

# ประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณปฐมภูมิ

## หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.

### สถานการณ์ปัจจุบัน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนงบประมาณหลักจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะถูกจัดสรรผ่านเครือข่ายหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่บริหารจัดการและกระจายงบประมาณให้แก่หน่วยบริการในเครือข่าย รวมถึง รพ.สต. ในพื้นที่ การพิจารณาจัดสรรงบประมาณดำเนินการผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากรและความจำเป็นด้านสุขภาพของพื้นที่ ภายหลังจากดำเนินนโยบายกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามแผนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอกรมัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา (สอน.) และ รพ.สต. ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้เกิดการปรับเปลี่ยนกลไกการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุข ผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหน้าที่กำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ผ่านข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง รพ.สต. กับ CUP สธ.

ปัจจุบัน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ยังคงมีสถานะเป็นหน่วยบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกรอบนโยบายของ สปสช. โดยสามารถกำหนดรูปแบบการจัดสรรงบประมาณร่วมกับหน่วยบริการแม่ข่ายตามบริบทของพื้นที่ได้ ส่งผลให้เกิดความหลากหลายของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณอย่างน้อย 7 รูปแบบ



### 7 รูปแบบ การจัดสรรงบประมาณให้กับ รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบจ.

- 1 จัดสรรเป็นสัดส่วน รพ:รพ.สต.
- 2 จัดสรรเป็นต่อประชากร
- 3 จัดเป็นระดับ SML
- 4 จัดสรรผ่าน รพ.แม่ข่าย (CUP)
- 5 จัดสรร PP (OP ผ่าน CUP)
- 6 จัดสรรเท่ากันทุกแห่ง
- 7 จัดสรรผ่าน CUP/แบ่งสัดส่วน CUP: รพ.สต.



แม้ว่าความหลากหลายของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจะสะท้อนถึงความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการระดับพื้นที่ แต่ก็อาจส่งผลต่อความเพียงพอของงบประมาณ ความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร และประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณสำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม

# ข้อค้นพบสำคัญ



การประเมินประสิทธิภาพการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการ OP และบริการ P&P ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในครั้งนี้คัดเลือกพื้นที่ศึกษาตามรูปแบบการจัดสรรงบประมาณตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 7 รูปแบบ รูปแบบละ 2 จังหวัด จังหวัดละ 3 รพ.สต. รวม 42 แห่ง และมีกลุ่มเปรียบเทียบ 2 จังหวัด จังหวัดละ 3 รพ.สต. รวมทั้งสิ้น 48 รพ.สต. (ภายใต้โครงการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพการจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่พึงประสงค์ภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด) ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

## ต้นทุน-ผลได้ของรูปแบบการได้รับจัดสรรเงินค่าใช้จ่าย

การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ บริการ (OP) และ (P&P) จาก 7 รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ พบว่า การจัดสรรแบบ “จัดเป็นระดับ SML” เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพทางเศรษฐศาสตร์สูงสุดสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ส่วนบริการ P&P “จัดสรรผ่าน รพ.แม่ข่าย (CUP)” ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดสรรงบประมาณบริการปฐมภูมิภายใต้การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ควรพิจารณารูปแบบ “จัดเป็นระดับ SML” เป็นตัวเลือกหลัก เนื่องจากมีความเสถียรในการดำเนินงาน ให้ผลประโยชน์สูงทั้งบริการ (OP) และ (P&P)

สำหรับทางเลือกรองควรพิจารณารูปแบบ “จัดเป็นต่อประชากร” ที่มีความไวต่อในหลายมิติและให้ความเป็นธรรมในการกระจาย สำหรับรูปแบบที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ “จัดผ่าน CUP/แบ่งสัดส่วน” และ “จัดสรร PP (OP ผ่าน CUP)” เนื่องจากมีความไวสูงและความผันผวนมาก โดยการพิจารณาการจัดสรรไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับรูปแบบการจัดสรรที่เอื้อต่อความเสถียรและความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการระดับพื้นที่เป็นสำคัญ รูปแบบที่มีความเสถียรสูง เช่น “การจัดสรรแบบระดับ SML” ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานทั้งบริการ (OP) และบริการ (P&P) อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การตัดสินใจเชิงนโยบายควรพิจารณาความคุ้มค่า เสถียรภาพ และความสามารถในการดำเนินการจริงควบคู่กัน เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ยั่งยืน

## ประสิทธิภาพการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ OP และ P&P

- ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการมีแนวโน้มสูงในรูปแบบการ เช่น “จัดสรรเป็นสัดส่วน รพ.: รพ.สต.” “จัดเป็นต่อประชากร” และ “จัดสรร PP (OP ผ่าน CUP)”
- ประสิทธิภาพของการจัดสรร (OP) พบว่า รูปแบบ “การจัดสรรเท่ากันทุกแห่ง” และ “การจัดสรร PP (OP ผ่าน CUP)” มีต้นทุนต่อหัวประชากรต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดสรรแบบอื่นๆ
- รพ.สต. ยังมีกรดำเนินการตัวชี้วัดที่อยู่ในบริการ (P&P) เหม่าจ่ายรายหัว (ไม่ได้เงิน Fee schedule)
- ประสิทธิภาพการจัดสรร (P&P) แบบ Fee schedule พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมีการจัดบริการแต่ไม่พบข้อมูลใน HosXp รวมถึงการไม่ส่งข้อมูลในระบบ E-claim ของ สปสช. เมื่อเปรียบเทียบกับ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอน
- สถานะเงินบำรุงคงเหลือในปี 2567 คิดเป็น 1.63 เท่าของปี 2566

# ข้อเสนอการจัดสรรงบประมาณปี ๒๕๖๓

## หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นภาพอันพึงประสงค์ของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัด อบจ. เริ่มจากการการขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัดที่ผ่าน กสพ. ที่สอดคล้องไปตามตัวชี้วัดสุขภาพระดับประเทศรวมถึงตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ โดยยึดตามมาตรฐานการจัดบริการตามกรอบ พรบ. ปฐมภูมิ ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดบริการข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contracting Provider Profile : CPP) ของ สปสช. รวมถึงการมีระบบการตอบสนองตัวชี้วัด ตั้งแต่การดำเนินงาน การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ E – Claim รวมถึงมีระบบควบคุมกำกับติดตามการทำงานที่สามารถสะท้อนข้อมูลการบันทึกข้อมูลและการชดเชย ร่วมกับการนำผลการดำเนินงานมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพอันพึงประสงค์ต่อไป

### 3 ข้อเสนอรูปแบบทางเลือกการจัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข

#### 1 CUP เต็มสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด

หน่วยบริการในเครือข่าย CUP ของกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย รพ.สต. 100% โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เพื่อให้ รพ.สต. สามารถให้บริการ (OP) และบริการ (P&P) ได้ตามปริมาณการใช้งานจริง ทั้งนี้การเบิกจ่ายและการบันทึกบัญชีให้ดำเนินการตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 2 CUP เต็มสนับสนุนบางส่วน (สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่าย)

หน่วยบริการในเครือข่าย CUP ของกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้ รพ.สต. บางส่วน โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย สำหรับบริการ (P&P) ส่วนยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้บริการ (OP) รพ.สต. สามารถจัดซื้อเพิ่มเติมเองตามความจำเป็น ทั้งนี้การเบิกจ่ายและการบันทึกบัญชีให้เป็นไปตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

#### 3 อบจ. เป็นผู้จัดหาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายและการส่งต่อยา

อบจ. จัดหาและเวชภัณฑ์ให้ รพ.สต. และส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อใช้ในการให้บริการประชาชน โดยหากมีกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในเครือข่าย CUP ของกระทรวงสาธารณสุข อบจ. จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องตามข้อตกลง

# ข้อเสนอการจัดระบบบริการปฐมภูมิ

หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.



## ข้อเสนอแนะเพื่อการบริการจัดการเพิ่มเติม

- ❑ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ควรแต่งตั้งคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการเพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการพิจารณาการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข โดยมีบทบาทในการจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กำหนดสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรือแนวทางการจัดสรรงบประมาณ เพื่อนำเสนอต่อ กสพ. สำหรับการพิจารณาและอนุมัติในระดับพื้นที่
- ❑ การพิจารณาจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรสอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยครอบคลุมทั้งบริการที่หน่วยบริการระดับ รพ.สต. ดำเนินการด้วยตนเอง และบริการที่จัดร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการในเครือข่าย
- ❑ การจัดบริการสุขภาพควรดำเนินการตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ตั้งแต่กระบวนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการจัดทำและปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (CPP) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ❑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพัฒนากลไกและช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ทั่วไป แนวทางการบริหารจัดการ ตลอดจนเงื่อนไขและอัตราค่าบริการสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่กองสาธารณสุขของ อบจ. และ รพ.สต. ในสังกัด เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ
- ❑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และกองสาธารณสุขของ อบจ. ควรร่วมกันพัฒนารายละเอียดตัวชี้วัด (template) สำหรับตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สอดคล้องทั้งกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและของ สปสช. เพื่อให้การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันในระดับจังหวัด รวมทั้งสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขผ่านกลไกของ กสพ. ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดสุขภาพระดับประเทศและประเด็นปัญหาสุขภาพเฉพาะของพื้นที่
- ❑ กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการในการสนับสนุนการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) รวมถึงระบบ E-Claim และระบบสารสนเทศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัด กสพ. ควรร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการพัฒนาระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งในส่วนของบริการ (OP) และบริการ (P&P) เพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลการให้บริการ การบันทึกข้อมูล และการชดเชยค่าบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนการติดตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่