

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ด้วยการสร้างแบบจำลองตามสมการเศรษฐมิติ ในความหมายของความเป็นธรรมที่ว่า ความเท่าเทียมกันของการนำเข้าทรัพยากรไปสู่กลุ่มบุคคลที่มีความต้องการคล้ายกัน โดยตัวแปรที่นำมาใช้ ได้แก่ จำนวนประชากรปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน, สัดส่วนประชากรวัยพึ่งพิง, ระดับรายได้เฉลี่ย, จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก, จำนวนรายผู้ป่วยใน และจำนวนครั้งผู้มาขอรับบริการด้านอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน โดยมีขอบเขตการศึกษาเฉพาะงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จัดสรรให้แก่จังหวัดที่ได้เข้าร่วมโครงการ "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ที่ได้ดำเนินการมาแล้วใน 6 จังหวัด ในวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 คือ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา และขยายไปยังอีก 15 จังหวัดในวันที่ 1 มิถุนายน ปีเดียวกัน ประกอบด้วย นนทบุรี ระเบิดูรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส รวมทั้งหมด 21 จังหวัด โดยข้อมูลที่ใช้มาจากการเก็บรวบรวมจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับบริการ จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน เป็นต้น และจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น ข้อมูลจำนวนประชากรแบ่งตามช่วงอายุ ระดับรายได้ เป็นต้น

การศึกษาในขั้นตอนแรก เป็นการศึกษาลักษณะการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนที่ต้องให้แก่จังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินการตามแนวนโยบาย "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (21 จังหวัด)"

พบว่างบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อประชากร โดยงบประมาณสำหรับการลงทุน การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จะบริหารโดยกองทุนที่ส่วนกลาง ในระยะเปลี่ยนผ่าน กองทุนประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและคณะกรรมการเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

งบประมาณที่แต่ละจังหวัดจะได้รับ จะขึ้นกับจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดนั้นๆ และการขึ้นทะเบียนของประชาชนผู้มีสิทธิกับสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้จะเท่ากับผลรวมของงบประมาณใน 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 กรณีประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่จังหวัดจะได้รับจะเท่ากับจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิ คูณด้วย อัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,052 บาท หักด้วย งบประมาณหมวดเงินเดือนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานืออนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่อยู่ในพื้นที่นั้น (งบประมาณหมวดเงินเดือนสำหรับหน่วยงานบริหาร คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นงบประมาณที่อยู่ในส่วนนอกโครงการ – งบ non uc)

ส่วนที่ 2 กรณีประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลอื่นของรัฐ งบประมาณที่จังหวัดจะได้รับ จะเท่ากับจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิ คูณด้วย อัตราเหมาจ่ายรายหัว 578.60 บาท

ส่วนที่ 3 กรณีประชาชนขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของเอกชนงบประมาณที่จังหวัดจะได้รับ จะเท่ากับจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิ คูณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,052 บาท

จะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณให้แต่ละจังหวัดจะใช้จำนวนประชากรผู้มีสิทธิเป็นตัวกำหนดงบประมาณที่แต่ละจังหวัดจะได้รับเป็นสำคัญ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องความต้องการบริการทางด้านสุขภาพในแต่ละแห่งได้ โดยจังหวัดจะเป็นผู้ส่งข้อมูลประชากรที่ขึ้นทะเบียนมาให้สำนักงานประกันสุขภาพเพื่อตรวจสอบ

ในปีงบประมาณ 2545 อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่จะจัดสรรให้กับจังหวัดต่างๆ จะใช้อัตราเดียว คือ 1,052 บาทต่อประชากรแต่ละจังหวัด (โดยมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด) อาจกำหนดให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาในพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัดแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ (adjusted capitation) ซ ได้

การศึกษาในขั้นตอนที่สอง เป็นการวิเคราะห์การสร้างแบบจำลองโดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ในโครงการ “30 บาท

รักษาทุกโรค" โดยอาศัยปัจจัยกำหนดการจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนประชากรของแต่ละจังหวัดที่ปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน ระดับรายได้เฉลี่ย จำนวนประชากรวัยพึ่งพิง (0-14 ปีและมากกว่า 65 ปี) และปัจจัยทางด้านอุปทาน ได้แก่ จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ จำนวนรายผู้ป่วยในที่พักรักษาในสถานบริการสาธารณสุข และจำนวนครั้งของผู้มารับบริการด้านอุบัติเหตุอันประกอบด้วย อุบัติเหตุยานยนต์ อุบัติเหตุการขนส่ง และอุบัติเหตุอื่นๆ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถสะท้อนถึงความต้องการบริการทางด้านสุขภาพในแต่ละแห่งได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยทั้งความต้องการและอุปทานตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วมาทำการวิเคราะห์ ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรง เป็นการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Analysis) โดยการประมาณการจัดสรรงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้ จะได้จากแบบจำลองหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการจัดสรรงบประมาณ โดยวิธี Ordinary Least Square ซึ่งผลการวิเคราะห์แบบจำลองในการจัดสรรงบประมาณนี้ ได้เสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 กรณี คือ

กรณีที่ 1 งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวทั้งหมด ได้ถูกจัดสรรไปให้แก่แต่ละจังหวัดโดยไม่ได้ถูกกัไว้ที่ส่วนกลาง [จำนวนคนประชากรผู้มีสิทธิในแต่ละจังหวัดx งบประมาณต่อหัว (1202.40)]

กรณีที่ 2 งบประมาณที่แต่ละจังหวัดนั้นได้รับ โดยไม่ได้ถูกกังบประมาณบางส่วนไว้ที่ส่วนกลาง(กรณีที่ 1) + เงินงบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (CONTIGENCY FUND ,CF) [งบประมาณกรณีที่1 + (CF)]

กรณีที่ 3 การประมาณการงบประมาณที่ในแต่ละจังหวัดที่ได้ใช้จ่ายจริง โดยนำค่าเหมาะสมจ่ายรายหัว 1,202.40 บาท หักด้วยกรณีค่าใช้จ่ายสูงและราคาแพง 32 บาท และ กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาท รวมกับงบประมาณเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (CF) จากนั้นบวกด้วย ค่าชดเชยการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรืออุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ส่วนกลางมีการจ่ายจริงให้แก่แต่ละโรงพยาบาล $\{[(1,202.40-25-32) \times \text{จำนวนคนผู้มีสิทธิ}] + CF + \text{ค่าชดเชยการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรืออุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน}\}$

กรณีที่ 4 การประมาณการงบประมาณที่ในแต่ละจังหวัดที่ได้ใช้จ่ายจริง โดยนำงบประมาณที่ได้รับจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ,UC ค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้รับบริการจ่ายเอง, ค่าธรรมเนียม ขดเซยกการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรืออุบัติเหตุ-อุกเงิน + รายรับจากสถานพยาบาลอื่น (ตามจ่าย) [งบประมาณที่ได้รับจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ,UC + ค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้รับบริการจ่ายเอง, ค่าธรรมเนียม + ขดเซยกการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรืออุบัติเหตุ-อุกเงิน + รายรับจากสถานพยาบาลอื่น (ตามจ่าย)]

การศึกษาในขั้นตอนที่สาม เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันกับการจัดสรรงบประมาณโดยใช้หลักความเท่าเทียมกันเป็นเกณฑ์ในการจัดสรร

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเอาสมการถดถอยที่ได้จากแบบจำลองในแต่ละกรณี นำมาจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขให้แก่แต่ละจังหวัดใหม่ เพื่อดูถึงความแตกต่างระหว่างงบประมาณที่ได้รับในแต่ละกรณีว่ามีความแตกต่างจากงบประมาณที่ได้จากการคำนวณอย่างไร

$$\text{สัดส่วน} = \frac{\text{งบประมาณที่ได้รับจากการวิเคราะห์ตามแบบจำลอง}}{\text{งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในปัจจุบัน}}$$

โดยหากสัดส่วนที่ได้ มีค่าเท่ากับ 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับสอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณ โดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือ จัดสรรเหมาะสมแล้ว มากกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่สมควรจะได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือ สมควรที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น น้อยกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับสูงกว่าเกณฑ์ที่สมควรจะได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือ สมควรที่จะลดงบประมาณจัดสรรลดลง

ในกรณีงบประมาณที่ 1 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัดแพร่ เชียงใหม่ พะเยา ภูเก็ต ยะลา อุบลฯ อำนาจเจริญ และสระบุรี จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัด

สระแก้ว ศรีสะเกษ สุรินทร์ นครราชสีมา ยโสธร นครสวรรค์ สมุทรสาคร เพชรบุรี นราธิวาส หนองบัวลำภู สุโขทัย ปทุมธานี และนนทบุรี

ในกรณีงบประมาณที่ 2 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว สุรินทร์ แพร่ เชียงใหม่ พะเยา นครสวรรค์ สมุทรสาคร ภูเก็ต ยะลา อุบลฯ อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู และสระบุรี จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัด ศรีสะเกษ นครราชสีมา ยโสธร เพชรบุรี นราธิวาส สุโขทัย ปทุมธานี และนนทบุรี

ในกรณีงบประมาณที่ 3 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว สุรินทร์ แพร่ เชียงใหม่ พะเยา นครสวรรค์ ภูเก็ต ยะลา อุบลฯ อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู และสระบุรี จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัด ศรีสะเกษ นครราชสีมา ยโสธร สมุทรสาคร เพชรบุรี นราธิวาส สุโขทัย ปทุมธานี และนนทบุรี

ในกรณีงบประมาณที่ 4 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว ศรีสะเกษ สุรินทร์ นครราชสีมา ยโสธร แพร่ เชียงใหม่ พะเยา สมุทรสาคร ภูเก็ต ยะลา อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู ปทุมธานี และนนทบุรี จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ได้แก่ จังหวัด นครสวรรค์ เพชรบุรี นราธิวาส อุบลฯ สุโขทัย และสระบุรี

สัดส่วนงบประมาณที่ได้จากการคำนวณเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร จังหวัดที่มีค่าสัดส่วนมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต ในกรณีงบประมาณที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 1.48, 1.57 และ 1.57 ตามลำดับ (หรือมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 47.56 % 57.03% และ 56.78%) ในกรณีงบประมาณที่ 4 ได้แก่ จังหวัดยโสธร เท่ากับ 1.85 (หรือมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 85.47%) นั่นหมายถึง การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่สมควรจะได้รับ โดยยึดหลักความเท่าเทียมกัน หรือ สมควรที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น

จังหวัดที่มีค่าสัดส่วนต่ำที่สุด ได้แก่ จังหวัดปทุมธานี ในกรณีงบประมาณที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.73 และ 0.73 (หรือมีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง -26.93% และ -26.75%) ในกรณีงบ

ประมาณที่ 3 และ 4 ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย เท่ากับ 0.76 และ 0.66 (หรือมีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง -24.41% และ -34.13%) นั้นหมายถึง การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับสูงกว่าเกณฑ์ที่สมควรจะได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือ สมควรที่จะลดงบประมาณจัดสรรลดลง

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นระหว่างงบประมาณที่คำนวณได้โดยยึดหลักความจำเป็น (EX) กับงบประมาณที่ได้รับในแต่ละกรณี (BG) พบว่า แนวทางการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ในแต่ละจังหวัด ไม่สอดคล้องกับงบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับจากสมการ โดยจะเห็นว่าในกรณีการจัดสรรงบประมาณที่ 1 มีถึง 10 จังหวัด กรณีที่ 2 เท่ากับ 9 จังหวัด กรณีที่ 3 เท่ากับ 8 จังหวัด และกรณีที่ 4 เท่ากับ 15 จังหวัด ที่มีอัตราความแตกต่างของงบประมาณเกิน 10% ซึ่งถือเป็นความแตกต่างที่ค่อนข้างมาก จากทั้งหมด 21 จังหวัด รวมทั้งเมื่อพิจารณาถึงสถานะทางการเงินในแต่ละจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีสถานะทางการเงินติดลบ ซึ่งแสดงถึงความไม่พอเพียงของงบประมาณนั้น เป็นจังหวัดที่ได้รับงบประมาณที่จัดสรรจริงต่ำกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณทั้งสิ้น โดยทั้งนี้จะเห็นว่าจังหวัดส่วนใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินติดลบ (ซึ่งสะท้อนถึงความไม่พอเพียงของงบประมาณที่ได้รับ) จะถูกขุดเซยหรือได้รับงบประมาณเพิ่มจากงบประมาณเพื่อความมั่นคงในระบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund) ทางหนึ่ง ซึ่งช่วยทำให้งบประมาณที่แต่ละจังหวัดนั้นๆ ได้รับมีความพอเพียงสอดคล้องกับความต้องการมากขึ้น ในส่วนจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินเป็นบวก พบว่า จังหวัดเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับสูงกว่างบประมาณที่ได้จากการคำนวณ ซึ่งควรปรับลดงบประมาณลง โดยทั้งนี้มีบางจังหวัดเพียงเล็กน้อยที่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องดังกรณีข้างต้น

การศึกษาในขั้นตอนที่สี่ ในกรณีของจังหวัดศรีสะเกษที่ได้ทดลองนำวิธีการจัดสรรกรณีงบประมาณที่ 1 และ 4 (BG1 และ BG4) มาทดลองจัดสรรให้โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัด* โดยเมื่อนำงบประมาณที่ได้รับจากการคำนวณเปรียบเทียบกับต้นทุนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่า การจัดสรรงบประมาณกรณีที่ 4 งบประมาณที่แต่ละโรงพยาบาลได้รับจากการคำนวณนั้นพบว่ามีค่าใกล้เคียงกับต้นทุนดำเนินการที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับกรณีการจัดสรรงบประมาณที่ 1 ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าหากงบประมาณที่จังหวัดแต่ละแห่งได้รับ ถ้าหากจังหวัด

* เนื่องจากงบประมาณกรณีที่ 1 เป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละจังหวัดแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนประชากร และงบประมาณกรณีที่ 4 นั้นเกิดจากการรวมรายรับจริงที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนงบประมาณกรณีอื่นๆ เป็นเพียงกรอบที่คาดว่าจะมีการจัดสรรตามที่ได้วางไว้ โดยในแต่ละจังหวัดอาจจะมีการจัดเปลี่ยนแปลงจากที่ได้วางไว้ได้

เหล่านั้นมีการจัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละโรงพยาบาลภายในจังหวัดตามเกณฑ์อัตราเหมาจ่ายต่อจำนวนประชากรแล้ว อาจทำให้งบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับยังมีความไม่สอดคล้องกับต้นทุนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากงบประมาณที่คำนวณได้จากการประมาณในกรณีที่ 1 นั้น อยู่บนข้อสมมติที่ว่า งบประมาณที่จังหวัดได้รับตามเกณฑ์เหมาจ่ายต่อจำนวนประชากรในพื้นที่นั้น ได้ถูกจัดสรรไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัดเต็มจำนวน โดยไม่ได้ถูกกันไว้ โดยถึงแม้ว่างบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับในกรณีการจัดสรรงบประมาณที่ 1 นั้นสามารถครอบคลุมต้นทุนของโรงพยาบาลต่างๆ ได้มากกว่างบประมาณที่คำนวณได้กรณีที่ 4 แต่จะพบปัญหาที่ว่า งบประมาณที่ใช้ในกรณีการจัดสรรงบประมาณที่ 1 นั้น จำเป็นต้องใช้งบประมาณสูงกว่าถึงเกือบเท่าตัว

เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่ว่าจะในกรณีการจัดสรรงบประมาณแบบใด (กรณีที่ 1 หรือ 4) พบว่าโรงพยาบาลที่มีระดับการรักษาที่สูงกว่า เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งมีภาระงานรวมทั้งความซับซ้อนของงานที่สูงมากกว่า จะมีต้นทุนการดำเนินการในการให้บริการสูงกว่างบประมาณที่ได้รับจากการคำนวณทั้งสิ้น ส่วนในโรงพยาบาลอื่นรองลงมา จะมีต้นทุนดำเนินการที่ต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับจากการคำนวณอยู่มาก ดังนั้นประเด็นเรื่องของความแตกต่างของระดับของสถานบริการจึงจะละเอียดเสียไม่ได้ในการจัดสรรงบประมาณ

เมื่อพิจารณาในภาพรวมในระดับจังหวัด (กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ) พบว่าทิศทางการจัดสรรที่ได้จากการคำนวณในแต่ละกรณีให้ผลที่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินที่ได้มากนัก ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากการนำปัจจัยตัวแปรที่ควรคำนึงถึงในระดับประเทศ ซึ่งได้แก่ จำนวนปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน, สัดส่วนจำนวนประชากรวัยพึ่งพิง, ระดับรายได้เฉลี่ย, จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก, จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน และจำนวนครั้งอุบัติเหตุ นั้นพบว่า การใช้ปัจจัยเหล่านี้มาเป็นตัวกำหนดการจัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละโรงพยาบาลในระดับจังหวัดอาจยังไม่เหมาะสมนัก เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ยังไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างของภาระงานซึ่งแตกต่างกันในของโรงพยาบาลแต่ละระดับได้ (ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณในระดับจังหวัดมากกว่าในระดับประเทศ) ดังจะเห็นได้จาก โรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมีการรักษาผู้ป่วยในรายที่มีความซับซ้อนหรือความยุ่งยากของโรคในการรักษา มากกว่า ทำให้ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยต่อรายสูงกว่าโรงพยาบาลที่มีระดับต่ำกว่า เช่น โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นภายในจังหวัดที่อยู่ในระดับต่ำกว่า ดังนั้นจึงทำให้ผลที่ได้

จากการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในระดับจังหวัด(กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ) นี้ ได้ผลที่ไม่ถูกต้องนัก

กล่าวโดยสรุปแล้ว เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวนั้น เป็นวิธีการจัดสรรซึ่งไม่เคยมีการใช้มาก่อน โดยในภาพรวมระดับประเทศงบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับยังไม่สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละจังหวัด โดยในระดับจังหวัดกรณีการศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ ผลการจัดสรรงบประมาณที่ได้จากการคำนวณยังไม่สามารถสะท้อนถึงความต้องการของแต่ละโรงพยาบาลได้เหมาะสมนัก เนื่องจากยังต้องการปัจจัยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ในระดับจังหวัดที่สามารถสะท้อนถึงความแตกต่างของภาระงานในโรงพยาบาลแต่ละระดับได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

6.2 ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ขั้นพื้นฐานที่มีลักษณะค่อนข้างกว้าง ตัวแปรที่กำหนดขึ้นในแบบจำลองนี้ เป็นเพียงตัวแปรหลัก ที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้ว ระบบการจัดสรรงบประมาณในโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" นั้น เป็นระบบแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งงบประมาณจะถูกจัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในแต่ละจังหวัด แต่ด้วยประเด็นคำถามที่ตามมา คือ ถ้างบประมาณได้จัดสรรตามเกณฑ์เหมาจ่ายรายหัวแล้วนั้น การจัดสรรงบประมาณดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพในการสนองต่อปัจจัยทางด้านความต้องการ และอุปทานในบริการสาธารณสุขหรือไม่ หรือมีปัจจัยอื่นใดหรือไม่ ที่มีส่วนกำหนดการจัดสรรในงบประมาณแบบนี้ ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้พอสรุปได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. การสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบจำลองตามแนวคิดเศรษฐมิติเชิงเส้นตรง ซึ่งโดยหลักการแล้วนั้น ตัวแปรอิสระที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า ตัวแปรหลายตัวไม่มีความเป็นอิสระต่อกันอย่างชัดเจน เช่น ปริมาณการมาใช้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกย่อมสัมพันธ์กับจำนวนประชากรในจังหวัดนั้นๆ เป็นต้น แต่ด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัยเองที่มุ่งเพื่อที่จะทำนายผลของตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาต่อผลกระทบสู่ตัวแปรตาม มากกว่าที่จะมุ่งอธิบายถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระเหล่านั้น

2. การกำหนดให้รายได้เฉลี่ยรายจังหวัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าเข้ามาวิเคราะห์ในการจัดสรรงบประมาณนั้น จะพบว่า มีข้อจำกัดในการนำมาใช้หรือวิเคราะห์ความหมายบางประการ เนื่องจากรายได้เฉลี่ยรายจังหวัดเป็นเพียงตัวแปรที่บอกถึงระดับรายได้ที่เกิดจากการรวมระดับผลิตภัณฑ์ทั้งหมดในจังหวัดนั้นๆ แล้วหารด้วยจำนวนประชากร ซึ่งจะพบว่าตัวแปรนี้ยังไม่สามารถบอกถึงลักษณะการกระจายรายได้ของประชากรในจังหวัดได้ ซึ่งการนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแทนหรือใช้อธิบายลักษณะฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนในจังหวัดนั้นๆ อาจเป็นตัวแทนที่ยังไม่ดีนัก ในส่วนกรณีระดับรายได้เฉลี่ยระดับอำเภอ ในกรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ใช้ระดับรายได้เฉลี่ยรายอำเภอที่เก็บรวบรวมจากการสำรวจของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้ นั้น อาจเป็นตัวแทนที่ไม่ดีนักเนื่องจากลักษณะการจัดเก็บข้อมูลรวมถึงรายละเอียดที่แตกต่างจากวิธีการของระดับรายได้เฉลี่ยรายจังหวัดที่มาจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3. เนื่องจากโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่เพิ่งเริ่ม ยังมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการจัดการฐานข้อมูล ระบบการรายงาน ระบบการบันทึกบัญชี ซึ่งใช้ระบบบัญชีกระแสเงินสด แทนที่จะเป็นระบบพึ่งรับพึ่งจ่าย (ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล) ตลอดจนความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องตรงกันระหว่างสถานพยาบาลซึ่งเป็นผู้บันทึกรายงานข้อมูลมายังหน่วยงานที่ส่วนกลาง รวมถึงข้อมูลบางอย่างยังเป็นข้อมูลดิบที่ยังไม่มีการรวบรวมทำให้การเก็บข้อมูลเหล่านั้นทำได้ยาก ดังนั้นการคำนวณต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีการกำหนดแนวคิด และนิยามเพิ่มเติมขึ้นหลายประการ ทำให้ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีความคลาดเคลื่อนจากข้อเท็จจริงได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งข้อมูลที่ได้นั้นยังมีความไม่เสถียร คือ เนื่องโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนี้เป็นโครงการที่เพิ่งเปิดให้บริการ ดังนั้นข้อมูลการใช้บริการที่ได้จึงอาจต่ำกว่าเมื่อเทียบกับระยะหลังจากโครงการได้ให้บริการเป็นระยะเวลาหนึ่งซึ่งข้อมูลที่ได้ย่อมสามารถสะท้อนปริมาณการใช้บริการได้ถูกต้องกว่า

4. ระบบการบันทึกในแบบ 0110 รง.5 ที่ใช้บันทึกข้อมูลในระดับโรงพยาบาลที่ต้องส่งให้ส่วนกลางนั้นพบว่า ในการบันทึกทางด้านรายรับในหมวดกรณีรายรับจากสถานพยาบาลอื่น(ตามจ่าย) อาจเกิดการนับซ้ำได้(Double Counting) เนื่องจากเมื่อโรงพยาบาลหนึ่งตามจ่ายให้กับโรงพยาบาลอื่น ถือเป็นรายรับของโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งจะถูกนำไปเป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลตน รายจ่ายดังกล่าวจึงถือว่าไม่ใช่รายจ่ายที่แท้จริงเมื่อมองทั้งจังหวัด แต่เป็นการถ่ายเทเงินจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งเพื่อใช้จ่ายการให้บริการแทนเท่านั้น อีกทั้งโรงพยาบาลบางแห่งอาจ

ไม่ได้บันทึกเงินเดือนในหมวดรายรับ UC จึงอาจทำให้รายรับที่ได้ของสถานพยาบาลต่ำกว่าที่เป็นจริงได้ ในส่วนของการบันทึกรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างของสถานพยาบาลมีความคลาดเคลื่อนไปจากข้อมูลเงินเดือนและค่าจ้างที่แท้จริงที่ทางส่วนกลางใช้ในการตัดจ่ายให้จังหวัด ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอาจทำให้ผลการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินการ(กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ) อาจไม่ถูกต้องนัก ตลอดจนข้อมูลที่ใช้อยู่ในช่วงเริ่มต้นปีงบประมาณ (ตุลาคม 2544 – มีนาคม 2545) ซึ่งเป็นข้อมูลในช่วง 6 เดือนปรับเป็น 1 ปีนั้น อาจทำให้ข้อมูลรายรับที่ได้นั้นต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

5. เนื่องจากงบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับเพิ่มเติมจากงบประมาณเพื่อความมั่นคงในระบบบริการสุขภาพที่แต่ละจังหวัดได้รับนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ จึงอาจทำให้การรวมงบประมาณที่แต่ละจังหวัดได้รับในกรณีงบประมาณที่ 2, 3 และ 4 อาจได้ผลที่มีความคลาดเคลื่อนได้

6. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษางบประมาณที่จัดสรรจากส่วนกลางให้แก่แต่ละจังหวัด โดยไม่ได้ศึกษาต่อไปถึงที่ว่า เมื่องบประมาณถูกจัดสรรมาสู่จังหวัดแล้วนั้น จังหวัดแต่ละจังหวัดจะมีการจัดสรรงบประมาณสู่โรงพยาบาลแต่ละแห่งอย่างไร เนื่องจากในกรณีจัดสรรสู่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้น ควรจะต้องมีเกณฑ์การจัดสรรที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งหากจะนำลักษณะวิธีการการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในระดับประเทศ(21 จังหวัด) ไปใช้ จำเป็นที่จะต้องมีข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน รวมถึงปัจจัยตัวแปรที่ควรจะมีการเก็บรวบรวมอย่างพร้อมเพียง

6.3 ข้อเสนอแนะ

1. การจัดสรรงบประมาณตามวิธีเหมาจ่ายรายหัวนั้น เป็นกระบวนการจัดสรรใหม่ซึ่งไม่เคยมีมาก่อน ดังนั้นในช่วงเริ่มต้นของการจัดสรรจึงอาจทำให้บางจังหวัดได้รับเงินงบประมาณไม่พอเพียงกับความต้องการหรือทำให้เกิดความกลัวที่ว่างงบประมาณที่จังหวัดตนจะใช้จัดสรรให้แก่โรงพยาบาลไม่พอเพียง จึงอาจทำให้งบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับน้อยกว่าที่ควรจะได้รวมทั้งบางจังหวัดเองที่ถึงแม้จะได้รับงบประมาณเต็มจำนวน (1,202.40 บาทต่อประชากรขึ้นทะเบียน) บางครั้งก็อาจจะไม่พอเพียง ดังนั้น ระบบการจัดสรรเงินงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวควรที่จะมีการนำปัจจัยอื่นๆ มาคำนึงถึงในการจัดสรรงบประมาณด้วยตามสภาพปัญหาในแต่ละแห่ง รวมถึงการให้อำนาจการจัดสรรงบประมาณ (บางส่วน) ให้แก่จังหวัดเป็นผู้บริหาร (ซึ่งใน

ปัจจุบันก็ได้ให้ทางจังหวัดเป็นผู้บริหารเงินบางส่วนอยู่แล้ว เช่น กลไกการจัดสรรเงินแบบ Exclusive) เนื่องจากองค์กรบริหารภายในจังหวัดเองย่อมจะรับรู้ถึงสภาพปัญหาของโรงพยาบาลต่างๆ มากกว่า แต่ทั้งนี้สถานบริการเองก็ควรเร่งปรับปรุงประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลง การพัฒนา เพื่อให้งบประมาณที่ตนได้รับมีความพอเพียงด้วยเช่นเดียวกัน

2. จากผลการศึกษานี้จะเห็นว่าในหลายจังหวัด หรือประมาณครึ่งหนึ่งที่ทำการศึกษา จากทั้งหมด 21 จังหวัด ได้รับงบประมาณไม่แตกต่างจากที่คำนวณมากนัก (เปลี่ยนแปลงไม่เกิน 10% ซึ่งถือว่าเป็นความแตกต่างที่ไม่มากนัก) ส่วนอีกประมาณครึ่งหนึ่งมีความแตกต่างกันมากระหว่างงบประมาณที่ได้รับกับที่คำนวณได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวนั้นไม่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่นเท่าใดนัก แต่ทั้งนี้จะต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสถานบริการแต่ละแห่งด้วยเนื่องจาก ความไม่พอเพียงของงบประมาณนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยประสิทธิภาพการบริหารเรื่องต้นทุนก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่จะละลายเสียไม่ได้ที่จะต้องเร่งปรับปรุงองค์กรให้เตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง

3. ควรมีการพัฒนาข้อมูลทางด้านรายรับรายจ่ายของแต่ละโรงพยาบาลรวมถึงข้อมูลจากส่วนกลาง เช่น ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ ทั้งในการบันทึกข้อมูล การรายงาน ประสานงานต่างๆ เพื่อที่จะได้ทราบถึงประสิทธิภาพและผลผลิตที่เกิดขึ้นจากแหล่งเงินงบประมาณต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และรวดเร็วยิ่งขึ้น และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวิเคราะห์ต่างๆ อย่างเกิดประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น

4. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้มาขอรับใช้บริการสาธารณสุข เช่น ประวัติผู้ป่วย ควรที่จะมีการจัดเก็บ รวมถึงสามารถบอกรายละเอียดต่างๆ ได้อย่างพอเพียง เช่น ระดับการศึกษา ระดับรายได้ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้ในการศึกษาภาคหน้า ไม่ใช่เฉพาะเพียงด้านสาธารณสุขได้เท่านั้น โดยอาจจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละแห่งขึ้น

5. ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลระดับจังหวัด แบบจำลองที่ได้จากการวิเคราะห์ จึงเป็นแบบจำลองการประมาณการจัดสรรงบประมาณในภาพรวมระดับจังหวัดเท่านั้น แต่เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยสถานบริการในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน

ชน และโรงพยาบาลทั่วไป และในบางจังหวัดจะมีโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางหรือแม่ข่ายให้แก่จังหวัดในเครือข่ายโดยรอบ ซึ่งความแตกต่างของระดับสถานบริการถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้จำนวนผลผลิตของสถานบริการแต่ละระดับก็มีความแตกต่างกัน รวมถึงต้นทุนการดำเนินการ อีกทั้งประเด็นเรื่องการข้ามเขตใช้บริการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ใช้บริการเองที่จะได้รับความสะดวกรวดเร็ว และผู้ให้บริการที่จะทำให้มีต้นทุนที่สูงขึ้น ดังนั้นควรประยุกต์แนวความคิดในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ไปใช้เพื่อสร้างแบบจำลองการประมาณการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการแต่ละระดับนั้น ควรที่จะคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสำคัญ

6. การวิเคราะห์ปัจจัยในการจัดสรรงบประมาณเป็นเพียงแนวทางหนึ่งในการจัดสรรงบประมาณให้เกิดความเท่าเทียมกันโดยยึดแนวคิดที่ว่า การนำเข้าของทรัพยากรที่เท่ากันในกลุ่มคนที่มีความต้องการเหมือนกัน ซึ่งนอกจากการจัดสรรที่เท่าเทียมกันแล้วนั้น ประสิทธิภาพในการจัดสรรก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะละเลยเสียมิได้ เนื่องจากข้อจำกัดทั้งงบประมาณและจำนวนบุคลากรซึ่งไม่สามารถจะจัดให้อย่างพอเพียง ดังนั้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเช่นนี้ ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง และประเด็นในเรื่องคุณภาพบริการนั้นก็ควรที่จะนำมาคำนึงถึงเช่นเดียวกัน เพราะถ้าหากเราตระหนักถึงความเท่าเทียมกันในการจัดสรรงบประมาณแล้ว คุณภาพในการรักษาหรือให้บริการย่อมต้องมีความเท่าเทียมกันอย่างเต็มเสียไม่ได้