

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ซึ่งต้องการวิเคราะห์โดยการสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณด้วยการศึกษาการใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับความเป็นธรรมในความหมายที่ว่าความเท่าเทียมเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าไปในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกันเพื่อกำหนดปัจจัยความเป็นธรรมการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคระดับจังหวัด โดยมีขอบเขตการศึกษาเพียงการจัดสรรงบประมาณในส่วนของการขอของสถานีบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่นำมาศึกษา มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในปี 2535 และข้อมูลพื้นฐานอื่น ๆ ใช้ข้อมูลทศวรรษของปี 2533

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ทำให้ได้ทราบถึงเกณฑ์ที่หน่วยงานต่าง ๆ ใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสาธารณสุขในความรับผิดชอบ ซึ่งแตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้ถูกจัดให้อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานหลัก 2 หน่วยงาน ได้แก่ กองสาธารณสุขภูมิภาค และ กองโรงพยาบาลภูมิภาค เป็นการแยกการจัดสรรเป็น 2 ส่วน คือ เขตเมืองและเขตชนบท โดยกองสาธารณสุขภูมิภาครับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขระดับตำบล และอำเภอ ซึ่งจัดเป็นเขตชนบท และยังรับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ ส่วนกองโรงพยาบาลภูมิภาครับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขตเมือง โดยทั้ง 2 หน่วยงานใช้การจัดสรรงบประมาณตามหมวดรายจ่าย สำหรับหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ จัดสรรตามที่ใช้จ่ายจริง คือ จัดสรรตามจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง และมีการคาดประมาณ สำหรับอัตราใหม่ในแต่ละปี ส่วนในหมวดอื่น ๆ มีเกณฑ์การจัดสรรสรุปได้ดังนี้



การจัดบริการสาธารณสุขระดับตำบล พิจารณาจากจำนวนสถานอนามัยในแต่ละจังหวัด และจัดสรรโดยให้ความสำคัญแต่ละสถานีเท่ากัน จึงเป็นการจัดสรรงบประมาณแบบเฉลี่ยเท่ากัน

การจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยทั่วไปจัดสรรโดยพิจารณาจาก ขนาดของ โรงพยาบาล และจัดสรรเฉลี่ยให้เท่ากันในแต่ละขนาดของโรงพยาบาล ส่วนในด้านค่าใช้จ่าย ผู้รับบริการพิจารณาจากจำนวนและประเภทผู้ป่วย โดยจัดสรรเฉลี่ยเท่ากันต่อราย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้ (นอกเหนือจากผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับสวัสดิการอยู่แล้ว)

การจัดบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด จัดสรรโดยใช้สมการต้นทุนหมวดค่าใช้จ่ายต่างๆ โดยพิจารณาจากปริมาณงานของโรงพยาบาล จำนวนประชากรในจังหวัด รายได้ประชากร และหน้าที่ความรับผิดชอบพิเศษต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และขนาดของโรงพยาบาล

งบสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล จัดสรรเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยรายได้น้อยของสถานบริการแต่ละระดับ คูณด้วย Unit cost และอีกส่วนหนึ่งจัดสรรไปตามสัดส่วนผู้ถือบัตรสงเคราะห์ ปี 2533 ของจังหวัดนั้น ๆ

งบสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ คูณด้วย Unit cost ที่วิเคราะห์ได้ และส่วนที่ 2 พิจารณาจัดสรรไปตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัด

นอกจากนี้การศึกษาส่วนนี้ ยังได้รวมงบประมาณของหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาวิเคราะห์การจัดสรรด้วย ซึ่งการวิเคราะห์ครั้งนี้ สามารถรวบรวมข้อมูลได้เพียง 2 หน่วยงาน ได้แก่ กองอนามัยครอบครัว ในสังกัดกรมอนามัย และกองโรคติดต่อทั่วไป ในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ โดยงบประมาณในส่วนที่แยกนำมาศึกษา นี้จะเป็นงบดำเนินการในส่วนที่เป็นบปีใช้สอย และเงินอุดหนุน ที่โอนให้จังหวัด เพื่อส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้ง 2 หน่วยงานนี้ ซึ่งมีเกณฑ์การจัดสรรโดยสรุปดังนี้

กองอนามัยครอบครัว จัดสรรให้ตามคำขอของจังหวัดตามระบบ กชช. (คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ) ซึ่งจัดสรรให้จังหวัดที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการเผยแพร่งานวางแผนครอบครัว และงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดละเท่ากันในแต่ละกิจกรรม

กองโรคติดต่อทั่วไป จัดสรรให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ทั้งประเทศ ที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งการจัดสรรออกเป็น 3 งาน ได้แก่ งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานควบคุมไข้เลือดออกและใช้สมองอีกเสบ และงานควบคุมโรคที่สามารถให้ภูมิคุ้มกันได้ ใช้เกณฑ์จัดสรรโดยเฉลี่ยให้สถานบริการสาธารณสุขเท่ากันในแต่ละงาน

การจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในปัจจุบันนี้ เป็นการ จัดสรรจากส่วนกลางในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน และใช้เกณฑ์การจัดสรรที่แตกต่างกัน ไปในแต่ละหน่วยงาน แต่โดยทั่วไปแล้วสรุปได้ว่า เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณขึ้นอยู่กับ

- อุปทาน (Supply) คือ เป็นการจัดสรรตามอุปทานที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- การขยายตัว (Growth) คือ การเพิ่มขึ้นเป็นเกณฑ์ร้อยละของปีที่ผ่านมา
- ผลผลิต (Output) คือ จัดสรรตามจำนวนผลผลิตบริการ โดยใช้ผลผลิตในปีที่ ผ่านมาเป็นแนวโน้มตั้งเป้าหมายจำนวนผลผลิต และกำหนดงบประมาณปีต่อไป

การศึกษาในขั้นที่สอง เป็นการวิเคราะห์การกำหนดปัจจัยความเป็นธรรมเพื่อสร้างแบบ จำลองการจัดสรรงบประมาณ โดยตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในแบบจำลอง จะ สะท้อนถึงความจำเป็นและความแตกต่างด้านต่าง ๆ ของประชากรในแต่ละจังหวัด ตัวแปรที่ได้ กำหนดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้โดยเฉพาะ คือ ตัวแปรที่สะท้อนสภาวะสุขภาพของประชากร ในแต่ละจังหวัด ซึ่งพิจารณาจากจำนวนประชากรที่ปรับโดยการถ่วงน้ำหนักด้วยอัตราส่วนการตาย มาตรฐาน (SMR.) ของแต่ละจังหวัด ผลจากการวิเคราะห์พบว่าในปี 2533 จังหวัดภูเก็ต เป็น จังหวัดที่มีอัตราส่วนการตายมาตรฐานสูงที่สุดคือ ร้อยละ 151.4 จังหวัดอยุธยา มีอัตราส่วนการตาย มาตรฐานต่ำสุดคือ ร้อยละ 64 และเมื่อคำนวณการปรับจำนวนประชากรด้วยอัตราส่วนการตาย มาตรฐาน พบว่า จังหวัดภูเก็ตมีอัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 46.58 ในขณะที่จังหวัดอยุธยา มีอัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรลดลง ร้อยละ 36.08 โดย จำนวนประชากรที่ปรับแล้วนี้ จะหมายความว่า จำนวนประชากรที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ควรได้ รับบริการสาธารณสุข สำหรับตัวแปรที่สะท้อนผลผลิตบริการคือ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวน วันผู้ป่วยใน และตัวแปรที่สะท้อนเศรษฐกิจของจังหวัดหรือความสามารถพึ่งตนเองได้ของประชาชน ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของประชากรรายจังหวัด รายรับเงินบำรุง เงินบำรุงสุทธิ และเงินกองทุน ประกันสังคม นอกจากนี้ได้กำหนดให้ จำนวนเตียง เป็นปัจจัยที่สะท้อนขนาดของสถานบริการ สาธารณสุข

การสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณในการศึกษาค้างนี้ มีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือแบบจำลองนี้เป็นแบบจำลองเชิงเศรษฐกิจตามปกติ โดยมีข้อสมมติว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม จะเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และการวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-section Analysis) โดยการประมาณการจัดสรรงบประมาณในการ ศึกษาจะได้จากแบบจำลองหาความสัมพันธ์ของปัจจัยความเป็นธรรมที่กำหนดขึ้น โดยใช้วิธี สมการถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งผลการวิเคราะห์

แบบจำลองในการจัดสรรงบประมาณนี้ ได้เสนอผลการวิเคราะห์เป็น 3 กรณี คือ

กรณีที่ 1 เป็นการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในส่วนของงบดำเนินการ ของงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณ ในกรณีที่ 1 คือ จำนวนวันผู้ป่วยใน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนประชากรที่ปรับด้วย SMR. และระดับรายได้เฉลี่ยรายจังหวัด โดยลำดับตามค่าความสำคัญของตัวแปร (ดูที่ค่าสัมประสิทธิ์ Beta ของตัวแปร)

กรณีที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในส่วนของงบดำเนินการ ของงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จังหวัด รวมทั้งงบสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และผู้สูงอายุ และงบของกองอนามัยครอบครัว กองโรคติดต่อทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณ ในกรณีที่ 2 คือ จำนวนวันผู้ป่วยใน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนรายรับเงินบำรุง จำนวนประชากรที่ปรับด้วย SMR. และระดับรายได้เฉลี่ยรายจังหวัด โดยลำดับตามค่าความสำคัญของตัวแปร

กรณีที่ 3 เป็นการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในส่วนของงบดำเนินการ ของงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จังหวัด โดยรวมงบหมวดเงินเดือนค่าจ้างของงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัด ด้วย และรวมถึงงบสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และผู้สูงอายุ และงบของกองอนามัยครอบครัว กองโรคติดต่อทั่วไป

โดยผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณในกรณีที่ 3 ตามลำดับค่าความสำคัญของตัวแปร ได้แก่ จำนวนเตียง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนวันผู้ป่วยใน จำนวนประชากรที่ปรับด้วย SMR. และระดับรายได้เฉลี่ยรายจังหวัด

ในกรณีที่ 3 นี้ จำนวนเตียง เป็นปัจจัยที่มีบทบาทอย่างมากในการจัดสรรงบประมาณ ทั้งนี้เนื่องจากมีงบประมาณในส่วนของงบหมวดเงินเดือนค่าจ้าง สูงถึงร้อยละ 56 ของงบประมาณ ในกรณีที่ 3 ซึ่งงบหมวดเงินเดือนค่าจ้างนี้มีความสัมพันธ์กับจำนวนเตียงอย่างมาก จึงทำให้การประมาณการจัดสรรงบประมาณในกรณีนี้ผันแปรตามจำนวนเตียง

กล่าวได้ว่าแบบจำลองในทุกกรณี ที่ได้จากการวิเคราะห์นี้ มีความเป็นธรรมระดับหนึ่ง ในขอบเขตของปัจจัยที่กำหนดในแบบจำลองนั้น

การวิเคราะห์ขั้นที่สามซึ่งเป็นขั้นสุดท้าย เป็นการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบงบประมาณที่จัดสรรในปัจจุบัน กับ งบประมาณที่จัดสรรจากการวิเคราะห์ โดยเสนอผลการเปรียบเทียบเป็นรายจังหวัดสรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

- สัดส่วนของงบประมาณที่ประมาณการจากแบบจำลองกับงบประมาณที่จัดสรรจริง ถ้าจังหวัดใดมีสัดส่วนดังกล่าว ต่ำกว่า หรือสูงกว่า 1 ถือว่าเกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ โดยผลจากการวิเคราะห์ครั้งนี้ ทั้ง 3 กรณี พบว่าจังหวัดสมุทรสงคราม มีสัดส่วนเปรียบเทียบงบประมาณสูงสุด และสูงกว่า 1 คือ เท่ากับ 1.32 1.45 และ 1.23 ตามลำดับกรณี แสดงว่างบประมาณจัดสรรจริงมีจำนวนต่ำกว่างบประมาณจากการประมาณการ ทำให้อัตราการเปลี่ยนแปลงของการจัดสรรงบประมาณควรเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.06 45.36 และ 22.90 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนเปรียบเทียบงบประมาณต่ำสุดในกรณีที่ 2 และกรณีที่ 3 เท่ากับ 0.25 และ 0.79 และในกรณีที่ 1 ได้แก่ จังหวัดพังงา เท่ากับ 0.75 ซึ่งมีค่าต่ำกว่า 1 ทั้ง 3 กรณี หมายความว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรร มีจำนวนมากกว่างบประมาณจากการประมาณการ นั่นคือ ในกรณีที่ 2 และกรณีที่ 3 จังหวัดภูเก็ตควรได้รับจัดสรรงบประมาณในอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงร้อยละ 74.60 และ 20.83 ของงบประมาณที่จัดสรรจริง และในกรณีที่ 1 จังหวัดพังงามีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 25.16 ของงบประมาณที่จัดสรรจริง

โดยความแตกต่างของงบประมาณจากการประมาณการที่จัดสรรให้จังหวัดจะขึ้นอยู่กับปัจจัย และขนาดของปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรงบประมาณในแต่ละกรณี

- งบประมาณต่อหัวรายจังหวัด สำหรับการวิเคราะห์ครั้งนี้จะแสดงถึงความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณระหว่างจังหวัดต่าง ๆ โดยพิจารณาร่วมกับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานะภาพของประชากรแต่ละจังหวัดทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม พบว่าจังหวัดที่ควรได้รับจัดสรรงบประมาณจากการประมาณการต่อหัว ต่ำที่สุด ในกรณีที่ 1 และ กรณีที่ 3 คือ จังหวัดสมุทรปราการ เท่ากับ 21.64 และ 106.37 บาท ตามลำดับ ส่วนกรณีที่ 2 คือจังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 20.36 บาท สำหรับจังหวัดที่ควรได้รับจัดสรรงบประมาณจากการประมาณการต่อหัวสูงสุดคือจังหวัดตราด เท่ากับ 102.96 195.86 และ 516.14 บาท ตามลำดับกรณี ในขณะที่งบประมาณที่จัดสรรจริงต่อหัวต่ำสุด คือจังหวัดสมุทรปราการ ทั้ง 3 กรณี โดยจัดสรรให้เท่ากับ 22.39 33.26 และ 115.42 บาท ตามลำดับกรณี และจังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณต่อหัวสูงสุดในกรณีที่ 1 และกรณีที่ 2 คือจังหวัดตราด เท่ากับ 100.57 และ 598.85 ส่วนในกรณีที่ 2 คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เท่ากับ 203.51 และจากการเปรียบเทียบงบประมาณที่จัดสรรจริงต่อหัว กับงบประมาณจากการประมาณการต่อหัว พบว่าในแต่ละกรณีมีแนวโน้มของลักษณะการกระจายที่คล้ายกัน เนื่องจากจำนวนผลผลิตบริการเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณเหมือนกัน แต่หลักเกณฑ์การจัดสรรอื่น ๆ แตกต่างกัน ทำให้จำนวนของงบประมาณที่จัดสรรให้จังหวัดแตกต่างกัน และก็มีบางจังหวัดที่การประมาณการจัดสรรต่อหัวแตกต่างไปจากงบประมาณที่จัดสรรจริงต่อหัวมาก ทั้งนี้เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณโดยการประมาณการจากแบบจำลองนี้

จะพิจารณาถึง การกระจายงบประมาณที่สอดคล้องกับความแตกต่างด้านต่าง ๆ ของประชาชนด้วย และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการจัดสรรงบประมาณต่อหัวสูงสุด กับ งบประมาณต่อหัวต่ำสุด ในแต่ละกรณี พบว่าสัดส่วนการเปรียบเทียบงบประมาณที่จัดสรรจริง เท่ากับ 4.49 6.12 และ 5.19 ตามลำดับกรณี และจากการประมาณการ เท่ากับ 4.76 9.62 และ 4.85 ตามลำดับกรณี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณจากการประมาณการในกรณีที่ 2 มีการกระจายที่แตกต่างกันมากในจังหวัดที่ควรได้รับจัดสรรงบประมาณสูงสุด และ ต่ำสุด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณในกรณีที่ 2 มีความเสมอภาคในการกระจายน้อยกว่ากรณีที่ 1 และกรณีที่ 3

สรุปได้ว่า ในภาพรวมแล้ว แบบจำลองการจัดสรรงบประมาณจากการวิเคราะห์ครั้งนี้ เป็นแนวทางหนึ่ง que แสดงถึง ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาค ในความหมายของความ เป็นธรรม ที่หมายถึงความเท่าเทียมกันในทรัพยากรนำเข้าไปในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกัน แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณ ที่กำหนดในแบบจำลองนี้ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นปัจจัยทางด้านอุปทาน (supply) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้กำหนดให้อยู่ในการจัดสรรงบประมาณปัจจุบัน ยกเว้นอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized mortality ratio) เพียงปัจจัยเดียวเท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านอุปสงค์ (demand) ที่ได้กำหนดเพิ่มขึ้นในแบบจำลองนี้ จึงทำให้ผลของการกระจายของงบประมาณ ที่จัดสรรจากการประมาณการจากแบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ ไม่แตกต่างไปจาก การกระจายของงบประมาณที่จัดสรรจริง เมื่อพิจารณาจากการวิเคราะห์ในส่วนของการเปรียบเทียบงบประมาณต่อหัวรายจังหวัด

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ เป็นการวิเคราะห์พื้นฐาน ที่มีลักษณะค่อนข้างกว้าง โดยกำหนดตัวแปรหลัก ๆ เท่านั้น มาใช้ในแบบจำลอง และวิธีการวิเคราะห์ที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นการพยายามสร้างแบบจำลองเพื่อวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ซึ่งยังมีข้อบกพร่องที่จำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงอีก โดยเฉพาะในเรื่องข้อจำกัดในการศึกษาค้างนี้ ซึ่งพอสรุปได้ คือ

1. การสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณ ในการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบจำลองเศรษฐมิติเชิงเส้นตรง ดังนั้นตัวแปรอิสระใด ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในสมการถดถอย นอกที่วิเคราะห์นี้ จึงสรุปไม่ได้ว่าตัวแปรเหล่านั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม เพราะ ตัวแปรเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์ กับ ตัวแปรตาม ในรูปแบบอื่น ที่ไม่ใช่รูปแบบเชิงเส้น ซึ่งไม่ได้ทำการศึกษาในค้างนี้

2. การศึกษาค้างนี้ได้กำหนดให้ระดับรายได้เฉลี่ยของประชากรรายจังหวัดเป็นปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะสะท้อนถึงระดับการกระจายบริการที่เหมาะสม แต่รายได้เฉลี่ยมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ เนื่องจากรายได้เฉลี่ยไม่ได้แสดงถึงการกระจายรายได้ที่เท่ากันของประชากร ดังนั้นรายได้เฉลี่ยรายจังหวัด จึงยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีที่จะใช้ในการอธิบายฐานะเศรษฐกิจของประชาชนในจังหวัดนั้นได้

3. การศึกษาค้างนี้ได้กำหนดให้รายรับเงินบำรุง และ เงินบำรุงสุทธิ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสามารถพึ่งตนเองได้ของสถานบริการสาธารณสุข จึงมีแนวความคิดว่า จังหวัดที่มีรายรับเงินบำรุงหรือเงินบำรุงสุทธิ มาก ควรได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐน้อยลง ซึ่งเป็น การพิจารณาในภาพรวม แต่การพิจารณาเช่นนี้อาจมีข้อแย้งได้ว่า การนำเงินบำรุงไปใช้จ่ายเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขนั้น ต้องคำนึงถึงจำนวนประชากรที่จังหวัดต้องรับผิดชอบด้วย จึงควรพิจารณาในลักษณะการใช้จ่ายต่อหัว โดยในการวิเคราะห์ค้างนี้รายรับเงินบำรุงทั้งหมดเฉลี่ยต่อหัวประชากรทั้งประเทศ จะได้เท่ากับ 92.97 บาท และเมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีเงินบำรุงมากที่สุด เมื่อคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวได้เท่ากับ 90.82 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ ในขณะที่จังหวัดชลบุรี มีรายรับเงินบำรุงต่ำกว่าจังหวัดนครราชสีมา แต่เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว จะได้เท่ากับ 149.94 บาท ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก ดังนั้นในการนำไปใช้จึงควรพิจารณาถึงข้อจำกัดนี้

4. ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผลผลิต (output) เป็นปัจจัยที่มีบทบาทอย่างสำคัญต่อการประมาณการจัดสรรงบประมาณ (input) ทำให้จังหวัดที่มีจำนวนผลผลิตมากได้รับจัดสรรงบประมาณมาก โดยที่การ จัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับจำนวนผลผลิตบริการ จะแสดงถึงควมมีประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณในระดับหนึ่ง แต่การใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นในจำนวนผลผลิตที่เพิ่มขึ้นด้วยนั้น ถ้าต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) ไม่ลดลง ย่อมจะสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ได้อบแทนจากงบประมาณหน่วยสุดท้ายลดลง ในทางกลับกันการใช้จ่ายงบประมาณจำนวนเท่าเดิมแต่สามารถจัดบริการได้จำนวนผลผลิตเพิ่มขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยบริการจะลดลง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณและทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาดได้ (economies of scale) แต่ก็ควรคำนึงถึงคุณภาพของการจัดบริการด้วย นั่นคือต้องมีมาตรฐาน หรือเกณฑ์ที่จะวัดคุณภาพของบริการแต่ละชนิดด้วย

5. เนื่องจากข้อมูลเงินบำรุงของสถานเอนามัย ไม่ได้จัดอยู่ในระบบรายงานปกติของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางจึงไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่ทราบสถานการณ์เงินบำรุงของสถานเอนามัย สำหรับการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ประมาณการรายรับเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการสำมะโนเงินบำรุงสถานเอนามัยทั่วประเทศ พ.ศ.2535* ส่วนเงินบำรุงสุทธิ ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้เฉพาะข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และ จังหวัด เนื่องจากข้อจำกัดในด้านข้อมูลของสถานสาธารณสุขระดับตำบลดังกล่าว

6. สำหรับเงินกองทุนประกันสังคม ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ใช้ข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมโดยการประมาณการจากจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ของแต่ละจังหวัด ในปี พ.ศ.2535** ซึ่งเป็นปีแรกที่สามารถรวบรวมข้อมูลนี้ได้สมบูรณ์ที่สุด

7. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้คำนึงถึงการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคขององค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งอาจส่งผลให้การกระจายงบประมาณไม่เหมาะสม

* รายรับเงินบำรุงของจังหวัด คำนวณจาก ผลรวมของรายรับเงินบำรุงต่อสถานเอนามัยของแต่ละสาธารณสุขอำเภอ X จำนวนเฉลี่ยของสถานเอนามัยต่อสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนั้น

** เงินกองทุนประกันสังคมของจังหวัด คำนวณจาก จำนวนผู้ประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัด (ราย) X 700 (บาท)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรพัฒนาคุณภาพข้อมูล เกี่ยวกับสาเหตุของการตายให้รัดกุม จะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวิเคราะห์ เพื่อผลที่เชื่อถือได้ ทั้งนี้เพราะว่า ปัญหาทางสุขภาพของประชากรย่อมมีหลายสาเหตุ และแตกต่างกันไป ในแต่ละภาค แต่ละจังหวัด ฉะนั้นการทราบถึงรายละเอียดของความจำเป็น หรือ ปัญหาทางสุขภาพมากขึ้น จะสามารถทำให้รัฐเลือกแนวทางในการกำหนดนโยบายการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อการปรับปรุงปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญก่อน ซึ่งจะทำให้ได้ผลตอบแทนต่อการใช้ทรัพยากรคุ้มค่าด้วย

นอกจากนี้ส่วนกลางควรมีการรวบรวม และจำแนกข้อมูลเกี่ยวกับงบประมาณ และเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล เพื่อประโยชน์ในการประเมินผลและการกำหนดนโยบายสาธารณสุข และควรมีการแยกงบประมาณ ที่ได้รับสนับสนุนเป็นประจำทุกปี จากหน่วยงานอื่น นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไว้อย่างชัดเจน

2. ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขอบเขตของการศึกษาเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงการจัดการของหน่วยงานอื่นในภาครัฐ และภาคเอกชน ที่จัดบริการสาธารณสุขด้วย ดังนั้น เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณมีผลต่อการพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวม จึงควรพิจารณาการกระจายทรัพยากร โดยคำนึงถึงทรัพยากรของหน่วยงานอื่นดังกล่าวด้วย เพื่อให้มีการกระจายที่เหมาะสม

ฉะนั้น การจัดบริการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในความจำกัดของทรัพยากร ควรจะต้องมีการประสานระดับนโยบาย ระหว่างหน่วยงานในองค์กรเดียวกัน รวมทั้งหน่วยงานองค์กรอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจน กำหนดความรับผิดชอบ และบทบาทของรัฐต่อการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อการปรับปรุงสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างชัดเจนด้วย

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการจัดสรรงบประมาณในส่วนภูมิภาค จึงควรได้มีการศึกษาหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ ระหว่างส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

4. ผลที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลระดับจังหวัด แบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ จึงเป็นแบบจำลองการประมาณการจัดสรรงบประมาณในภาพรวมระดับจังหวัด แต่เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยสถานบริการในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และ

โรงพยาบาลทั่วไป และในบางจังหวัดจะมี โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางหรือแม่ข่ายให้ จังหวัดในเครือข่ายโดยรอบ ซึ่งความแตกต่างของระดับสถานบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้จำนวนผลผลิตของสถานบริการแต่ละระดับ ก็แตกต่างกัน ดังนั้นควรประยุกต์แนวความคิดในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ไปใช้เพื่อสร้างแบบจำลองการประมาณการ จัดสรรงบประมาณให้จังหวัดโดยจำแนกปัจจัยที่สะท้อนถึงความแตกต่างของระดับสถานบริการ ซึ่ง ปัจจัยที่สามารถจำแนกความแตกต่างของระดับสถานบริการได้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนวัน ผู้ป่วยใน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวนเตียง โดยได้จำแนกออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ จังหวัด และระดับอำเภอ-ตำบล ปรากฏว่าผลการวิเคราะห์ (ดูที่ภาคผนวก ค) ในกรณีที่ 2 ให้ ผลที่ไม่แตกต่างไปจากการศึกษาในภาพรวมของจังหวัด แต่ในกรณีที่ 1 และกรณีที่ 3 ให้ผลที่ แตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการวิเคราะห์ครั้งนี้ มีลักษณะที่ค่อนข้างกว้าง กำหนดเฉพาะตัวแปรหลักๆ ในภาพรวมของจังหวัด แต่การวิเคราะห์ที่จะให้บอกถึงความแตกต่าง ของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละระดับบริการ ควรมีการกำหนดตัวแปรเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดที่มี โรงพยาบาลศูนย์ กับ จังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลศูนย์ โดยกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น เป็นต้น

5. ผลการวิเคราะห์ในเรื่องอัตราส่วนการตายมาตรฐานพบว่า จังหวัดจันทบุรี ภูเก็ต และตราด มีค่าอัตราส่วนการตายมาตรฐานสูงกว่าจังหวัดอื่น ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับการย้ายถิ่นของ แรงงานมายังจังหวัดเหล่านี้ เมื่อพิจารณาจำนวนการย้ายถิ่นสุทธิของประชากรจากการประมวลผล ข้อมูลจากสำมะโนประชากร พ.ศ.2523 พบว่าจันทบุรี ภูเก็ต และตราด มีจำนวนการย้ายถิ่นสุทธิ เท่ากับ 8,959 5,034 และ 6,528 คน ตามลำดับ โดยผู้ย้ายถิ่นสุทธิในช่วงอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.93 86.23 และ 74.39 ตามลำดับ จึงอาจกล่าวได้ว่าประชากรในวัย แรงงานมีการย้ายถิ่นสูง ส่วนจังหวัดอยุธยา มีจำนวนการย้ายถิ่นสุทธิเท่ากับ -24,207 คน โดย เป็นประชากรในช่วงอายุ 15-59 ปี ถึงร้อยละ 87.02 ของประชากรย้ายถิ่นทั้งหมดของจังหวัด ในช่วงระยะเวลาที่ทำการสำรวจ และเนื่องจาก ในช่วง 10 ปีต่อมาคือ ปี พ.ศ.2533 พบว่า อัตราการตายในช่วงอายุ 15-59 ปี ของจังหวัดจันทบุรี ภูเก็ต และตราด เท่ากับร้อยละ 48.78 50.18 และ 49.91 ของจำนวนการตายทั้งหมดของแต่ละจังหวัดตามลำดับ ส่วนจังหวัดอยุธยา (ซึ่งมีจำนวนการย้ายถิ่นสุทธิเป็นลบในปี 2523) มีอัตราการตายในช่วงอายุดังกล่าวเพียงร้อยละ 30.27 ของจำนวนการตายทั้งหมดของจังหวัด ดังนั้นถ้าการย้ายถิ่นสุทธิในปี พ.ศ.2533 ยังคงมี แนวโน้มเช่นนั้น ก็อาจกล่าวได้ว่าจังหวัดที่มีอัตราการตายสูงดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการย้ายถิ่น ของแรงงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์การสร้างแบบจำลองความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด ซึ่งตัวแปรที่กำหนดในแบบจำลองนี้ โดยรวมแล้วจะเป็นตัวแปรทางด้านอุปทาน (supply) มีเพียงอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized mortality ratio) เท่านั้น ที่เป็นตัวแปรทางด้านอุปสงค์ (demand) ที่ได้กำหนดเพิ่มขึ้นสำหรับการวิเคราะห์ในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นปัจจัยที่สะท้อนสภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละจังหวัด แต่เนื่องจากความจำเป็นทางสุขภาพนั้นมีความหมายที่กว้าง ยากที่จะระบุ หรือให้คำจำกัดความที่ชัดเจนแน่นอน ฉะนั้นอัตราส่วนการตายมาตรฐานจึงยังไม่สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างเพียงพอ จึงควรมีการศึกษาต่อไป โดยกำหนดตัวแปรทางด้านอุปสงค์เพิ่มขึ้นอีก เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปตามความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในแต่ละจังหวัด นั่นคือ ควรเป็นปัจจัยที่แสดงถึง จำนวนความต้องการด้านบริการการรักษาพยาบาล ดังนั้นตัวแปรที่ควรกำหนดเพิ่มขึ้นสำหรับการศึกษาต่อไปควรเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนความต้องการบริการดังกล่าว ได้แก่

1.1 สถานะสุขภาพ (health status) ของผู้รับบริการ ซึ่งอาจสร้างดัชนีสถานะสุขภาพของประชาชนแต่ละจังหวัดขึ้น ในลักษณะเป็น Multiple index ใช้ควบคู่กับดัชนีสุขภาพที่เป็น Single index เช่น ตัวแปรที่สะท้อนสภาวะสุขภาพของประชาชน เป็นตัวแปรที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ อัตราการตายรายโรค อัตราความเจ็บป่วยของโรคนั้น ๆ และขนาดความรุนแรงของโรค ในรูปของความต้องการทรัพยากรเพื่อการป้องกันและรักษา

1.2 จำนวนประชากรที่เจ็บป่วย และรักษาโดยบริการนอกระบบสาธารณสุข (use of alternative services)

1.3 จำนวนประชากรเด็ก และผู้สูงอายุ

1.4 ระดับรายได้ของประชากร และผู้รับบริการ

1.5 ต้นทุนของการจัดบริการโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัด (ราคาบริการ)

โดยตัวแปรดังกล่าว จะสะท้อนถึงความต้องการประเภทบริการ ความต้องการงบประมาณเพื่อจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละจังหวัด ซึ่งจะเป็นตัวแปรด้านอุปสงค์ที่ควรกำหนดเพิ่มเติมในแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณจากการศึกษาครั้งนี้

2. การวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณให้เกิดความเป็นธรรมเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความพยายาม ที่จะนำไปสู่ความเป็นธรรม แต่ความเป็นธรรมที่จะถึงผู้บริโภครายอย่างแท้จริงนั้นต้องวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้งบประมาณและความเป็นธรรมเกี่ยวกับการใช้งบประมาณด้วย