



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก สำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรม
สาธารณสุข (สวส.)

การศึกษาความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

A study on the sufficiency of resources and budget of sub-district health
promoting hospitals to make policy recommendations in sustainable
local transfer

จัดทำโดย

นพ.กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย/ Kridsada Chareonrungrueangchai¹

น.ส.ชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์/ Chanida Ekakkararungroj²

น.ส.ชญาพัช ราชattan/ Chayapat Rachatan²

น.ส.ณิธิณัฐ ประทุมสุวรรณ/ Sherilyn Pratumswan²

นายธนายุต เศรษฐินโสภณ/ Thanayut Saeraneesophon²

นายณชวิศ กิตติบรรดิฐ/ Nachawish Kittibovorndit²

ดร. นพ.ยศ ธีระวัฒนานนท์ Dr. Yot Teerawattananon²

รายงานผลการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการวิจัยเพื่อจัดทำชุดข้อเสนอเชิงนโยบายและขับเคลื่อนระบบ
สาธารณสุขยุคใหม่ภายหลังการระบาดโรคโควิด-19

¹โรงพยาบาลบางคล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ²โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

คำนำ

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น โดยหนึ่งในภารกิจที่ถ่ายโอนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) คือ การถ่ายโอนสถานีอนามัย (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อปท. ทุกประเภท การถ่ายโอนฯ เริ่มต้นตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2545 และจนถึงปี พ.ศ. 2564 การถ่ายโอน รพ.สต. ยังดำเนินการไปอย่างล่าช้า ด้วยจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ยังมีน้อย จากอดีตจนถึงปัจจุบันอุปสรรคของการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนหนึ่งมาจากความไม่ชัดเจนของแนวทางการถ่ายโอนฯ และความไม่เชื่อมั่นในความพร้อมและความต่อเนื่องของการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2565 ซึ่งเป็นระยะเวลาเปลี่ยนผ่านก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนมากให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) การศึกษานี้ดำเนินการศึกษางบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ และต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมที่ให้บริการใน รพ.สต. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนฯ และยังไม่ถ่ายโอนฯ และนำไปสู่การสรุปประเด็นหรือช่องว่างของการถ่ายโอนฯ ที่ยังต้องพัฒนาและเตรียมความพร้อมก่อนที่ในอนาคตจะมีการถ่ายโอนฯ อย่างสมบูรณ์ทั่วประเทศ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์จากภายนอกหรือผลประโยชน์ส่วนตนที่ส่งอิทธิพลต่อการศึกษา ทั้งผลประโยชน์ด้านการเงิน หน้าที่การงาน และทางวิชาชีพ

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2566

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม ตลอดจนเปิดเผยข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนที่ร่วมการประชุมและให้ข้อคิดเห็นต่อผลการศึกษาและการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และขอขอบพระคุณสำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข (สบวส.) ผู้สนับสนุนทุนแก่โครงการฯ ทั้งนี้ ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้แสดงทัศนะของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษานี้ จะมีส่วนสนับสนุนให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้ใช้บริการ

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2566

บทสรุปผู้บริหาร

การปกครองส่วนท้องถิ่น (local government) เป็นการบริหารจัดการตามหลักกระจายอำนาจ (decentralization) เพื่อสร้างความใกล้ชิดกับประชาชน ภายหลังจากประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีการให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น โดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ซึ่งมีการระบุถึงภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องได้รับถ่ายโอน หนึ่งในภารกิจนั้น คือ การถ่ายโอนการจัดบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ การถ่ายโอนสถานีอนามัย (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อปท. ทุกประเภท สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนหน่วยบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ อปท. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเริ่มต้นการถ่ายโอนฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และจนถึงปี พ.ศ. 2564 มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. เพียง 65 แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศกว่า 9,700 แห่ง จึงเห็นได้ว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ดำเนินการไปอย่างล่าช้า

การศึกษาในอดีต พบว่า อุปสรรคของการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนหนึ่งมาจากความไม่เชื่อมั่นในความต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. เนื่องจาก อปท. ส่วนใหญ่ยังต้องขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีส่วนทำให้งบประมาณที่จัดสรรไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อสนับสนุน อปท. ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นเงินอุดหนุนทั่วไปแบบคงที่ในจำนวนที่เท่ากัน ทำให้เกิดข้อจำกัดใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอต่อภาระงานในพื้นที่ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2565 ซึ่งเป็นระยะเวลาเปลี่ยนผ่านก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนมากให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) การศึกษานี้ดำเนินการศึกษางบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ และต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมที่ให้บริการใน รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนฯ และยังไม่ถ่ายโอนฯ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างที่เกิดขึ้นและสรุปเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาและเตรียมความพร้อมก่อนที่การถ่ายโอนฯ จะดำเนินการทั่วประเทศ

ผลการศึกษางบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับ และต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการ พบว่า รพ.สต. ที่เพิ่งถ่ายโอนฯ ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2565 มีการจัดสรรงบประมาณและต้นทุนต่อหน่วยที่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรที่ลดลง บางหน่วยบริการมีบุคลากรที่ถ่ายโอนไปเพียง 1-2 คน ซึ่งส่งผลให้มีบริการที่ไม่ได้ดำเนินการต่อ ได้แก่ หันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่าประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ ที่ผ่านมา คือ การเตรียมความพร้อมก่อนถ่ายโอนฯ เกี่ยวกับการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากร รวมถึงการสื่อสารกับประชาชนให้รับทราบและเข้าใจถึงการถ่ายโอนฯ และการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

1) อปท. และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเรื่องบุคลากร โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอกับปริมาณงาน และสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอกับการให้บริการ

2) ปัจจุบันหน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯ ยังได้รับการสนับสนุนทั้งยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และการให้คำแนะนำการดำเนินงานจากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างจากเดิม ซึ่งในอนาคตอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ อปท. จึงต้องวางแผนในการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เพื่อรับมือหากมีการเปลี่ยนแปลง

3) ความแตกต่างระหว่างเขตบริการสุขภาพเกิดจากหลายปัจจัย ผู้บริหารระดับพื้นที่ทั้งในส่วนของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตบริการสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ

4) อปท. ควรสื่อสารกับประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การถ่ายโอนฯ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อการให้บริการ

5) ในอนาคตการจัดตั้งหน่วยบริการขนาดใหญ่สามารถสร้างประโยชน์ได้มากกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก สะท้อนจากข้อมูลงบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ ซึ่ง รพ.สต. ขนาดใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อประชากรที่ต่ำกว่า แต่สามารถให้บริการที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มากกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ค
บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์	2
การทบทวนวรรณกรรม.....	3
การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ.....	3
1) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น.....	3
2) อุปสรรคในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	4
3) สถานการณ์การถ่ายโอนสถานีนอนมัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด.....	5
4) แหล่งที่มาและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรใน รพ.สต.	5
การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ.....	8
1) เป้าหมายของการกระจายอำนาจ	8
2) วิธีการกระจายอำนาจ	10
3) ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจ	11
4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จไม่สำเร็จ	11
5) บทเรียนอื่น ๆ ที่น่าสนใจ.....	13
วิธีการศึกษา.....	13
กรอบแนวคิดการวิจัย	13
รูปแบบการศึกษา.....	14
1) องค์ประกอบของต้นทุน.....	14
2) ผลผลิตที่ใช้ในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย.....	15
3) ขั้นตอนการวิเคราะห์งบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ	15
4) ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย.....	16

5) กลุ่มตัวอย่าง ขนาด และการคัดเลือกพื้นที่เพื่อศึกษาต้นทุน.....	17
ผลการศึกษา.....	18
ผลการศึกษาความเพียงพอของงบประมาณ.....	18
ผลการศึกษาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ.....	20
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	23
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	25
เอกสารอ้างอิง.....	26

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระจายอำนาจ	9
ตารางที่ 2	ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (age adjusted cost index of outpatient care) ...	15
ตารางที่ 3	รายการศูนย์ต้นทุนหลักและศูนย์ต้นทุนสนับสนุนใน รพ.สต.....	16
ตารางที่ 4	กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เก็บข้อมูลในการศึกษา.....	17
ตารางที่ 5	งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ได้รับ ในปีงบประมาณ 2565	18
ตารางที่ 6	งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ได้รับ ในปีงบประมาณ 2564 – 2565	19
ตารางที่ 7	งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ	20
ตารางที่ 8	ต้นทุนรวมที่แบ่งตามประเภทต้นทุน ปีงบประมาณ 2565.....	21
ตารางที่ 9	ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมที่ให้บริการใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565	22

สารบัญรูป

รูปที่ 1 แหล่งที่มาของงบประมาณใน รพ.สต. ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	6
รูปที่ 2 แหล่งที่มาของงบประมาณใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	7
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย.....	13
รูปที่ 4 ขั้นตอนการวิเคราะห์งบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ	15
รูปที่ 5 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน.....	16
รูปที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนตามประเภทต้นทุนในหน่วยบริการขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก	21

บทนำ

การปกครองส่วนท้องถิ่น (local government) เป็นการบริหารจัดการตามหลักกระจายอำนาจ (decentralization) เพื่อสร้างความใกล้ชิดกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการและกิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 การปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการปรับเปลี่ยน โดยให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น ผ่านการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (1) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น และให้การดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการ จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 (2) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 (3)

หนึ่งในภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับการถ่ายโอนจากส่วนกลาง คือ การจัดบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กล่าวคือ การถ่ายโอนสถานอนามัย (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อปท. ทุกประเภท¹ หน่วยบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข และพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในท้องถิ่น ทั้งการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค เช่น การให้บริการฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพเบื้องต้น และการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การฝากครรภ์ งานอนามัยโรงเรียน การดูแลผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนหน่วยบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้แก่ อปท. ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 (2) และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 (3) ในช่วงปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นระยะเวลาของแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ฯ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2545 (2) พบการถ่ายโอนของ รพ.สต. เพียงไม่กี่แห่งจากนั้น ในช่วงระยะเวลาของแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 (3) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. จำนวน 51 แห่งเท่านั้น จาก รพ.สต. ทั่วประเทศกว่า 9,700 แห่ง (4) จึงเห็นได้ว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อปท. มีการดำเนินการไปอย่างล่าช้า

ในปี พ.ศ. 2564 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้ออกประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (5) โดยให้ อบจ. ที่รับถ่ายโอน รพ.สต. มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค และให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสม รวมถึงการถ่ายโอนบุคลากรให้เป็นไปตามความสมัครใจ จากประกาศข้างต้นนี้ พบว่า รพ.สต. ที่

¹ อปท. ทุกประเภท ได้แก่ (1) อปท.รูปแบบทั่วไป ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ (2) อปท.รูปแบบพิเศษ ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

ขอถ่ายโอนมีจำนวน 3,390 แห่ง และมีจำนวนข้าราชการที่ประสงค์ขอถ่ายโอนฯ 12,037 คน จำนวนพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างขอถ่ายโอนฯ 9,862 คน จึงมีจำนวนบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขแจ้งความ ประสงค์ขอถ่ายโอนไป อบจ. กว่า 20,000 คน (6) นอกจากนี้ การดำเนินงานหลังประกาศ หลักเกณฑ์และขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจฯ (5) พบว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป จะมีการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จำนวน 49 แห่ง (7)

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบท. ส่วนหนึ่งมาจากการไม่เชื่อมั่นใน ความต่อเนื่องของการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. หลังถ่ายโอนให้แก่ อบท. เนื่องจาก อบท. ส่วนใหญ่ยังต้องขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนผ่านกรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น ซึ่งมีส่วนทำให้งบประมาณที่จัดสรรไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นที่แตกต่างกันใน แต่ละพื้นที่ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อสนับสนุน อบท. ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นเงินอุดหนุน ทั่วไปแบบคงที่ในจำนวนที่เท่ากัน ทำให้เกิดข้อจำกัดใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอต่อภาระ งานในพื้นที่ (8) ด้วยเหตุผลทั้งหมดข้างต้น การศึกษานี้จึงดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการ จัดบริการของ รพ.สต. เปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่ยังอยู่ภายใต้การกำกับของสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบท. แล้ว เพื่อสะท้อนต้นทุนที่สอดคล้องกับลักษณะของการดำเนินงาน ของ รพ.สต. รวมถึงติดตามประเมินผลด้วยการสำรวจประสบการณ์ของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจของ ผู้รับบริการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ แล้ว เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบท. ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาแหล่งที่มาและจำนวนของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) เพื่อศึกษาและกำหนดศูนย์ต้นทุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้การกำกับดูแลของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น
- 3) เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้การกำกับ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น
- 4) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจาก การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศ

1) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น

การเปลี่ยนแปลงของการปกครองส่วนท้องถิ่นมีขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (1) เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น โดยระบุการถ่ายโอนอำนาจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล รวมถึงให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดทำแผนปฏิบัติการจำนวน 2 ฉบับ ดังนี้

1.1) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1)

พ.ศ. 2545

แผนปฏิบัติการนี้มุ่งเน้นการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยกำหนดระยะเวลาของการถ่ายโอนไว้ 10 ปี การถ่ายโอนด้านสาธารณสุขจัดอยู่ในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ (2) โดยกำหนดให้

1) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในด้านสถานะสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการควบคุมคุณภาพและตรวจสอบ

2) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัด โดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น การถ่ายโอนงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ให้ กสพ. และให้ กสพ. พิจารณามอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรคตามขีดความสามารถที่เป็นจริง

หลังประกาศแผนปฏิบัติการฉบับนี้ พบว่า มีการถ่ายโอนสถานอนามัย และ รพ.สต. ไป อบต. เพียง 22 แห่ง ในปี พ.ศ. 2550 จากนั้น จึงมีประกาศแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 เพื่อให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดว่าการถ่ายโอนอำนาจควรบรรลุผลภายในปี พ.ศ. 2553

1.2) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)

พ.ศ. 2551

แผนปฏิบัติการฉบับนี้กำหนดขอบเขตภารกิจที่ถ่ายโอนด้านสาธารณสุข (3) ดังนี้

1) การกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานีอนามัย และบุคลากรถ่ายโอนให้ อปท. ที่มีความพร้อมดำเนินการ

2) การกิจการรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ให้เป็นทางเลือกของ อปท.

3) การรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือระดับสูงกว่า ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยดำเนินการ หรืออาจดำเนินการร่วมกับ อปท. หรือถ่ายโอนให้ อปท. ที่มีความพร้อมสูงกว่า

4) การกิจควบคุมป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงให้ อปท. ร่วมมือกันดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงภายในเขตจังหวัด

5) อปท. อาจดำเนินการระบบบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นได้หลายแนวทาง ได้แก่

5.1) การกิจบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลในเบื้องต้น ให้ อปท. ดำเนินการเอง หรือร่วมกับ อปท. อื่นหรือร่วมกับรัฐ

5.2) การกิจบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปให้เป็นทางเลือก อปท.

5.3) กำหนดโครงสร้างของ อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนฯ

5.4) การถ่ายโอนสถานีอนามัย และ รพ.สต. ให้ อปท. ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อปท. ในพื้นที่ และในระยะสุดท้ายหาก อปท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอนฯ ให้ถ่ายโอนแก่ อบจ. ดำเนินการ

5.5) การกิจด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การฉีดวัคซีน ซึ่งแต่เดิมได้รับการยกเว้นโดยประกาศของกระทรวงสาธารณสุขให้กระทำได้ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ หลังถ่ายโอนฯ ให้ได้รับการคุ้มครองต่อไป และกระทรวงสาธารณสุขอาจดำเนินการยกระดับให้เป็นวิชาชีพ เพื่อให้ อปท. สามารถดำเนินการด้านสาธารณสุขให้มีมาตรฐานและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่

5.6) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ่ายโอนงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ อปท. และถ่ายโอนงบประมาณด้านบุคลากรให้กับ อปท. ที่รับโอนสถานีอนามัย และ รพ.สต.

2) อุปสรรคในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อปท. มีอุปสรรคในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่ อปท. (8) ดังนี้

1) อปท. ส่วนใหญ่ที่รับการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยรูปแบบดังกล่าวมีส่วนทำให้งบประมาณที่จัดสรรไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของท้องถิ่น ที่มีความแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่

2) การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อสนับสนุน อปท. ตามภารกิจถ่ายโอนฯ เป็นเงินอุดหนุนทั่วไปในจำนวนเท่ากัน ซึ่งก่อให้เกิดข้อจำกัดกับ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่จะได้รับงบประมาณไม่เพียงพอกับการดำเนินงานจริง

3) การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อสนับสนุน อปท. ตามภารกิจถ่ายโอนฯ เป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่มีจำนวนจำกัด ไม่สามารถจัดสรรได้ตามที่ อปท. เสนอขอทั้งหมด จึงใช้วิธีเลือกจัดสรรตามความจำเป็น ทำให้พบการกระจุกตัวใน อปท. บางแห่ง และไม่มีเม็ดเงินนอกงบประมาณของ อปท. มาร่วมจ่ายสมทบ

4) หลักเกณฑ์ และรูปแบบการจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ แล้วมีความล่าช้า ไม่สะท้อนจำนวนการให้บริการและต้นทุนของ รพ.สต.

5) ข้อจำกัดด้านจัดซื้อจัดจ้าง การบริหารทางการเงิน การควบคุมงบประมาณ การบริหารสินทรัพย์

3) สถานการณ์การถ่ายโอนสถานีอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากประกาศ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจฯ (5) พบว่ามีการดำเนินการถ่ายโอน สอน. หรือ รพ.สต. ไปยัง อบจ. เพิ่มมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป จะมีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. จำนวน 3,264 แห่ง ใน 49 จังหวัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (9)

1) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ร้อยละ 100 ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด 229 แห่ง, ขอนแก่น 248 แห่ง, ปราจีนบุรี 94 แห่ง, Mukดาหาร 78 แห่ง, หนองบัวลำภู 83 แห่ง และสุพรรณบุรี 174 แห่ง

2) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ร้อยละ 50-90 ประกอบด้วย นครราชสีมา 182 แห่ง, มหาสารคาม 128 แห่ง, อำนาจเจริญ 71 แห่ง, สกลนคร 144 แห่ง, น่าน 95 แห่ง, พะเยา 55 แห่ง, เชียงราย 118 แห่ง, แพร่ 70 แห่ง, พิจิตร 68 แห่ง, กำแพงเพชร 74 แห่ง, นครสวรรค์ 99 แห่ง, กาญจนบุรี 97 แห่ง, ราชบุรี 79 แห่ง, สุราษฎร์ธานี 97 แห่ง, ภูเก็ต 12 แห่ง และสมุทรสาคร 37 แห่ง

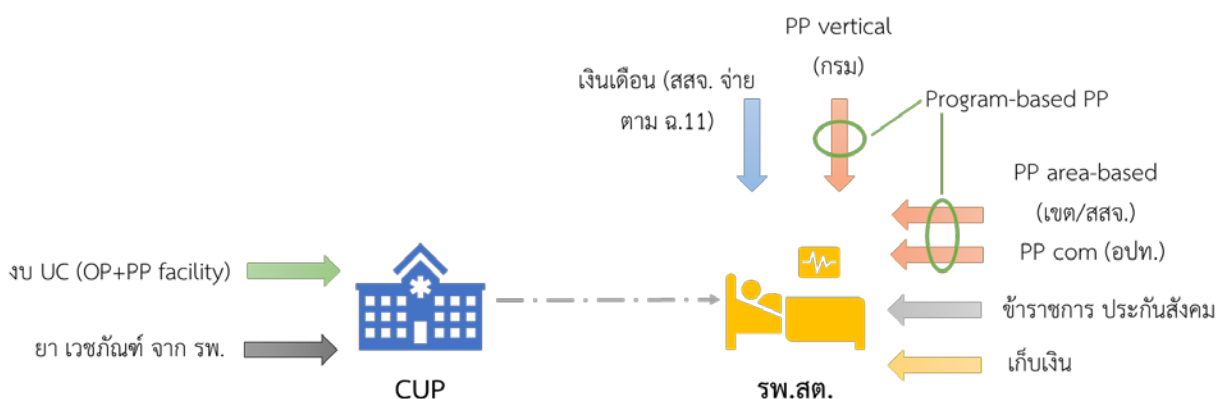
3) กลุ่มจังหวัดที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ น้อยกว่าร้อยละ 50 ประกอบด้วย ศรีสะเกษ 117 แห่ง, อุบลราชธานี 54 แห่ง, ยโสธร 48 แห่ง, กาฬสินธุ์ 51 แห่ง, นครพนม 15 แห่ง, ชัยภูมิ 65 แห่ง, เพชรบูรณ์ 62 แห่ง, พิษณุโลก 37 แห่ง, อุตรดิตถ์ 40 แห่ง, เชียงใหม่ 62 แห่ง, ลำพูน 11 แห่ง, สุโขทัย 18 แห่ง, ตาก 18 แห่ง, อุทัยธานี 26 แห่ง, นครปฐม 36 แห่ง, ประจวบคีรีขันธ์ 16 แห่ง, ชุมพร 17 แห่ง, กระบี่ 30 แห่ง, สตูล 3 แห่ง, สงขลา 23 แห่ง, ปัตตานี 32 แห่ง, พัทลุง 33 แห่ง, นครศรีธรรมราช 36 แห่ง, สิงห์บุรี 11 แห่ง, นนทบุรี 28 แห่ง, ปทุมธานี 13 แห่ง และระยอง 40 แห่ง

4) แหล่งที่มาและงบประมาณที่ได้รับจัดสรรใน รพ.สต.

4.1) รพ.สต. ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล พ.ศ. 2551 (10) พบว่า

แหล่งที่มาของเงินของสถานีนอมาัย หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการแบ่งงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกเป็นหลายส่วน (รูปที่ 1) ดังนี้



รูปที่ 1 แหล่งที่มาของงบประมาณใน รพ.สต. ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1) เงินเดือน ค่าจ้าง ซึ่งกำหนดไว้ในระดับกระทรวง แล้วจัดสรรให้จังหวัด เพื่อจ่ายเป็นเงินเดือนให้กับบุคลากรประจำใน รพ.สต.

2) เงินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ตั้งไว้ เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายประจำ (Fixed cost) ให้แก่ รพ.สต. ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยบางจังหวัดอาจจะไม่ได้มีการจ่ายเงินก้อนนี้ แต่ให้มีการจ่ายเงินโดยหน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ Contracted unit of primary care (CUP)

3) เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในหน่วยบริการ (PP Facility หรือ PP Expressed demand) ซึ่งจัดสรรจาก CUP โดยมีรูปแบบการจัดสรรเงินตามตกลงกันในแต่ละ CUP

4) เงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โครงการเฉพาะ (Vertical program) จัดสรรตามกิจกรรมที่กำหนดในโครงการจากกรม หรือจากส่วนกลางตามโครงการมาที่ สสจ. การใช้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข และการเขียนขอโครงการ

5) เงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ระดับพื้นที่ (PP Area-based) ซึ่งจัดสรรตามแผนงานโครงการในระดับเขต และระดับจังหวัด หรือสสจ. ปรับเปลี่ยนจากงบรวมที่มีให้แต่ละพื้นที่ ขอจัดสรรจาก สปสช. แล้วส่งไปยัง CUP

6) เงินส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคชุมชน (PP Community-based) ซึ่งเป็นงบสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน ดำเนินงานโดยกองทุนสุขภาพตำบล หรือจัดสรรให้สถานีนอมาัยโดยตรง กรณีไม่มีกองทุนสุขภาพตำบล

ที่เหลือเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่สนับสนุนโดยโรงพยาบาล ตามการเบิกเพื่อให้บริการของ รพ.สต. และเงินที่ได้จากการเก็บเงินกรณีที่จ่ายเงินเอง (ค่ารักษากรณีไม่มีสิทธิ และกรณีข้ามเขต) และจากผู้รับบริการที่มีสิทธิข้าราชการ รวมทั้งเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีผู้ป่วยประกันสังคม

ทั้งนี้ เงินที่จังหวัดจัดสรรให้ รพ.สต. โดยตรง และเงินที่ CUP จัดสรรให้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดและอำเภอ ในขณะที่บ่งเสริมสุขภาพโครงการเฉพาะ (PP Vertical) บ่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ (PP Area-based) และบ่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน (PP Community) มีลักษณะเป็นงบประมาณตามโครงการ (Program-based)

4.2) รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดทำโดยสำนักงบประมาณของรัฐสภา (8) พบว่า ปัจจุบันแนวทางของการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรจากแหล่งทุนต่าง ๆ (รูปที่ 2) มีดังนี้



รูปที่ 2 แหล่งที่มาของงบประมาณใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายในลักษณะของเงินอุดหนุนทั่วไป รัฐบาลจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เพื่ออุดหนุนให้แก่ อปท. ซึ่งประกอบด้วย เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับอุดหนุนไปยัง รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนในสังกัดของ อปท. ได้ในจำนวนที่เท่ากัน แห่งละ 1 ล้านบาท

2) สปสช. สนับสนุนจากงบประมาณให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS Budget) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเงินกองทุนที่จัดสรรสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เช่น จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ สปสช. จัดให้อยู่ภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการประจำ (CUP) ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับชดเชยค่าบริการและทรัพยากรอื่น ๆ เช่น ยาและเวชภัณฑ์จากหน่วยบริการประจำ (CUP) ที่

รพ.สต.สังกัด ตามปริมาณงาน เนื่องจาก รพ.สต. เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่มีคุณสมบัติครบถ้วนที่จะทำสัญญา กับ สปสช. ได้

3) อปท. ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายของ อปท. สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุน รพ.สต.

4) กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันภัย (Insurance) และผู้รับบริการ โดยเมื่อกลุ่มเป้าหมายหรือผู้มีสิทธิมารับบริการจาก รพ.สต.แล้ว หน่วยงานต้นสังกัดและหรือกรมบัญชีกลางจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้างที่เป็นสมาชิกกองทุนประกันสังคม และบริษัทประกันภัยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้เอาประกันหรือผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในสัญญาประกันภัย รวมทั้งผู้รับบริการที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น บุคคลหรือกองทุนที่รับผิดชอบการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการให้แก่ รพ.สต. ตามจำนวนค่าบริการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายอื่นที่ รพ.สต. กำหนดหรือเรียกเก็บ

การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจและสอดคล้องกับหลักการของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประเทศจำนวนมากได้ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข บางประเทศ เช่น แคนาดา ญี่ปุ่น อินเดีย และอินโดนีเซีย ได้ดำเนินการผ่านมามากหลายทศวรรษแล้ว ขณะที่ประเทศไทยเพิ่งเริ่มดำเนินการมาได้ไม่นาน (11, 12) จึงเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์และบทเรียนในต่างประเทศ การสรุปบทเรียนในเรื่องกระจายอำนาจมีความซับซ้อน ขึ้นกับนิยาม บริบท วัตถุประสงค์ วิธีการและขอบเขตของการกระจายอำนาจ และวิธีการศึกษา การทบทวนนี้จึงถอดบทเรียนจากเอกสารที่มองในภาพรวม

ในการทบทวนครั้งนี้เน้นการทบทวนเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- 1) เป้าหมายของการกระจายอำนาจ
- 2.) วิธีการกระจายอำนาจ
- 3) ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจ
- 4) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และไม่สำเร็จ

1) เป้าหมายของการกระจายอำนาจ

แนวคิดของการกระจายอำนาจอยู่บนพื้นฐานที่ว่าองค์กรขนาดเล็กที่มีโครงสร้างและควบคุมอย่างเหมาะสมมีความคล่องตัวและรับผิดชอบมากกว่าองค์กรขนาดใหญ่ ในโลกที่องค์กรขนาดใหญ่ควบคุมทั้งกิจการสาธารณะและกิจกรรมของภาคเอกชน มีความเป็นไปได้ที่จะกระจายอำนาจการควบคุมมาสู่ท้องถิ่นมากขึ้น (13)

เมื่อมองในทวีปยุโรป การกระจายอำนาจในทางปฏิบัติเป็นตัวแทนของหลายสิ่งหลายอย่างสำหรับผู้คนจำนวนมาก ทั้งหมดนี้ถูกคำนวณด้วยการกล่าวอ้างที่ดูเหมือนมีเหตุผลเกี่ยวกับข้อได้เปรียบในระยะสั้นและระยะยาวของการนำกลยุทธ์ที่มีการกระจายอำนาจมาใช้ เหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้แนวคิดนี้ดึงดูดใจผู้มีอำนาจใน

การตัดสินใจคือความสามารถในการปรับตัวได้ ซึ่งทำให้สอดคล้องกับนโยบายในระดับชาติและท้องถิ่นได้พร้อม ๆ กัน (13)

การกระจายอำนาจได้รับการจำกัดความไว้หลายรูปแบบ โดยทั่วไปจะหมายถึงกำหนดการถ่ายโอนอำนาจ และการตัดสินใจจากรัฐบาลระดับสูงไปสู่ระดับล่างหรือจากระดับชาติสู่ระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับการวางแผน สาธารณะ การจัดการและการตัดสินใจ แต่ก็ยังมีลักษณะที่แตกต่างกันในบทความต่าง ๆ การกระจายอำนาจมัก ได้รับการแบ่งเป็น 4 ระดับ ตาม Rondinelli (1983) four-part classification ได้แก่ การมอบอำนาจ (Delegation) การแบ่งอำนาจ (De-concentration) การโอนอำนาจ (Devolution) และการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ (Privatization) การมอบอำนาจจะถ่ายโอนความรับผิดชอบไปยังระดับองค์กรที่ต่ำกว่า บริหารจัดการได้เป็นอิสระ ภายใต้ขอบเขตภารกิจที่รัฐมอบไว้ให้ การแบ่งอำนาจเป็นการแบ่งอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องที่เฉพาะเจาะจง จากส่วนกลางไปยังหน่วยงานที่อยู่ในระดับต่ำกว่าภายใต้องค์กรเดียวกัน การโอนอำนาจ หมายถึงการถ่ายโอน อำนาจไปยังระดับการเมืองที่ต่ำกว่า การกระจายอำนาจที่รัฐบาลกลางมอบอำนาจไปให้รัฐบาลท้องถิ่นที่มีผู้บริหาร ที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในพื้นที่และมีอิสระในการบริหารจัดการ และการแปรรูปจะเกิดขึ้นเมื่องานถูก โอนจากรัฐบาลให้องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไร หรือที่ไม่แสวงหากำไรบริหารจัดการแทน โดยรัฐมีหน้าที่ควบคุม กำกับการดำเนินงาน (11, 13) ตารางด้านล่างแสดงถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระจายอำนาจ โดยทั่วไป (13) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายกระจายอำนาจ

วัตถุประสงค์	เหตุผล	ข้อโต้แย้ง
เพิ่มประสิทธิภาพ	ลดต้นทุนจากขั้นตอนที่ซับซ้อนและใช้งบประมาณอย่างมุ่งเป้าตามความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่	ต้องมีขีดความสามารถในการจัดการที่ดีในระดับท้องถิ่น
มอบอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่น	เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนและเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยงานระดับท้องถิ่น	ขึ้นกับกลการมีส่วนร่วมว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด
เพิ่มนวัตกรรมบริการ	มีอิสระในการออกแบบระบบบริการให้ตอบสนองต่อความหลากหลาย มีโอกาสทดลองสิ่งใหม่ ๆ	อาจเพิ่มความไม่เสมอภาค
เพิ่มความรับผิดชอบต่อภาครัฐผ่านหน่วยงานระดับท้องถิ่น	ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายได้มากกว่าการบริหารแบบรวมศูนย์	ขึ้นกับโครงสร้างของระบบอภิบาลในการสร้างให้เกิดความรับผิดชอบ

วัตถุประสงค์	เหตุผล	ข้อโต้แย้ง
เพิ่มคุณภาพบริการ	ระบบบริการให้ตอบสนองต่อความหลากหลาย มีโอกาสทดลองสิ่งใหม่ ๆ	อาจเพิ่มความไม่เสมอภาค
เพิ่มความเสมอภาค	ใช้งบประมาณอย่างมุ่งเป้าตามความต้องการของประชาชน เพิ่มความรับผิดชอบของภาครัฐผ่านหน่วยงานระดับท้องถิ่น	อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพ และคุณภาพของบริการ

สำหรับในประเทศไทยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ให้มีการจัดการปกครองส่วนท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการและกิจกรรมสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน (14) หลักการในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพระยะยาวในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้น มุ่งระบบที่มีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ (15) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการกระจายอำนาจโดยทั่วไปของต่างประเทศ

2) วิธีการกระจายอำนาจ

เมื่อคำนึงถึงภารกิจของรัฐบาลในด้านต่าง ๆ การกระจายอำนาจอาจแบ่งตามภารกิจได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ (11, 13)

1) การกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการ (Administration function) เป็นการกระจายอำนาจด้านการวางแผน และการจัดการงานสาธารณะจากรัฐบาลกลางไปยังหน่วยงานในท้องถิ่น

2) การกระจายอำนาจด้านการบริหารงบประมาณ (Fiscal function) เป็นการกระจายอำนาจด้านการเงินไปยังหน่วยงานในท้องถิ่นให้สามารถจัดการรายได้ของตนเองผ่านการจัดเก็บภาษี และการเก็บค่าบริการ

3) การกระจายอำนาจด้านการตัดสินใจ (Political function) เป็นการมอบอำนาจในด้าน การตัดสินใจงานสาธารณะให้กับประชาชนผ่านการเลือกตั้งผู้แทนเข้ามาบริหารจัดการ

พิจารณาตามกรอบขององค์ประกอบระบบสุขภาพ WHO 6 health systems building blocks ซึ่งประกอบด้วย ด้านบริการ กำลังคน สารสนเทศ ผลิตภัณฑ์การแพทย์ การเงินการคลัง และอภิบาล ประเทศส่วนใหญ่เลือกกระจายอำนาจเพียงบางองค์ประกอบ มากที่สุดคือ กระจายอำนาจด้านบริการ มีเพียงไม่กี่ประเทศที่ประเทศ ได้แก่ บราซิล โคลัมเบีย โมซัมบิก ตุรกี และลาว ที่กระจายอำนาจครบทั้ง 6 ด้าน (16) ประเทศส่วนใหญ่ใช้เวลานานในการดำเนินนโยบาย ค่อย ๆ กระจายอำนาจตามความพร้อมของพื้นที่ หรือตามความพร้อมขององค์ประกอบในระบบสุขภาพ

3) ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจ

การประเมินความสำเร็จของการกระจายอำนาจควรประเมินให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่เน้นวัดผลลัพธ์ 4 ประเด็น คือ ความพึงพอใจ ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Daniel Cobos Munoz และคณะในปี ค.ศ. 2017 หากพิจารณาจากจำนวนขององค์ประกอบที่กระจายอำนาจ การรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในมิตินงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การกระจายอำนาจหลายองค์ประกอบ (ตั้งแต่ 4 องค์ประกอบขึ้นไป) ให้ผลในเชิงบวกน้อยกว่าการกระจายอำนาจในองค์ประกอบที่น้อยกว่านั้น แต่ตัวบ่งชี้เชิงปริมาณแสดงผลในเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่สัมพันธ์กับปริมาณองค์ประกอบที่มีการกระจายอำนาจ เรื่องที่พบบ่อยมากที่สุด มักเป็นเรื่องบริการ และการบริหารงบประมาณ ขณะที่เรื่องระบบอภิบาล บุคลากร และการเข้าถึงยาที่จำเป็น เป็นเรื่องที่มีความไม่พอใจสูงสุด (16)

บทความวิจัยของ Anthony Mwinkaara Sumah และคณะในปี ค.ศ. 2016 ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการกระจายอำนาจการปกครองของการดูแลสุขภาพบนความเท่าเทียมในด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และการจัดหาเงินทุนด้านสุขภาพพบว่าผลลัพธ์ด้านความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ มีความแตกต่างกัน บางแห่งได้ผลดีในทุกประเด็น บางแห่งได้ผลดีในบางประเด็น ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการกระจายอำนาจจะนำไปสู่ประโยชน์ด้านใดด้านหนึ่งอย่างชัดเจน (17) ทั้งนี้ ระยะเวลาของการประเมินผลมีส่วนอย่างมากต่อผลลัพธ์ที่ประเมินได้ โดยมักพบว่าการกระจายอำนาจในช่วงแรกมักไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีของการกระจายอำนาจ เช่น การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศอินโดนีเซียพบปัญหาและผลกระทบเชิงลบมากมายในช่วง 10 ปีแรก และเพิ่งเห็นผลลัพธ์ที่ดีในด้านบริการสุขภาพ การบริหารงบประมาณ และด้านบุคลากร หลังดำเนินนโยบายมากกว่า 15 ปี (18) เป็นต้น

4) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จไม่สำเร็จ

จากบทความวิจัยเรื่อง The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence ได้ทำการสังเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอนอำนาจทางสาธารณสุขโดยใช้โครงสร้าง C-M-O โดย C คือ contextual factors ปัจจัยด้านบริบท M คือ mechanism กลไกการถ่ายโอน O คือ outcome ผลลัพธ์ที่ได้พบว่า (19) มีกลไกการถ่ายโอน 3 รูปแบบดังนี้

กลไกที่ 1 ตัวใครตัวมัน (Voting with feet)

กลไกนี้ได้ชื่อมาจาก Tiebout (1956) ซึ่งเป็นผู้ตั้งทฤษฎีการกระจายอำนาจทำให้เกิดประสิทธิภาพอย่างไรและโต้แย้งว่าผู้คนตอบสนองต่อบริการสาธารณะในระดับต่าง ๆ เช่น บริการของรัฐบาล และราคาต่าง ๆ ที่เสนอ เช่น อัตราภาษีในเขตอำนาจท้องถิ่นโดย "ลงคะแนนด้วยเท้า" กล่าวคือ ย้ายจากท้องถิ่นหนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เพื่อแสวงหาประโยชน์สูงสุด Tiebout แย้งว่า ทางเลือกของพวกเขาว่าจะอาศัยอยู่ที่ไหน นำไปสู่การจัดหาบริการสาธารณะในท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้อยู่อาศัย ดังนั้นจึงเป็นการคัดแยกประชากรออกเป็นชุมชนที่เหมาะสมที่สุด อย่างไรก็ตามในขณะที่ทฤษฎีนี้เน้นถึงประสิทธิภาพ นั่นคือ การเรียงลำดับเป็นชุมชนบนพื้นฐาน

ของความสามารถในการจ่าย เพิกเฉยต่อความเท่าเทียม การกระจายอำนาจในรูปแบบนี้อาจทำให้ความไม่เท่าเทียมรุนแรงขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การเคลื่อนย้ายทรัพยากรข้ามเขตท้องถิ่นที่เพิ่มขึ้น

ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพเกิดขึ้นได้ยาก ท้องถิ่นขนาดใหญ่มีทรัพยากรคน เงิน ของ พร้อมสามารถจัดบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า ท้องถิ่นขนาดเล็กขาดแคลนบุคลากรที่ทักษะสูงและเสียเปรียบเรื่องงบประมาณ หากส่วนกลางจัดสรรตามจำนวนที่ให้บริการได้ เพราะประชาชนจะไปใช้บริการในท้องถิ่นข้างเคียงที่มีขนาดใหญ่และมีความพร้อมมากกว่า

กลไกที่ 2 ทำตัวติดดิน (close to ground)

สะท้อนถึงการมีธรรมาภิบาลใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น จากการโอนความรับผิดชอบไปยังท้องถิ่น ช่วยให้สามารถใช้ความคิดริเริ่ม ข้อมูล ข้อเสนอแนะจากพื้นที่ในการบริหารจัดการได้ดีขึ้น กลไกนี้ไม่ใช่การให้ท้องถิ่นมีความรับผิดชอบโดยตรง เพียงแค่เพิ่มระดับการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะในท้องถิ่นเกี่ยวกับการตัดสินใจ ความใกล้ชิดอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และสามารถสร้างกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม เปลี่ยนแปลงตามความเป็นจริง ฝ่าฝืนติดตามและควบคุมกำกับด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่า

กลไกนี้นำแนวคิดเรื่อง ความไม่สมดุลของข้อมูลไม่ได้มีอยู่เฉพาะในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการในระดับปฏิบัติการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับอื่น ๆ ด้วย ขอบเขตของความเท่าเทียมกันของข้อมูลจึงเป็นสัดส่วนกับระยะห่างระหว่างรัฐบาลกลางกับระดับปฏิบัติการที่ต้องมีการตัดสินใจในแต่ละวันในชุมชนและสถานพยาบาล

ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพเกิดขึ้นด้วยความใกล้ชิดประชาชน ท้องถิ่นมีอำนาจตัดสินใจและตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ได้ โดยมีคณะกรรมการระดับท้องถิ่นเป็นคนในพื้นที่ และมีความเข้าใจพื้นที่มากที่สุด ส่งเสริมการจ้างงานคนในท้องถิ่น แต่อาจมีปัญหาจ้างบุคลากรที่เป็นพวกพ้องของตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพของคนและบริการ และยังแก้ไขปัญหาคะลาการที่มีฝีมือไม่ได้

กลไกที่ 3 ไว้เนื้อเชื่อใจ (watching the watchers)

สะท้อนถึงความสัมพันธ์ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาลระดับต่าง ๆ กันในการกระจายอำนาจ กลไกนี้แสดงถึงการกำกับดูแลจากรัฐบาลแต่ละระดับ ฝ้าดูแลและตอบสนองต่อระดับที่เหลื่อ ซึ่งถูกนำมาใช้เพื่อหมายถึงทุกการปกครอง ผู้ดำเนินการต้องรับผิดชอบ โดยผู้ดำเนินการในระดับการปกครองเดียวกัน (เช่น ระหว่างสภานิติบัญญัติกับผู้บริหาร) หรือข้ามระดับการปกครองที่แตกต่างกัน (เช่น ระหว่างกลุ่มชุมชนและรัฐบาล) โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์การกำกับดูแลหลายแห่งอาจทำหน้าที่เป็นตัวสำรองเพื่อบรรเทาหรือชดเชยข้อบกพร่องเนื่องจากจุดอ่อนในระดับการกำกับดูแลหนึ่งหรือหลายระดับ

ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นเกิดขึ้นจากการทำงานที่เชื่อมโยงของทุกหน่วย มีระบบกำกับการทำงานตามลำดับขั้นของหน่วยงาน แม้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหาร แต่ยังคงมีหน่วยงานที่สูงกว่าคอยดูแล หากเกิดปัญหาในหน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานที่สูงกว่าสามารถเข้าไปสนับสนุน ทำให้ระบบบริการสุขภาพยังคงดำเนินต่อไปได้

5) บทเรียนอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

Decentralization vs Recentralization การกระจายอำนาจและการรวมอำนาจสู่ศูนย์กลาง เป็นสิ่งปกติที่ดำเนินควบคู่กันในประเทศที่กระจายอำนาจ ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนเพื่อหาจุดสมดุลตามบริบทและปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา เช่น ในยุโรปหลายประเทศพยายามรวมศูนย์การตัดสินใจในเรื่องการใช้เทคโนโลยีราคาแพง หรือนโยบายการป้องกันควบคุมโรค โดยแต่ละพื้นที่ต้องค้นหาขนาดของ decentralized unit ที่เหมาะสม เพื่อให้การกระจายอำนาจมีโอกาสบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุด (13)

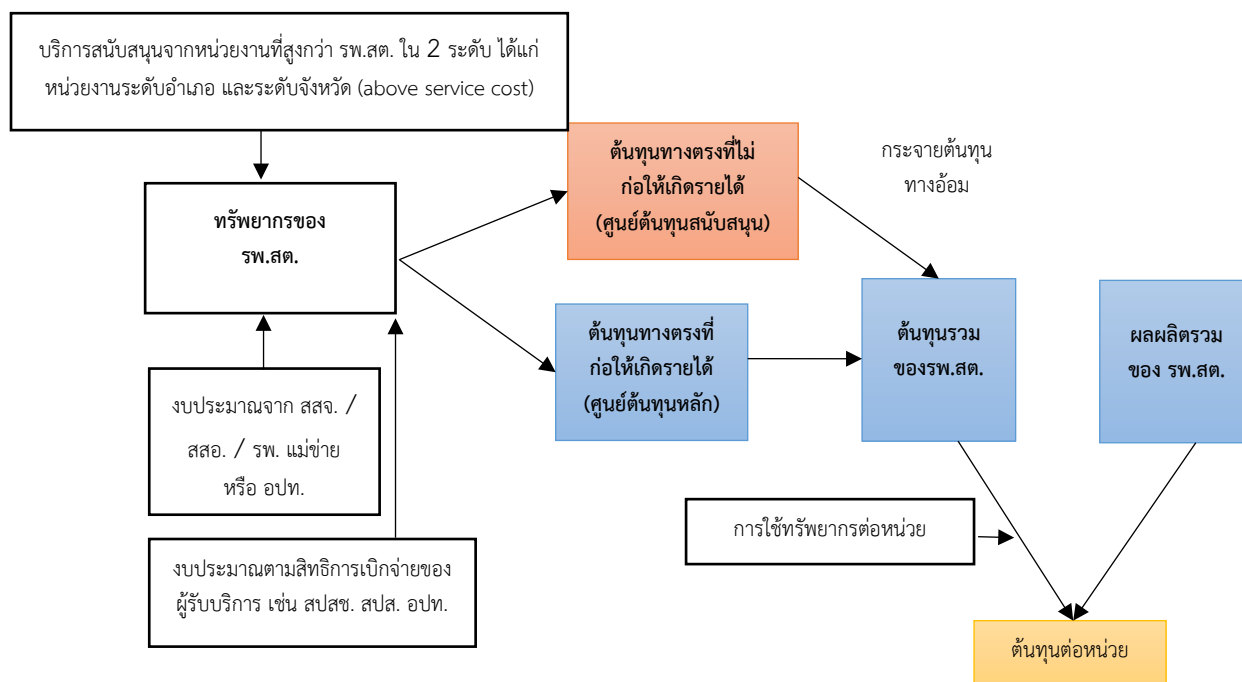
การต่อร่องกันระหว่างศูนย์กลางของอำนาจและองค์กรในระดับพื้นที่ในบทบาทและขอบเขตของอำนาจที่กระจายไปเป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องคิดวิธีการกระจายอำนาจที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพในอนาคต เช่น การพึ่งพาเทคโนโลยีราคาแพง การแพทย์เฉพาะบุคคล การป้องกันและควบคุมโรคระบาด สังคมผู้สูงอายุ เศรษฐกิจถดถอย ในประเทศยุโรปเน้นกระจายอำนาจในบริการทุติยภูมิและตติยภูมิขณะที่ประเทศไทยกระจายอำนาจของบริการปฐมภูมิ (13)

วิธีการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาต้นทุนครั้งนี้ดำเนินการศึกษาใน 2 รูปแบบ ได้แก่

- 1) ศึกษาความเพียงพอของงบประมาณโดยวิเคราะห์ข้อมูลงบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนต่อประชากรที่รับผิดชอบ
- 2) ศึกษาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณตามวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการใน รพ.สต. ตามกรอบแนวคิดในรูปที่ 3



รูปที่ 3 กรอบแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย

จากกรอบแนวคิดข้างต้น ทรัพยากรของ รพ.สต. อาจมีทั้งการสนับสนุนในรูปแบบของเงินจากการจัดสรรงบประมาณของส่วนกลางและส่วนภูมิภาคและการสนับสนุนในรูปแบบที่ไม่ใช่เงิน เช่น วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ รวมถึงการจัดอบรม ติดตามและประเมินผล จากหน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนจึงต้องแปลงข้อมูลการสนับสนุนที่ไม่ใช่เงิน ให้อยู่ในรูปแบบของตัวเงิน เพื่อให้ง่ายต่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของต้นทุนที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านการลงทุนเพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์ หรือดำเนินการเกี่ยวกับสิ่งก่อสร้าง และงบประมาณด้านค่าแรงจากกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นไปตามกรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรที่กำหนดไว้ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณสำหรับชดเชยค่าบริการและทรัพยากรอื่น ๆ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรผ่านหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ที่ รพ.สต. สังกัด ตามจำนวนการให้บริการของ รพ.สต. (8)

ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกำหนดให้คงไว้ซึ่งรายได้จากหน่วยบริการแม่ข่ายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดสรรตามหลักเกณฑ์ที่แต่ละเครือข่ายได้ทำข้อตกลงไว้ และไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อปท. นอกจากนี้ ต้องได้รับเงินอุดหนุนจาก อปท. ทั้งเงินอุดหนุนเฉพาะกิจสำหรับค่าครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง และเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อเป็นงบดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขสำหรับงบประมาณด้านค่าแรงบุคลากรเป็นการสนับสนุนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย (5)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาต้นทุนในครั้งนี้ดำเนินการในมุมมองของผู้ให้บริการ (healthcare provider perspective) โดยวิเคราะห์ข้อมูลรายรับที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ เพื่อเปรียบเทียบความเพียงพอของงบประมาณและวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการตามวิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน (standard costing method) การศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลทั้งแบบบนลงล่าง (top-down) และแบบล่างขึ้นบน (bottom-up) โดยเก็บข้อมูลทรัพยากรที่ใช้แต่ละประเภท ได้แก่ แรงงาน วัสดุ ครุภัณฑ์ (การลงทุน) ในการผลิตแต่ละกิจกรรมบริการจากการปฏิบัติงานจริง (20, 21) และเก็บข้อมูลย้อนหลังเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 (ปีงบประมาณ 2564) และเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 (ปีงบประมาณ 2565) จากนั้นจึงเปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ และถ่ายโอนฯ แล้ว และในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย มีรายละเอียดของการศึกษา ดังต่อไปนี้

1) องค์ประกอบของต้นทุน

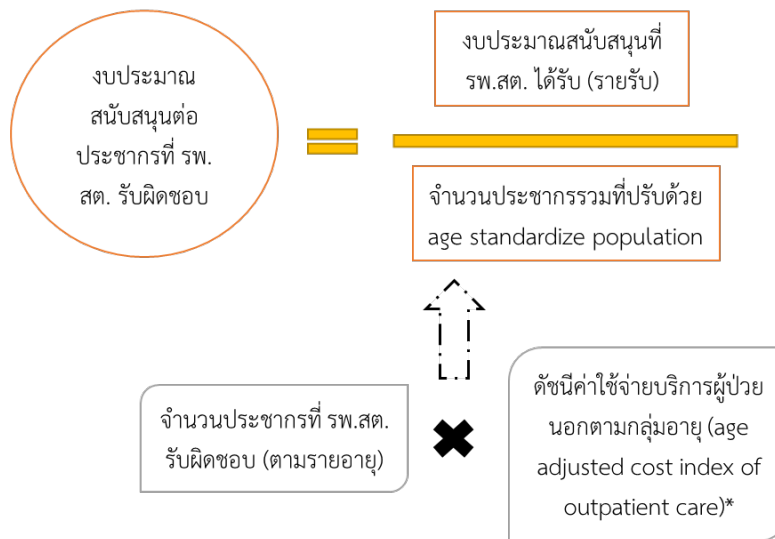
องค์ประกอบของต้นทุน ได้แก่ ค่าแรงและค่าตอบแทนของบุคลากร (เงินเดือน ค่าล่วงเวลา ฯลฯ) ค่าวัสดุ (ยา เวชภัณฑ์และวัสดุอื่น ๆ รวมถึงวัสดุที่จัดสรรมาจากส่วนกลาง) และค่าการใช้ทรัพย์สินถาวรหรือค่าลงทุน (ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคาร สิ่งก่อสร้าง) (8) ซึ่งรวมทรัพยากรที่ได้มาจากการจัดหาส่วนกลาง เช่น การจัดสรรผ่านหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Unit for Primary Care: CUP) การศึกษานี้จะรวมต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่จัดสรรมาจากหน่วยที่ให้การสนับสนุนการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) ผลผลิตที่ใช้ในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย

ผลผลิตของการศึกษานี้ ได้แก่ จำนวนครั้งของกิจกรรมการบริการหลักใน รพ.สต. 11 บริการ ได้แก่ 1) งานส่งเสริมสุขภาพ 2) งานป้องกันควบคุมโรค 3) งานอนามัยโรงเรียน 4) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข 5) งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย 6) งานทันตสาธารณสุข 7) งานแพทย์แผนไทย 8) งานรักษาพยาบาล 9) งานส่งต่อผู้ป่วย และ 10) งานเยี่ยมบ้าน 11) งานฟื้นฟูสภาพ ซึ่งอ้างอิงจากโครงสร้างการทำงานของ รพ.สต. (5, 22) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูล ผลผลิตที่นำมาใช้วิเคราะห์และนำเสนอในการศึกษานี้เป็นผลผลิตใน 6 บริการ ได้แก่ 1) งานส่งเสริมสุขภาพ 2) งานป้องกันควบคุมโรค 3) งานทันตสาธารณสุข 4) งานแพทย์แผนไทย 5) งานรักษาพยาบาล 6) งานเยี่ยมบ้าน

3) ขั้นตอนการวิเคราะห์งบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะวิเคราะห์จากงบการเงินในส่วนที่เป็นรายรับของ รพ.สต. ต่อจำนวนประชากรรวมที่รับผิดชอบ (รูปที่ 4) โดยประชากรรวมจะเป็นจำนวนที่ได้ปรับด้วยวิธี age standardize population คือ การนำจำนวนประชากรที่ รพ.สต. รับผิดชอบในแต่ละช่วงอายุมาปรับด้วยดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (age adjusted cost index of outpatient care) ซึ่งเป็นข้อมูลจากการคำนวณของ สปสช. (23) (ตารางที่ 2)



รูปที่ 4 ขั้นตอนการวิเคราะห์งบประมาณที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ

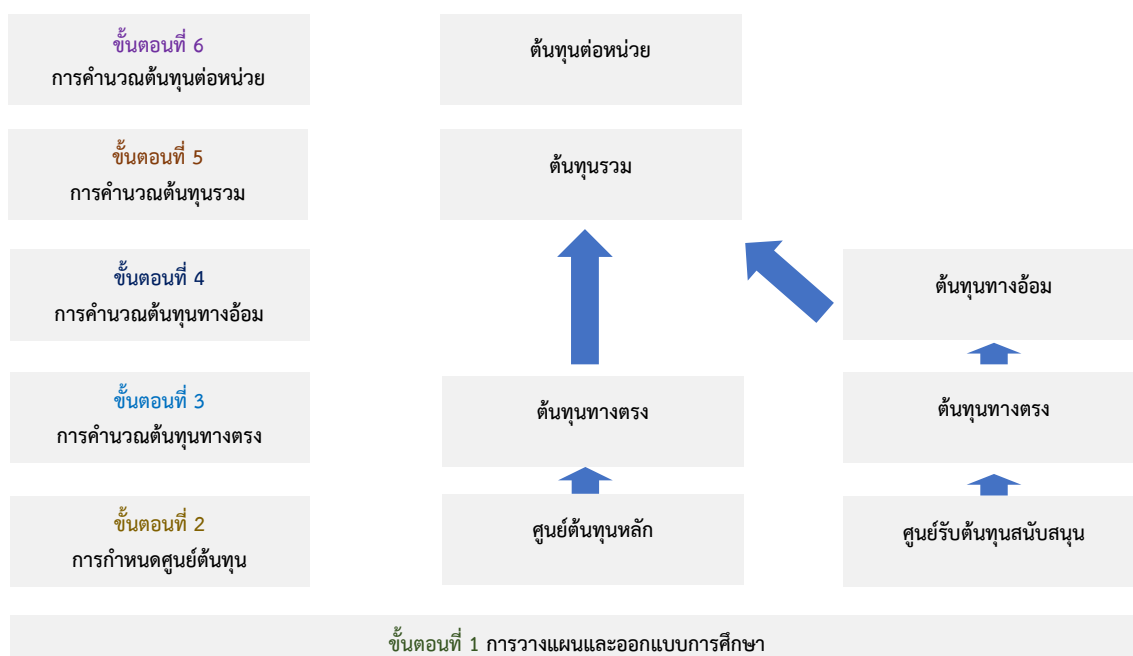
ตารางที่ 2 ดัชนีค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ (age adjusted cost index of outpatient care)

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	<3	3-10	11-20	21-40	41-50	51-60	61-70	>70
บริการผู้ป่วยนอก	0.464	0.364	0.306	0.407	0.789	1.348	1.972	2.351

4) ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย

ขั้นตอนการคำนวณต้นทุนดำเนินการตามรูปแบบต้นทุนแบบมาตรฐาน (20) (รูปที่ 5) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การวางแผนและออกแบบการศึกษา
- 2) กำหนดศูนย์ต้นทุนสนับสนุน และศูนย์ต้นทุนหลักที่ให้บริการตามกิจกรรมบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องการทราบต้นทุนต่อหน่วย (ตารางที่ 3)
- 3) กระจายต้นทุนจากระบบบัญชีและต้นทุนการใช้ทรัพย์สินถาวรให้ศูนย์ต้นทุน และคำนวณต้นทุนทางตรง ของทุกศูนย์ต้นทุน
- 4) คำนวณต้นทุนทางอ้อม²
- 5) คำนวณต้นทุนรวม และนับจำนวนผลผลิตการบริการ
- 6) คำนวณต้นทุนต่อหน่วย



รูปที่ 5 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน

ตารางที่ 3 รายการศูนย์ต้นทุนหลักและศูนย์ต้นทุนสนับสนุนใน รพ.สต.

ศูนย์ต้นทุนหลัก	ศูนย์ต้นทุนสนับสนุน
1. งานส่งเสริมสุขภาพ	1. งานบริหารทั่วไป
2. งานป้องกันควบคุมโรค	2. งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข และงานหลักประกันสุขภาพ

² ต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ต้นทุนทางตรงรวมของศูนย์ต้นทุนสนับสนุน เช่น งานบริหารทั่วไป งานบริหารงานบุคคล ที่จัดสรรเป็นต้นทุนทางอ้อมให้กับศูนย์ต้นทุนหลัก เช่น งานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจะต้องมีการกำหนดผลงานของศูนย์ต้นทุนสนับสนุนเป็นเกณฑ์ในการจัดสรร และใช้ปริมาณผลงาน (ที่ใช้เป็นเกณฑ์การจัดสรร) ที่ศูนย์ต้นทุนต่าง ๆ มารับบริการ เป็นเกณฑ์ในการจัดสรร (1)

ศูนย์ต้นทุนหลัก	ศูนย์ต้นทุนสนับสนุน
3. งานอนามัยโรงเรียน	
4. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	
5. งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	
6. งานทันตสาธารณสุข	
7. งานแพทย์แผนไทย	
8. งานรักษาพยาบาล	
9. งานส่งต่อผู้ป่วย	
10. งานเยี่ยมบ้าน	
11. งานฟื้นฟูสภาพ	

5) กลุ่มตัวอย่าง ขนาด และการคัดเลือกพื้นที่เพื่อศึกษาต้นทุน

การศึกษาต้นทุนนี้คัดเลือกพื้นที่จำนวน 2 จังหวัด แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ เชียงราย และลำปาง การคัดเลือก รพ.สต. จะอิงตามเกณฑ์การแบ่งขนาดด้วยจำนวนประชากร ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขนาดเล็ก มีจำนวนประชากรน้อยกว่า 3,000 คน 2) ขนาดกลาง มีจำนวนประชากร 3,000-8,000 คน 3) ขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากร 8,001 คนขึ้นไป (5) โดยจะคัดเลือก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อปท. และ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ที่ขนาดและพื้นที่ใกล้เคียงกัน เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบข้อมูล (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ ในส่วนของผลการศึกษาระายงานผลโดยไม่เปิดเผยว่าข้อมูลดังกล่าวมาจากจังหวัด หรือรพ.สต. แห่งใด

ตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เก็บข้อมูลในการศึกษา

จังหวัด	รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ			รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อปท.		
	รพ.สต.	ขนาด	จำนวนประชากร (คน)	รพ.สต.	ขนาด	จำนวนประชากร (คน)
เชียงราย	รพ.สต. แม่ยาว ต.แม่ยาว อ.เมือง	ใหญ่	14,611	ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านสันตลาลือ อ.แม่ยาว ต.ริมกก อ.เมือง	ใหญ่	9,829
	รพ.สต. รอบเวียง ต.รอบเวียง อ.เมือง	เล็ก	3,083	ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านหัวฝาย ต.รอบเวียง อ.เมือง	เล็ก	3,332
ลำปาง	รพ.สต. บ้านม่วงแวง ต.บ่อแฮ้ว อ.เมือง	ใหญ่	9,513	ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านโทกหัวช้าง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร ต.พระบาท อ.เมือง	ใหญ่	9,744
	รพ.สต. บ้านศาลาดงลาน ต.ศาลา อ.เกาะคา	กลาง	4,611	ศูนย์บริการสาธารณสุขลำปางหลวง ต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	เล็ก	2,744

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความเพียงพอของงบประมาณ

ข้อมูลรายรับจากงบการเงินของ รพ.สต. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ แล้ว จะได้รับเงินสนับสนุนจากส่วนกลาง คือ กรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น และงบสนับสนุนที่แต่ละ อบต. ที่รับถ่ายโอนฯ จัดสรรให้ และยังคงได้รับการสนับสนุนยา และวัสดุทางการแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ในส่วนของ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ได้รับการสนับสนุนหลักจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme) หรือกองทุน UC ซึ่งได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ ยา และวัสดุทางการแพทย์ โดยงบประมาณใช้ไปกับการจ้างพนักงานที่ไม่ใช่ข้าราชการ และใช้สำหรับการซื้อวัสดุต่าง ๆ ขณะที่ค่าตอบแทนข้าราชการจะมีการจัดสรรโดยตรงจากกรมบัญชีกลาง นอกจากนี้ รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนฯ และยังไม่ถ่ายโอนฯ มีรายได้จากการให้บริการประชาชนในสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และผู้รับบริการที่ชำระเงินเอง (ตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6)

การวิเคราะห์ทั้งงบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ พบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ในจังหวัดที่ 1 ที่ถ่ายโอนไป อบต. ในปีงบประมาณ 2564 ยังไม่ได้รับงบสนับสนุนจากส่วนกลาง เริ่มได้งบสนับสนุนในปีงบประมาณ 2565 ขณะที่ ศบส. แห่งที่ 4 ในจังหวัดที่ 2 ซึ่งถ่ายโอนฯ ตั้งแต่ช่วงแรกในปี พ.ศ. 2551 พบว่า อบต. ได้จัดสรรงบมาไม่แตกต่างจาก รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนฯ และยังคงได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (ตารางที่ 7) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานใน ศบส. ที่เริ่มถ่ายโอนฯ ช่วงปี พ.ศ. 2564 – 2565 พบว่า หลังการถ่ายโอนฯ มีเจ้าหน้าที่ได้รับถ่ายโอนเพียงแห่งละ 1-2 คน และยังอยู่ระหว่างการดำเนินการสรรหาเพื่อเติมเต็มกำลังคน จึงส่งผลให้มีการจัดสรรงบบุคลากรที่ลดลง

ตารางที่ 5 งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ได้รับ ในปีงบประมาณ 2565

รายการรายรับ	จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2	
	ศบส. แห่งที่ 1 (L)	ศบส. แห่งที่ 2 (S)	ศบส. แห่งที่ 3 (L)	ศบส. แห่งที่ 4 (S)
รายได้ค่ารักษา OP ชำระเงินเอง	-	-	47,505	10,799
รายได้ประกันสังคม (OP)	-	-	-	26,038
รายได้ช่วยเหลือจากงบทัวไป	480,000	660,000	200,000	2,677,175
รายได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	-	-	-	3,218
รายได้จากการบริจาค	-	-	-	-
รายได้เงินอุดหนุนจากหน่วยงานอื่น	582,800	606,000	1,003,120	28,717
รายได้สะสม	-	-	-	563,815
รวมรายรับ	1,062,800	1,266,000	1,250,625	3,309,762

หมายเหตุ: 1. หน่วยเงิน คือ บาท 2. – คือ ไม่มีข้อมูลของ ศบส. ดังกล่าว 3. S คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, M คือ รพ.สต. ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, L คือ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป

ตารางที่ 6 งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ ได้รับ ในปีงบประมาณ 2564 – 2565

รายการรายรับ	จังหวัดที่ 1				จังหวัดที่ 2			
	รพ.สต.แห่งที่ 1 (L)		รพ.สต.แห่งที่ 2 (S)		รพ.สต.แห่งที่ 3 (L)		รพ.สต.แห่งที่ 4 (M)	
	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565
เงินกองทุน UC รับโอนจาก สสจ.	-	450,250	-	-	765,886	812,560	845,220	693,110
เงินกองทุน UC รับโอนจาก รพ.แม่ข่าย	1,418,381	2,101,178	563,941	920,381	22,398	-	33,000	230,000
เงินอุดหนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	41,000	10,840	18,800	22,200	-	-	70,000	80,000
เงินจากกรมบัญชีกลาง (เงินเดือนข้าราชการ)	2,660,280	2,645,190	1,350,684	1,350,684	3,682,560	3,682,560	1,684,320	1,684,320
รายได้ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	1,454	2,053	347	492	3,095	2,000	1,200	1,200
รายได้ประกันสังคม	-	-	-	-	151,892	63,310	80,000	150,000
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อปท.)	-	-	-	-	73,904	63,530	-	-
รายได้ค่ารักษาชำระเงินเอง	35,625	35,020	14,330	30,175	40,849	17,910	24,000	24,000
รายได้ลักษณะอื่น	-	-	-	64,670	5,000	5,000	-	74,130
ยาในบัญชีหลักแห่งชาติ	704,684	683,141	99,343	129,405	325,970	295,375	309,170	455,532
วัสดุการแพทย์ทั่วไป	63,041	38,658	14,310	11,692	42,425	40,229	47,373	63,501
วัสดุทันตกรรม	14,642	9,514	-	-	3,184	2,994	-	-
วัสดุสำนักงาน	29,039	25,010	36,764	21,882	-	-	-	-
วัสดุเชื้อเพลิงและหล่อลื่น	31,310	23,530	-	-	-	-	-	-
วัสดุคอมพิวเตอร์	24,000	32,576	35,449	41,950	-	-	-	-
วัสดุงานบ้านงานครัว	25,330	40,377	14,558	25,698	-	-	-	-
รวมรายรับ	5,048,787	6,097,337	2,148,527	2,619,230	5,117,161	4,985,468	3,094,282	3,455,793

หมายเหตุ: 1. หน่วยเงิน คือ บาท 2. - คือ ไม่มีข้อมูลของ รพ.สต. ดังกล่าว 3. S คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, M คือ รพ.สต. ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, L คือ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป

ตารางที่ 7 งบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ

ขนาด	จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2		จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2	
	รพ.สต. แห่งที่ 1 (L)	ศบส. แห่งที่ 1 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 3 (L)	ศบส. แห่งที่ 3 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 2 (S)	ศบส. แห่งที่ 2 (S)	รพ.สต. แห่งที่ 4 (M)	ศบส. แห่งที่ 4 (S)
จำนวน ประชากร* (คน)	13,135	9,706	10,183	10,592	3,147	3,389	5,771	3,130
งบประมาณที่ ได้รับ ปีงบประมาณ 2564 (บาท)	5,048,787	-	5,117,161	-	2,148,527	-	3,094,282	3,072,191
งบประมาณต่อ ประชากร ปีงบประมาณ 2564 (บาท/คน)	384	-	503	-	683	-	536	981
งบประมาณที่ ได้รับ ปีงบประมาณ 2565 (บาท)	6,097,337	1,062,800	4,985,468	1,250,625	2,619,230	1,266,000	3,455,793	3,309,762
งบประมาณต่อ ประชากร ปีงบประมาณ 2565 (บาท/คน)	464	110	490	118	832	374	598.78	1,057

หมายเหตุ: 1. ศบส. แห่งที่ 3 ในจังหวัดที่ 2 เริ่มถ่ายโอนไป อปท. เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 (ปีงบประมาณ 2565) 2. - คือ ไม่มีข้อมูล 3. S คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, M คือ รพ.สต. ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, L คือ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป 4. * คือ จำนวนประชากรรวมที่ปรับด้วยวิธี age-standardize population

ผลการศึกษาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ

เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลผลผลิตหรือจำนวนการให้บริการในแต่ละกิจกรรมการให้บริการของ รพ.สต. จากการศึกษาของ ดร.ภญ.ดวงรัตน์ โปธะ และคณะ (24) รวมถึงข้อมูลต้นทุนในส่วนของค่าวัสดุและค่าลงทุนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ แล้ว ใช้ข้อมูลจาก รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ โดยข้อมูลที่ใช้จะแตกต่างกันตามขนาดของ รพ.สต. ทั้งนี้ ข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้เป็นข้อมูลของปีงบประมาณ 2565 จึงนำเสนอข้อมูลเฉพาะปีงบประมาณดังกล่าว

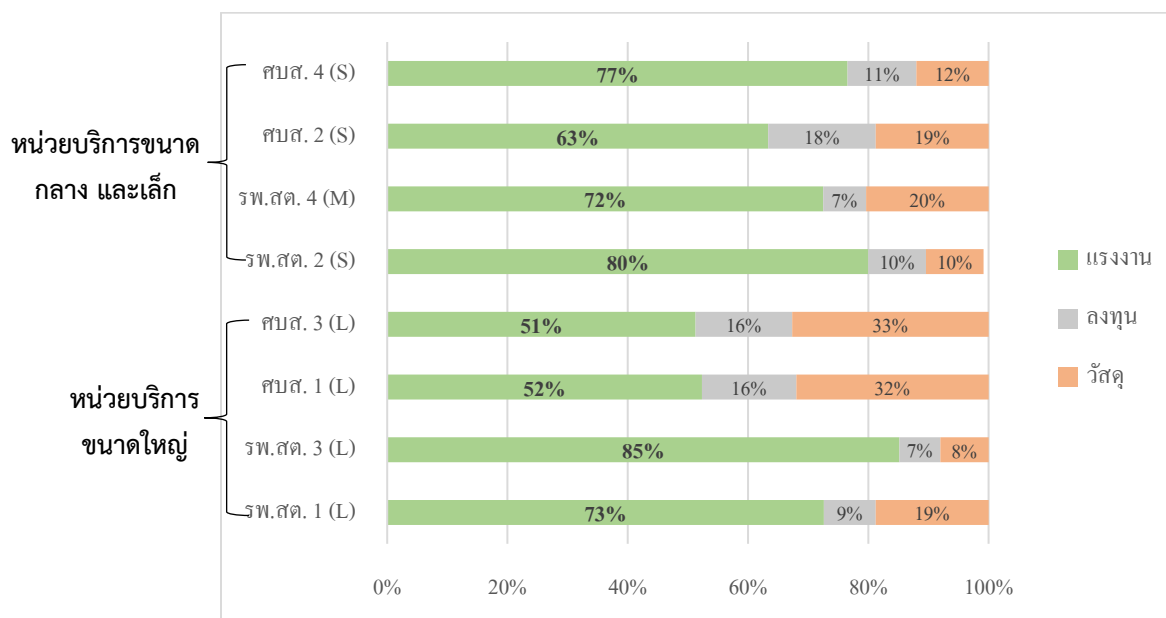
ผลการศึกษาด้านต้นทุนรวม พบว่า ทั้งหน่วยบริการขนาดใหญ่และขนาดเล็กที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีสัดส่วนต้นทุนแรงงานน้อยกว่าหน่วยบริการที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ (ตารางที่ 8) (รูปที่ 6) เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ลดลงค่อนข้างมาก เช่น จากเดิมเคยมีบุคลากรทำงาน 10 คน หลังถ่ายโอนฯ มีบุคลากรเพียง 5-7 คน ขณะที่หน่วย

บริการขนาดเล็กที่ถ่ายโอนฯ ไปนานแล้ว มีสัดส่วนต้นทุนแรงงานที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีการจำนวนการจ้างงานใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ (รูปที่ 6)

ตารางที่ 8 ต้นทุนรวมที่แบ่งตามประเภทต้นทุน ปีงบประมาณ 2565

ประเภท ต้นทุน	จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2		จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2	
	รพ.สต. แห่งที่ 1 (L)	สบส. แห่งที่ 1 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 3 (L)	สบส. แห่งที่ 3 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 2 (S)	สบส. แห่งที่ 2 (S)	รพ.สต. แห่งที่ 4 (M)	สบส. แห่งที่ 4 (S)
แรงงาน	3,214,710	1,266,984	3,949,821	1,182,260	1,736,495	704,970	2,127,676	1,364,033
วัสดุ	383,380	379,893	314,148	369,331	207,790	198,980	209,651	203,722
ลงทุน	829,917	774,504	372,543	752,972	225,548	208,706	597,768	213,679
รวม	4,428,007	2,421,381	4,636,512	2,304,563	4,428,007	4,636,512	2,935,094	2,421,381

หมายเหตุ: 1. หน่วยเงิน คือ บาท 2. S คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, M คือ รพ.สต. ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, L คือ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป



รูปที่ 6 การเปรียบเทียบสัดส่วนตามประเภทต้นทุนในหน่วยบริการขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการ พบว่า สบส. ขนาดใหญ่ที่ถ่ายโอนไป อปท. มีต้นทุนต่อหน่วยในทุกบริการน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ สาเหตุหลัก คือ ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรที่ลดลง ทำให้มีบางบริการที่ไม่ได้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เช่น บริการทันตสาธารณสุข และบริการแพทย์แผนไทย เนื่องจากไม่มีบุคลากรเฉพาะทางที่จะให้บริการดังกล่าว บุคลากรส่วนใหญ่ที่ถ่ายโอนฯ จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่ง

ถือว่าเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้หน่วยบริการยังสามารถดำเนินงานต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์เชิงลึกกับ ผู้ปฏิบัติงานใน ศบส. พบว่า อปท. ได้วางแผนจ้างบุคลากรเฉพาะทาง โดยจะจ้างงานให้เป็นบุคลากรกลางจาก อปท. และใช้วิธีการหมุนเวียนวันทำงานไปยังหน่วยบริการที่ อปท. ดูแล เพื่อจัดให้มีบริการที่ยังขาดอยู่ในส่วนของ ศบส. ขนาดเล็ก เมื่อเทียบกับ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ บริการที่ไม่ได้ดำเนินงานต่อ คือ บริการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ ต้นทุนต่อหน่วยในบริการต่าง ๆ ของ ศบส. แห่งที่ 2 ที่เพิ่งถ่ายโอนฯ ในช่วงปีงบประมาณ 2564 จะ น้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เนื่องจากต้นทุนค่าแรงของบุคลากรที่มีผู้ปฏิบัติงานเพียง 2 คน ขณะที่ต้นทุนต่อ หน่วยของ ศบส. แห่งที่ 4 ใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เนื่องจากได้ถ่ายโอนฯ มากกว่า 10 ปี อปท. จึง สามารถจัดสรรงบประมาณและกำลังคนมาสนับสนุนได้ไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอนฯ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมที่ให้บริการใน รพ.สต. ปีงบประมาณ 2565

ศูนย์ต้นทุน/กิจกรรมที่ ให้บริการใน รพ.สต.	จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2		จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2	
	รพ.สต. แห่งที่ 1 (L)	ศบส. แห่งที่ 1 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 3 (L)	ศบส. แห่งที่ 3 (L)	รพ.สต. แห่งที่ 2 (S)	ศบส. แห่งที่ 2 (S)	รพ.สต. แห่งที่ 4 (M)	ศบส. แห่งที่ 4 (S)
งานส่งเสริมสุขภาพ	30.42	25.22	87.76	29.91	142.15	34.49	40.43	93.98
งานป้องกันควบคุมโรค	44.98	38.89	136.82	55.63	168.40	62.27	49.51	166.86
งานทันตสาธารณสุข	191.89	N/A	167.25	N/A	N/A	N/A	184.02	N/A
งานแพทย์แผนไทย	145.51	N/A	N/A	N/A	79.10	N/A	88.90	N/A
งานรักษาพยาบาล	99.31	69.70	57.42	54.25	80.14	93.00	55.64	70.05
งานเยี่ยมบ้าน	95.60	43.31	187.55	106.74	542.40	136.69	244.46	402.64

หมายเหตุ: 1. หน่วยเงิน คือ บาท 2. N/A คือ ไม่มีบริการดังกล่าวในหน่วยบริการ 3. S คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, M คือ รพ.สต. ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, L คือ รพ.สต. ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป

จากการศึกษาการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานในหน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯ แล้ว ยังคงขาดบุคลากรที่ให้บริการเฉพาะทาง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ให้บริการแพทย์แผนไทย รวมถึงขาดทรัพยากรในการให้บริการ ซึ่ง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า มีหน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯ ไม่ได้รับครุภัณฑ์บางรายการ แม้ว่าจะ ก่อนการถ่ายโอนฯ ครุภัณฑ์เหล่านั้นยังสามารถใช้งานได้ สาเหตุมาจากเมื่อมีการตรวจสอบทะเบียนครุภัณฑ์ ก่อนถ่ายโอนฯ ครุภัณฑ์ดังกล่าวไม่ใช่ของ รพ.สต. เอง อาจมีมาจากหน่วยงานอื่น จึงไม่สามารถถ่ายโอนไปด้วยได้

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรให้แก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ สะท้อนให้เห็นความแตกต่างของความเพียงพอของบุคลากร และการได้รับสนับสนุนงบประมาณใน รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ และถ่ายโอนฯ แล้ว โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ รวมถึงการถ่ายโอนครุภัณฑ์บางรายการที่ไม่สามารถส่งต่อได้ เนื่องจากไม่ได้เป็นครุภัณฑ์ของ รพ.สต. ตั้งแต่ก่อนถ่ายโอนฯ ดังนั้น หน่วยงานท้องถิ่นที่รับถ่ายโอนฯ และหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแล รพ.สต. ก่อนถ่ายโอนฯ ควรสื่อสารทำความเข้าใจร่วมกันเพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมวางแผนสนับสนุนงบประมาณ เพื่อลงทุนในครุภัณฑ์ที่จะขาดไป และใช้ในการจ้างงานบุคลากรให้สามารถจัดบริการได้ไม่แตกต่างจากก่อนการถ่ายโอนฯ

การที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ไปแล้วได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่า รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนฯ อาจกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการถ่ายโอน รพ.สต. ที่เหลือในอนาคต เนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่นที่รับถ่ายโอนฯ จะขาดความเชื่อมั่น และประเมินว่าหน่วยงานตนเองไม่มีความพร้อมที่จะดูแลบริการสาธารณสุขของ รพ.สต. และบุคลากรเองก็อาจสมัครใจถ่ายโอนน้อยลงด้วยเล็งเห็นถึงความไม่มั่นคงและความไม่เพียงพอของทรัพยากรที่ต้องใช้ในการจัดบริการของ รพ.สต. แม้ว่าภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. นี้จะถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแล้วก็ตาม

หากมีความแตกต่างในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรไปเรื่อย ๆ เป็นเวลานานจะทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการให้บริการแก่ประชาชนในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้วัตถุประสงค์หลักของการกระจายอำนาจ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพล้มเหลว ในส่วนนี้รัฐบาลต้องมีมาตรการแทรกแซง เช่น เพิ่มงบอุดหนุน แก้อะไรระเบียนการบรรจุหรือการโยกย้ายบุคลากร ฯลฯ และเพื่อให้การถ่ายโอนฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน จึงจำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์เรื่องการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ไปแล้วว่าจะได้รับงบประมาณอุดหนุนเพิ่มขึ้นในปีต่อ ๆ ไป และมีความเพียงพอต่อการให้บริการหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ ในอนาคตอาจดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ ให้ครอบคลุมเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนข้อมูลระดับประเทศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้แก่ รพ.สต. โดยสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษาจากงานวิจัยนี้ได้

อภิปรายผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้ในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่ยังต้องดำเนินการต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ระบุเรื่องการจัดการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ ตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืนและครอบคลุมเป้าหมายที่คล้ายคลึงกับการถ่ายโอนใน

ต่างประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนจึงควรทบทวนว่าการดำเนินงานในปัจจุบัน และที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสามารถบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ ในการถ่ายโอน ได้แก่

- ระบบการทำงานที่ย่างยากซับซ้อนในระบบราชการลดลง
- ผู้ให้บริการใน รพ.สต. มีทรัพยากรการทำงานมากขึ้น และเพียงพอต่อการให้บริการ
- องค์กรปกครองท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น
- ประชาชนมีส่วนร่วมและตรวจสอบการทำงานของ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงสร้างระบบรับผิดชอบด้านสาธารณสุขที่มากขึ้น
- คุณภาพมาตรฐาน และประสิทธิภาพของบริการ รวมถึงการเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็นตีมากขึ้น
- ความเสมอภาคระหว่างพื้นที่เพิ่มขึ้น และความเหลื่อมล้ำระหว่างประชากรในพื้นที่ลดลง

2) บทเรียนการกระจายอำนาจในต่างประเทศ พบว่า ควรเริ่มกระจายอำนาจบางด้านตามความพร้อมของพื้นที่ และความเหมาะสมของช่วงเวลา ไม่ควรกำหนดรูปแบบการกระจายอำนาจให้เหมือนกันในทุกพื้นที่ เช่น แต่ละพื้นที่ต้องค้นหาขนาดของประชากรและลักษณะของหน่วยงานในพื้นที่ (decentralized unit) ที่เหมาะสม เพื่อให้การกระจายอำนาจสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้มากที่สุด การเตรียมความพร้อมก่อนกระจายอำนาจเป็นเรื่องสำคัญ ควรมีการสื่อสารและทำความเข้าใจระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรในระดับพื้นที่ถึงบทบาทและขอบเขตของอำนาจที่กระจายตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ พบประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุข และ อปท. ควรวางแผนเตรียมความพร้อมร่วมกันก่อนการถ่ายโอนฯ ได้แก่ เรื่องบุคลากรที่ควรจัดให้เพียงพอต่อการให้บริการ และไม่ควรมีบริการใดใน รพ.สต. ที่ต้องงดบริการไปเนื่องจากขาดแคลนบุคลากร นอกจากนี้ ควรมีการบริหารจัดการงบประมาณ และทรัพยากรทั้งวัสดุทางการแพทย์ และการลงทุนในครุภัณฑ์ให้ไม่แตกต่างจากก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. แม้ว่าจะมีการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อำเภอ แต่การสนับสนุนทรัพยากรทั้งในรูปแบบสิ่งของที่จับต้องได้ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินการต่อไป เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการใช้บริการแก่ประชาชน

3) ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อเข้าสู่การกระจายอำนาจในทุกพื้นที่ กลไกแบบไว้เนื้อเชื่อใจเป็นกลไกที่สามารถนำมาปรับใช้กับประเทศไทยที่ต้องการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ขณะเดียวกันยังต้องการรักษาความเป็นธรรม ความเสมอภาคในภาพรวมประเทศ ซึ่งหน่วยงานส่วนกลางมีหน้าที่สำคัญในการเสริมความเข้มแข็งให้แก่หน่วยงานท้องถิ่นอย่างทั่วถึงทั้งท้องถิ่นที่พร้อมและไม่พร้อมรับการถ่ายโอนฯ นอกจากนี้ ระบบสุขภาพของประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถตอบสนองต่อความท้าทายใหญ่ ๆ ในปัจจุบันและอนาคต เช่น การป้องกันและควบคุมโรคระบาด ภาวะเศรษฐกิจถดถอย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และภัยพิบัติจากธรรมชาติอันเนื่องมาจากภาวะโลกร้อน จึงยังต้องอาศัยประสิทธิภาพของการเป็นผู้นำ การตัดสินใจในภาพรวม การประสานงาน และระดมทรัพยากรจากหน่วยงานในส่วนกลาง ดังนั้น การมีระบบสารสนเทศทางสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกัน และมี

การสื่อสารที่ดีระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานท้องถิ่นจะช่วยส่งเสริมการบริหารจัดการภาพรวมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) การกระจายอำนาจให้สำเร็จจำเป็นต้องมีการกำกับควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพจากหน่วยงานส่วนกลาง เช่น การกำหนดมาตรฐาน การอุดหนุนพื้นที่หรือประชากรกลุ่มเปราะบาง จึงควรสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพในติดตามและประเมินผล เพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายและหาจุดสมดุลระหว่างการกระจายอำนาจและการรวมศูนย์อำนาจในเรื่องต่าง ๆ ตามบริบทและปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการถ่ายโอนอำนาจ

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากช่วงเวลาที่ทำเนิการศึกษาเรื่องความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณของ รพ.สต. ยังอยู่ในช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่านสู่การถ่ายโอน รพ.สต. จำนวนมากไปยัง อบจ. การศึกษานี้จึงเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) เพื่อค้นหาประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนฯ ควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน เพื่อให้การถ่ายโอนฯ ในอนาคตดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงอาจยังไม่เพียงพอในการเป็นตัวแทนของประเทศ แต่สามารถใช้เป็นบทเรียนจากการถ่ายโอนฯ ก่อนปีงบประมาณ 2566 ที่ รพ.สต. ถ่ายโอนฯ ไปยัง อบต. และเทศบาล มาปรับใช้กับการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ได้ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลงบประมาณและต้นทุนการให้บริการในการศึกษานี้ เป็นข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ซึ่งยังมีการให้บริการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 อยู่ จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาด้านทุนมีการประมาณการณ่ที่เกินกว่าการให้บริการในสถานการณ์ปกติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อค้นพบข้างต้นที่เกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนฯ ที่ผ่านมา นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) บุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุข อปท. และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสำคัญนี้ โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอกับปริมาณงานและสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอกับการให้บริการ ในระยะแรกของการถ่ายโอนฯ อาจใช้การจ้างงานบุคลากรไว้ที่หน่วยงานท้องถิ่นส่วนกลาง แล้วหมุนเวียนไปที่หน่วยบริการตามตารางวันทำงานที่จัดไว้ และ อปท. ร่วมกับ สสจ. ควรวางแผนการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อสร้างศักยภาพให้แก่บุคลากรในหน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯ ได้เข้าใจในการทำงานสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น โดยในช่วงแรก สสจ. อาจเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำหรือกำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรให้สามารถตอบโจทย์การให้บริการที่มีคุณภาพได้

2) ระยะแรกของการถ่ายโอนฯ ในช่วงที่ผ่านมา หน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯ ในการศึกษานี้ ยังได้รับการสนับสนุนทั้งยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และการให้คำแนะนำการดำเนินงานจากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไม่

แตกต่างจากเดิม อย่างไรก็ตาม ในอนาคตการสนับสนุนต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงไป อนาคต. จึงต้องวางแผนการจัดการ ทยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

3) ความแตกต่างระหว่างเขตบริการสุขภาพเกิดจากหลายปัจจัย ผู้บริหารระดับพื้นที่ทั้งในส่วน ของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ และลดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างเขตบริการสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนผู้รับบริการ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีบริบทด้าน สาธารณสุขที่ต่างกัน การกำหนดรูปแบบดำเนินงานเพียงหนึ่งรูปแบบไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกพื้นที่ การถ่าย โอนฯ จึงต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และมีการสื่อสารที่ชัดเจนเพื่อสร้างความไว้วางใจ รวมถึงสร้าง ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการออกแบบรูปแบบดำเนินงานที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ สามารถใช้การระดมข้อคิดเห็นและการประสานความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วน ให้เกิดการทำงานในแนบราบ มากกว่าการทำงานในแนวตั้งที่มีการบริหารจัดการจากหน่วยงานใดเพียงหน่วยงานเดียว ทั้งนี้ จากผลการศึกษา ข้างต้นที่พบความแตกต่างของการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ แล้ว จึงจำเป็นต้องมี การติดตามสถานการณ์ดังกล่าว และในอนาคตอาจดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยขยายขอบเขตการศึกษาให้ ครอบคลุมพื้นที่ที่เพียงพอต่อการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาไปในระดับประเทศ

4) อนาคต. ควรสื่อสารกับประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การถ่ายโอนฯ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชน ได้รับความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อการให้บริการ

5) ในอนาคตการจัดตั้งหน่วยบริการขนาดใหญ่สามารถสร้างประโยชน์ได้มากกว่าหน่วยบริการขนาดเล็ก สะท้อนจากข้อมูลงบประมาณสนับสนุนที่ รพ.สต. ได้รับต่อประชากรที่รับผิดชอบ ซึ่ง รพ.สต. ขนาดใหญ่ได้รับการ สนับสนุนงบประมาณต่อประชากรที่ต่ำกว่า แต่สามารถให้บริการที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ มากกว่า รพ.สต. ขนาดเล็ก แต่อย่างไรก็ตามต้องพิจารณาการเข้าถึงด้วย บางพื้นที่ที่การเดินทางเป็นไปอย่าง ยากลำบาก หน่วยบริการขนาดเล็กในพื้นที่เฉพาะก็ยังคงจำเป็นอยู่ และการจัดสรรงบประมาณควรพิจารณาเป็นกรณี พิเศษไม่สามารถใช้เกณฑ์ทั่วไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก หน้า 48 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542, (2542).
2. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนพิเศษ 23 ง หน้า 22 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2545, (2545).
3. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอนพิเศษ 40 ง หน้า 22 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551, (2551).
4. จรวยพร ศรีศศลักษณ์. สรุบบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. การประชุมผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข (WM) ครั้งที่ 36 ปี 2560.
5. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 254 ง หน้า 14 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2564, (2564).
6. กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. รายชื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ประสงค์ ขอรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล. 2564.

7. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 1239.02/ว22618 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 เรื่อง การบริหารการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด, (2565).

8. สำนักงบประมาณของรัฐบาล. รายงานวิชาการ เรื่อง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจถ่ายโอน ภารกิจศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ; 2563.

9. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภารกิจถ่ายโอน สอน. / รพ.สต. ให้ออบจ. [เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ย. 65]. เข้าถึงได้จาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/5/12/180184/#pid=5>.

10. พินิจ ฟ้าอำนวยผล. การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีนอนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551.

11. อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์, นิธิวัชร แสงเรือง, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, หทัยรัตน์ โกษิยาภรณ์, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, et al. การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561.

12. Dwicaksono A, Fox AM. Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review of Evidence From Quantitative Studies. *Milbank Q.* 2018;96(2):323-68.

13. Saltman R, Busse R, Figueras J. EBOOK: Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes: McGraw-Hill Education; 2006.

14. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (ร่าง) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. 2563 - 2565 และ (ร่าง) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. 2563 - 2565. 2563.

15. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. คู่มือการปฏิบัติงานตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี; 2553.

16. Cobos Munoz D, Merino Amador P, Monzon Llamas L, Martinez Hernandez D, Santos Sancho JM. Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *Int J Public Health.* 2017;62(2):219-29.

17. Sumah AM, Baatiema L, Abimbola S. The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy.* 2016;120(10):1183-92.

18. Rakmawati T, Hinchcliff R, Pardosi JF. District-level impacts of health system decentralization in Indonesia: A systematic review. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(2):e1026-e53.
19. Abimbola S, Baatiema L, Bigdeli M. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy Plan*. 2019;34(8):605-17.
20. อาทรรูว์ไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์; 2561.
21. Vassall, Anna; Sweeney, Sedona; Kahn, Jim; Gomez Guillen, Gabriela; Bollinger, Lori; Marseille, Elliot; Herzel, Ben; DeCormier Plosky, Willyanne; Cunnam, Lucy; Sinanovic, Edina; Bautista-Arredondo, Sergio; GHCC Technical Advisory Group; GHCC Stakeholder Group; Harris, Kate; Levin, Carol; (2017) Reference case for estimating the costs of global health services and Interventions. Project Report. Global Health Cost Consortium. Available from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4653001>.
22. กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ.2560-2564).
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี:2563.
24. ตวงรัตน์ โปณะ, นกษา สิงห์วีระธรรม, อรวิภา โรจนานิติโมกษ์, วิน เตชะเคหะกิจ, อัมพล บุญเพียร. การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2562 -2564. 2565.