

# วิธีจ่ายเงินให้สถานอนามัยทั่วประเทศ ปี 2549

พงศธร พอกเพิ่มดี\*

จันทิมา ห่อทรัพย์\*\*

ปริศนา ฟักนวล\*\*

\*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

\*\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

## บทคัดย่อ

สถานอนามัยเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุดและมีบทบาทที่สำคัญยังต้องงานสาธารณสุขของประเทศไทย หากมีวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยที่ดีย่อมส่งผลให้เกิด ประสิทธิภาพ คุณภาพ การเข้าถึงบริการ และความพึงพอใจของประชาชน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีจ่ายเงินให้สถานอนามัยของจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลไปพัฒนาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยต่อไป การศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) ครั้งนี้ ใช้วิธีการส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งโทรศัพท์ติดตามไปยังกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ การศึกษาแสดงให้เห็นว่าวิธีจ่ายเงินให้สถานอนามัยนั้นหลากหลาย ตั้งแต่การจัดระดับของสถานอนามัย หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับ ประเภทของงบประมาณ หน่วยงานที่จ่ายเงิน วิธีการจ่ายเงิน หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายเงิน และการเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่ายของสถานอนามัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริหารจัดการของแต่ละจังหวัด และยังพบว่าในภาพรวมของจังหวัดต่าง ๆ ได้ใช้ปัจจัยทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานในการจัดระดับสถานอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังมีบทบาทที่สำคัญในการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย ในขณะที่การบริหารจัดการโดยหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care, CUP) มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าหลายจังหวัดที่ใช้การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษหรือโบนัส ในการจูงใจให้สถานอนามัยเพิ่มคุณภาพการบริการให้กับประชาชน จึงควรพัฒนาวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย หาแนวทางการจัดระดับสถานอนามัย ศึกษาทั้งวิธีจ่ายเงินและจำนวนงบประมาณที่เหมาะสมของงบประมาณต่าง ๆ ที่จัดสรรให้สถานอนามัย ตลอดจนพัฒนาวิธีจ่ายค่าตอบแทนพิเศษและกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่ายให้เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** การจัดระดับสถานอนามัย วิธีจ่ายเงิน การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษ สถานอนามัย, ประเทศไทย

## บทนำ

สถานอนามัยเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต้นภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทและความรับผิดชอบที่สำคัญ ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งาน

ควบคุมป้องกันโรค การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชุมชน งานบริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ เป็นต้น สถานอนามัยเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

(คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(1)</sup> ปัจจุบันมีสถานอนามัยจำนวน 9,765 แห่งกระจายอยู่ทั่วทั้งประเทศ<sup>(2)</sup> และมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่องานสาธารณสุขของประเทศไทย

หลังจากที่รัฐบาลได้ดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Policy) ที่ได้ขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนทั่วประเทศในปี 2543 และได้ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญหลายประการ เช่น การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน (purchaser-provider split) การปฏิรูประบบวิธีจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการจากแบบเดิมคือเหมาจ่ายรายปี (historical global budget) เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการอนุญาตให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Contracted Unit for Primary Care, CUP) จัดสรรงบประมาณให้กับสถานอนามัยภายใน CUP เป็นต้น

จากการปฏิรูประบบสาธารณสุขดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการทุกระดับ และทำให้วิธีจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการโดยเฉพาะสถานอนามัยทวีความสำคัญยิ่งขึ้น เพราะวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการนั้นเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน รวมทั้งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ถ้าหากสามารถออกแบบวิธีการจ่ายเงินให้สถานอนามัยได้อย่างเหมาะสม ย่อมนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) คุณภาพ (quality) ความเท่าเทียม (equity) และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (patient satisfaction) ทั้งนี้เพราะรูปแบบวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมของสถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันออกไป<sup>(3)</sup>

ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรสูงสุด จึงจำเป็นที่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ต้องเข้าใจวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยเพื่อจะสามารถออกแบบวิธีการจ่ายเงินของสถานอนามัยให้

สอดคล้องเหมาะสมกับการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

การศึกษาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยทั่วประเทศในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยทั่วประเทศ และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปรับปรุงวิธีจ่ายเงินให้เหมาะสมกับการดำเนินงานในพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยของจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2549 ผู้ศึกษาได้ส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ (75 จังหวัด ยกเว้น กรุงเทพมหานคร) และใช้วิธีโทรศัพท์ติดตาม พร้อมทั้งอธิบายคำถามในกรณีที่มีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม โดยมีขอบเขตของการศึกษาที่ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยัง CUP มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน - กรกฎาคม 2549

แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบตัวเลือกปลายปิดที่สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และบางคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยดัดแปลงจาก “แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษารูปแบบและเหตุผลในการเลือกวิธีจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544”<sup>(4)</sup> หลังจากออกแบบสอบถามแล้ว ได้นำมาทดลองใช้เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ และปรับแบบสอบถามให้สมบูรณ์มากขึ้น หลังจากนั้นจึงนำไปเก็บข้อมูล และประมวลผลโดยสถิติเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาวินิจฉัยวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยในครั้งนี้ ได้ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มงานประกันสุขภาพของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ เพราะเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยตรง ได้รับการตอบแบบสอบถามจากผู้เกี่ยวข้องทั้ง 75 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 100 ของอัตราการตอบกลับ โดยมีคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามกลับดังนี้คือ 1) นักวิชาการสาธารณสุขในกลุ่มงานประกันสุขภาพ จำนวน 41 คน (54.6%) 2) เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนในกลุ่มงานประกันสุขภาพ จำนวน 24 คน (32%) 3) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในกลุ่มงานประกันสุขภาพ จำนวน 2 คน (2.6%) 4) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานประกันสุขภาพ จำนวน 1 คน (1.3%) และ 5) ไม่ทราบข้อมูล จำนวน 7 คน (9.3%) ตามลำดับ จากคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามจะเห็นได้ว่าเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยในแต่ละจังหวัด

## 2. การจัดระดับสถานอนามัย

การจัดระดับสถานอนามัย หมายถึงการจัดสถานอนามัยออกเป็นขนาดต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับศักยภาพและความต้องการทรัพยากร โดยใช้หลักเกณฑ์หรือปัจจัยต่าง ๆ เช่น จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การให้บริการทางด้านทันตกรรม การมีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพออกให้บริการ ในการจัดระดับสถานอนามัย

จากการสำรวจการจัดระดับของสถานอนามัยในจังหวัดต่าง ๆ พบว่า มีจังหวัดที่มีข้อมูลในการจัดระดับสถานอนามัยจำนวน 73 จังหวัด (97.3%) สามารถแบ่งจังหวัดที่จัดระดับสถานอนามัยเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มจังหวัดที่ไม่จัดระดับของสถานอนามัย สถานอนามัยภายในจังหวัดมีขนาดเดียวกันทั้งหมด, กลุ่มที่ 2 คือจังหวัดที่จัดระดับของสถานอนามัยเป็น 2 ระดับ คือ 1) สถานอนามัยขนาดปรกติและ 2) สถานอนามัยที่เป็น Primary Care Unit, (PCU) ที่มีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพออกให้บริการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มากที่สุด เพราะที่ผ่านมากกระทรวง

ตารางที่ 1 การจัดระดับของสถานอนามัย

การจัดระดับของสถานอนามัย	จำนวนจังหวัด (%)
ไม่มี	28 (38.4)
มี (ระดับ)	
2	35 (47.9)
3	8 (10.9)
4	1 (1.4)
5	1 (1.4)
รวม	73(100)

สาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีนโยบายในการสร้าง PCU ที่มีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพออกให้บริการ ทำให้สถานอนามัยแบบดังกล่าวแตกต่างกันกับสถานอนามัยแบบเดิม, กลุ่มที่ 3 เป็นจังหวัดที่มีการจัดระดับสถานอนามัยเป็น 3 ระดับ คือ 1) สถานอนามัยขนาดเล็ก 2) สถานอนามัยขนาดกลาง และ 3) สถานอนามัยขนาดใหญ่ที่เป็น PCU ที่มีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพออกให้บริการ และ กลุ่มที่ 4 และ 5 คือจังหวัดที่จัดระดับสถานอนามัยเป็น 4 และ 5 ระดับตามลำดับ

จังหวัดที่จัดระดับของสถานอนามัย (45 จังหวัด) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับสถานอนามัย (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) โดยสามารถสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการสำรวจในครั้งนี้จะเห็นได้ว่า จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรในเขตรับผิดชอบ เป็นหลักเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการจัดระดับสถานอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือจำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย และ จำนวนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์เดียวในการจัดระดับสถานอนามัย ส่วนใหญ่ใช้หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ผสมผสานกัน

## 3. ประเภทงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานอนามัย

ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับสถานีนอนามัย (N = 66 จังหวัด)

หลักเกณฑ์	จำนวนจังหวัด (%)
ประชากรตามทะเบียนราษฎร ในเขตที่รับผิดชอบ	18 (27.3)
หมู่บ้านที่รับผิดชอบ	14 (21.2)
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย	12 (18.2)
ผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	10 (15.1)
ผู้มารับบริการ	8 (12.1)
อื่น ๆ	4 (6.1)

หมายเหตุ : มีบางจังหวัดใช้มากกว่า 1 หลักเกณฑ์ในการจัดระดับสถานีนอนามัย

จากการสำรวจประเภทของงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานีนอนามัย สามารถสรุปได้เป็น 7 ประเภทที่สำคัญ ได้แก่ 1) งบประมาณจัดการ (administration budget) 2) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ (promotion and prevention area, PPA) 3) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน (promotion and prevention community, PPcom) 4) งบผู้ป่วยนอก (outpatient department) 5) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา (drugs and medical supplies) 6) งบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็ก (capital and small equipment investment) 7) งบ อื่น ๆ เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ (bonus) ค่าตอบแทนพื้นที่ทุรกันดาร เงินเดือนของนักเรียนทุนสาธารณสุข เป็นต้น โดยมีรายละเอียดของงบประมาณแต่ละประเภทดังนี้

1) งบประมาณจัดการ หมายถึงงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานีนอนามัยไว้เป็นค่าบริหารจัดการขั้นต่ำสำหรับการเปิดให้บริการของสถานีนอนามัย ซึ่งสถานีนอนามัยทุกแห่งต้องใช้จ่าย ไม่ว่าจะจะมีผู้มารับบริการหรือไม่ก็ตาม เช่น ค่าตอบแทนลูกจ้างชั่วคราว ค่าสาธารณูปโภค ค่าโทรศัพท์ ค่าวัสดุสำนักงานต่าง ๆ เป็นต้น

2) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่

หมายถึงงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานีนอนามัยเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งงบประมาณส่วนนี้ใช้สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล เช่น ใช้ในโครงการค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานเพิ่มเติม เป็นต้น

3) งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน หมายถึงงบประมาณที่จัดสรรให้กับพื้นที่ในการแก้ไขเฉพาะในพื้นที่ โดยเน้นไปที่งานหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น โครงการกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

4) งบผู้ป่วยนอก หมายถึงงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานีนอนามัย เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงงบประมาณสำหรับยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพราะมีการแยกไว้เฉพาะอยู่แล้ว

5) ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณที่จ่ายให้กับสถานีนอนามัย โดยส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลแม่ข่ายของ CUP ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นผู้จัดซื้อและบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาให้กับสถานีนอนามัย

6) งบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็ก หมายถึงงบประมาณที่จัดสรรให้สถานีนอนามัยเพิ่มเติมเพื่อใช้ซ่อมแซม ต่อเติมอาคารสถานที่หรือใช้สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์ขนาดเล็ก เพื่อใช้ในสถานีนอนามัย

7) งบประมาณอื่น ๆ หมายถึงงบประมาณที่จัดสรรให้กับสถานีนอนามัยนอกเหนือจากงบประมาณที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น เช่น ค่าตอบแทนพิเศษหรือโบนัส งบประมาณสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร งบประมาณสำหรับการจ้างลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นวิชาชีพพิเศษ และงบสำรองฉุกเฉิน งบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานีนอนามัย งบประมาณสำหรับซ่อมรถยนต์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะให้ความสำคัญเฉพาะค่า

ตอบแทนพิเศษหรือโบนัส เพราะอาจเป็นประโยชน์ในการออกแบบวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยในจังหวัดต่าง ๆ ต่อไป

จากการสำรวจพบว่าทุกจังหวัดจัดสรร งบประมาณ บริหารจัดการ งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ งบให้บริการผู้ป่วยนอก และยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้กับสถานอนามัย มีเพียง 2 (2.7%) จังหวัดที่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณจัดการให้กับสถานอนามัยและไม่มีการจัดสรรงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ให้กับสถานอนามัย มีเพียง 11 (14.7%) จังหวัดที่จัดงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กที่กันงบประมาณส่วนนี้ให้กับสถานอนามัยและมี 40 (53.3%) จังหวัดที่จัดสรรค่าตอบแทนพิเศษให้กับสถานอนามัย

#### 4. หน่วยงานที่จ่ายเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานอนามัย

จากการสำรวจถึงหน่วยงานที่มีการจ่ายเงินงบประมาณในหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานอนามัย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จ่ายเงินให้กับสถานอนามัย 2) CUP เป็นผู้จ่ายเงินให้กับสถานอนามัย และ 3) ใช้วิธีจ่ายเงินผสมผสานร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ CUP เช่น จังหวัดเป็นผู้กำหนดจำนวนเงินที่ควร

จัดสรรให้กับสถานอนามัย แต่ให้ CUP เป็นผู้จ่าย (ตารางที่ 3)

จากการสำรวจพบว่างบบริหารจัดการและงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กมีสัดส่วนของจังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จ่ายเงินให้กับสถานอนามัยนั้นมากกว่าที่ CUP ขณะที่งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนนั้น CUP ยังมีบทบาทในการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย อย่างไรก็ตามยังมีกว่าร้อยละ 20 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดสรรงบประมาณส่วนนี้ให้กับสถานอนามัย ส่วนงบผู้ป่วยนอกและยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา CUP มีบทบาทที่สำคัญในการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว มีเพียงจังหวัดเดียวที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาให้กับสถานอนามัยและมี 5 จังหวัดที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จ่ายเงินสำหรับงบผู้ป่วยนอกให้กับสถานอนามัยโดยตรง

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า แต่ละจังหวัดมีหน่วยงานในการจ่ายเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานอนามัยที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประเภทของงบประมาณและการจัดการของจังหวัดนั้น ๆ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังมีบทบาทที่สำคัญในการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย

ตารางที่ 3 หน่วยงานที่จ่ายเงินงบประมาณให้กับสถานอนามัย (N = 75 จังหวัด)

งบประมาณ	จำนวน (%)		
	สสจ.	CUP	ผสมผสาน
บริหารจัดการ	36 (48.0)	35 (46.7)	4 (5.3)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่	16 (21.3)	53 (72.7)	6 (8.0)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน	22 (29.3)	43 (57.3)	10 (13.3)
ผู้ป่วยนอก	5 (6.7)	70 (93.3)	-
ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	1 (1.3)	71 (94.7)	3 (4.0)
ลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็ก	47 (73.4)	17 (26.6)	

### 5. วิธีการจ่ายเงินงบประมาณหมวดต่างๆให้สถานีนามัย

จากการสำรวจพบว่าในแต่ละจังหวัดมีวิธีการจ่ายเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานีนามัยที่แตกต่างกัน โดยสามารถสรุปวิธีจ่ายเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานีนามัยของจังหวัดต่าง ๆ ได้ดังนี้ 1) เหม่าจ่ายรายหัว (capitation) 2) เหม่ารวม (global budget) 3) ตามแผนงานโครงการ (line item budget) 4) ตามการให้บริการ (fee for service) และ 5) วิธีจ่ายเงินแบบอื่น ๆ โดยมีสัดส่วนของวิธีจ่ายเงินในงบประมาณแยกในแต่ละหมวดตามวิธีการจ่ายเงินของจังหวัดต่าง ๆ แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

วิธีการจ่ายเงินงบประมาณที่นิยมใช้สำหรับงบบริหารจัดการที่ให้กับสถานีนามัยคือ วิธีจ่ายเงินแบบเหม่ารวมรองลงมาคือวิธีจ่ายเงินแบบเหม่าจ่ายรายหัว ขณะที่จำนวนงบบริหารจัดการที่แต่ละจังหวัดจ่ายให้กับสถานีนามัยนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมาก ในจังหวัดที่ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหม่ารวม มีการจ่ายงบบริหารจัดการสำหรับสถานีนามัยตั้งแต่ 65,000-250,000 บาท/สถานีนามัย/ปี มีค่าเฉลี่ยจาก 27 จังหวัด เท่ากับ 144,000 บาท/สถานีนามัย/ปี (โดยคิดจากสถานีนามัยระดับที่ 1 หรือระดับที่เล็กที่สุด)

นอกจากนั้นจังหวัดที่มีการจัดระดับสถานีนามัยก็

อาจจะมีการจ่ายงบบริหารจัดการให้กับสถานีนามัยในจำนวนที่แตกต่างกันออกไปตามระดับของสถานีนามัย เช่น จังหวัดสุรินทร์ จัดสรรงบบริหารจัดการให้สถานีนามัยเป็น 4 ระดับ เท่ากับ 240,000, 250,000, 260,000 และ 270,000 บาท/สถานีนามัย/ปี ในปีงบประมาณ 2549 ตามลำดับ เป็นต้น

ส่วนจังหวัดที่ใช้วิธีการจ่ายงบบริหารจัดการให้กับสถานีนามัยแบบเหม่าจ่ายรายหัว มีค่าหัวที่จ่ายให้สถานีนามัยแต่ละแห่งอยู่ที่ 35-150 บาท/คน/ปีโดยมีค่าเฉลี่ยจาก 16 จังหวัดเท่ากับ 89 บาท/คน/ปี อย่างไรก็ตาม จังหวัดส่วนใหญ่จะประกันค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ 100,000 บาท/แห่ง หรือที่ประชากร 2,500 คน/สถานีนามัย สำหรับสถานีนามัยที่มีประชากรเบาบาง เป็นต้น

ในขณะที่วิธีจ่ายเงินที่นิยมสำหรับงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่และงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนคือวิธีจ่ายเงินแบบเหม่าจ่ายรายหัว ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่สถานีนามัยรับผิดชอบในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ส่วนวิธีจ่ายเงินที่นิยมสำหรับงบผู้ป่วยนอกคือวิธีจ่ายเงินแบบเหม่าจ่ายรายหัวและวิธีจ่ายเงินแบบตามการให้บริการ ตามลำดับ

ในขณะที่วิธีจ่ายเงินสำหรับงบประมาณสำหรับยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาคือวิธีจ่ายเงินแบบตามการให้

ตารางที่ 4 วิธีจ่ายงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานีนามัย (N = 75 จังหวัด)

งบประมาณ	จำนวนจังหวัด (%)					
	เหม่าจ่ายรายหัว	เหม่ารวม	ตามแผนงานโครงการ	ตามการให้บริการ	อื่น ๆ	ไม่ทราบข้อมูล
บริหารจัดการ	16 (21.3)	36 (48.0)	-	-	1 (1.3)	22 (29.3)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่	42 (56.0)	-	10 (13.3)	-	-	23 (30.7)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน	40 (53.3)	8 (10.7)	7 (9.3)	-	-	20 (26.7)
ผู้ป่วยนอก	45 (60.0)	5 (6.7)	-	19 (25.3)	2 (2.6)	4 (5.3)
ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	10 (13.3)	11 (14.7)	-	32 (42.7)	-	22 (29.3)
ลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กเพิ่มเติม	17 (22.7)	12 (16.0)	16 (21.3)	-	-	30 (40.0)

บริการ รองลงมาคือวิธีจ่ายเงินแบบเหมารวม นอกจากนั้นผลการสำรวจยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วจะไม่จำกัดปริมาณยาที่เบิกให้กับสถานีนามัย สถานีนามัยสามารถเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาได้ตามปริมาณที่ใช้ในการให้บริการ จำนวน 32 จังหวัด (42.7%) และมีเพียง 11 จังหวัด (14.7%) เท่านั้นที่จำกัดปริมาณหรือจำกัดเขตแดนงบประมาณสำหรับการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาไว้ เพื่อป้องกันการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยามากเกินความจำเป็น ส่วนจังหวัดที่เหลือคือ 32 จังหวัด (42.7%) ไม่ทราบข้อมูล ขึ้นกับข้อตกลงและการดูแลของแต่ละ CUP

วิธีการจ่ายงบประมาณสำหรับงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กเพิ่มเติมขึ้น ส่วนใหญ่ใช้ทั้งวิธีจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว วิธีจ่ายเงินแบบตามแผนงานโครงการ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตสำหรับวิธีจ่ายเงินหมวดนี้ส่วนใหญ่จะจัดการในรูปแบบของ CUP โดยมีโรงพยาบาลหรือแม่ข่ายของ CUP เป็นผู้บริหารจัดการให้ เพราะถ้าหากจ่ายงบประมาณสำหรับงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กเพิ่มเติมตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จะได้รับงบประมาณน้อยมาก ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับใช้ในหมวดงบลงทุนหรือสิ่งก่อสร้างได้

## 6. หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายเงินให้กับสถานีนามัย

จากการสำรวจในครั้งนี้พบว่าแต่ละจังหวัดมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายเงินในหมวดงบประมาณต่าง ๆ ให้กับสถานีนามัยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทของงบประมาณนั้น ๆ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าหลักเกณฑ์ที่แต่ละจังหวัดนำมาใช้ในการจ่ายเงินงบประมาณหมวดต่าง ๆ ให้กับสถานีนามัยสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 5

หลักเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการจัดสรรงบบริหารจัดการให้กับสถานีนามัยคือ จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ รองลงมาคือหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น ระดับของสถานีนามัย จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยหรือลักษณะงาน

ให้บริการของสถานีนามัย ตามมาด้วยจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจำนวนผู้มารับบริการ

หลักเกณฑ์ที่นิยมใช้สำหรับงบส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่และงบประมาณสำหรับส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคในชุมชนนั้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาคือจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ในเขตที่รับผิดชอบ และในบางจังหวัดใช้แผนงานโครงการ ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้กับสถานีนามัย

ส่วนหลักเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการจ่ายเงินงบประมาณผู้ป่วยนอกให้กับสถานีนามัยที่สำคัญคือ จำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาคือ จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ และหลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น การให้บริการทันตกรรม การให้น้ำหนักตามสัดส่วนของผู้ป่วยนอก ระหว่างสถานีนามัยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น

ในขณะที่หลักเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาได้แก่ จำนวนผู้มารับบริการที่สถานีนามัย รองลงมาคือจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ในเขตที่รับผิดชอบ ตามลำดับ

ส่วนงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กเพิ่มเติมให้กับสถานีนามัยนั้น จากการสำรวจพบว่า มี 64 จังหวัด (85.3%) ไม่ได้กั้นงบประมาณสำหรับงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กให้กับสถานีนามัย จะใช้เฉพาะส่วนของงบลงทุนของจังหวัดที่ได้รับจากสปสช. ในขณะเดียวกัน มี 11 จังหวัด (14.7%) ที่ได้กั้นงบประมาณบางส่วนเพิ่มเติมนอกเหนือจากงบลงทุนของสปสช.ไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจัดสรรงบประมาณส่วนนี้เพิ่มเติมให้กับสถานีนามัย

โดยมีหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดสรรงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กให้กับสถานีนามัยได้แก่ การพิจารณาตามแผนงานโครงการเป็นหลัก รองลงมาคือ

ตารางที่ 5 หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายเงินให้กับสถานีนามัย (N = 75 จังหวัด)

งบประมาณ	ประชากรตามทะเบียนราษฎร์	จำนวนจังหวัด (%)				ไม่ทราบข้อมูล
		ผู้มีสิทธิในโครงการ UC	ตามแผนงานโครงการ	จำนวนผู้มารับบริการ	อื่นๆ	
บริหารจัดการ	22 (29.3)	12 (16.0)	-	8 (10.7)	20 (26.7)	13 (17.3)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่*	12 (16.0)	45 (60.0)	10 (13.3)	-	16 (21.3)	8 (10.7)
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน*	19 (22.6)	33 (39.3)	18 (21.4)	-	6 (7.1)	8 (10.7)
ผู้ป่วยนอก*	4 (5.3)	41 (54.7)	-	19 (25.3)	7 (9.3)	12 (16.0)
ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	4 (5.3)	5 (6.7)	-	32 (42.7)	2 (2.7)	32 (42.7)
ลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็กเพิ่มเติม	-	-	37 (49.3)	-	22 (29.3)	16 (21.3)

หมายเหตุ \*บางจังหวัดใช้มากกว่า 1 หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ

หลักเกณฑ์อื่น ๆ เช่น ลักษณะงานการให้บริการ ความจำเป็นของงบลงทุนหรือครุภัณฑ์นั้น ๆ เป็นต้น ซึ่งมีประเภทของงบลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็ก ได้แก่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำหรับทันตกรรม งบประมาณสำหรับคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์ การซ่อมแซมบ้านพักหรือสถานีนามัย ทำรั้ว ถนนคอนกรีตในสถานีนามัย เป็นต้น

### 7. ค่าตอบแทนพิเศษ (bonus)

ค่าตอบแทนพิเศษให้กับสถานีนามัย หมายถึง ค่าตอบแทนเพิ่มเติมพิเศษหรือรางวัลอื่น ๆ ที่จ่ายให้กับสถานีนามัยที่มีผลการปฏิบัติงานดีเยี่ยมหรือสามารถผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนด โดยได้รับค่าตอบแทนดังกล่าวเพิ่มเติม นอกเหนือจากงบประมาณส่วนอื่นๆ ที่ได้รับตามปกติ ขณะที่ศึกษานี้ (มิถุนายน - กรกฎาคม 2549) สปสข.ยังไม่มีนโยบายในการจัดสรรโบนัสหรือค่าตอบแทนพิเศษให้กับสถานีนามัย และค่าตอบแทนพิเศษนี้ไม่รวมค่าตอบแทนตามโครงการพิเศษ (vertical program) เช่น โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกของ สปสข.

จากการสำรวจพบว่า มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าตอบแทนพิเศษให้กับสถานีนามัยที่สามารถทำงานได้ถึงเป้าหมายหรือผ่านเกณฑ์คุณภาพ จำนวน 40

จังหวัด (53.3%) ในขณะที่จังหวัดที่เหลือ จำนวน 35 จังหวัด (46.7%) ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มพิเศษส่วนนี้ให้กับสถานีนามัย

วิธีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษก็มีในหลายลักษณะ เช่น ให้งบประมาณเพิ่มเติมจำนวน 5 บาทต่อจำนวนประชากร บางจังหวัดจัดสรรงบประมาณให้สถานีนามัยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน PCU แห่งละ 50,000 บาท บางจังหวัดก็พิจารณาความดีความชอบให้เป็นพิเศษสำหรับสถานีนามัยขณะที่บางจังหวัดมีเกณฑ์มาตรฐานการทำงานของ CUP และประเมินผลงานและจัดอันดับผลงาน CUP ที่ได้ผลงานเฉลี่ยสูงสุดได้สัดส่วนของความดีความชอบของเจ้าหน้าที่ใน CUP มากกว่า CUP อื่น ๆ ในบางจังหวัดก็ให้โควตาการประชุมวิชาการเป็นพิเศษให้กับสถานีนามัย ในบางจังหวัดกำหนดเกณฑ์พัฒนาคุณภาพจำนวน 42 ตัวชี้วัด หากสถานีนามัยใดผ่านเกณฑ์หัวหน้าสถานีนามัยได้รับการพิจารณาเลื่อนระดับ 7 ก่อน เป็นต้น

หลักเกณฑ์ในการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษมีในหลายลักษณะ เช่น มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ และถ้าหากสถานีนามัยใดผ่านเกณฑ์คุณภาพก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณหรือรางวัลต่าง ๆ เพิ่มเติม ขณะที่บางแห่งใช้ความครอบคลุมของผลงานมาเป็นหลักเกณฑ์ในการ



จัดสรร บางแห่งใช้หลักเกณฑ์ของผู้ว่า CEO บางแห่งยังจัดประกวดสถานื่อนามัยดีเด่น และให้รางวัลสำหรับสถานื่อนามัยที่ชนะเลิศ ในขณะที่บางแห่งยังกำหนดเกณฑ์คุณภาพออกเป็นระดับ A B C D และจ่ายค่าตอบแทนพิเศษตามสัดส่วน 4 3 2 1 ตามลำดับ บางแห่งประกวดผลงานเป็นภาพรวมของ CUP แล้วให้รางวัลเป็น CUP แล้วให้แต่ละ CUP จัดสรรค่าตอบแทนพิเศษกันเอง เป็นต้น

### 8. การเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่าย (reimbursement)

การเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่าย หมายถึง การเรียกเก็บค่าบริการสำหรับผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการใน CUP แต่ไปใช้บริการที่สถานื่อนามัยนอก CUP ซึ่งสถานื่อนามัยนั้น ๆ ก็สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยลงทะเบียนได้

จากการสำรวจพบว่า มีวิธีการเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่ายสำหรับสถานื่อนามัยอยู่ 4 วิธี คือ 1) ตอบว่าใช้หลักเกณฑ์การเรียกเก็บตาม อัตราของสปสช. จำนวน 34 จังหวัด (45.3%) ซึ่งในความเป็นจริง สปสช.กำหนดให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์ ตามที่คณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดกำหนดเงื่อนไขในการเรียกเก็บเอง<sup>(5)</sup> 2) คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนดอัตรการเรียกเก็บเอง จำนวน 26 จังหวัด (34.7%) โดยเป็นอัตรการเรียกเก็บแบบ อัตราเดียวต่อการให้บริการ (flat rate) ระหว่าง 30-150 บาท โดยมีฐานนิยม (mode) จากจำนวน 26 จังหวัด อยู่ที่ 50 บาทต่อครั้ง 3) ไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการระหว่าง CUP จำนวน 7 จังหวัด (9.3%) 4) วิธีอื่น ๆ จำนวน 8 จังหวัด (10.6%) เช่น จ่ายตามจริงที่เรียกเก็บ กันเงินกองกลางไว้ที่จังหวัดสำหรับการตามจ่ายนอกเครือข่ายสถานื่อนามัย เป็นต้น

### วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาพรวมวิธีจ่ายเงินให้กับของสถานื่อนามัยของจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าวิธีจ่ายเงินให้สถานื่อนามัย ในจังหวัดต่าง ๆ นั้นมีความหลากหลาย ตั้งแต่การจัดระดับของสถานื่อนามัย หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับ ประเภทของงบประมาณ หน่วยงานที่จ่ายเงิน วิธีการจ่ายเงิน หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจ่ายเงิน และการเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่ายของสถานื่อนามัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละจังหวัด

เมื่อพิจารณาการจัดระดับสถานื่อนามัย มี 45 จังหวัด (61.6%) ที่มีการจัดระดับของสถานื่อนามัยภายในจังหวัด การจัดระดับของสถานื่อนามัยดังกล่าว น่าจะสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงที่สถานื่อนามัยแต่ละแห่งมีความรับผิดชอบไม่เท่ากัน มีการให้บริการไม่เหมือนกัน ควรจะได้รับทรัพยากรไม่เท่ากัน เช่น สถานื่อนามัยในจังหวัดสุรินทร์ รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 1,591 - 19,422 คน มีจำนวนหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ตั้งแต่ 3-19 หมู่บ้าน มีสถานื่อนามัยเพียง 19 แห่งที่มีการให้บริการทางด้านทันตกรรมและมี 46 แห่งที่เป็น PCU ที่มีแพทย์ออกให้บริการ ดังนั้นการจัดระดับสถานื่อนามัยจึงมีความสำคัญเพราะจะทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานื่อนามัยส่งผลให้การใช้งบประมาณมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับนั้น ในภาพรวมนั้นจังหวัดต่าง ๆ ใช้หลักเกณฑ์ทั้งด้านอุปสงค์ (supply side) เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย และหลักเกณฑ์ด้านอุปทาน (demand side) เช่น จำนวนประชากรที่รับผิดชอบตามทะเบียนราษฎรหรือประชากรผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนหมู่บ้านในเขตที่รับผิดชอบ มาผสมผสานกัน วิธีการดังกล่าวจะนำไปเป็นประโยชน์สำหรับจังหวัดที่จะนำไปเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดระดับสถานื่อนามัยต่อไป อย่างไรก็ตามจำเป็นจะต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไปว่าจำนวนระดับของสถานื่อนามัยที่เหมาะสมควรเป็นเท่าใด หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดระดับควรเป็นอย่างไร เพื่อพัฒนาวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานื่อนามัยต่อไป

หน่วยงานที่จ่ายเงินให้กับสถานื่อนามัยนั้นก็แตก

ต่างกันไป ขึ้นกับประเภทของงบประมาณและการจัดการภายในจังหวัด ผลการศึกษายังพบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทที่สำคัญในการจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัย<sup>(3)</sup> หากเปรียบเทียบกับการศึกษาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัยของ พงศธร พอกเพิ่มดี ในปี 2543<sup>(6)</sup> พบว่าในปีแรกของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2543) มีถึง 71 จังหวัด (93.3%) ที่ให้ CUP เป็นผู้จ่ายเงินงบประมาณให้กับสถานีนอนามัย โดยมีเพียง 4 จังหวัด (5.3%) ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จ่ายเงินงบประมาณให้กับสถานีนอนามัย ขณะที่ผลการศึกษาในครั้งนี้มีเพียง 36 จังหวัด (49.3%) ที่ CUP เป็นผู้จ่ายเงิน (งบบริหารจัดการ) ให้กับสถานีนอนามัย แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัยมีมากขึ้น

ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า นโยบายของสปสข.ที่ต้องการให้ความสำคัญกับการให้บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยการจัดตั้ง CUP และมีแนวโน้มที่จะจ่ายเงินตรงไปที่ CUP เพื่อให้ CUP เป็นผู้ดูแลงบประมาณของตนเองนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จ การบริหารงบประมาณยังขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลักและยังเพิ่มสัดส่วนมากขึ้นเรื่อย ๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทบทวนว่าหน่วยงานที่สปสข. จะจ่ายงบประมาณให้ นั้นจะเป็นระดับใดจึงจะเหมาะสมกับบริบทของประเทศมากที่สุด

ส่วนวิธีจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัยของจังหวัดต่างๆ ก็มีหลากหลาย<sup>(4)</sup> บางแห่งเน้นวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว บางแห่งก็มีการจ่ายเงินทั้งแบบเหมารวมเป็นต้น การใช้วิธีจ่ายเงินแบบผสมผสาน เช่น การใช้วิธีจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร่วมกับวิธีจ่ายเงินแบบตามปริมาณงานสำหรับผู้ป่วยนอกและยา โดยกำหนดเพดานการเบิกเงิน น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ เพราะไม่มีวิธีการจ่ายเงินใดที่สมบูรณ์แบบ การใช้หลาย ๆ วิธีจะช่วยในการลดจุดอ่อนและเพิ่มจุดแข็ง

ของการจ่ายเงินให้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่ใช้ในการจ่ายเงินก็มีความสำคัญในการออกแบบวิธีจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัย การใช้ปัจจัยผสมผสานร่วมกันทั้งอุปสงค์และอุปทานน่าจะเป็นทางออกที่ดี เพราะสถานีนอนามัยแตกต่างกันทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการและประเภทของงานที่ให้บริการ มิเช่นนั้นการใช้ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง เช่น การใช้จำนวนประชากรอย่างเดียว สถานีนอนามัยที่มีประชากรน้อยก็จะประสบปัญหา งบ-ประมาณไม่เพียงพอต่อการทำงาน เป็นต้น

ขณะเดียวกันวิธีและอัตราการเรียกเก็บค่าบริการนอกเครือข่ายทั้งภายในจังหวัดและนอกเขตจังหวัดของสถานีนอนามัยก็ยังมีหลากหลายวิธี ทั้งที่มีการเก็บค่าบริการข้ามเขตและไม่เก็บค่าบริการข้ามเขต ดังนั้นหากมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกันทั้งประเทศ ก็จะทำให้เกิดประโยชน์เป็นอย่างยิ่งในการปรับปรุงวิธีจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัย

การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษให้กับสถานีนอนามัยนั้น เป็นวิธีการที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับสถานีนอนามัยในการเพิ่มคุณภาพและพัฒนาการให้บริการกับประชาชน ถ้าหากมีรูปแบบที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ ก็จะทำให้สถานีนอนามัยมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาสถานีนอนามัยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งต่อไปควรต้องมีการวิธีการศึกษาวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษว่าแบบใดเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่อไป

วิธีการศึกษาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัยทั่วประเทศครั้งนี้ ได้ส่งแบบสอบถามล่วงหน้าและติดตามทางโทรศัพท์เช่นนี้ น่าจะเป็นวิธีการที่สะดวก ประหยัด และรวดเร็ว ในกรณีที่ต้องการเก็บข้อมูลจากทุก ๆ จังหวัดทั่วประเทศ ถึงแม้วิธีการนี้จะสะดวก ประหยัด และรวดเร็ว แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในกรณีที่การศึกษานั้นมีรายละเอียด และต้องการเก็บข้อมูลจำนวนมาก อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ข้อจำกัดในการศึกษาที่สำคัญครั้งนี้ คือ การเก็บ

ข้อมูลในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่เก็บในระดับจังหวัด ดังนั้น ข้อมูลที่ได้รับจึงเป็นวิธีจ่ายเงินที่จากสำนักงานสาธารณสุขไปยัง CUP อาจมี บาง CUP ที่เปลี่ยนแปลงวิธี การจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยภายใน CUP ทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากการสำรวจอาจขาดความถูกต้อง มีความคลาดเคลื่อน นอกจากนั้นหากในจังหวัดใดที่ CUP เป็นผู้จ่ายเงินให้กับสถานอนามัยเอง ก็ขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล เพราะแต่ละ CUP ก็มีวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยที่ต่างกันไป

เนื่องจากการศึกษาวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย มีรายละเอียดค่อนข้างมาก การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ลงรายละเอียดในจำนวนเงินที่ในงบประมาณแต่ละประเภทที่จ่ายให้กับสถานอนามัย เช่น จำนวนงบประมาณสำหรับลงทุนและครุภัณฑ์ขนาดเล็ก ปริมาณยาและประเภทของยาที่จ่ายให้กับสถานอนามัย จึงควรปรับปรุงประเด็นเหล่านี้ในการศึกษาครั้งต่อไป

จากประสบการณ์การศึกษาในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปดังนี้ 1) แบบสอบถามที่ใช้ควรสั้น กระชับ และมีรายละเอียดที่ชัดเจน ที่ง่ายต่อการตอบแบบสอบถาม และควรใช้โทรศัพท์ติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องมากขึ้น 2) ควรศึกษาวิธีการจ่ายเงินให้สถานอนามัยต่อไปโดยการเก็บข้อมูลจาก CUP โดยตรง เพื่อจะได้ข้อมูลที่มียละเอียดมากขึ้น 3) ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (indepth interview) ในบางพื้นที่จะทำให้ได้ข้อมูลในเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

ท้ายที่สุด ข้อมูลการสำรวจครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิธีจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยที่มีความหลากหลาย ซึ่งหากพิจารณาในมุมของการกระจายอำนาจให้กับพื้นที่ในการบริหารจัดการนับว่าเป็นเรื่องที่ดี ที่ให้อิสระเลือกวิธีการจ่ายเงินที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามอาจมีจุดอ่อน หากพื้นที่ใดไม่มีวิธีการจ่ายเงินและการประเมินผลที่ดีพอ ย่อมทำให้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานไม่ดีพอและยังส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัยของจังหวัดต่าง ๆ ในครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย ในการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานอนามัย ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทำการศึกษาเพื่อติดตามข้อมูลเป็นระยะ ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินให้สถานอนามัยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น เพื่อจะก่อให้เกิดการพัฒนาทั้งประสิทธิภาพ คุณภาพ การเข้าถึงบริการของประชาชน และความพึงพอใจของประชาชน ของสถานอนามัยทั่วประเทศต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ที่ช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล คุณสุจินดา โคมารัมย์ คุณบัวรีน แสนดี คุณจากรุวรรณ สุมาลย์ คุณวิมลวรรณ สุขตนเอง ที่ช่วยในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมหมออนามัย. ประวัติสถานอนามัย. 2550 [cited 2550 16 ธันวาคม 2550]; Available from: URL: www.mohanamai.com
2. Wibulpolprasert S. Thailand health profile 1999-2000. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2003.
3. พงศธร พอกเพิ่มดี. วิธีจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549; 15(2):176-85.
4. Pokpermddee P. Comparative alternative provider payment mechanisms used in the 30 Baht Scheme in Thailand in 2002. London: University of London; 2005.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2549.
6. Pokpermddee P. Reason for selecting types of provider payment of the 30 Baht Scheme in Thailand, 2002. Journal of Health Science 2006; 15(4):528-41.

**Abstract Provider Payment Mechanisms to Health Centers, Thailand, 2006**

**Pongsadhorn Pokpermdee\*, Janthima Hausup\*\*, Prisana Phuknuan**

\*The National Health Security Office, \*\*Surin Provincial Health Office

*Journal of Health Science* 2010; 19:878-89.

Health center is the most adjacent health care unit in the community. The appropriate provider payment to health centers will facilitate efficiency, quality, and access to care of patients. Provider payment to health centers therefore plays important roles in the outcomes of health care system. The objectives of this study were to understand the actual situation of the provider payment to health centers and to use this information to improve the provider payment method to health centers in Thailand. This study sent questionnaire to health insurance division of all provincial health offices and then used the telephone calls to clarify the terms and questions. The survey results indicated that there were several provider payment methods, types of budget and different amounts of budget allocated to health centers. This included the differences of size, indicators to differentiate the size of health centers, rate and method of reimbursement of by-passed patients to other health centers. In addition, the provincial health office still played an essential part in allocating resources to health centers meanwhile the role of CUP management decreased. This direction was not conducive to the direction used by the National Health Security Office – NHSO, which allocated budget directly to CUP. The recommendations to improve provider payment method of health centers are to find the appropriate method to differentiate size of health centers, explore amount of administration budget, and find the appropriate provider payment method of all budget items (outpatient, drug and material, prevention and promotion, bonus and capital investment budgets for health centers).

**Key words:** provider payment mechanisms, resources allocation, health center, Thailand