบการจัดสรรให้เกิดความเหมาะสม เป็นธรรม และไม่เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ให้กับ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับสัดส่วนและต้นทุนในการจัดบริการสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เพื่อพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้เกิดความไม่ซ้ำซ้อนและพอเพียงต่อการจัดบริการ
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสามารถนำไปใช้เพื่อพิจารณารูปแบบ กลไกและรายการที่จะสามารถดำเนินการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเพื่อที่จะให้ รพ.สต. สามารถได้รับเงินได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยนอก (OP) และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่เกิดขึ้นใน สอน. และ รพ.สต. ร่วมกับการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมที่สะท้อนการใช้ทรัพยากรจริงในแต่ละกิจกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่สะท้อนความเป็นจริงในอนาคตต่อไป
2. ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขและต้นทุนการจัดบริการตามรูปแบบการถ่ายโอนที่มีความหลากหลาย เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดการซ้ำซ้อนของทรัพยากรที่สัตรลงไปยังการจัดบริการปฐมภูมิที่มีความหลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัยให้กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

References

- Barasa, E., Mathauer, I., Kabie, E., Ezumah, N., Mbau, R., Honda, A., et al. (2021). How do healthcare providers respond to multiple funding flows? A conceptual framework and options to align them. *Health Policy and Planning*, 36(6), 861–868.
- Cashin, C., Ankhbayar, B., Phuong, HT., Jamsran, G., Nazad, O., Phuong, NK., et al. (2015). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Moving toward UHC*. Washington DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Chiangchaisakulthai, K., Wongsin, U., Isayathikom, K., Suppradist, W., Samiphuk, N. (2021). Unit cost of services in primary care cluster. *Journal of Health Systems Research*, 13(2), 175-187. (in Thai)
- Chiangchaisakulthai, K., Wongsin, U. (2018). Cost of primary care service network in health region 8. *Journal of Health Systems Research*, 12(4), 681-690. (in Thai)
- Chu, A., Kwon, S., Cowley, P. (2019). Health financing reforms for moving towards universal health coverage in The Western Pacific Region. *Health Systems & Reform*, 5(1), 32-47.
- Department of Local Administration. (2021). *List of Sub-District Health Promoting Hospitals and Health Stations that are Transferred to Local Administrative Organizations*. Bangkok: Ministry of Interior. (in Thai)
- Faramnuayphol, P. (2008). *Money Allocation and Financial Situation of Primary Care Facilities (Health Center) Under the Creation of Universal Health Insurance*. Bangkok: Health Information Development Office. (in Thai)
- Joint Learning Network. (2016). *Financing and Payment models for Primary Health Care Six Lesson from JLN Country Implementation Experience*. USA: Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., Wanwong, Y., Kosiyaporn, H., Witthayapipopsakul, W., Srisasalux, J., et al. (2018). *Evaluation of the Devolved Health Centers: Synthesis Lesson Learnt from 51 Health Centers and Policy Options*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

- Local Government Commission. (2017). *Transferring Missions from Tambon Health Promoting Hospital to Local Government*. Bangkok: The National Legislative Assembly. (in Thai)
- National Health Security Office. (2022). *Guidelines for the Practice of Claiming Expenses for Health Services for Fiscal Year 2022*. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing Company Limited. (in Thai)
- Phodha, T., Singweratham, N., Rochanathimoke, O., Techakehakit, W., Bunpean, A.. (2023). A compared cost analysis for health care services in tambon health promotion hospitals before and during the covid-19 pandemic period fiscal year 2019-2021. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(1), 170-181. (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., Techakehakit, 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*. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Singweratham, N., Khunboonchan, T., Nawsuwan, K., Atitdid, P., Adulyarat, M. (2022). Unit cost of thai traditional medicine service activities for health promotion and disease prevention in health care providers under Ministry of Public Health for the 2018 fiscal year. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(3), 89-107. (in Thai)
- Sri-ngernnyuang, L., Siriwan, P., Vongjinda, S., Chuenchom, S. (2012). *Health Center Devolution: Lesson Learned and Policy Implications*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Srisasalux, J., Vichathai, C., Kaewvichian, R. (2009). Experience with public health decentralization: The health center transfer model. *Journal of Health Systems Research*, 3(1), 16-34. (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)*. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Suppatheerathada, J. (2020). *Policy Recommendation for Budget Allocation on Subsidy Expenditure Budget for Local Government under Transfer Mission: Case Study in Tumbon Health promoting hospital*. Bangkok: The Secretariat of the House of Representatives. (in Thai)
- Techaatik, S., Nakham, P. (2009). Studying and Monitoring the Development of the Transfer System of Public Health Centers to Local Government Organizations. *Journal of Health Systems Research*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- Techakehakit, W., Singweratham, N., Wongyai, D., Nawsuwan, K. (2020). Unit costs of primary care units: a case study in Kamphaeng Phet, Fiscal Year 2018. *Journal of Safety and Health*, 13(2), 192-204. (in Thai)

Wongsin, U., Wannasri, A., Thamwanna, P., Pongpattrachai, D., Chiangchaisakulthai, K., Sakunphanit, T. (2017). Estimate Unit Cost per Capita of Services Provided at CUP Network. *Journal of Health Systems Research*, 10(2), 207-302. (in Thai)