

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ

(สถานีอนามัย)

ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล

สำนักงานพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ

สิงหาคม 2551

บทคัดย่อ

การบริการระดับปฐมภูมิ เป็นระบบบริการที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นบริการด่านแรก มุ่งเน้นการบริการที่ต่อเนื่องและผสมผสาน จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอเพื่อให้การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การศึกษานี้ เป็นการทบทวนสถานการณ์ด้านการเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย ก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาจากข้อมูลงบประมาณปี 2542-2544 และข้อมูลรายงานการเงินของสถานบริการ 0110ร.5 ในปี 2548 และ 2550

จากข้อมูลพบว่า ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีอนามัยได้รับงบประมาณเฉลี่ย 550,000 บาทต่อแห่งต่อปี เป็นเงินเดือนค่าจ้าง 440,000 บาท และงบดำเนินงาน 110,000 บาท โดยยาและเวชภัณฑ์ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณส่วนใหญ่ สถานีอนามัยได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบางส่วนได้รับเงินในลักษณะ Fixed cost (อัตราคงที่เท่ากันทุกสถานีอนามัย) และบางส่วนได้รับตามจำนวนประชากร และ/หรือจำนวนบริการ โดยยาและเวชภัณฑ์ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล โดยอาจจะมีการหักออกจากงบประมาณที่จะจัดสรรไปยังแต่ละสถานีอนามัย ทั้งนี้รูปแบบในการจัดสรรเงินและบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และของโรงพยาบาลแม่ข่าย ก็มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดและอำเภอ โดยมี 32 จังหวัด ที่มีการกันเงินไว้สำหรับจ่ายให้กับสถานีอนามัย คิดเป็น 19% ของงบประมาณที่จังหวัดได้รับจากงบเหมาจ่ายรายหัว

หากพิจารณาจากรายจ่ายที่เกิดขึ้นของสถานีอนามัยในปี 2548 จะพบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อสถานีอนามัย เท่ากับ 1,150,000 บาทต่อปี เป็นเงินเดือนค่าจ้างประมาณ 600,000 บาทต่อปี ค่าตอบแทน 120,000 บาทต่อปี ค่ายาและเวชภัณฑ์ 260,000 บาทต่อปี ค่าใช้สอย 110,000 บาทต่อปี และค่าสาธารณูปโภค 20,000 บาทต่อปี หากหักเงินเดือนออก จะเหลือค่าใช้จ่าย 600,000 บาทต่อปี และหากหักค่ายาและเวชภัณฑ์ออกด้วย จะเหลือค่าใช้จ่าย 400,000 บาทต่อปี และเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2550 จะพบว่ารายจ่ายมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากปี 2548 ประมาณ 10% โดยเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ เพิ่มขึ้นจาก 212,000 บาทในปี 2548 เป็น 247,000 บาทในปี 2550 แสดงให้เห็นว่างบประมาณและเงินอื่นๆที่ได้รับ มีแนวโน้มที่น่าจะเพียงพอต่อรายจ่ายในแต่ละปี จึงมีเงินคงเหลือ ณ สิ้นปี ที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ข้อมูลดังกล่าว เป็นข้อมูลภาพเฉลี่ย ซึ่งในแต่ละ CUP และแต่ละจังหวัด มีสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยสถานีอนามัยหรือลูกข่ายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่จะมีรายจ่ายและเงินคงเหลือ ณ สิ้นปี ที่สูงกว่า CUP โรงพยาบาลขนาดเล็ก และความแตกต่างระหว่าง CUP ก็มีสูงมาก ทั้งในด้านรายจ่าย และเงินคงเหลือ โดยมี CUP ประมาณ 10% ที่สถานีอนามัยมีเงินคงเหลือเฉลี่ยต่ำกว่า 50,000 บาท และ CUP ประมาณ 25% ที่สถานีอนามัยมีเงินคงเหลือเฉลี่ยต่ำกว่า 100,000 บาท โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีรายได้หรือเงินคงเหลือมาก กลับไม่ได้ทำให้สถานีอนามัยลูกข่าย มีเงินคงเหลือที่มากตามไปด้วย ทั้งนี้อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจาก การจัดสรรเงินให้กับสถานีอนามัยนั้น มีสูตรในการจัดสรรเงินที่

ไม่ได้ขึ้นกับสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล อาทิเช่น จ่ายแบบอัตราคงที่ (fixed cost) หรือจ่ายตามจำนวนประชากร ซึ่งไม่แปรผันตามสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล

จากข้อมูลทั้งหมด สรุปได้ว่า โดยส่วนใหญ่ สถานิอนามัยมีรายรับที่เพียงพอกับรายจ่าย จากรูปแบบการจัดสรรเงินที่หลากหลายและแตกต่างกันระหว่างจังหวัดและอำเภอ ซึ่งอาจจะมีผลต่อสถานการณ์การเงินของสถานิอนามัยบ้าง แต่การจัดสรรส่วนใหญ่ ก็เน้นไปที่การประกันประคองให้บริการระดับสถานิอนามัยสามารถดำเนินต่อไปได้ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ทางการเงินจะมีความแตกต่างกัน โดยข้อเสนอแนะต่อการปรับวิธีการจัดสรรเงินให้กับสถานิอนามัย ประกอบด้วย การจัดสรรเงินที่สะท้อนรายจ่ายที่แท้จริงประกอบกับการประมาณการรายจ่ายที่คาดหวังเพื่อให้เกิดบริการที่ดีขึ้น การจัดสรรเงินที่สามารถกระตุ้นให้เกิดบริการที่ดีและมีคุณภาพ และการจัดสรรเงินที่เน้นความเป็นธรรมทั้งระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย และระหว่างพื้นที่ (CUP และ จังหวัด) เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละพื้นที่

การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย)

ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล

1. ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธี

1.1. ความเป็นมา

ระบบบริการสุขภาพ เป็นระบบที่มีความสลับซับซ้อน เนื่องจากมีสถานบริการหลายระดับ ที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งหลักการของระบบบริการสุขภาพที่ดีหลายหลักการด้วยกัน ได้แก่ หลักการเข้าถึงบริการ ที่ต้องการสถานบริการที่สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย กล่าวคืออยู่ในระยะทางที่ประชาชนสามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ซึ่งจำเป็นต้องมีสถานบริการสุขภาพที่มีขนาดไม่ใหญ่ แต่ต้องกระจายอยู่อย่างทั่วถึง ในขณะที่สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ และมีศักยภาพในการรักษาขั้นสูงนั้น ก็จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์เพียงพอดูแลความจำเป็นในการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน และถึงแม้จะไม่ได้ครอบคลุมประชาชนในทุกพื้นที่ แต่การให้บริการในสถานบริการระดับสูงเหล่านี้ ก็สามารถเข้าถึงได้โดยผ่านระบบการส่งต่อ เพื่อให้การให้บริการเป็นไปอย่างเหมาะสม และลดความแออัดในการให้บริการที่ไม่จำเป็นในสถานบริการขนาดใหญ่ อันจะเป็นการยึดตามหลักการมีประสิทธิภาพที่ดีของระบบบริการสุขภาพ ที่สะท้อนการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมตามความจำเป็นทางสุขภาพ

รูปแบบของสถานบริการระดับต้น หรือสถานบริการระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน มีอยู่ด้วยกันหลายลักษณะ โดยในพื้นที่ชนบท จะมีสถานีอนามัย เป็นรูปแบบหลัก ในขณะที่ในเขตเมืองอาจจะมีรูปแบบของศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง โดยรูปแบบของสถานบริการ แตกต่างกันไปตามจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ โดยศูนย์แพทย์ชุมชน มักจะมีการจัดให้มีแพทย์อยู่ให้บริการ ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการเต็มเวลาหรือบางเวลา ในขณะที่สถานีอนามัย จะมีบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์ปฏิบัติงานอยู่ โดยอาจจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยอาจจะมีแพทย์หรือทีมบุคลากรจากโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนดูแลเป็นบางเวลา

ทั้งนี้ในการพัฒนาสถานบริการระดับปฐมภูมิดังกล่าวนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม และเพียงพอ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านของทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดบริการ ได้แก่ บุคลากรการเงิน และเครื่องมือ รวมทั้งศักยภาพความรู้ความสามารถของบุคลากรในการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย ภายใต้การจัดสรรทรัพยากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ ภายใต้กลไกการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข โดยรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อประเมินผลกระทบต่อสถานบริการปฐมภูมิ จากความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การศึกษานี้จึงมีความสำคัญ เพื่อประเมินสถานการณ์ด้านการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านการเงินการคลัง ให้แก่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านรูปแบบการจัดสรรเงิน และสถานการณ์ด้านการเงิน ทั้งนี้เนื่องจาก ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบการจัดสรรเงินส่วนใหญ่ เป็นไปตามการตัดสินใจของพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นในระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ในขณะที่ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ราชการส่วนกลางให้การสนับสนุนงบประมาณสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) โดยตรง ผ่านงบประมาณบริการสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ตามงบประมาณที่เคยจัดสรรในปีที่ผ่านมา เป็นฐานในการจัดสรร การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดสรรเงินและสถานการณ์ของสถานบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีความสำคัญในการประเมินผลกระทบ และนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการด้านการเงินการคลังที่เหมาะสมต่อไป

1.2. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางการเงินและการจัดสรรเงิน แก่สถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ก่อนและหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนงบประมาณ และสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- 4) เพื่อให้ข้อเสนอแนะทางการจัดการด้านการเงินสำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิ

1.3. ระเบียบวิธี

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาโดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลรายงานด้านการเงิน โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

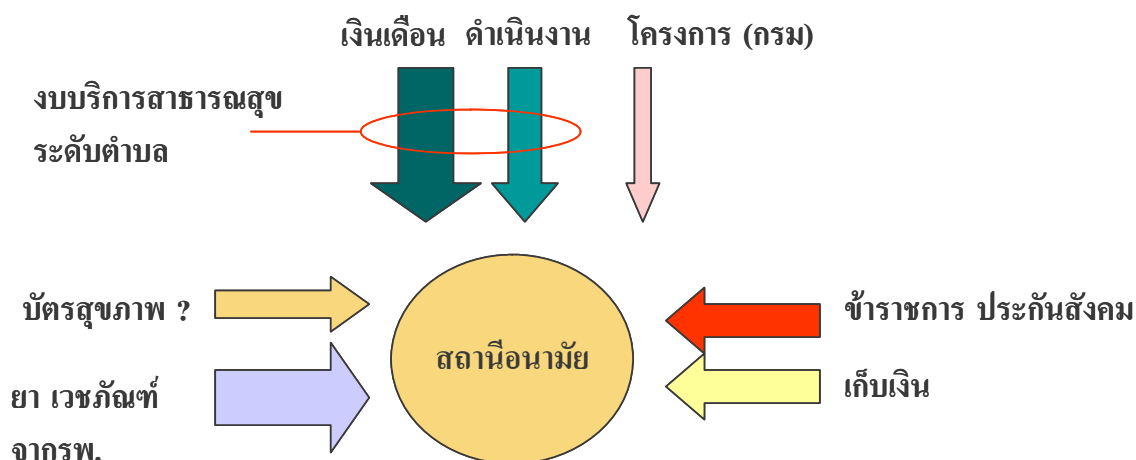
- 1) รวบรวมข้อมูลการสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีอนามัย ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากข้อมูลงบประมาณแบ่งตามหมวดงบประมาณ จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2542 -2544
- 2) สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับจังหวัด เพื่อสัมภาษณ์ เกี่ยวกับรูปแบบการจัดสรรเงินให้แก่สถานีอนามัย
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลรายงาน 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 และ 2550 จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานบริการลูกข่าย จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. ที่มาของเงินสถานีนอนามัย ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1. แหล่งที่มาของเงินสถานีนอนามัย

แหล่งที่มาของเงินของสถานีนอนามัย ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ได้รับจากงบประมาณในหมวดงบประมาณบริการสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งจัดสรรให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนอนามัย ตามลำดับ โดยจะรวมงบในส่วนของเงินเดือน และงบดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมีงบประมาณตามแผนงานโครงการ ที่จัดสรรโดยกรมกองที่ดูแลโครงการ จัดสรรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาจจะมีการเบิกจ่ายจากสถานีนอนามัยในการดำเนินงานตามกิจกรรม อีกส่วนหนึ่งเป็นเงินสนับสนุนจากบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นเงินจากการขายบัตรและเงินสมทบจากรัฐบาล โดยเงินที่ได้จะถูกจัดสรรไปยังโรงพยาบาลและส่วนหนึ่งจัดสรรให้กับสถานีนอนามัย โดยโรงพยาบาลให้การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้กับสถานีนอนามัย และส่วนที่เหลือเป็นเงินที่เก็บได้จากประชาชนที่มาใช้บริการ ทั้งในส่วน of ประชาชนทั่วไป และผู้ใช้บริการสิทธิข้าราชการ รวมทั้งเงินที่จัดสรรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายของผู้ป่วยประกันสังคม (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แหล่งที่มาของเงินสถานีนอนามัย ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

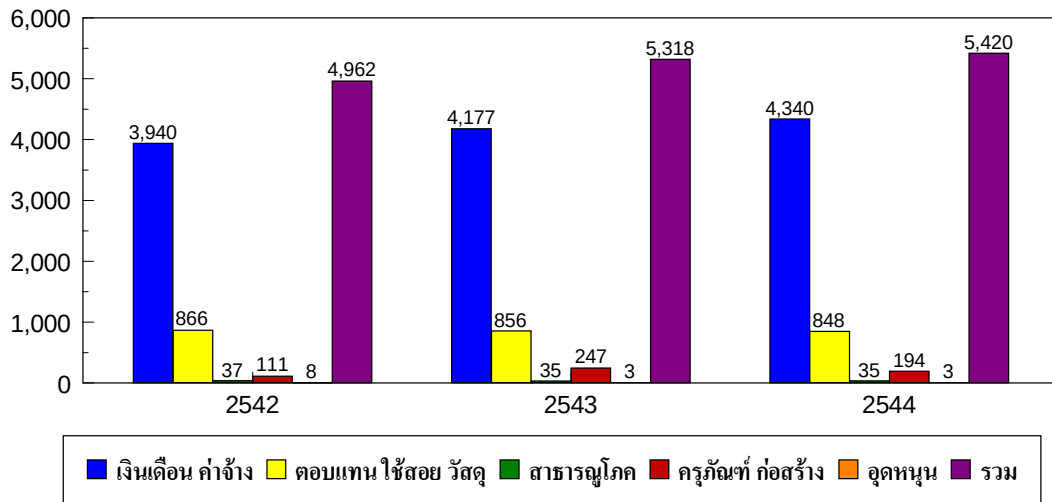


2.2. งบประมาณบริการสาธารณสุขระดับตำบล

งบประมาณหลักของสถานีนอนามัย ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็คืองบประมาณหมวดบริการสาธารณสุขระดับตำบล ซึ่งในปี พ.ศ. 2542 มีงบประมาณรวม 4,962 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 5,420 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2544 โดยงบประมาณส่วนใหญ่เป็นงบหมวดเงินเดือนค่าจ้าง ประมาณ 4,000 ล้านบาทต่อปี (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 งบบริการสาธารณสุขระดับตำบล พ.ศ. 2542 – 2544 จำแนกตามหมวด

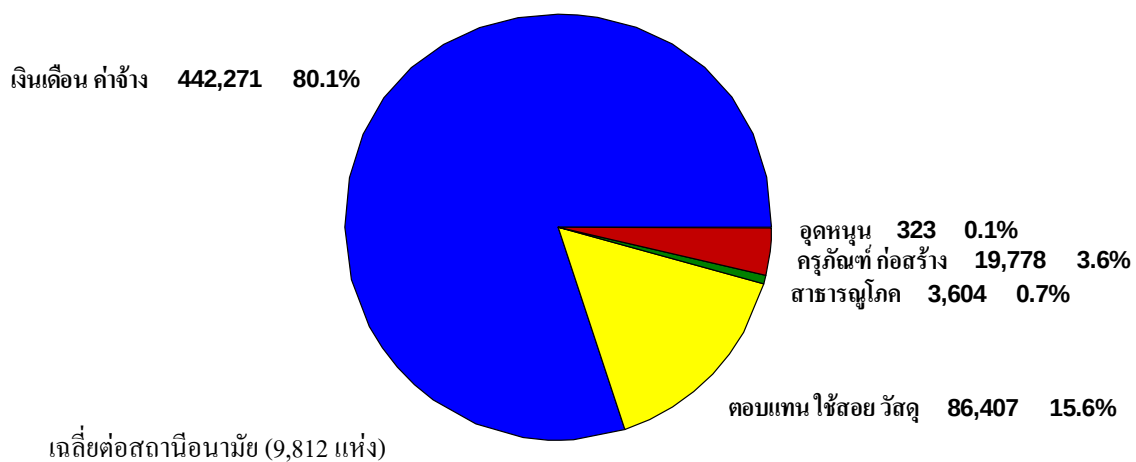
ล้านบาทต่อปี



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2542 - 2544

หากคิดงบประมาณเฉลี่ยต่อแห่งของสถานีอนามัย จะพบว่าเป็นงบหมวดเงินเดือน ค่าจ้าง ประมาณ 440,000 บาทต่อแห่งต่อปี คิดเป็น 80% ค่าตอบแทน ใช้สอย วัสดุ 86,000 บาทต่อแห่งต่อปี คิดเป็น 15% ที่เหลือเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง และงบอุดหนุน รวมกันเป็นเงิน 24,000 บาทต่อแห่งต่อปี รวมงบประมาณทั้งสิ้นประมาณ 550,000 บาทต่อแห่งต่อปี โดยเป็นเงินเดือน ค่าจ้าง 440,000 บาทต่อแห่งต่อปี และงบดำเนินการประมาณ 110,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ภาพที่ 3) ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าว ไม่รวมงบสนับสนุนที่เป็นยาและเวชภัณฑ์ ที่สนับสนุนจากโรงพยาบาล

ภาพที่ 3 งบบริการสาธารณสุขระดับตำบลเฉลี่ยต่อสถานีอนามัย พ.ศ. 2544 จำแนกตามหมวด



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2544

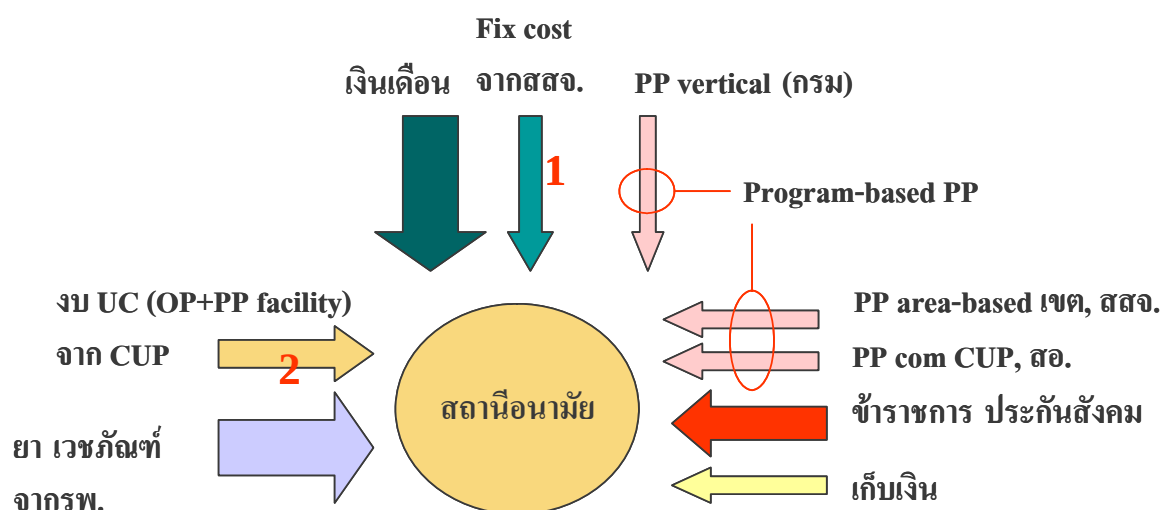
3. ที่มาของเงินสถานีนอนามัย หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แหล่งที่มาของเงินของสถานีนอนามัย หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการแบ่งงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกเป็นหลายส่วนดังนี้

- 1) เงินเดือน ค่าจ้าง ถูกกั้นในระดับกระทรวง แล้วจัดสรรให้จังหวัด เพื่อจ่ายเป็นเงินเดือนให้กับบุคลากรประจำในสถานีนอนามัย
- 2) เงินที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กั้นไว้ เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายประจำ (Fixed cost) ให้แก่สถานีนอนามัย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด โดยบางจังหวัดอาจจะไม่ได้มีการจ่ายเงินก้อนนี้ แต่ให้มีการจ่ายเงินโดย CUP
- 3) เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของผู้ป่วยนอก (OPD) และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในหน่วยบริการ (PP Facility หรือ PP Expressed demand) ซึ่งจัดสรรจาก CUP โดยมีรูปแบบการจัดสรรเงินตามตกลงกันในแต่ละ CUP
- 4) เงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โครงการเฉพาะ (Vertical program) จัดสรรตามกิจกรรมที่กำหนดในโครงการจากกรม
- 5) เงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ระดับพื้นที่ (PP Area-based) ซึ่งจัดสรรตามแผนงานโครงการในระดับเขต และระดับจังหวัด
- 6) เงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ชุมชน (PP Community-based) ซึ่งเป็นงบสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน ดำเนินงานโดยกองทุนสุขภาพตำบล หรือจัดสรรให้สถานีนอนามัยโดยตรง กรณีไม่มีกองทุนสุขภาพตำบล

ที่เหลือเป็น ยาและเวชภัณฑ์ ที่สนับสนุนโดยโรงพยาบาล ตามการเบิกเพื่อให้บริการของสถานีนอนามัย และเงินที่ได้จากการเก็บเงินกรณีที่ย่อยเงินเอง (ค่ารักษากรณีไม่มีสิทธิ และกรณีข้ามเขต) และจากผู้รับบริการที่มีสิทธิข้าราชการ รวมทั้งเงินจากโรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีผู้ป่วยประกันสังคม (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 แหล่งที่มาของเงินสถานีนอนามัย หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ทั้งนี้เงินที่จังหวัดจัดสรรให้สถานีนอนามัยโดยตรง และเงินที่ CUP จัดสรรให้สถานีนอนามัย จะมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดและอำเภอ ในขณะที่งบประมาณโครงการเฉพาะ (PP Vertical) งบประมาณระดับพื้นที่ (PP Area-based) และงบประมาณระดับชุมชน (PP Community) มีลักษณะเป็นงบประมาณตามโครงการ (Program-based)

3.1. บทบาทของจังหวัดในการจ่ายเงินให้สถานีนอนามัย

ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรเงินให้กับสถานีนอนามัยนั้น มีการตัดสินใจในระดับจังหวัด เพื่อการวางแผนทางการเงินในการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอนามัย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการวางแผนทางการเงินในการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอนามัย ด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 จังหวัดกันเงิน OPD และ PP Facility ส่วนหนึ่งไว้ แล้วจัดสรรให้กับสถานีนอนามัยโดยตรง ในรูปแบบของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost)
- รูปแบบที่ 2 จังหวัดกำหนดอัตราของงบดำเนินการประจำ (Fixed cost) ที่จะจ่ายให้กับสถานีนอนามัย โดยจัดสรรเงิน OPD และ PP Facility ให้ CUP โดยกำหนดให้ CUP จ่าย Fixed cost ที่กำหนดไว้ให้กับสถานีนอนามัยในแต่ละ CUP
- รูปแบบที่ 3 จังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์กว้างๆ แล้วให้แต่ละ CUP จ่ายเงินให้กับสถานีนอนามัย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่ระบุรายละเอียดที่ตายตัว แต่ให้อิสระกับ CUP ในการตัดสินใจ แล้วใช้วิธีการติดตามสถานะทางการเงินของสถานีนอนามัย

3.2. บทบาทของ CUP ในการจ่ายเงินให้สถานีนอนามัย

การสนับสนุนงบประมาณจาก CUP ให้กับสถานีนอนามัย ก็มีรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ อย่างเดียว โดยรูปแบบนี้ สถานีนอนามัยจะได้รับงบดำเนินการ (Fixed cost) โดยตรงจากจังหวัด
- รูปแบบที่ 2 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายงบดำเนินการ (Fixed cost) ให้กับสถานีนอนามัย โดยรูปแบบนี้ จังหวัดไม่ได้จัดสรร Fixed cost ให้สถานีนอนามัยโดยตรง แต่อาจจะกำหนดอัตรา Fixed cost ให้ CUP จัดสรรตามอัตราที่กำหนด
- รูปแบบที่ 3 CUP สนับสนุนเป็นยาและเวชภัณฑ์ และจ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่างการคิดเงินตามบริการหรือผลงานของสถานีนอนามัย กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร
- รูปแบบที่ 4 CUP จ่ายเงินตามหลักเกณฑ์ ที่อาจจะผสมผสานระหว่างการคิดเงินตามบริการหรือผลงานของสถานีนอนามัย กับอัตราคงที่หรือตามหัวประชากร แล้วนำมาหักด้วยค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เบิกโดยสถานีนอนามัย

โดยทั้ง 4 รูปแบบ CUP จะเป็นผู้สนับสนุนสถานีนอนามัย ในรูปแบบของยาและเวชภัณฑ์ เป็นอย่างน้อย โดยอาจจะมีการจ่ายเพิ่มเติมในรูปของตัวเงิน ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับหลักเกณฑ์ของจังหวัด

3.3. ตัวอย่างการคิดอัตราที่จ่ายเงินให้สถานีนอนมัย

การคิดอัตรการจ่ายเงินให้กับสถานีนอนมัย มีหลากหลายรูปแบบ แตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด และอำเภอ โดยมีตัวอย่างส่วนหนึ่ง ได้แก่

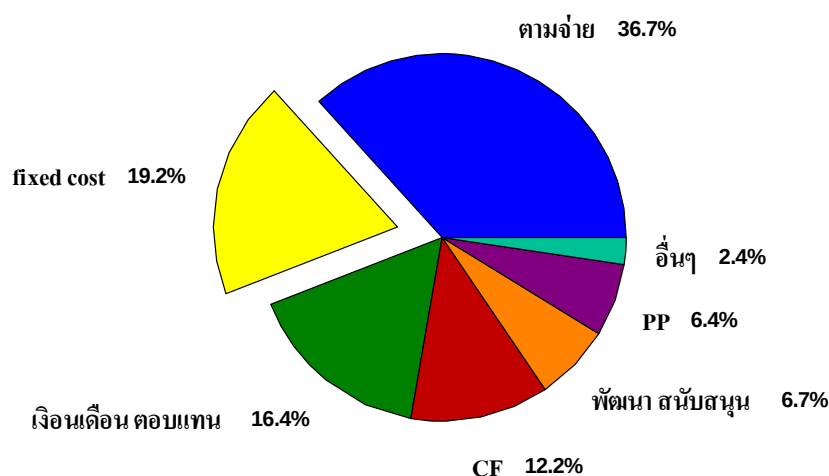
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรงบประมาณ Fixed cost 12,500 บาทต่อสถานีนอนมัยต่อเดือน + ค่าตอบแทน ให้กับสถานีนอนมัยโดยตรง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรงบประมาณ Fixed cost 100,000 บาทต่อสถานีนอนมัยต่อปี ให้กับสถานีนอนมัยโดยตรง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดอัตราให้ CUP จ่าย Fixed cost อย่างน้อย 35 บาทต่อประชากรต่อปี ให้สถานีนอนมัย โดยไม่ต่ำกว่า 100,000 บาทแห่งต่อปี + ค่าบริการ 20 บาทต่อครั้ง แล้วนำมาหักค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่สถานีนอนมัยเบิก เงินที่เหลือจึงจ่ายเป็นตัวเงินให้สถานีนอนมัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดอัตราให้ CUP จ่าย Fixed cost อย่างน้อย 8,000 บาทต่อแห่งต่อเดือน และจ่ายค่าบริการ 35 บาทต่อประชากรต่อปี ให้สถานีนอนมัย แล้วนำมาหักค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่สถานีนอนมัยเบิก เงินที่เหลือจึงจ่ายเป็นตัวเงินให้สถานีนอนมัย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนดหลักเกณฑ์กลางกว้างๆ แล้วให้แต่ละ CUP ตกลงกันเอง กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีนอนมัย

รูปแบบที่หลากหลายดังกล่าว เป็นไปตามที่ตกลงกันในระดับจังหวัด

3.4. การกันเงินที่สาธารณสุขจังหวัด

ในระดับจังหวัด อาจจะมีการกันเงินไว้บางส่วน สำหรับการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอนมัยโดยตรง โดยงบประมาณที่กันไว้ที่ระดับจังหวัด 19% เป็นการกันไว้เพื่อการจ่ายงบดำเนินการ (Fixed cost) ให้กับสถานีนอนมัย (ภาพที่ 5) โดยมี 32 จังหวัด ที่มีการกันเงินไว้เพื่อการจ่าย Fixed cost ให้กับสถานีนอนมัย

ภาพที่ 5 สัดส่วนของงบประมาณที่กันไว้ที่จังหวัด จำแนกตามวัตถุประสงค์ ปี พ.ศ. 2551



ที่มา: เอกสารประกอบการประชุม สัดส่วนการกันเงินเหมาจ่ายรายหัว พ.ศ. 2551

4. สถานการณ์ค่าใช้จ่ายของลูกข่าย (สถานื่อนามัย) ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

สถานการณ์ค่าใช้จ่ายของลูกข่ายจากรายงาน 0110 รง.5 ในส่วนของการเงิน เป็นเครื่องสะท้อนสถานะด้านรายจ่ายของสถานื่อนามัย โดยการเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 เพื่อพิจารณาแนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่สถานื่อนามัยใช้จริงในแต่ละปี

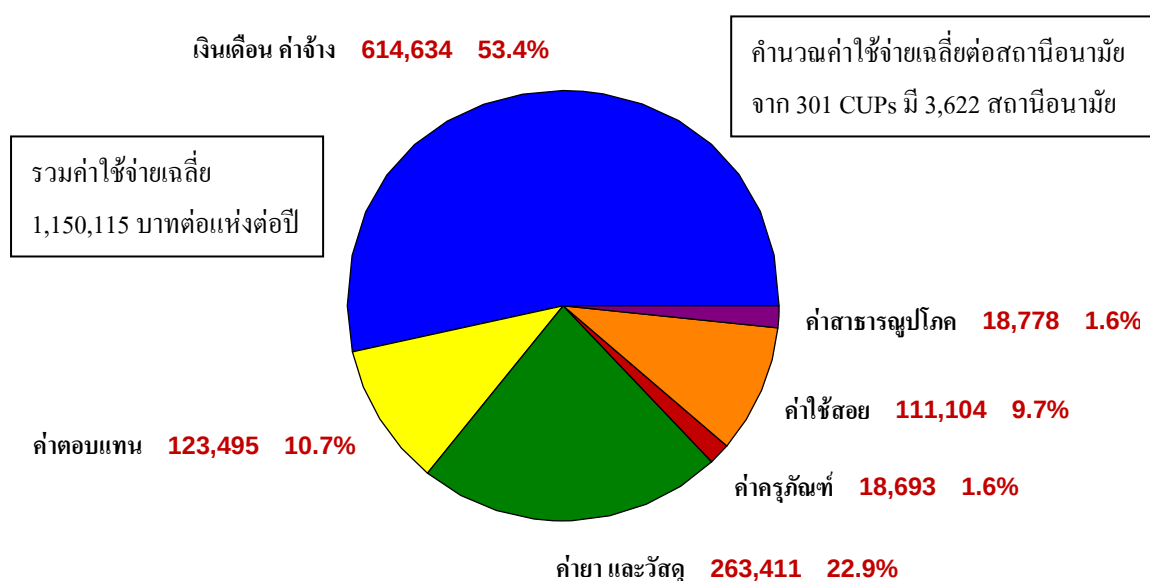
4.1. ค่าใช้จ่ายและประเภทค่าใช้จ่ายของสถานื่อนามัย ปี พ.ศ. 2548

ปี พ.ศ. 2548 สถานื่อนามัยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่ง (ข้อมูลเป็นราย CUP ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายรวมของทุก CUP หาดด้วยจำนวนสถานื่อนามัยรวมของทุก CUP) โดยคิดเป็นเงินเดือน ค่าจ้าง ประมาณ 620,000 บาทต่อแห่งต่อปี (53%) ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ 260,000 บาทต่อแห่งต่อปี (23%) ค่าตอบแทนประมาณ 120,000 บาทต่อแห่งต่อปี (10%) ค่าใช้สอยประมาณ 110,000 บาทต่อแห่งต่อปี (10%) ค่าสาธารณูปโภค และค่าครุภัณฑ์ อย่างละ 18,000 บาทต่อแห่งต่อปี (1.5%) (ภาพที่ 6) รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 1,150,000 บาทต่อปี หรือประมาณ 1,200,000 บาทต่อแห่งต่อปี และหากคิดจากจำนวนประชากรเฉลี่ยต่อสถานื่อนามัยเท่ากับ 4,000 คนต่อแห่ง จะได้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 300 บาทต่อประชากรต่อปี

หากจำแนกตามรายละเอียดของประเภทของค่าใช้จ่าย โดยแยกค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ ออกจากกัน จะได้เป็นค่ายา 170,000 บาทต่อแห่งต่อปี ค่าเวชภัณฑ์ 30,000 บาทต่อแห่งต่อปี และค่าวัสดุทั่วไป 60,000 บาทต่อแห่งต่อปี และแยกค่าฝึกอบรมออกจากค่าใช้สอย จะได้เป็นค่าฝึกอบรม 20,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ภาพที่ 7)

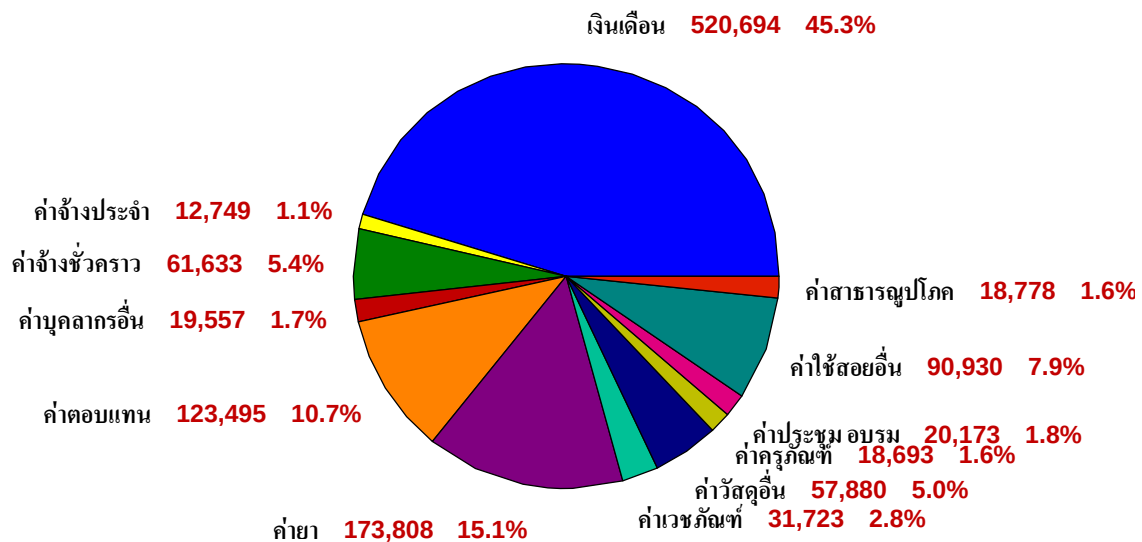
เมื่อคิดรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเท่ากับ 1,200,000 บาทต่อแห่งต่อปี แต่หากหักเงินเดือน ค่าจ้างประจำออก (เนื่องจากเป็นงบประมาณ) จะมีค่าใช้จ่ายเหลือ 600,000 บาทต่อแห่งต่อปี และหักค่ายาและเวชภัณฑ์ออกด้วย (เนื่องจากได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาล) จะเหลือ 400,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ภาพที่ 8)

ภาพที่ 6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานื่อนามัยและสัดส่วนค่าใช้จ่าย ตามประเภทรายจ่าย ปี พ.ศ. 2548



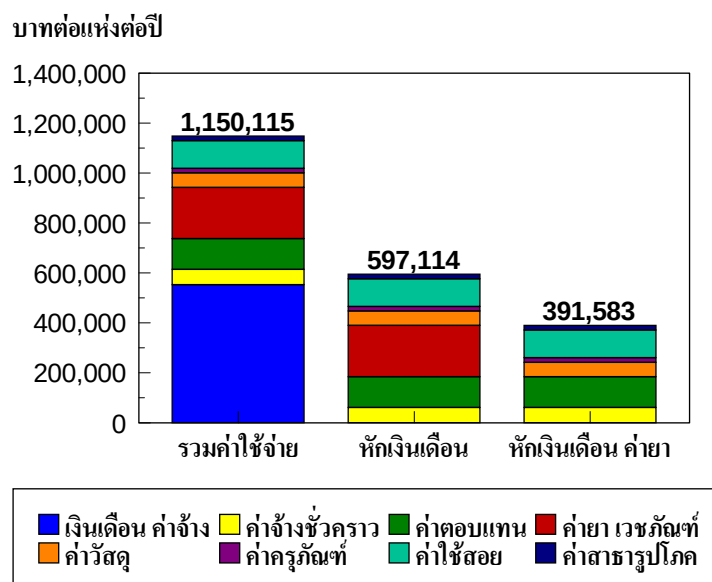
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 7 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนามัยและสัดส่วนค่าใช้จ่าย (เพิ่มเติม) ตามประเภทรายจ่าย ปี พ.ศ. 2548



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 8 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนามัย รวมทั้งหมด และเมื่อหักเงินเดือน และค่าเช่า ปี พ.ศ. 2548



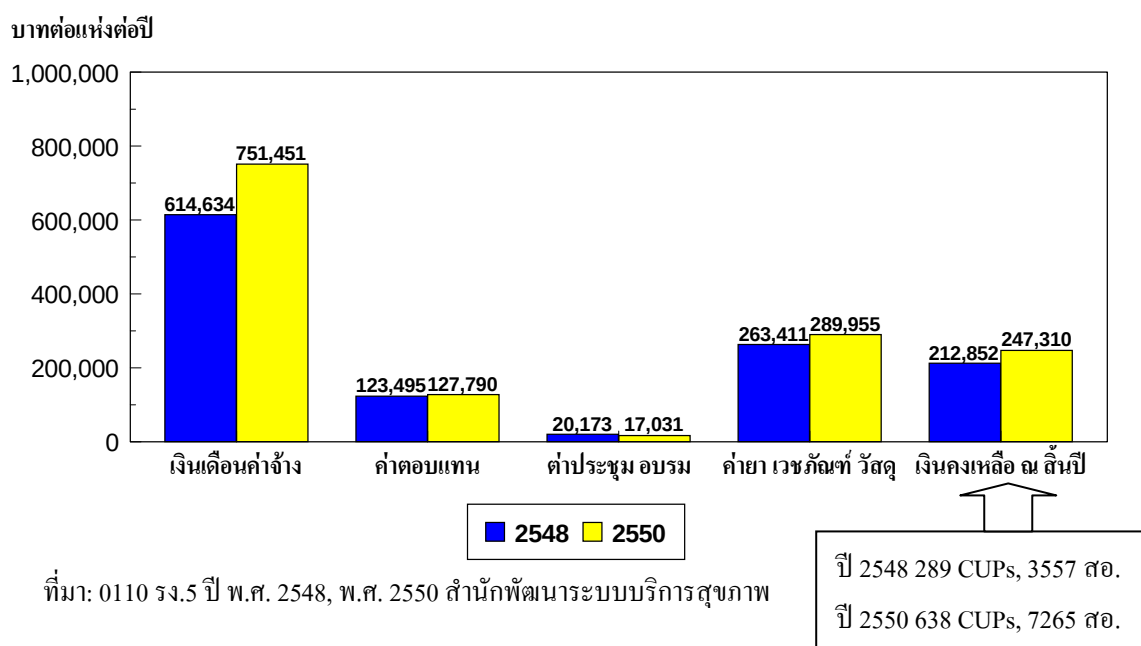
ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4.2. แนวโน้มค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนามัย ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 จะพบว่า เงินเดือน ค่าจ้าง เพิ่มขึ้นจาก 615,000 บาทเป็น 750,000 บาทต่อแห่ง ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นจาก 124,000 บาทเป็น 128,000 บาท ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ เพิ่มขึ้นจาก 260,000 บาทเป็น 290,000 บาท โดยเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ เพิ่มขึ้นจาก 212,000 บาทเป็น 247,000 บาท หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 35,000 บาทต่อแห่งโดยเฉลี่ย (ภาพที่ 9)

จากสถานการณ์โดยเฉลี่ยดังกล่าว แสดงให้เห็นโดยคร่าวๆว่า ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือนับว่าค่อนข้างคงที่ ในขณะที่มีเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณเพิ่มขึ้น แสดงว่ารายรับ ก็น่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากเป็นค่าเฉลี่ย ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนความแตกต่างระหว่าง CUP หรือระหว่างจังหวัดได้ โดยอาจจะมี CUP จำนวนหนึ่งที่สถานีนามัยมีเงินคงเหลือที่ลดลง ซึ่งต้องศึกษาลักษณะการกระจายของสถานการณ์ดังกล่าวเป็นราย CUP ต่อไป

ภาพที่ 9 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนามัย ตามประเภทค่าใช้จ่าย ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

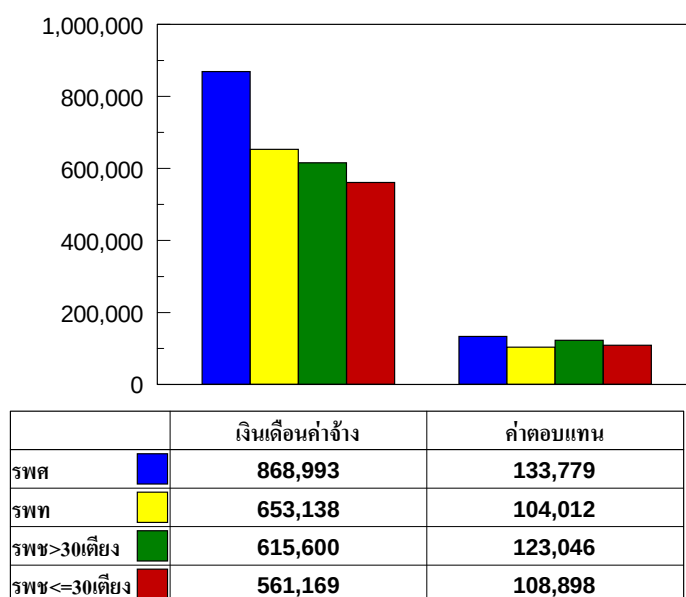


4.3. ค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนามัย จำแนกตามประเภทของ CUP

เมื่อจำแนกสถานการณ์ค่าใช้จ่าย และเงินคงเหลือของสถานีนามัย โดยจำแนกตามประเภทของ CUP โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่กว่า 30 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไม่เกิน 30 เตียง จะพบว่า CUP โรงพยาบาลศูนย์ มีค่าใช้จ่ายสถานีนามัยเฉลี่ยต่อแห่งสูงที่สุด ทั้งนี้ อาจจะเป็นค่าใช้จ่ายของลูกข่ายที่เป็นศูนย์แพทย์ชุมชนรวมอยู่ด้วย ทั้งในส่วน of เงินเดือน ค่าจ้าง และค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุ รวมทั้งเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ โดย CUP โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือต่ำที่สุด อย่างไรก็ตาม ในส่วนของค่าตอบแทน มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยลักษณะดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกันระหว่างปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 10 - 13)

ภาพที่ 10 เงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเฉลี่ยของสถานีนอนัมย์ แบ่งตามประเภทของ CUP ปี พ.ศ. 2548

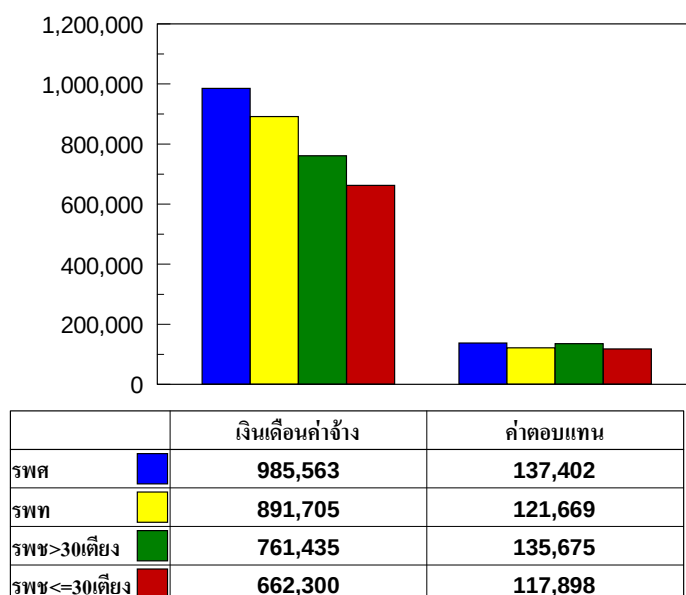
บาทต่อแห่งต่อปี (2548)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 11 เงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเฉลี่ยของสถานีนอนัมย์ แบ่งตามประเภทของ CUP ปี พ.ศ. 2550

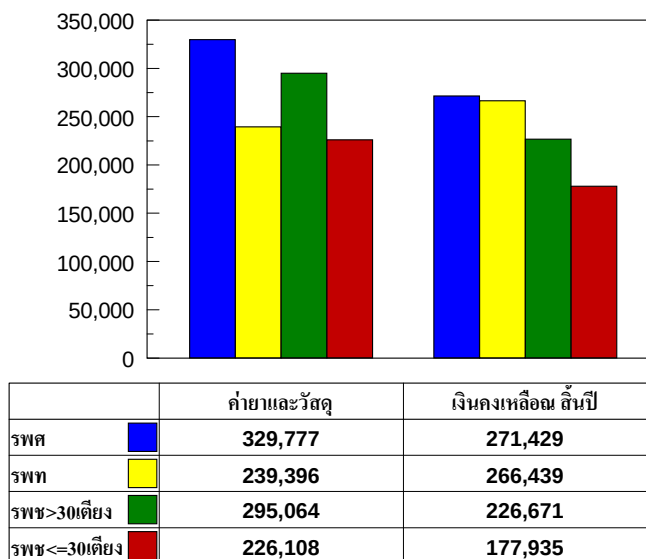
บาทต่อแห่งต่อปี (2550)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 12 ค่าฯา เวชภัณฑ์ วัสดุ และเงินคงเหลือ เหลือของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของ CUP ปี พ.ศ. 2548

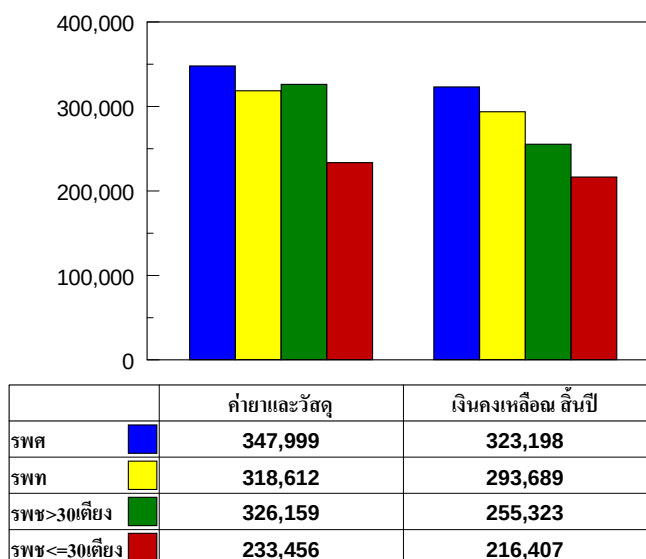
บาทต่อแห่งต่อปี (2548)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 13 ค่าฯา เวชภัณฑ์ วัสดุ และเงินคงเหลือ เหลือของสถานีนอนามัย แบ่งตามประเภทของ CUP ปี พ.ศ. 2550

บาทต่อแห่งต่อปี (2550)

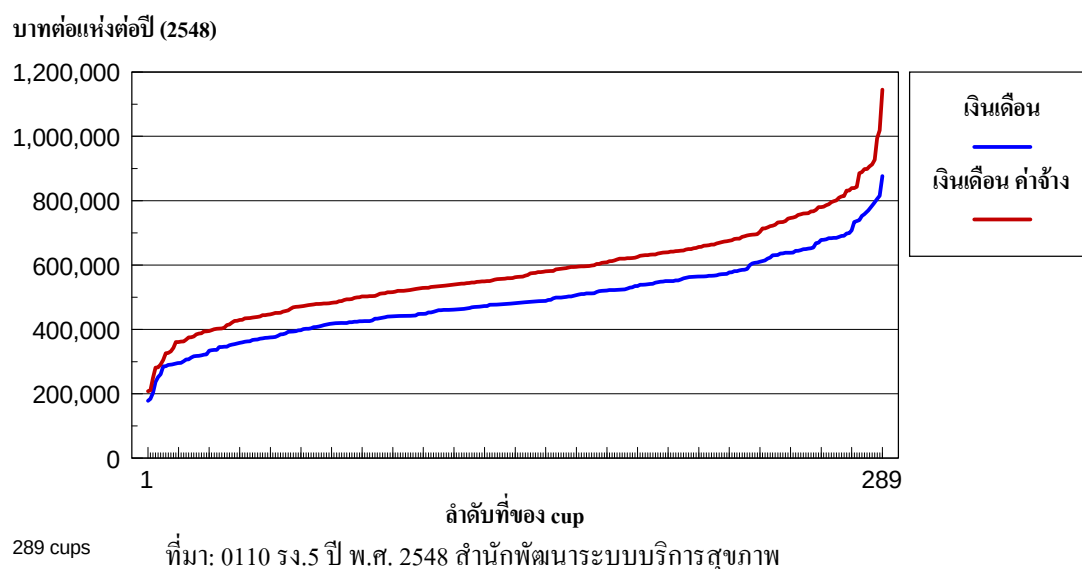


ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

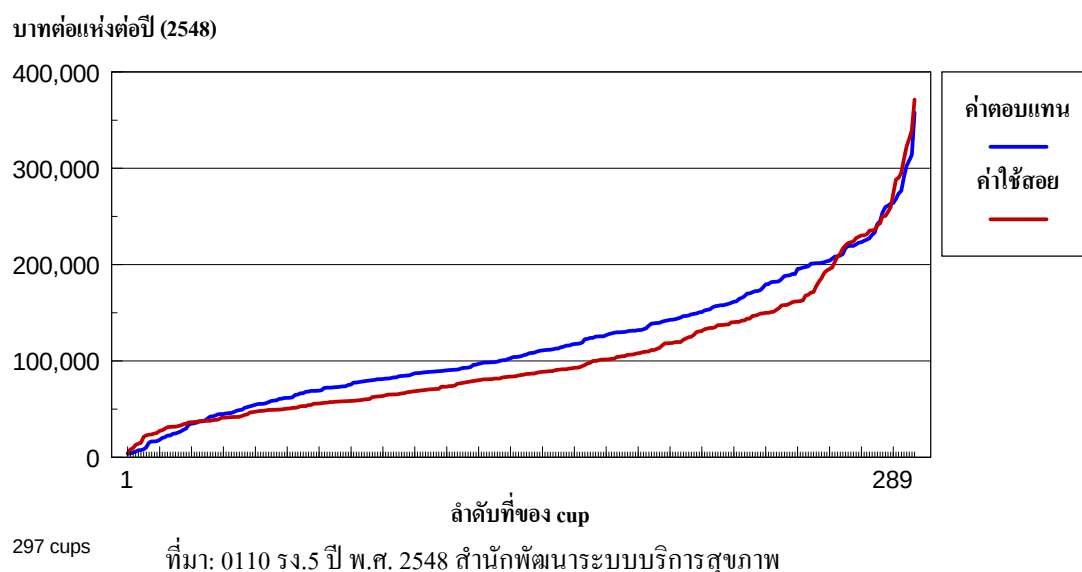
4.4. ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนามัย ราย CUP

นอกจากการเปรียบเทียบตามประเภทของ CUP แล้ว การพิจารณาความแปรปรวนของข้อมูลเป็นราย CUP ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2548 CUP ส่วนใหญ่ ประมาณ 80% มีค่าใช้จ่ายเงินเดือนและค่าจ้าง อยู่ในช่วง 400,000 – 800,000 บาทต่อสถานีนามัย โดยมี CUP ประมาณ 10% ที่มีเงินเดือน ค่าจ้างเกิน 800,000 บาท (ภาพที่ 14) สำหรับค่าตอบแทนและค่าใช้สอย CUP ส่วนใหญ่ ประมาณ 80% มีค่าตอบแทนและค่าใช้สอย อยู่ในช่วงอย่างละ 50,000 – 200,000 บาทต่อสถานีนามัย โดยมี CUP ประมาณ 10% มีค่าตอบแทนและค่าใช้สอย เกินอย่างละ 200,000 บาท (ภาพที่ 15) สำหรับค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ CUP ส่วนใหญ่ ประมาณ 80% มีค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ อยู่ในช่วง 100,000 – 400,000 บาทต่อสถานีนามัย โดยมี CUP ประมาณ 10% มีค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุ เกิน 400,000 บาท (ภาพที่ 16)

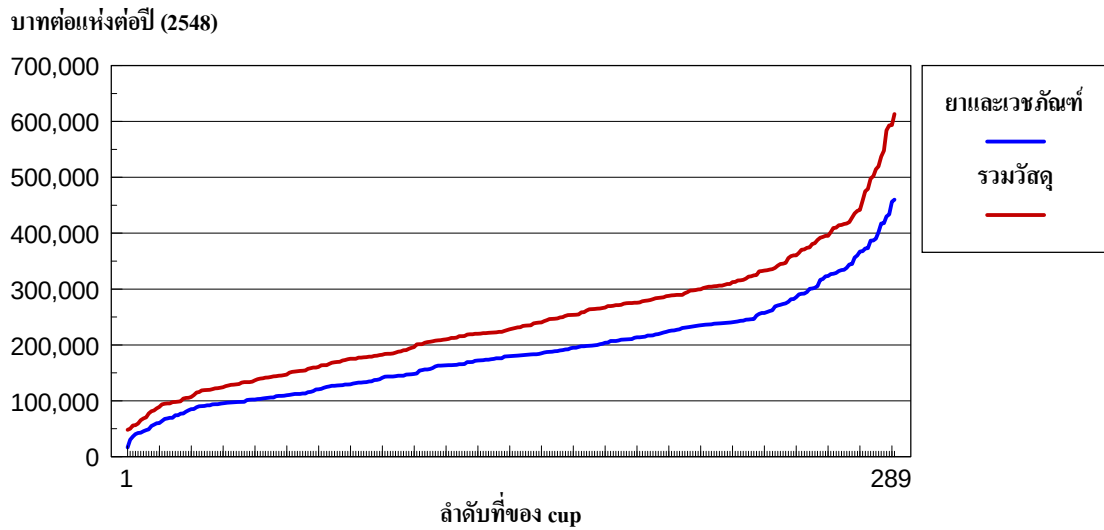
ภาพที่ 14 เงินเดือน ค่าจ้างเฉลี่ยของสถานีนามัย ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2548



ภาพที่ 15 ค่าตอบแทน ค่าใช้สอยเฉลี่ยของสถานีนามัย ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2548



ภาพที่ 16 ค่ายา เวชภัณฑ์ และค่าวัสดุรวมเฉลี่ยของสถานื่อนามัย ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2548

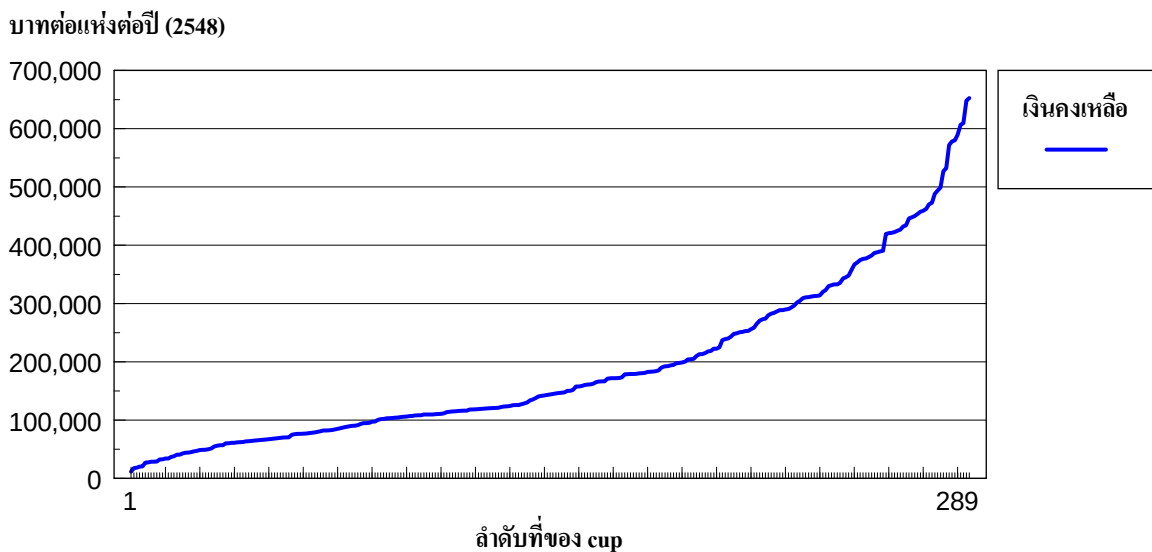


290 cups

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สำหรับเงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ CUP ส่วนใหญ่ ประมาณ 80% มีเงินคงเหลืออยู่ในช่วง 50,000 – 400,000 บาทต่อสถานื่อนามัย โดยมี CUP ประมาณ 10% ที่มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 50,000 บาทต่อสถานื่อนามัย และ CUP ประมาณเกือบ 30% มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานื่อนามัย โดยมี 10% ที่มีเงินคงเหลือเกิน 400,000 บาทต่อสถานื่อนามัย เช่นเดียวกับปี พ.ศ. 2550 โดยในปี พ.ศ. 2550 มีแนวโน้มที่เงินคงเหลือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดย CUP ประมาณ 25% มีเงินคงเหลือน้อยกว่า 100,000 บาทต่อสถานื่อนามัย (ภาพที่ 17 - 18)

ภาพที่ 17 เงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานื่อนามัย ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2548

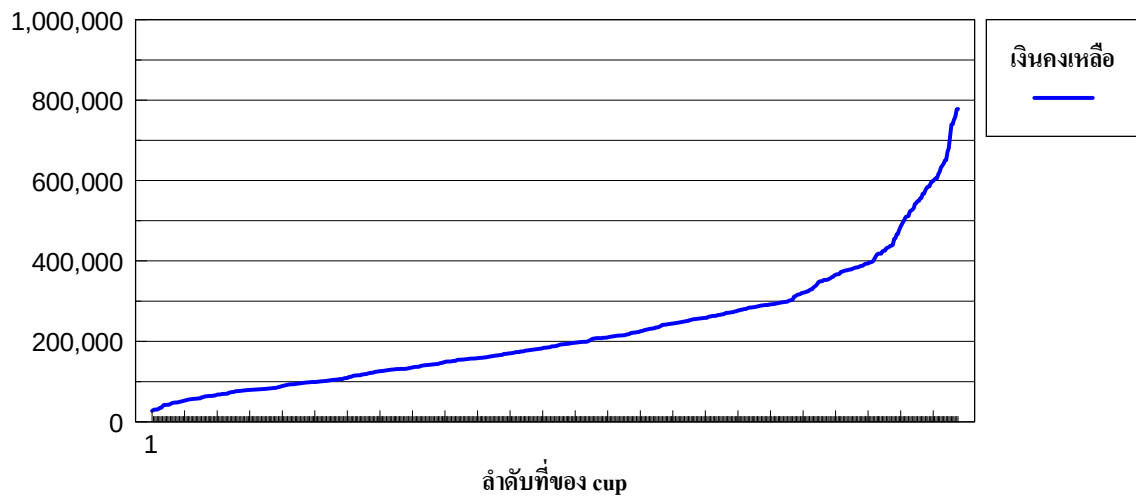


293 cups

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 18 เงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีอนามัย ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2550

บาทต่อแห่งต่อปี (2550)



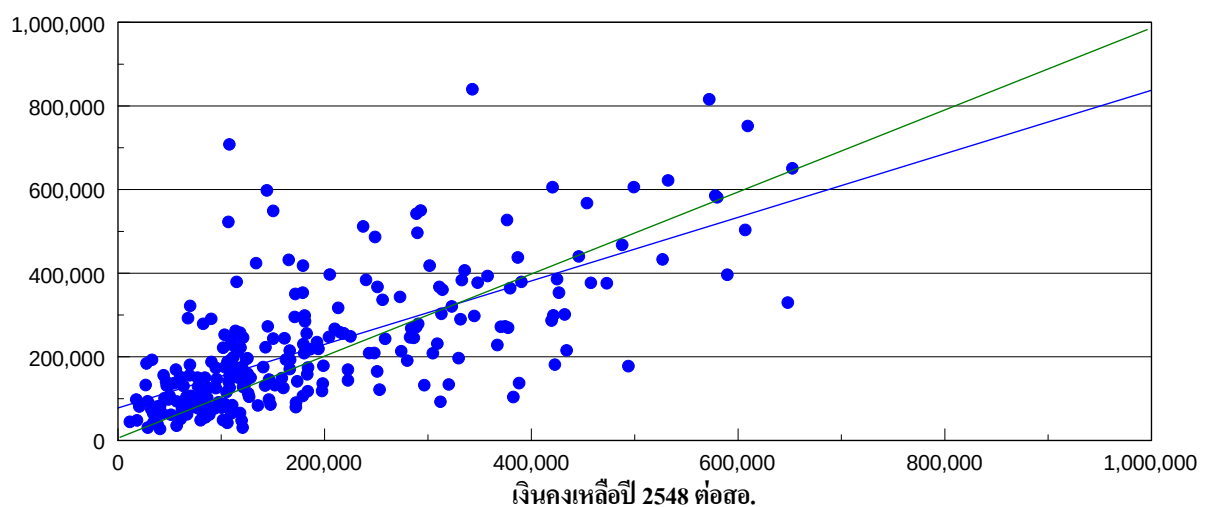
620 cups

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบเงินคงเหลือของลูกข่ายในระดับ CUP ระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550 จะพบว่า CUP ที่สถานีอนามัยมีเงินคงเหลือในปี พ.ศ. 2548 ต่ำกว่า 100,000 บาทต่อแห่ง ส่วนใหญ่จะมีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่ CUP อื่นๆ มีทั้งที่มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้น และลดลง (ภาพที่ 19) อย่างไรก็ตาม เงินคงเหลือ ณ สิ้นปีงบประมาณ เป็นเงินคงเหลือ ณ จุดเวลา ซึ่งอาจจะไม่ได้สะท้อนภาพรวมของผลต่างของรายรับกับรายจ่าย ตลอดทั้งปีได้ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของเงิน เช่น อาจเป็นช่วงเวลาของการได้รับเงินที่โอนมาเป็นงวด หรือเป็นช่วงเวลาของการจ่ายเงินเพื่อชำระหนี้ ซึ่งทำให้เงินคงเหลือ ณ จุดเวลา มีการกระเพื่อมขึ้นลงได้

ภาพที่ 19 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีอนามัย ราย CUP ปี พ.ศ. 2548 และ 2550

เงินคงเหลือปี 2550 ต่อสอ.

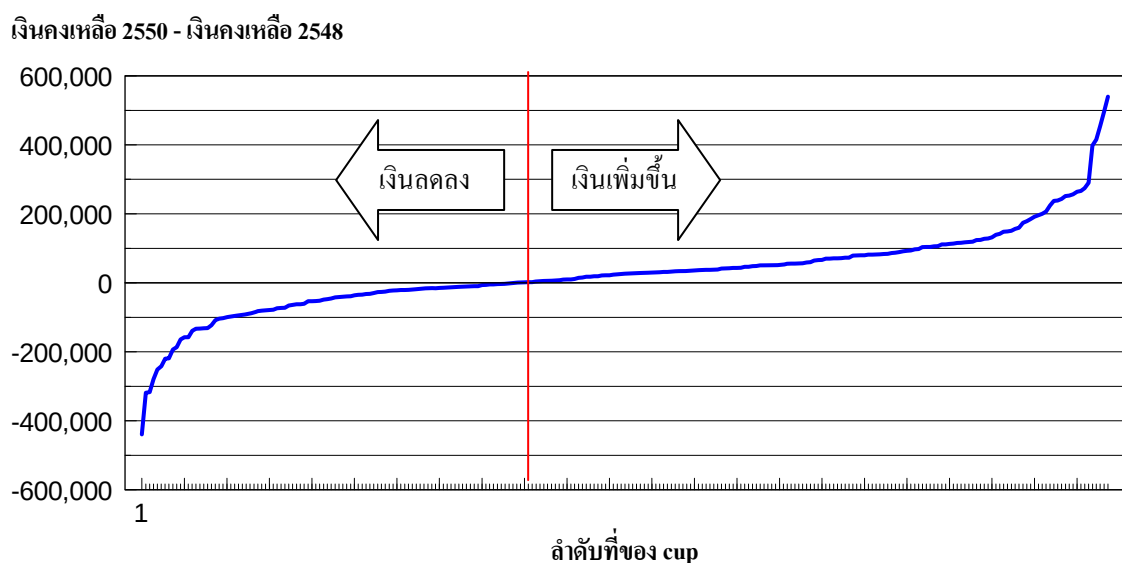


1 จุด = 1 CUP

ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเรียงลำดับตามผลต่างระหว่างเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2550 กับเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 จะพบว่า ประมาณ 65% ของ CUP (จาก CUP 251 แห่ง ที่จับคู่ระหว่างปี พ.ศ. 2548 กับปี พ.ศ. 2550) ที่มีเงินคงเหลือ เพิ่มขึ้น ในขณะที่ 35% มีเงินคงเหลือลดลง โดยมี CUP ประมาณ 10% ที่มีเงินคงเหลือลดลง มากกว่า 100,000 บาทต่อสถานีนอนมัย และมี CUP ประมาณ 15% ที่มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้นเกิน 100,000 บาทต่อสถานีนอนมัย (ภาพที่ 20) โดย CUP ที่มีเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 ต่ำกว่า 200,000 บาทต่อสถานีนอนมัย ส่วนใหญ่ ประมาณ 70% มีเงินคงเหลือเพิ่มขึ้น ในขณะที่ CUP ที่มีเงินคงเหลือปี พ.ศ. 2548 เกิน 200,000 บาทต่อสถานีนอนมัย ส่วนใหญ่ ประมาณ 60% มีเงินคงเหลือลดลง (ภาพที่ 21)

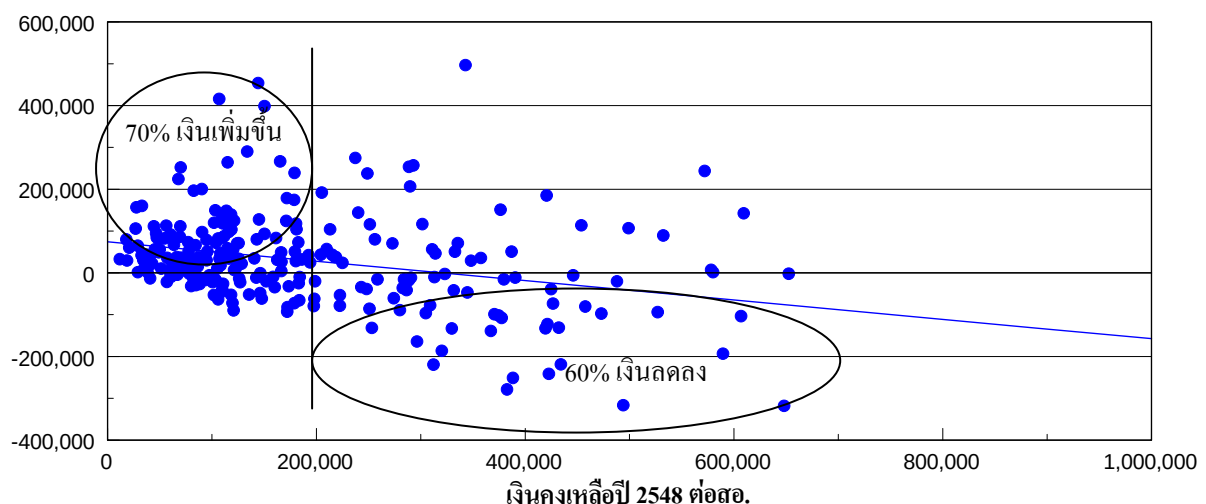
ภาพที่ 20 เงินคงเหลือเฉลี่ยของสถานีนอนมัย พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2548 ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก



251 cups ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 21 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือของสถานีนอนมัย ปี พ.ศ. 2550 – 2548 และเงินคงเหลือ พ.ศ. 2548

เงินคงเหลือปี 2550 - เงินคงเหลือปี 2548



1 จุด = 1 CUP ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

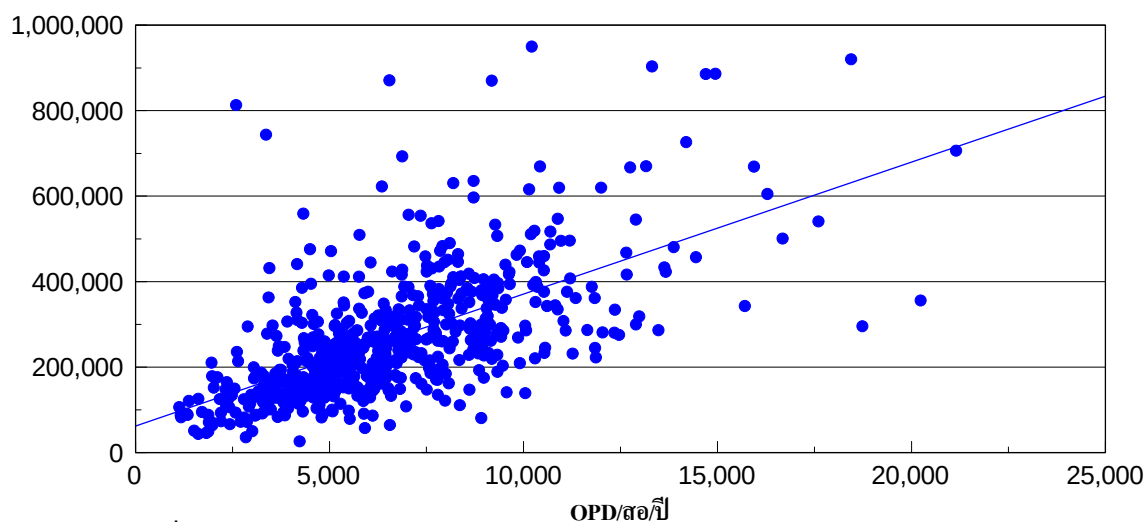
4.5. ปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือของสถานีนามัย

ปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือ ได้แก่ ปริมาณการให้บริการของสถานีนามัย ที่อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่าย และปัจจัยเงินคงเหลือของแม่ข่าย (CUP) ที่อาจจะส่งผลต่อเงินคงเหลือของลูกค้า (สถานีนามัย)

หากเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกของสถานีนามัยต่อแห่งต่อปี ในแต่ละ CUP กับค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อแห่งต่อปี จะพบถึงความสัมพันธ์เชิงบวก ที่อธิบายได้ถึงอิทธิพลของปริมาณผู้ให้บริการกับค่าใช้จ่ายด้านค่ายาและเวชภัณฑ์ (ภาพที่ 22) แต่ CUP ที่มีจำนวนผู้รับบริการที่สถานีนามัยมาก กลับไม่ได้ส่งผลให้มีเงินคงเหลือที่มากกว่า CUP ที่มีจำนวนผู้รับบริการน้อยกว่าอย่างชัดเจนนัก (ภาพที่ 23)

ภาพที่ 22 แผนภูมิการกระจายของ ค่ายา เวชภัณฑ์เฉลี่ย และอัตราผู้ป่วยนอกต่อปี ของสถานีนามัย ปี พ.ศ. 2550

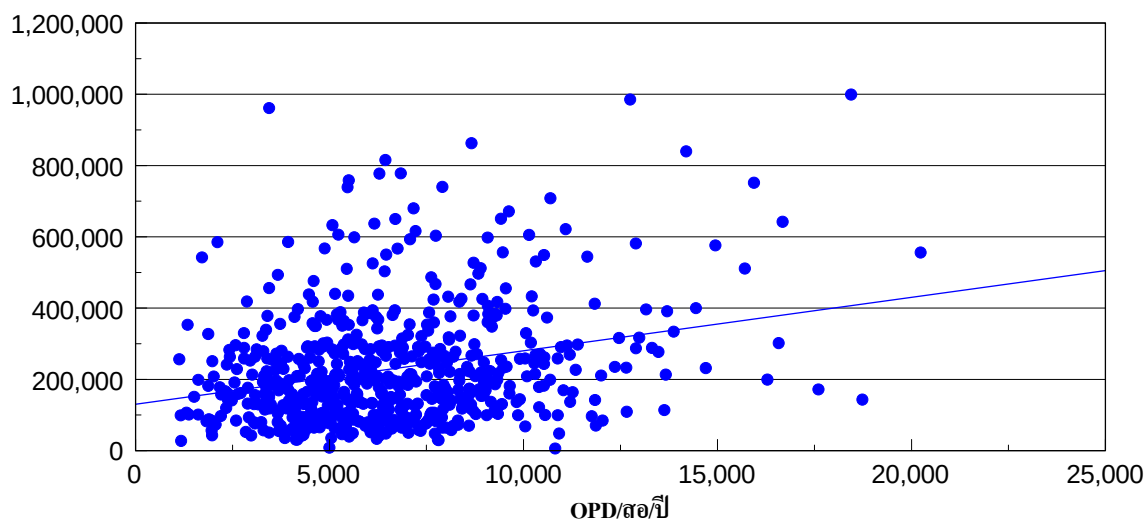
ค่ายา เวชภัณฑ์ต่อสอ.ต่อปี



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 23 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ย และอัตราผู้ป่วยนอกต่อปี ของสถานีนามัย ปี พ.ศ. 2550

เงินคงเหลือ ณ สิ้นปี/สอ./ปี



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่อครั้งของผู้ป่วยนอก จะพบว่า CUP ส่วนใหญ่ ประมาณ 60% มีค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์อยู่ในช่วง 30-50 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกของสถานีนามัย โดย CUP ประมาณ 20% มีค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์เกิน 50 บาทต่อครั้ง ไปจนถึง 120 บาทต่อครั้ง (ภาพที่ 24)

ภาพที่ 24 ค่ายา เวชภัณฑ์ ต่อครั้งผู้ป่วยนอก ราย CUP เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ปี พ.ศ. 2550

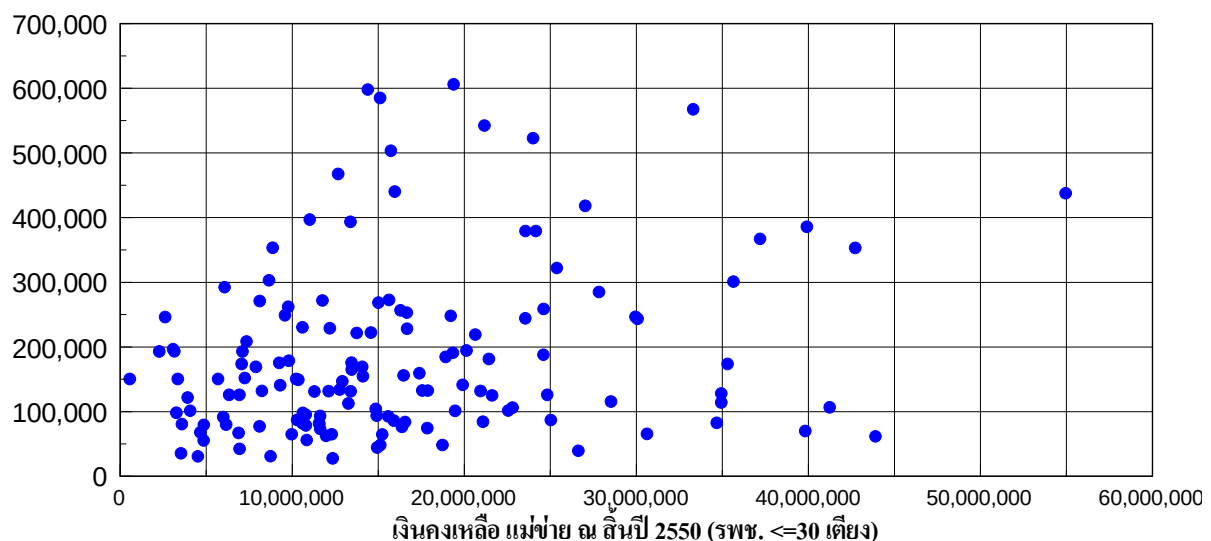
ค่ายา เวชภัณฑ์ต่อ OPD ต่อปี



และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเงินคงเหลือของลูกข่าย (สถานีนามัย) และเงินคงเหลือของแม่ข่าย (CUP) จะพบว่าเงินคงเหลือของแม่ข่าย ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับเงินคงเหลือของลูกข่าย ไม่ว่าจะเป็น CUP ประเภทใดก็ตาม (ภาพที่ 25 - 27) กล่าวคือ CUP ที่มีเงินคงเหลือมาก ก็ไม่ได้ทำให้ลูกข่ายมีเงินคงเหลือมากตามไปด้วย

ภาพที่ 25 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกข่าย และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพช.ขนาด <=30 เตียง ปี พ.ศ. 2550

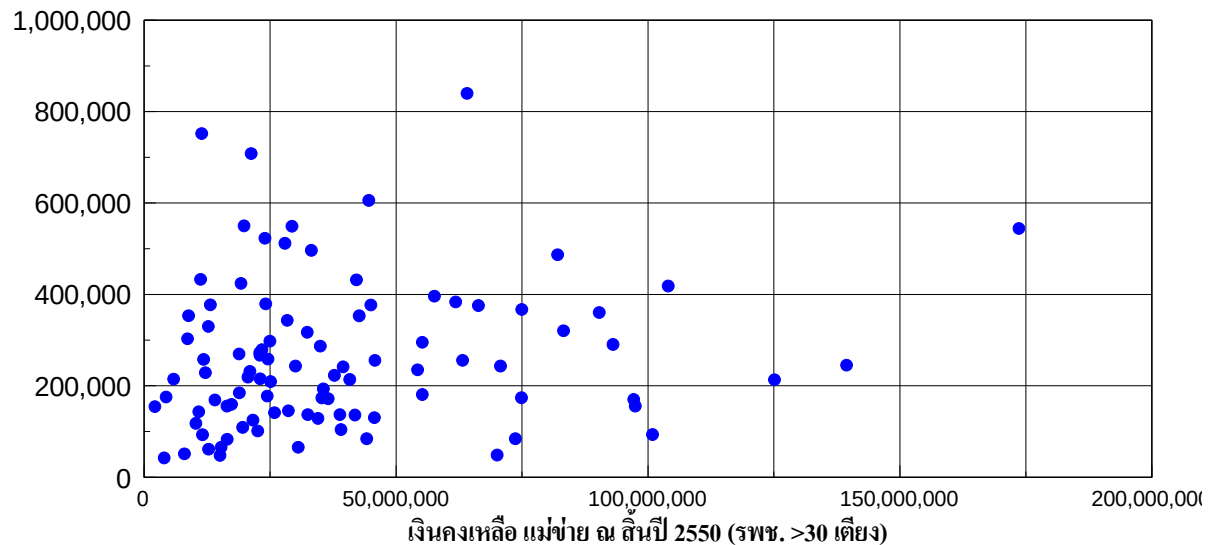
เงินคงเหลือ ลูกข่าย (ต่อแห่ง) ณ สิ้นปี 2550 (รพช. <=30 เตียง)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 26 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกข่าย และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพช.ขนาด >30 เตียง ปี พ.ศ. 2550

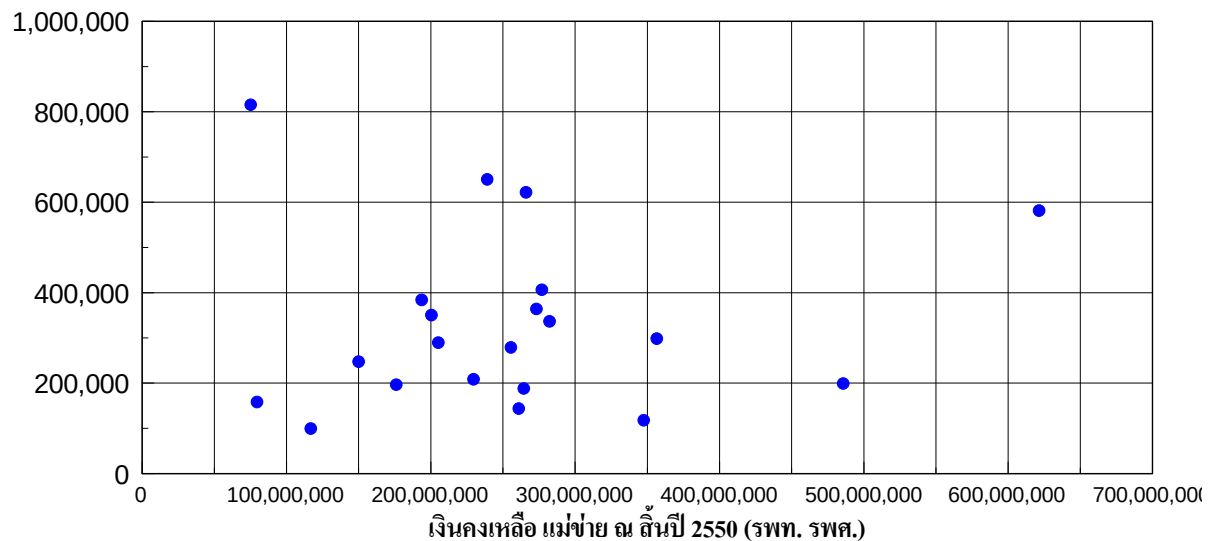
เงินคงเหลือ ลูกข่าย (ต่อแห่ง) ณ สิ้นปี 2550 (รพช. >30 เตียง)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 27 แผนภูมิการกระจายของ เงินคงเหลือเฉลี่ยลูกข่าย และเงินคงเหลือแม่ข่าย รพท. และ รพศ. ปี พ.ศ. 2550

เงินคงเหลือ ลูกข่าย (ต่อแห่ง) ณ สิ้นปี 2550 (รพท. รพศ.)



ที่มา: 0110 รง.5 ปี พ.ศ. 2550 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การจัดสรรเงินให้กับสถานีนามัย ไม่ได้สอดคล้องกับปริมาณบริการของสถานีนามัย โดยตรง ทำให้ CUP ที่สถานีนามัยให้บริการมากไม่ได้มีเงินคงเหลือที่มากกว่า CUP ที่สถานีนามัยให้บริการน้อยกว่า และฐานะการเงินของ CUP ที่มีเงินคงเหลือมาก ก็ไม่ได้ช่วยให้ฐานะการเงินของสถานีนามัยใน CUP เหล่านั้น ดีกว่าสถานีนามัยที่อยู่ภายใต้ CUP ที่มีฐานะการเงินที่แย่กว่า

5. สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอการจัดการด้านการเงินสำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากสถานการณ์ด้านรูปแบบการจัดสรรเงินและสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) จะพบประเด็นต่างๆพอจะสรุปได้ ดังนี้

1. รูปแบบการจัดสรรเงินของแต่ละจังหวัด มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับนโยบายในการตัดสินใจให้การสนับสนุนในระดับจังหวัด ที่จะเข้ามามีบทบาทในการจัดสรรเงินให้กับสถานีอนามัยโดยตรง หรือจะมอบให้เป็นบทบาทของ CUP ในการตัดสินใจ แต่ทุกจังหวัด มีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบในด้านสถานการณ์การเงินของสถานีอนามัย โดยการติดตามสถานการณ์ทางการเงิน
2. สูตรในการจัดสรรเงินให้กับสถานีอนามัย โดยการกันเงินในระดับจังหวัด เพื่อการจัดสรรเป็น Fixed cost มีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จังหวัดที่มีการกันเงินไว้จัดสรรโดยตรง มักจะมีอัตราขั้นต่ำ ไม่ต่ำกว่า 100,000 บาทต่อแห่งต่อปี ซึ่งบางจังหวัดคำนวณเป็นรายเดือน และบางจังหวัดนำจำนวนประชากรมาคิดด้วย โดยสูตรดังกล่าว จังหวัดอาจจะมอบให้ CUP เป็นผู้จัดสรร โดยโอนเงินไปยัง CUP ก่อน
3. รูปแบบในการจัดสรรเงินของ CUP ไปยังสถานีอนามัย มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่ (หรือทั้งหมด) สนับสนุนในรูปของยาและเวชภัณฑ์ แต่สำหรับการสนับสนุนเป็นเงินนั้น แตกต่างกันไป ขึ้นกับว่าสถานีอนามัยได้รับเงินโดยตรงจากจังหวัดหรือไม่ หากมีเงิน Fixed cost จากจังหวัดแล้ว การจัดสรรเงินเพิ่มเติมโดย CUP อาจจะมีโอกาสน้อยลง โดยบาง CUP จัดสรรโดยใช้จำนวนประชากร และจำนวนบริการ หรือผลงาน โดยอาจจะคิดเป็นยอดรวม แล้วนำมาหักค่ายา ที่เหลือจึงจ่ายเป็นเงิน หรืออาจจะแยกกันโดยเค็ดขาดระหว่างค่ายากับเงินสนับสนุน
4. การจัดสรรเงินให้กับสถานีอนามัย มีการให้ความสำคัญกับความอยู่รอดของสถานีอนามัยเป็นหลัก โดยการสนับสนุนเป็นงบประมาณคงที่ (Fixed cost) เพื่อให้สามารถจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร และค่าสาธารณูปโภค ได้อย่างเพียงพอ ในขณะที่ปริมาณงาน จะถูกนำมาคิดผ่านการจัดสรรยาและเวชภัณฑ์ โดยอาจจะมีการเงินบางส่วนจัดสรรโดยใช้จำนวนบริการด้วย โดยสูตรจัดสรรดังกล่าวขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจในระดับ CUP เป็นส่วนใหญ่
5. สถานการณ์ทางการเงินของสถานีอนามัยเฉลี่ยโดยภาพรวม ดูเหมือนว่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น กล่าวคือ มีเงินคงเหลือเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คือประมาณ 200,000 บาทแห่ง ถึงแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แสดงถึงความเป็นไปได้ที่มีรายได้ที่เพิ่มขึ้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมา
6. การกระจายของสถานการณ์ทางการเงินของสถานีอนามัย หากเปรียบเทียบเป็นราย CUP จะมีความหลากหลายและแตกต่างกันอย่างมาก โดยสถานีอนามัยที่อยู่กับ CUP ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่จะมีสถานการณ์การเงินที่ดีกว่า CUP โรงพยาบาลขนาดเล็ก และมี CUP จำนวนหนึ่ง ประมาณ 10% ที่สถานีอนามัยประสบกับปัญหาด้านการเงิน โดยมีเงินคงเหลือเฉลี่ยต่ำกว่า 50,000 บาทต่อแห่ง และ 25% มีเงินคงเหลือเฉลี่ยต่ำกว่า 100,000 บาทต่อแห่ง

7. แนวโน้มของเงินคงเหลือ ในกลุ่มของ CUP ที่สถานีนอมนัยมีเงินคงเหลือต่ำกว่า 200,000 บาทต่อแห่ง ส่วนใหญ่ ประมาณ 70% มีแนวโน้มเงินคงเหลือที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีอีก 30% ที่มีเงินคงเหลือลดลง แต่ยอดเงินที่ลดลง อาจจะไม่มากนัก ในขณะที่ 60% ของ CUP ที่สถานีนอมนัยมีเงินคงเหลือมากกว่า 200,000 บาทต่อแห่ง มีเงินคงเหลือลดลง แต่ยอดเงินที่ลดลงนั้น อาจจะไม่มากนัก เมื่อเทียบกับเงินที่มีอยู่ ซึ่งแนวโน้มดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า CUP โดยส่วนใหญ่ยังสามารถประคับประคองสถานการณ์การเงินของสถานีนอมนัยให้สามารถอยู่ได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะประสบปัญหาในบางพื้นที่
8. สถานการณ์การเงินที่ดีของแม่ข่าย (CUP) อาจจะไม่เพิ่มโอกาสในการมีสถานการณ์การเงินที่ดีของลูกค้า แสดงให้เห็นว่าสูตรหรือรูปแบบการจัดสรรเงินให้กับสถานีนอมนัยนั้นค่อนข้างจะตายตัว และไม่ยืดหยุ่นไปตามฐานะทางการเงินของแม่ข่าย ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจจะมีผลกระทบต่อแม่ข่ายที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี และอาจไม่สามารถจ่ายเงินให้กับสถานีนอมนัยได้อย่างเต็มที่ หรือหากต้องจ่ายเงินอย่างเต็มที่ ก็จะกระทบต่อฐานะทางการเงินของตัวแม่ข่ายเอง

จากข้อสรุปสถานการณ์การจัดสรรเงินและสถานการณ์ทางการเงินดังกล่าว นำไปสู่ข้อเสนอในเชิงหลักการ ดังนี้

1. การจ่ายเงินให้กับสถานีนอมนัย ควรจะสะท้อนภาระรายจ่ายของสถานีนอมนัยที่แท้จริง จากการศึกษาภาระรายจ่ายของสถานีนอมนัย ทั้งในภาพเฉลี่ยและการกระจาย โดยในภาพเฉลี่ย นำมาใช้เป็นแนวทางในการคำนวณเงินสำหรับบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ ซึ่งจะประกอบด้วยค่าใช้จ่าย 2 ส่วน คือส่วนที่คงที่ (Fixed cost) และส่วนที่แปรตามประชากรและบริการ (Variable cost) บวกกับการประเมินภาระรายจ่ายที่จะเพิ่มขึ้น หากบริการดีขึ้น และควรจะคำนวณรายจ่ายเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิด้วย เนื่องจากรายจ่ายในปัจจุบัน (Existing expenditure) เป็นรายจ่ายในสถานการณ์ที่บริการปฐมภูมิยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยอาจจะมีภาระรายจ่ายที่ควรจะเป็น (Expected expenditure) หากบริการปฐมภูมิมีความสมบูรณ์ เป็นเป้าหมายในการจัดสรรในระยะยาว และสำหรับข้อมูลการกระจายของภาระรายจ่าย นำมาใช้ในการหารูปแบบการจัดสรรเงินที่เหมาะสมในระดับจังหวัด ที่จะสามารถสะท้อนภาระรายจ่ายที่แท้จริงได้อย่างเป็นธรรม
2. การจ่ายเงินให้กับสถานีนอมนัย ควรที่จะเพิ่มน้ำหนักของการจ่ายเงิน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาบริการของสถานีนอมนัย ทั้งนี้การจ่ายเงินให้กับสถานีนอมนัย ควรจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคืองบดำเนินการคงที่ (Fixed cost) และงบดำเนินการแปรผัน ตามบริการหรือผลงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาบริการ และสอดคล้องกับภาระรายจ่ายที่แท้จริง โดยส่วนหนึ่งอาจจะต้องแยกออกมาเป็นงบสำหรับการพัฒนาสถานีนอมนัยโดยเฉพาะ เพื่อปรับในด้านบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน ผ่านการพิจารณาในรูปแบบของโครงการหรือแผนการพัฒนา (Development plan) ในระดับ CUP หรือระดับจังหวัด

3. การจัดสรรเงินควรมีความเป็นธรรมและเหมาะสม ระหว่างแม่ข่าย (CUP) กับลูกข่าย (สถานีนามัย) เพื่อเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะสำหรับ CUP ที่มีศักยภาพหรือฐานะการเงินที่ดี ก็ควรให้การสนับสนุนสถานีนามัยมากขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง โดยเน้นการสนับสนุนงบเพื่อการพัฒนาบริการในด้านต่างๆ และอาจจะขยายการสนับสนุนไปยังสถานีนามัยของ CUP อื่นๆ ที่เป็นเครือข่ายในระดับจังหวัด
4. การปรับเกลี่ยเงินสนับสนุน CUP ระหว่างพื้นที่ ควรมีความเป็นธรรมและเหมาะสม เพื่อให้ CUP สามารถสนับสนุนสถานีนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ CUP ที่มีฐานะการเงินไม่ดี ได้แก่ CUP โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ที่มีจำนวนประชากรน้อย ทำให้มีงบเหมาจ่ายรายหัวน้อย โอกาสในการสนับสนุนสถานีนามัยก็จะมียกจำกัด โดยอาจจะปรับเกลี่ยจาก CUP ที่มีจำนวนประชากรมาก แต่การะจ่ายรายหัวน้อย เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือมีปริมาณบริการน้อย เพื่อให้การจัดสรรเงินสะท้อนรายจ่ายที่แท้จริงตามปัจจัย Economy of Scale และ Workload เพื่อปกป้องให้มีการสนับสนุนสถานีนามัยอย่างเหมาะสม โดย CUP ที่มีฐานะทางการเงินไม่ดีเหล่านั้ ก็ไม่เดือดร้อน และสามารถอยู่รอดได้