

กรณีศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถ่ายโอนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและที่คงสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์*
กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย†
ชญาทิษ ราชทาน*
เมอริลินญ์ ประทุมสุวรรณ*
ธนายุต เศรษฐินโสภณ*
ณชวิต กิตติบวรดิฐ*
ยศ ติระวัฒน์นานนท์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล และ รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน โดยคัดเลือกพื้นที่จำนวน 2 จังหวัด แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ เชียงราย และลำปาง และเก็บข้อมูลในส่วนของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน (ครุภัณฑ์) ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ข้อมูลข้างต้นได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน และข้อมูลที่มีบันทึกไว้ใน รพ.สต. จากนั้น จึงเก็บรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน รพ.สต. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนรวมและผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการ พบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ที่ถ่ายโอนไปเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลเพียงหนึ่งปี มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงจากต้นทุนทั้งหมดน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงมีต้นทุนต่อหน่วยในทุกบริการน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุ

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

† โรงพยาบาลบางคล้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Received 21 July 2023; Revised 8 December 2023; Accepted 26 February 2024

Suggested citation: Ekakkararungroj C, Chareonrungrueangchai K, Rachatan C, Prathumsuwan S, Saeraneesophon T, Kittibovorndit N, et al. A comparative analysis of primary care costs of sub-district health promoting hospitals of local governments and of Ministry of Public Health. *Journal of Health Systems Research* 2024;18(1):49-59.

ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย, ชญาทิษ ราชทาน, เมอริลินญ์ ประทุมสุวรรณ, ธนายุต เศรษฐินโสภณ, ณชวิต กิตติบวรดิฐ และคณะ. กรณีศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและที่คงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2567;18(1):49-59.



หลัก คือ ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากบุคลากรเดิมไม่ได้สมัครใจถ่ายโอนทั้งหมด ขณะที่ ศบส. ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลตำบลตั้งแต่ช่วงยุคแรกของการถ่ายโอน พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้นทุนค่าแรงที่ลดลงสะท้อนให้เห็นว่า จำนวนบุคลากรหลังการถ่ายโอนลดลง ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนการถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน รพ.สต. เป็นข้อมูลในช่วงปีที่ยังมีการให้บริการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และข้อมูลบางส่วนที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยเป็นข้อมูลจากการศึกษาในอดีต

คำสำคัญ: กระจายอำนาจด้านสาธารณสุข, การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย, บริการปฐมภูมิ

A Comparative Analysis of Primary Care Costs of Sub-District Health Promoting Hospitals of Local Governments and of Ministry of Public Health Chanida Ekakkarunroj^{*}, Kridsada Chareonrungrueangchai[†], Chayapat Rachatan^{*}, Sherilyn Pratumsumwan^{*}, Thanayut Saeraneesophon^{*}, Nachawish Kittibovornit^{*}, Yot Teerawattananon^{*}

^{*} Health Intervention and Technology Assessment Program

[†] Bangkhla Hospital, Chachoengsao Provincial Public Health Office

Corresponding author: Chanida Ekakkarunroj, chanida.e@hitap.net

Abstract

This study aimed to compare the service unit costs of sub-district health promoting hospitals between the transferred and non-transferred hospitals and employed purposive sampling to select two specific provinces, namely Chiang Rai and Lamphang. This study used a standard unit cost analysis method, collecting retrospective data on labor, material, and capital (equipment) costs from October 2021 to September 2022, through interviewing practitioners and reviewing data recorded in the sub-district health promoting hospitals. The findings indicated that the transferred sub-district health promoting hospitals had lower unit costs. The decrease was partly attributed to a significant reduction in number of health personnel working in the recently transferred units. Therefore, the allocation of personnel was a critical issue to consider before embarking on the decentralization process. Furthermore, the present study had limitations of studying early period of transfer, during the period of COVID-19 pandemic, and adopting services data from previous studies.

Keywords: health care decentralization, unit cost analysis, primary care services

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบันในหลายประเทศมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปยังหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการจากภาครัฐ โดยทั่วไปนั้น รูปแบบการกระจายอำนาจสามารถจำแนกได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) การมอบอำนาจ (delegation) ที่ถ่ายโอนความรับผิดชอบ

ไปยังองค์กรระดับต่ำกว่า ให้บริหารจัดการได้เป็นอิสระ ภายใต้ขอบเขตภารกิจที่รัฐมอบไว้ให้ 2) การแบ่งอำนาจ (de-concentration) เป็นการแบ่งอำนาจในการตัดสินใจเรื่องเฉพาะเจาะจงจากส่วนกลางไปยังหน่วยงานที่อยู่ในระดับต่ำกว่าภายใต้องค์กรเดียวกัน 3) การโอนอำนาจ (devolution) เป็นการถ่ายโอนอำนาจไปยังระดับการเมืองที่ต่ำกว่า ด้วยการกระจายอำนาจที่รัฐบาลกลางมอบอำนาจ

ไปให้รัฐบาลท้องถิ่นที่มีผู้บริหารที่มาจากทางเลือกตั้งโดยประชาชนในพื้นที่และมีอิสระในการบริหารจัดการ 4) การแปรรูปให้เป็นเอกชน (privatization) จะเกิดขึ้นเมื่องานถูกโอนจากรัฐบาลให้องค์กรเอกชนที่แสวงหาผลกำไร หรือที่ไม่แสวงหากำไรบริหารจัดการแทน โดยรัฐมีหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงาน^(1,2)

การกระจายอำนาจมุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณะของภาครัฐ เช่น โครงสร้างพื้นฐาน การศึกษา การพัฒนาสิ่งแวดล้อม หรือบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นแนวคิดที่ใช้ปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิ เพราะก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคเอกชน และภาคประชาชน⁽³⁾ ในต่างประเทศมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมาหลายทศวรรษ อย่างกลุ่มประเทศนอร์ดิก (Nordic countries) ที่การกระจายอำนาจในระบบสาธารณสุขได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยมีการโอนหน้าที่การบริหารจัดการความรับผิดชอบทางการเมือง ทางนโยบาย และการตัดสินใจทางการเงินไปยังระดับท้องถิ่นหรือองค์กรย่อย ตัวอย่างเช่น ประเทศนอร์เวย์ มีการกระจายอำนาจการบริหารโรงพยาบาลทั่วไปจากรัฐบาลกลาง (county) ไปยังระดับรัฐท้องถิ่น (state) ในปี ค.ศ. 2002 ประเทศสวีเดนได้กระจายอำนาจการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัยจากรัฐบาลกลาง (county) ไปยังระดับเทศบาล (municipal) และในปี ค.ศ. 1993 ประเทศฟินแลนด์ที่การสนับสนุนด้านการเงินในโรงพยาบาลกลางได้กระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังระดับเทศบาล (municipal)⁽⁴⁾ ประเทศไทยมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (devolution) ภายหลังประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งมีผลทางกฎหมายหลังจากเกิดพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542⁽⁵⁾

โดยระบุการถ่ายโอนอำนาจเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีอำนาจและหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล รวมถึงให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และเป็นการถ่ายโอนสถานีนามัยและบุคลากรแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมดำเนินการ โดยยึดหลักงานไป เงินไป ตำแหน่งไป⁽⁵⁾

จาก พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีผลให้จัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และได้จัดทำแผนปฏิบัติการจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2545⁽⁶⁾ และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551⁽⁷⁾ เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะกำหนดให้ถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีนามัยเดิมสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อบต. เทศบาลตำบล และต่อมาให้แก่ อบจ.⁽⁶⁻⁸⁾ ช่วงปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2550 การถ่ายโอนสถานีนามัยแก่ อบต. และเทศบาลตำบล ดำเนินการได้ไม่มาก คือถ่ายโอนได้รวมทั้งสิ้น 28 แห่ง จากนั้น ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ถึงปี พ.ศ. 2559 พบว่า มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปยัง อบต. เพิ่มเติมรวมเป็นจำนวน 51 แห่ง จาก รพ.สต. ทั่วประเทศกว่า 9,700 แห่ง⁽²⁾ นับว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบต. เป็นไปอย่างล่าช้า ทั้งนี้ด้วยสาเหตุหลายประการ

ในการวิเคราะห์อุปสรรคของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบต. พบว่า นอกจากกระบวนการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่องแล้ว ส่วนหนึ่งยังมาจากการไม่เชื่อมั่นในนโยบาย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ปัญหา อปท. ส่วนใหญ่เกิดจากความมั่นคงของการคลังสุขภาพที่ อปท. ยังต้องขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนผ่านกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีส่วนทำให้งบประมาณที่จัดสรรไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปแบบคงที่ในจำนวนที่เท่ากัน ทำให้เกิดข้อจำกัดใน รพ.สต. ขนาดใหญ่ ที่ได้รับงบประมาณไม่เพียงพอต่อภาระงานในพื้นที่ และยังพบว่า การสนับสนุน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ จากหน่วยบริการคู่สัญญา (contracting unit for primary care: CUP) ในบางพื้นที่มีความล่าช้า ไม่สะท้อนปริมาณการให้บริการและต้นทุนการดำเนินงานของ รพ.สต.⁽⁹⁻¹¹⁾ การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการจัดบริการใน รพ.สต. จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยัง อปท. แล้ว

ในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน รพ.สต. และเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป

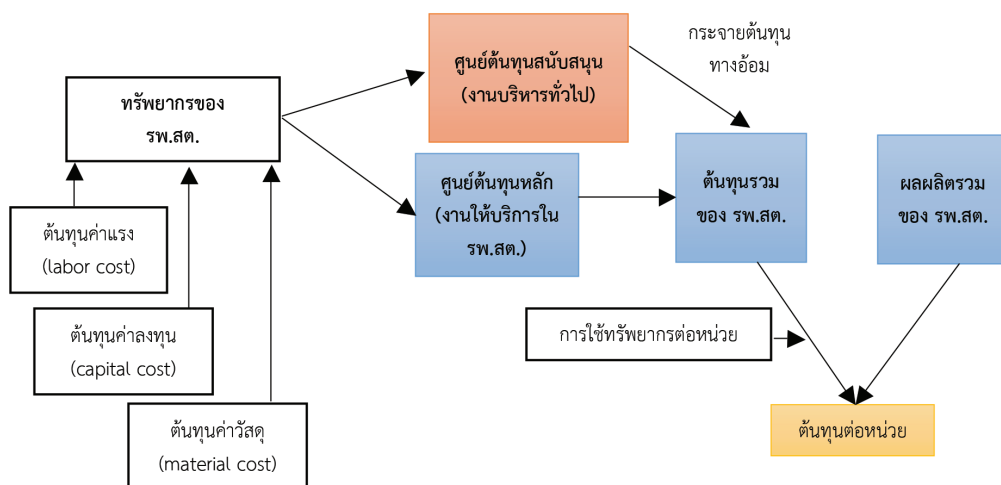
ยังเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล โดยมีทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลตำบลเป็นเวลามากกว่า 10 ปี และ รพ.สต. ที่เพิ่งถ่ายโอนไปยังเทศบาลเมืองเป็นเวลา 1 ปี คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อนำไปพัฒนาการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ให้แก่ อปท. อย่างเกิดประสิทธิผล เสริมสร้างประสิทธิภาพการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อก่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การถ่ายโอน รพ.สต. ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่การถ่ายโอนสู่ อบต. เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และต่อเนืองมาถึงการถ่ายโอนสู่ อบจ. และหลังการถ่ายโอนยังคงพบอุปสรรคเรื่องความมั่นคงของการคลังสุขภาพ⁽⁹⁻¹¹⁾ การศึกษานี้จึงวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการระหว่าง รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละบริการใน รพ.สต. ตามกรอบแนวคิดในภาพที่ 1 โดยเริ่ม



หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย

จากทรัพยากรของ รพ.สต. ที่ใช้ในการจัดบริการประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) และต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) จากนั้น คำนวณเป็นต้นทุนทางตรงในศูนย์ต้นทุนสนับสนุน ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานบริหารทั่วไปใน รพ.สต. และศูนย์ต้นทุนหลักที่ใช้ในการจัดบริการของ รพ.สต. จากต้นทุนทางตรงในศูนย์ต้นทุนสนับสนุนจะกระจายมาเป็นต้นทุนทางอ้อมในต้นทุนรวมของ รพ.สต. แล้วคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละบริการใน รพ.สต. ด้วยต้นทุนรวมหารด้วยผลผลิตหรือจำนวนครั้งต่อปีในแต่ละบริการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน โดยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในมุมมองของผู้ให้บริการ (healthcare provider perspective) คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลทรัพยากรแต่ละประเภท ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน (ครุภัณฑ์) ที่ใช้ในการผลิตแต่ละบริการใน รพ.สต. จากการปฏิบัติงานจริง⁽¹²⁾ เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยตามวิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน (standard costing method) ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเก็บย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 (ปีงบประมาณ 2565) จากนั้นจึงเปรียบเทียบข้อมูลหลังการถ่ายโอนระหว่าง รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป

ยังเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ข้อมูลข้างต้นได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานลงในแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนและข้อมูลค่าวัสดุ และค่าลงทุน (ครุภัณฑ์) ที่มีบันทึกไว้ใน รพ.สต. การเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบของต้นทุน ได้แก่ ค่าแรงและค่าตอบแทนของบุคลากร (เงินเดือน ค่าล่วงเวลา ฯลฯ) ค่าวัสดุ (ยา เวชภัณฑ์และวัสดุอื่นๆ รวมถึงวัสดุที่จัดสรรมาจากส่วนกลาง) และค่าการใช้ทรัพย์สินถาวรหรือค่าลงทุน (ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคาร สิ่งก่อสร้าง)⁽¹²⁾ ซึ่งรวมทรัพยากรที่ได้มาจากการจัดหาส่วนกลาง เช่น การจัดสรรผ่านหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) การศึกษานี้จึงรวมต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมที่จัดสรรมาจากหน่วยที่ให้การสนับสนุนการจัดบริการใน รพ.สต.

2. ผลผลิตที่ใช้ในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยเป็นข้อมูลจำนวนครั้งของบริการหลักใน รพ.สต. โดยผลผลิตที่นำมาใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้เป็นผลผลิตใน 6 บริการ ได้แก่ 1) งานส่งเสริมสุขภาพ 2) งานป้องกันควบคุมโรค 3) งานทันตสาธารณสุข 4) งานแพทย์แผนไทย 5) งานรักษาพยาบาล 6) งานเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการในครั้งนี้ใช้ข้อมูลผลผลิตหรือจำนวนการให้บริการในแต่ละบริการของ รพ.สต. จากการศึกษาของดวงรัตน์ โปะะ และคณะ⁽¹³⁾ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนการให้บริการในแต่ละบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹³⁾ (ครั้ง/ปี)

บริการ	รพ.สต. ขนาดเล็ก		รพ.สต. ขนาดกลาง		รพ.สต. ขนาดใหญ่	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
งานรักษาพยาบาล	7,913	3,100	14,572	5,381	20,457	10,220
งานทันตกรรม	371	764	1,714	2,012	2,529	2,865
งานแพทย์แผนไทย	715	731	1,929	2,611	4,436	3,005
งานส่งเสริมสุขภาพ	3,155	2,685	10,676	14,663	9,921	11,139
งานเยี่ยมบ้าน	649	841	1,065	1,816	2,611	3,515
งานควบคุมโรค	66	73	610	1,866	321	398

หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน รพ.สต. ดำเนินการตามขั้นตอนการคำนวณต้นทุนในรูปแบบต้นทุนแบบมาตรฐาน⁽¹²⁾ (ภาพที่ 2) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวางแผนและออกแบบการศึกษา
2. กำหนดศูนย์ต้นทุนสนับสนุน และศูนย์ต้นทุนหลักที่ให้บริการตามกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องการทราบต้นทุนต่อหน่วย ศูนย์ต้นทุนหลัก ได้แก่ 1) งานส่งเสริมสุขภาพ 2) งานป้องกันควบคุมโรค 3) งานทันตสาธารณสุข 4) งานแพทย์แผนไทย 5) งานรักษาพยาบาล 6) งานเยี่ยมบ้าน และศูนย์ต้นทุนสนับสนุน ได้แก่

- 1) งานบริหารทั่วไป และ 2) งานยุทธศาสตร์สาธารณสุข และงานหลักประกันสุขภาพ
3. กระจายต้นทุนจากระบบบัญชีและต้นทุนการใช้ทรัพย์สินถาวรให้ศูนย์ต้นทุน และคำนวณต้นทุนทางตรงของทุกศูนย์ต้นทุน
4. คำนวณต้นทุนทางอ้อม
5. คำนวณต้นทุนรวม และนับจำนวนผลผลิตการบริการ
6. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาด และการคัดเลือกพื้นที่

การศึกษานี้คัดเลือกพื้นที่จำนวน 2 จังหวัด แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ เชียงราย และลำปาง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ ประกอบกับทั้งสองจังหวัดมี รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล การคัดเลือก รพ.สต. อิงตามเกณฑ์

การแบ่งขนาดด้วยจำนวนประชากร ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขนาดเล็ก มีจำนวนประชากรน้อยกว่า 3,000 คน 2) ขนาดกลาง มีจำนวนประชากร 3,000-8,000 คน 3) ขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากร 8,001 คนขึ้นไป⁽⁸⁾ โดยคัดเลือก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อปท. ในการศึกษาเป็น รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล และ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ขนาดและพื้นที่ใกล้เคียงกัน

เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน รพ.สต. ทั้งนี้ ในส่วนของผลการศึกษาระายงานผลโดยไม่เปิดเผยว่าข้อมูลดังกล่าวมาจาก รพ.สต. แห่งใด

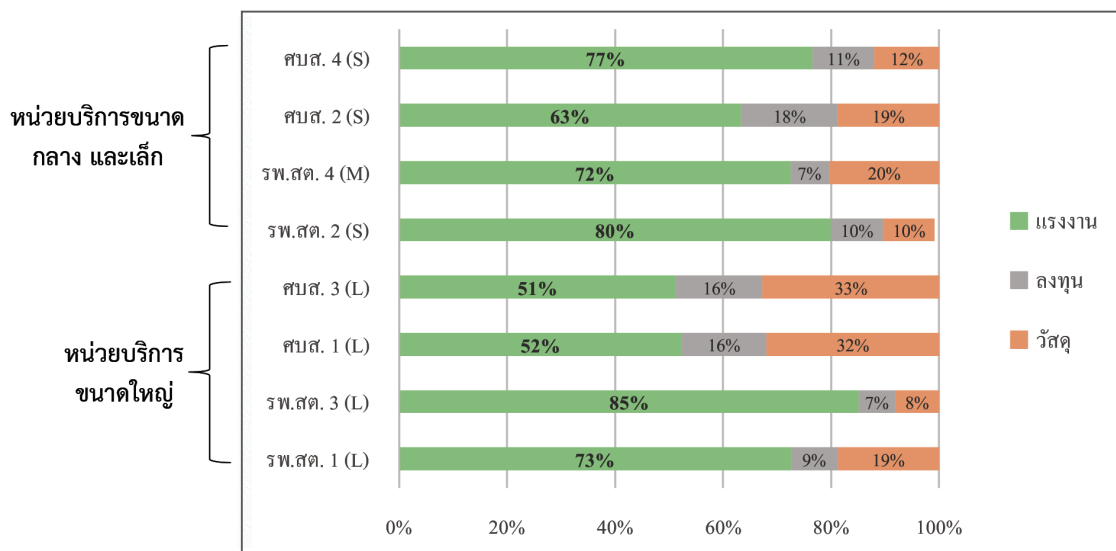
การพิกัดนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่อนุมัติโครงการ IHRP No. 057-2565 เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 การเก็บข้อมูลจะต้องได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครวิจัยก่อน และอาสาสมัครวิจัยสามารถขอถอนความยินยอมได้หากต้องการที่จะยุติก่อนเก็บข้อมูลเสร็จสมบูรณ์ ทั้งนี้ จะไม่มีการเก็บข้อมูลที่ระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ และการนำเสนอผลการศึกษจะทำในภาพรวมเท่านั้น แม้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขให้กับองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในภาพรวมได้

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ต้นทุนรวม พบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) แห่งที่ 1-3 ทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กที่ถ่ายโอนไปเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลในปีงบประมาณ 2565 หรือเพิ่งถ่ายโอนไปเป็นเวลา 1 ปี มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 3) การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ก่อนถ่ายโอน พบว่า หลังการถ่ายโอนมีเจ้าหน้าที่ที่สมัครใจถ่ายโอนเพียงแห่งละ 1-2 คน และยังอยู่ระหว่างการดำเนินการสรรหาเพื่อเติมเต็มกำลังคน (ตารางที่ 2) จำนวนบุคลากรที่ลดลงจึงส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงลดลงอย่างไรก็ตาม ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งที่ 4 ที่ถ่ายโอนไปเทศบาลตำบลตั้งแต่ช่วงแรกในปี พ.ศ. 2551 มีสัดส่วนต้นทุนแรงงานที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีการจ้างงานใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 3) ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรมที่ให้



หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, L = ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป, M = ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, S = ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน

ภาพที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนตามประเภทต้นทุนในหน่วยบริการขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน)

ตำแหน่งงาน	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)
ผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือหัวหน้า ศบส.	1 (นักวิชาการสาธารณสุข)	1 (พยาบาลวิชาชีพ)	1 (นักวิชาการสาธารณสุข)	1 (พยาบาลวิชาชีพ)	1 (นักวิชาการสาธารณสุข)	1 (พยาบาลวิชาชีพ)	1 (นักวิชาการสาธารณสุข)	1 (พยาบาลวิชาชีพ)
พยาบาลวิชาชีพ	2	1	3	-	1	-	1	1
นักวิชาการสาธารณสุข	-	1	2	1	-	-	1	1
ทันตภิบาล	1	-	1	-	-	-	1	-
แพทย์แผนไทย	1	-	-	-	-	-	1	-
พนักงานจ้างทั่วไป ได้แก่ เจ้าพนักงานการเงิน พนักงานช่วยเหลือคนไข้	5	1	3	3	3	1	2	2
รวมบุคลากร	10	4	10	5	5	2	7	5

หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, L = ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป, M = ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, S = ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน

บริการ พบว่า ศบส. ขนาดใหญ่ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลเมืองในปีงบประมาณ 2565 มีต้นทุนต่อหน่วยในทุกบริการน้อยกว่า รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุหลัก คือ ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากบุคลากรเดิมไม่ได้สมัครใจถ่ายโอนทั้งหมด การลงพื้นที่เก็บข้อมูลคณะผู้วิจัยยังพบว่า หลังการถ่ายโอนมีบางบริการที่เป็นบริการทางเลือกไม่ได้ดำเนินงานต่อ ได้แก่ บริการทันตสาธารณสุข และบริการแพทย์แผนไทย เนื่องจากไม่มีบุคลากรเฉพาะทางที่จะให้บริการดังกล่าว บุคลากรส่วนใหญ่ที่สมัครใจถ่ายโอนฯ เป็นพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่ถ่ายโอนดังกล่าวถือว่าเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้ ศบส. ยังสามารถดำเนินงานต่อไปได้ นอกจากนี้การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน

ปัจจุบัน พบว่า เทศบาลเมืองได้วางแผนจ้างบุคลากรเฉพาะทาง โดยจะจ้างงานให้เป็นบุคลากรกลางจากเทศบาลเมืองและใช้วิธีหมุนเวียนวันทำงานไปยังหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลเมือง เพื่อจัดให้มีบริการที่ครบถ้วนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้รับบริการในส่วนของ ศบส. แห่งที่ 4 ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลตำบลตั้งแต่ช่วงยุคแรกของการถ่ายโอน พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละบริการใน ศบส. แห่งนี้ใกล้เคียงกับ รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากถ่ายโอนมากกว่า 10 ปี เทศบาลตำบลจึงสามารถจัดสรรงบประมาณและกำลังคนได้ไม่แตกต่างจาก รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยของบริการปฐมภูมิปีงบประมาณ 2565 (บาท)

บริการ	จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2		จังหวัดที่ 1		จังหวัดที่ 2	
	รพ.สต. แห่งที่ 1	ศบส. แห่งที่ 1	รพ.สต. แห่งที่ 3	ศบส. แห่งที่ 3	รพ.สต. แห่งที่ 2	ศบส. แห่งที่ 2	รพ.สต. แห่งที่ 4	ศบส. แห่งที่ 4
	(L)	(L)	(L)	(L)	(S)	(S)	(M)	(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: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, L = ขนาดใหญ่ ประชากร 8,001 คนขึ้นไป, M = ขนาดกลาง ประชากร 3,000-8,000 คน, N/A = ไม่มีบริการ, S = ขนาดเล็ก ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน

วิจารณ์และข้อยุติ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

แม้ว่าศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ที่เพิ่งถ่ายโอนไปเทศบาลเมืองเพียงหนึ่งปียังสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้ แต่ผลจากการวิเคราะห์ต้นทุนรวมได้สะท้อนถึงต้นทุนค่าแรงที่ลดลง เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ลดลง โดยเฉพาะบุคลากรสำหรับการให้บริการทางเลือก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ให้บริการแพทย์แผนไทย (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการใน ศบส. ที่ถ่ายโอนไปยังเทศบาลตำบลเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป พบว่า จำนวนบุคลากรและต้นทุนต่อหน่วยของบริการที่ไม่แตกต่างจาก รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวว่าการกระจายอำนาจจะไม่เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนในช่วงแรก ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรถึงจะเห็นผลลัพธ์ที่ดี เช่น การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศอินโดนีเซียในช่วง 10 ปีแรก พบปัญหาและผลกระทบเชิงลบ และหลังดำเนินนโยบายมากกว่า 15 ปี จึงเห็นผลลัพธ์ที่ดีในด้านบริการสุขภาพ การ

บริหารงบประมาณ และด้านบุคลากร⁽¹⁴⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของบริการในการศึกษานี้ เป็นข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2565 ซึ่งยังมีการให้บริการในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 อยู่ จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาดังกล่าวมีการประมาณการณที่เกินกว่าการให้บริการในสถานการณ์ปกติ

2. ด้วยข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนของ ศบส. ที่ถ่ายโอนไปเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลใช้ข้อมูลจาก รพ.สต. ที่ยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในครั้งนี้ใช้ข้อมูลผลผลิตหรือจำนวนการให้บริการในแต่ละกิจกรรมของ รพ.สต. จากการศึกษาในอดีต⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. บุคลากรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุข อปท. และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสำคัญนี้ โดยการเพิ่ม

จำนวนบุคลากรให้เพียงพอในระยะแรกหลังการถ่ายโอนฯ อาจใช้การจ้างงานบุคลากรไว้ที่หน่วยงานท้องถิ่นส่วนกลาง แล้วหมุนเวียนไปที่หน่วยบริการตามตารางวันทำงานที่จัดไว้

2. หน่วยบริการที่เก็บข้อมูลในการศึกษานี้ยังได้รับการสนับสนุนทั้งยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม ในอนาคตการสนับสนุนต่างๆ อาจเปลี่ยนแปลงไป อปท.จึงควรวางแผนการจัดหายา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนยังพบความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการที่เพิ่งถ่ายโอน และหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน จึงควรมีการติดตามสถานการณ์ดังกล่าว และในอนาคตอาจดำเนินการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่ที่เพียงพอต่อการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาไปในระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข (สวส.) สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอขอบคุณการสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารจัดการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านวิชาการและติดตามประเมินผล รวมถึงความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลประกอบการวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข

References

1. Rondinelli DA, Nellis JR, Cheema GS. Decentralization in developing countries [internet]. World Bank staff working paper; 1983 [cited 2023 July]. Available from: <https://edepot.wur.nl/61210>.
2. Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Wanwong Y, Kosiyaporn H, Witthayapipopsakul W, Srisasalux J, et al. Assessing the shift of primary care to local government organization: synthesize lessons from 51 areas and policy options. Final report. Nonthaburi: Health system information and know-

edge archive, Health Systems Research Institute; 2018 [cited 2023 July]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866?locale-attribute=th>. (in Thai)

3. Regmi K. Health service decentralization: an overview. In: Regmi K, editor. Decentralizing health services. New York: Springer; 2014 [cited 2023 July]. p. 1-15. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9071-5_1.
4. Magnussen J, Martinussen PE. From centralization to decentralization, and back: Norwegian health care in a nordic perspective. In: Costa-Font J, Greer SL, editors. Federalism and decentralization in European health and social care. London: Palgrave Macmillan; 2013 [cited 2023 July]. p. 101-120. Available from: https://doi.org/10.1057/9781137291875_6.
5. Act on Decentralization on Plans and Procedures to Local Administrative Organizations, 2542 (1999). The Government Gazette Volume 116, Section 114 Kor 48-66 (Nov 17, 1999). (in Thai)
6. Announcement of the Decentralization to Local Administrative Organizations on the Action Plan Prescribing the Procedures of Decentralization to Local Administrative Organizations. The Government Gazette Volume 119, Special Section 23 Ngor 22 (Mar 13, 2002). (in Thai)
7. Announcement of the Decentralization Committee to Local Administrative Organizations on the Enforcement of the Decentralization Plan to Local Administrative Organizations (No. 2), B.E. 2008 and Action Plan for Decentralization to Local Administrative Organizations (No. 2). The Government Gazette Volume 125, 1-2 (Feb 26, 2008). (in Thai)
8. Announcement of the Decentralization Committee to Local Administrative Organizations on Criteria and Procedures for Transferring Missions of the 60th Anniversary Nawaminthachini Health Center and Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization. Thai Government Gazette Volume 138, Special Section 254 Ngor 14-5 (Oct 19, 2021). (in Thai)
9. Yirong V. Transferring tasks to local government organizations: progress and obstacles in the transfer. Thai Journal of Public Administration. 2020 Dec 31;18(2):27. (in Thai)
10. Sangmano S, Siriwoharn S, Pichai K. Problems of transferring district health promoting hospitals from the Ministry of Public Health to local government organizations in Chiang Mai province. Journal of Graduate Research. 2014;5(2):25-35. (in Thai)
11. Parliamentary Budget Office. Policy recommendations for budget allocation as subsidies to local government organizations according to transfer missions case study of sub-district

- health promoting hospitals. Bangkok: Parliamentary Budget Office; 2020 [cited 2023 July]. Available from: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=872. (in Thai)
12. Riewpaiboon A. Cost analysis of health system. 1st ed. Bangkok; 2018. (in Thai)
 13. Phodha T, Singweratham N, Rochanathimoke O, Techakehakit W, Bunpean A. A compared cost analysis for health care services in tambon health promotion hospitals before and during the COVID-19 pandemic period fiscal year 2019-2021. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2023;10(1):170-81. (in Thai)
 14. Rakmawati T, Hinchcliff R, Pardosi JF. District-level impacts of health system decentralization in Indonesia: a systematic review. *Health Planning and Management*. 2019;34(2):e1026-e53.