

ความกันตรของพื้นที่:หลักเกณฑ์การพิจารณา

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย*

นิชากร สิริกันกุลไ้†

พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข‡

สมศักดิ์ ชุณหรัศมี§

พินิจ ฟำอำนวยพล#

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์และแนวทางการกำหนดความกันตรของพื้นที่ระดับอำเภอ เพื่อใช้อ้างอิงประกอบการจ่ายค่าตอบแทน “เบี่ยเลี้ยงหมาจ่าย” แก่บุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานข้อเสนอการปรับค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการกระจายและเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรสาธารณสุขในการบริการประชาชน ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข หลักเกณฑ์การกำหนดพื้นที่กันตรดังกล่าวครอบคลุมประเด็นความยากลำบากในการเดินทาง สภาพความเป็นเมือง (city-life effect) และความเจริญในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดความกันตรของพื้นที่ตามปัจจัยดังกล่าวตามเกณฑ์ที่กำหนด มีความสอดคล้องกับความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยละ ๖๙.๘ แนวทางการกำหนดความกันตรของพื้นที่ที่เริ่มต้นด้วยการใช้ข้อมูลคะแนนความกันตรของพื้นที่ ยืนยันด้วยความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พบข้อจำกัดในการดำเนินงานที่น่าจะสามารถพัฒนาได้ในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: พื้นที่กันตร, ค่าตอบแทน, หลักเกณฑ์การพิจารณา

Abstract

Hardship Area: Criteria and Classification

Kwanpracha Chiangchaisakulthai*, Nichakorn Sirikanokvilai†, Pongpisut Jongudomsuk‡,

Somsak Chunharas§, Piniij Fahamnuaypol#

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, †Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health, ‡Health Systems Research Institute, §National Health Foundation, #Health Information System Development Office

This study was aimed at developing criteria and guidelines for identification and classification of hardship areas. This was part of a study on “Reform of Financial Incentives for Public Health Personnel” submitted to the Ministry of Public Health, Thailand. Criteria to identify hardship areas included transportation, city-life effect and economic development. It was found that, in classification of hardship areas using developed criteria, 69.8 percent corresponded with the opinions of the provincial chief medical officers. A guideline to classify hardship areas using hardship scores and confirmation by using opinions of the provincial chief medical officers and health inspectors involved some difficulties and limitations during implementation. There is a need to improve this methodological approach.

Key words: hardship areas, financial incentive, criteria and classification

*สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

†สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

‡สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

§มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

#สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลในสังกัดมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน และเพื่อเพิ่มผลิตภาพ (productivity) บุคลากรในการปฏิบัติงาน โดยค่าตอบแทนดังกล่าวแบ่งเป็น ๓ กลุ่มหลัก คือ

๑. ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน หรือค่าตอบแทนประจำที่ได้รับจากตำแหน่งหน้าที่ หรือวิชาชีพ หรือการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เช่น เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษสำหรับวิชาชีพเฉพาะ และเงินเพิ่มพิเศษกรณีไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว

๒. ค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรในพื้นที่กันดารและห่างไกล โดยเหมาจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ จึงเรียกค่าตอบแทนนี้ว่า “ค่าเบี่ยงเหลียงเหมาจ่าย” กระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในพื้นที่กันดารและห่างไกล โดยพิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อิงหลักเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังนี้ ๑) ความยากลำบากของกิจกรรม ๒) ความขาดแคลนสาธาณูปโภค สาธารณูปการ หรือปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ ๓) ความเสี่ยงภัย และ ๔)

ความขาดแคลนบุคลากร และจะมีการทบทวนทุกๆ ๒ ปี

๓. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและตามปริมาณงาน

ในปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนในส่วนเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายใหม่โดยมีการปรับเพิ่มอัตราการจ่ายในทุกๆพื้นที่ และยังเพิ่มหลักเกณฑ์การจ่ายแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้นด้วย ตัวอย่างเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ แสดงในตารางที่ ๑

การเพิ่มเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายดังกล่าวได้ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง เพราะอัตราจ่ายที่แตกต่างกันมากระหว่างวิชาชีพและระหว่างพื้นที่ เกิดกระแสเรียกร้องให้มีการปรับเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายใหม่เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น โดยรวมคือการขอให้มีการปรับเพิ่มขึ้น (ในกลุ่มที่เห็นว่าตนเองได้น้อยจนเกินไป) หรือขอให้มีการจ่ายเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับ^(๑) อย่างไรก็ตาม หลักเกณฑ์ดังกล่าวกำหนดให้มีการทบทวนเมื่อใช้ไป ๑๕ เดือน (ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๓) กระทรวงสาธารณสุขจึงขอชะลอการตัดสินใจทั้งหมด โดยรอการตัดสินใจคราวเดียวในเดือนตุลาคม ๒๕๕๓

ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๒ กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใน

ตารางที่ ๑ ค่าตอบแทนเบี่ยงเหลียงเหมาจ่ายต่อเดือนสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ แบ่งตามระดับสถานพยาบาล ระดับความกันดารของพื้นที่ และระยะเวลาปฏิบัติงาน (ตั้งแต่ ร.ศ.๒๕๕๑)

ระยะเวลาปฏิบัติงาน	ค่าตอบแทนเบี่ยงเหลียงเหมาจ่าย สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ (บาท/เดือน)							
	ระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ระดับต้น (๒.๑)			ระดับทุติยภูมิ ระดับกลาง (๒.๒)			ระดับทุติยภูมิ ระดับสูง (๒.๓)	
	ปกติ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ปกติ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ปกติ	ปกติ
ปีที่ ๑-๓	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
ปีที่ ๔-๑๐	๓๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๓๕,๐๐๐	๔๕,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐
ปีที่ ๑๑-๒๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๑๕,๐๐๐
> ๒๐ ขึ้นไป	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๗๐,๐๐๐	๔๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๖๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๕,๐๐๐
อัตราเดิม	๒,๒๐๐	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๒,๒๐๐	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	๒,๒๐๐	-

การพัฒนาข้อเสนอการปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นกรอบอ้างอิงการตัดสินใจ สรรส.ได้แต่งตั้งคณะทำงาน ๑ คณะเพื่อพัฒนาข้อเสนอดังกล่าว โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ที่ปรึกษาของ สรรส. เป็นประธาน โดยกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน ๖ เดือน คณะทำงานได้กำหนดกรอบการพัฒนาข้อเสนอการปรับระบบค่าตอบแทน โดยครอบคลุมเฉพาะค่าตอบแทนในส่วนที่ ๒ เพราะเห็นว่าเป็นค่าตอบแทนที่มีผลโดยตรงต่อการกระจายบุคลากรสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลน โดยหลักการการกำหนดอัตราค่าตอบแทน (หรือเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย) นี้ นอกจากจะแตกต่างกันตามพื้นที่แล้ว ควรแตกต่างกันตามวิชาชีพและงานที่ได้รับมอบหมายด้วย

การพัฒนาดัชนีชี้วัดความกั้นดารหรือความขาดแคลนของพื้นที่ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมานาน เนื่องจากสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมได้ ที่ผ่านมามีการพัฒนาดัชนีชี้วัดดังกล่าวโดยนักวิชาการหลายกลุ่ม เช่น Peter Townsend และคณะ ได้พัฒนาดัชนีชี้วัดที่เรียกว่า Townsend index of deprivation โดยใช้ข้อมูลสัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีรถยนต์ สัดส่วนของครัวเรือนที่ไม่ได้เป็นเจ้าของบ้าน สัดส่วนของคนตกงาน และสัดส่วนของบ้านที่แออัด^(๒,๓) แต่พบว่ามีข้อจำกัดในการใช้กับพื้นที่ชนบท Carstairs และ Morris ได้พัฒนา Carstairs deprivation index โดยใช้ข้อมูลใกล้เคียงกันคือ สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีรถยนต์ ผู้ชายที่ตกงาน ครัวเรือนที่แออัด และการมีฐานะทางสังคมต่ำ (low social class)^(๔) ล่าสุดมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดที่เรียกว่า Index of multiple deprivation (IMD) โดยวัดครอบคลุมตัวแปรมากขึ้นได้แก่ รายได้ อัตราการจ้างงาน สุขภาพและความพิการ การศึกษาและฝึกอบรม บ้านเรือน และการเข้าถึงบริการ (เช่น ไปรษณีย์ โรงเรียน คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และร้านอาหาร)^(๕) และค่อนข้างได้รับการยอมรับให้ใช้เป็นดัชนีความกั้นดาร/ขาดแคลนของพื้นที่โดยเฉพาะในประเทศไทย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์และแนวทางการกำหนดความกั้นดารของพื้นที่ระดับอำเภอ (ซึ่ง

เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล) สำหรับอ้างอิงเพื่อจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข โดยครอบคลุมแนวคิด แหล่งข้อมูล และผลการกำหนดพื้นที่ งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานข้อเสนอการปรับค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการกระจายและเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรสาธารณสุขในการบริการประชาชน^(๖) ซึ่ง สรรส.ได้สรุปเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณา โดยยังไม่มีการตัดสินใจว่าจะมีการดำเนินการตามข้อเสนอหรือไม่ ทั้งนี้หวังว่าจะเป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับการพัฒนาหลักเกณฑ์และแนวทางการกำหนดความกั้นดารของพื้นที่เพื่อจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในอนาคต

แนวทางการกำหนดพื้นที่กั้นดาร

หลักเกณฑ์ ๔ ข้อของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดพื้นที่กั้นดารได้แก่ ๑) ความยากลำบากของการคมนาคม ๒) ความขาดแคลนสาธาณูปโภค สาธาณูปการ หรือปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ ๓) ความเสี่ยงภัย และ ๔) ความขาดแคลนบุคลากร โดยหลักการแล้ว หลักเกณฑ์ ๔ ข้อนี้ น่าจะเป็นหลักเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ แต่ปัญหา คือ จะกำหนดการวัดแต่ละข้ออย่างไรและใช้ข้อมูลจากแหล่งใด เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ได้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ผ่านมามีกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการในรูปคณะกรรมการและมีการทบทวนทุกๆ ๒ ปีก็ตาม แต่พบว่ามีปรับเปลี่ยนพื้นที่ไม่มากนักและอาจไม่สะท้อนกับข้อเท็จจริง การแบ่งพื้นที่เป็น ๓ ประเภทคือ พื้นที่ปกติ พื้นที่กั้นดารระดับ ๑ และระดับ ๒ ก็มีปัญหว่า อาจไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างพื้นที่ต่างๆ ได้มากพอ พื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอาจถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เหล่านั้นเกิดความรู้สึกเปรียบเทียบว่าไม่เป็นธรรม

คณะทำงานได้พัฒนาหลักเกณฑ์การกำหนดพื้นที่กั้นดารขึ้นใหม่ โดยอ้างอิงหลักเกณฑ์เดิมบางส่วนและพัฒนาขึ้นใหม่ โดยมองถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองของคนยุคใหม่ จากการระดมสมองของนักวิชาการด้านกำลังคนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่



และพยายามใช้ข้อมูลจากหลายๆแหล่ง ทั้งจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่และการสำรวจเพิ่มเติม รวมทั้งการใช้ความเห็นของผู้บริหารในระดับพื้นที่ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. การให้คะแนนความกั้นดารของแต่ละพื้นที่ตามตัวแปรที่กำหนด คณะทำงานได้เสนอตัวชี้วัดหลักที่บ่งบอกถึงความกั้นดารความยากลำบากที่จะส่งผลกระทบต่อดำรงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่

๑.ก. ความยากลำบากในการเดินทาง หมายถึงความยากลำบากในการเดินทางจากตัวอำเภอมายังตัวจังหวัด(อำเภอเมือง) โดยยึดถือระยะเวลาการเดินทางโดยรถยนต์

๑.ข. สภาพความเป็นเมือง (city-life effect) หมายถึง กรณีที่บุคลากรดังกล่าวจะเข้าสู่เมืองใหญ่เพื่อตอบสนองชีวิตแบบคนเมือง จึงใช้ข้อมูลระยะเวลาการเดินทางจากพื้นที่มายังอำเภออ้างอิง (Reference city) ที่ใกล้ที่สุด โดยที่อำเภออ้างอิงหมายถึงอำเภอที่มีรายได้จัดเก็บเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุดในจังหวัดที่มีรายได้รวมจากการจัดเก็บเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดมากกว่า๒๕๐ ล้านบาทต่อปี (มีทั้งหมด ๒๙ จังหวัด)

๑.ค. ความเจริญในพื้นที่ อาศัยข้อมูลรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อปีจำนวนธนาคารพาณิชย์ในพื้นที่ จำนวนร้านสะดวกซื้อ ซึ่งน่าจะบ่งบอกความเจริญในพื้นที่ได้ค่อนข้างดี

นำข้อมูลที่มีมาทำการแบ่งอันตรายภาคชั้นแบบขั้นบันไดเพื่อกำหนดค่าคะแนนความยากลำบากในแต่ละพื้นที่ โดยนิยามแต่ละตัวแปร แหล่งข้อมูล และเกณฑ์การให้คะแนนแสดงดังตารางที่ ๒ จากหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังกล่าวพื้นที่ใดที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความกั้นดารมากกว่าพื้นที่ที่มีคะแนนรวมน้อย

๒. การสำรวจความคิดเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) โดยสอบถามความคิดเห็นระดับความกั้นดารของพื้นที่แต่ละอำเภอในจังหวัดที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และจังหวัดที่เคยปฏิบัติงานก่อนย้ายมาจังหวัดปัจจุบัน แบ่ง

พื้นที่ออกเป็น ๕ กลุ่ม กำหนดให้อำเภอที่กั้นดารที่สุดที่ใช้อ้างอิงคือ อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก และอำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากเป็นอำเภอที่ผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความกั้นดารมากที่สุด สำรวจความเห็นในเดือนธันวาคม ๒๕๕๒ ข้อมูลระดับความกั้นดารของพื้นที่แต่ละอำเภอที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ จึงได้จากความเห็นของ นพ.สสจ. อย่างน้อย ๒ คน คือ คนที่ปฏิบัติงานปัจจุบันและคนที่เคยปฏิบัติงานในจังหวัดนั้น

๓. การประชุมรับฟังความคิดเห็นของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ที่ระดับความกั้นดารที่ได้จากข้อมูลแต่ละแหล่งแตกต่างกัน (ข้อมูลจากข้อ ๑ และข้อ ๒ หรือข้อมูลความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในข้อ ๒ ที่มีความเห็นต่างกัน)จะนำมาเข้าที่ประชุม consultative meeting กับผู้ตรวจราชการฯ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการฯพิจารณาและตัดสินใจในขั้นสุดท้าย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ ๑

ผลการสำรวจความกั้นดารแต่ละพื้นที่ตามตัวแปรที่กำหนด ได้ส่งแบบสำรวจไปยังโรงพยาบาลทั้งหมด ๘๓๑ แห่ง ได้รับแบบสำรวจคืนมาจำนวน ๘๒๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๖ ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยการกระจายคะแนนความกั้นดารของพื้นที่อำเภอต่างๆแสดงดังแผนภูมิที่ ๑

จากผลคะแนนข้างต้น คณะทำงานทำการจัดกลุ่มพื้นที่ตามความยากลำบาก โดยใช้ความเห็นและประสบการณ์จากการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่จริงและคะแนนที่ได้รับ เช่นพื้นที่ที่มีระดับคะแนนน้อยกว่า ๓ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ในเขตเมืองใหญ่ หรือเขตปริมณฑล ก็กำหนดให้เป็นพื้นที่ที่มีความกั้นดารน้อยที่สุด(ระดับ ๑) ส่วนระดับอื่นๆ ก็พิจารณาในการทำงานเดียวกัน จากวิธีการดังกล่าวสามารถแบ่งพื้นที่ออกได้ ๕ ระดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๓

ส่วนที่ ๒

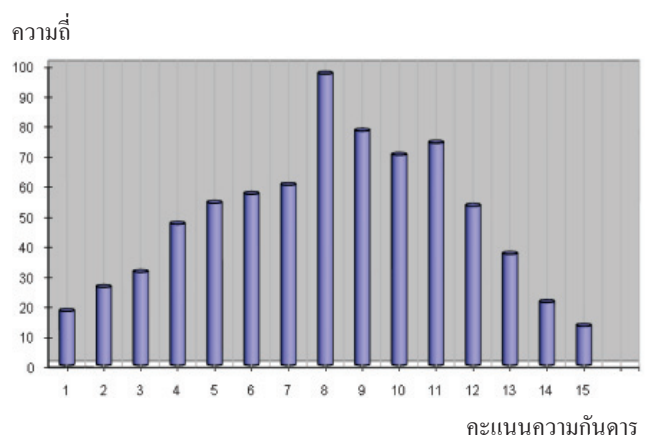
เนื่องจากผลคะแนนที่ได้จากส่วนที่ ๑ ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ จึงจำเป็นต้องตรวจสอบความแม่นยำของเกณฑ์การ

ตารางที่ ๒ นิยามตัวแปรเพื่อสะท้อนความกดดันของพื้นที่ แหล่งข้อมูล และการกำหนดค่าคะแนนของแต่ละตัวแปร

ตัวแปร	นิยาม	เกณฑ์การให้คะแนน	แหล่งข้อมูล	
ความยากลำบากในการเดินทาง	ระยะเวลาเดินทางจากพื้นที่มา ยังจังหวัด (อำเภอเมือง)	น้อยกว่า ๓๐ นาที	= ๐	การสำรวจ
		๓๐ นาที - ๑ ชั่วโมง	= ๑	
		๑ ชั่วโมง - ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที	= ๒	
		มากกว่า ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที	= ๓	
ความเป็นเมือง (city-life effect)	ระยะเวลาเดินทางจากพื้นที่มา ยังอำเภอที่เป็นอำเภออ้างอิง (reference city)	น้อยกว่า ๑ ชั่วโมง	= ๐	ข้อมูลจาก GPRS กระทรวงมหาดไทย
		๑-๒ ชั่วโมง	= ๑	
		๒-๓ ชั่วโมง	= ๒	
		มากกว่า ๓ ชั่วโมง	= ๓	
ความเจริญ	จำนวนร้านสะดวกซื้อ	มากกว่า ๓ ร้าน	= ๐	การสำรวจ
		๑-๓ ร้าน	= ๑	
		๑ ร้าน	= ๒	
		ไม่มี	= ๓	
	จำนวนธนาคารพาณิชย์ (ไม่นับรวมธนาคารออมสิน และธนาคารเพื่อการเกษตรฯ : ธกส.)	มากกว่า ๓ แห่ง	= ๐	การสำรวจ ข้อมูลจากธนาคาร
		๑-๓ แห่ง	= ๑	
		๑ แห่ง	= ๒	
		ไม่มี	= ๓	
	รายได้ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นต่อปี	< ๒ ล้านบาท	= ๓	กระทรวงมหาดไทย
		๒ - ๔ ล้านบาท	= ๒.๕	
๔ - ๑๐ ล้านบาท		= ๒		
๑๐ - ๒๕ ล้านบาท		= ๑.๕		
๒๕ - ๕๑ ล้านบาท		= ๑		
มากกว่า ๕๑ ล้านบาท		= ๐		

ให้คะแนนข้างต้นจากการสำรวจความคิดเห็นของนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ผลการสำรวจความเห็นของนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ได้ข้อมูลตอบกลับครบ ๗๕ จังหวัด โดย
พื้นที่อำเภอที่ได้รับการจัดกลุ่มความกดดันโดยนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด ๒ คนสอดคล้องกันมีจำนวน ๓๐๘ อำเภอ
และที่เห็นแตกต่างกันจำนวน ๑๘๖ อำเภอ ทั้งนี้พื้นที่
ที่มีผู้ให้ความเห็นเพียง ๑ คน จำนวน ๓๑๗ อำเภอ และมี
อำเภอที่ไม่มีผู้ให้ความเห็นเลย ๑๐ อำเภอ แสดงดังตารางที่ ๔

เฉพาะพื้นที่อำเภอที่นพ.สสจ.มีความเห็นแตกต่างกัน
(๑๘๖ อำเภอ) ความเห็นที่แตกต่างกันมีการกระจายของ



แผนภูมิที่ ๑ การกระจายคะแนนความกดดันของพื้นที่อำเภอต่างๆ



เห็นตามแผนภูมิที่ ๒ จะพบว่าความเห็นที่แตกต่างมักจะอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน เช่น ระดับที่ ๑ ส่วนใหญ่ของความเห็นแย้งจะระบุระดับที่ ๒ และ ๓ เป็นต้น

ในแต่ละระดับความกันดารจากความเห็นของนพ.สสจ.

ตารางที่ ๓ หลักเกณฑ์การแบ่งกลุ่มพื้นที่ตามคะแนนความกันดาร

ระดับความกันดาร	ผลรวมคะแนนความยากลำบาก
ระดับ ๑ (น้อยที่สุด)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ คะแนน
ระดับ ๒	๓.๑ - ๔ คะแนน
ระดับ ๓	๔.๑ - ๑๑ คะแนน
ระดับ ๔	๑๑.๑ - ๑๓ คะแนน
ระดับ ๕ (มากที่สุด)	มากกว่า ๑๓ คะแนน

คนที่ ๑ ความเห็นของนพ.สสจ.คนที่ ๒ ที่ระบุระดับความกันดารเพิ่มขึ้นหรือลดลง ๑ ระดับจากคนที่ ๑ จะมีตั้งแต่ร้อยละ ๓๔.๓ ถึงร้อยละ ๘๙.๓ แสดงดังแผนภูมิที่ ๓

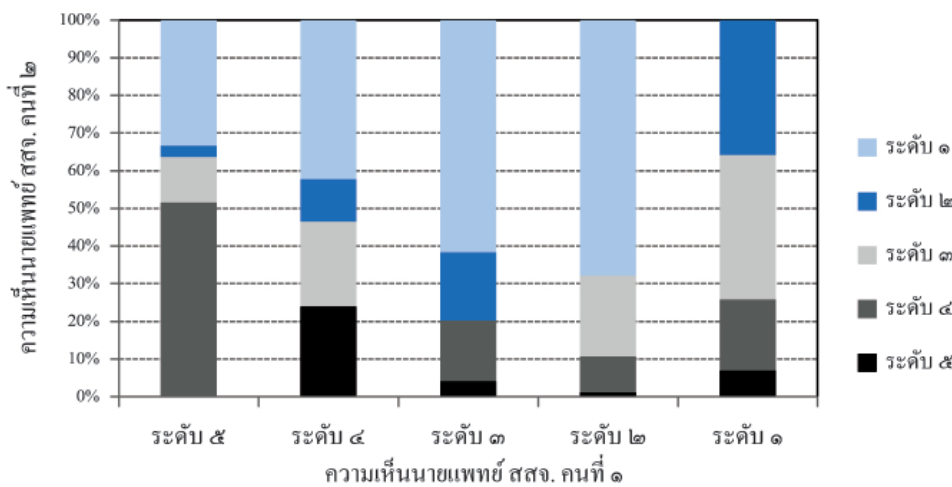
ในภาพรวมแม้จะมีความเห็นของนพ.สสจ.ที่ระบุความกันดารต่างกัน ก็เป็นความต่างในระดับที่ยอมรับได้ (กล่าวคือไม่ต่างกันมาก) สาเหตุของความต่างน่าจะมาจากการใช้เกณฑ์ความรู้สึกเป็นสำคัญ

ส่วนที่ ๓

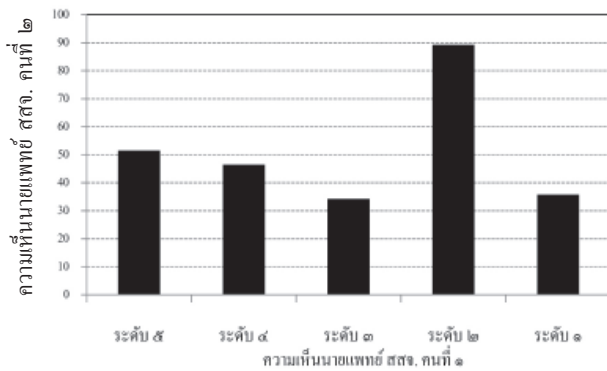
ผลการสำรวจส่วนที่ ๒ ที่นพ.สสจ. ๒ คนมีความเห็นแตกต่างกัน และข้อมูลผลการสำรวจความกันดารส่วนที่ ๑ ที่มีผลการจัดกลุ่มพื้นที่อำเภอแตกต่างจากข้อมูลในส่วนที่ ๒ ได้เสนอให้ที่ประชุมผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขพิจารณา

ตารางที่ ๔ ความกันดารของแต่ละพื้นที่อำเภอ จากความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ระดับความกันดาร	ความเห็น นพ.สสจ. ๒ คนเห็นสอดคล้องกัน จำนวนอำเภอ (ร้อยละ)	ความเห็น นพ.สสจ. ๒ คนเห็นต่างกัน จำนวนความเห็น (ร้อยละ)
ระดับ ๑ (น้อยที่สุด)	๒๐๕ (๖๗.๕%)	๑๕๕ (๓๕.๗%)
ระดับ ๒	๑๒ (๓.๕%)	๘๔ (๑๘.๘%)
ระดับ ๓	๒๕ (๘.๑%)	๕๕ (๑๒.๒%)
ระดับ ๔	๒๐ (๖.๕%)	๗๑ (๑๕.๕%)
ระดับ ๕ (มากที่สุด)	๔๒ (๑๓.๖%)	๓๓ (๗.๔%)



แผนภูมิที่ ๒ การกระจายความเห็นระดับกันดารพื้นที่ กรณีความเห็นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ๒ คนมีความเห็นแตกต่างกัน (๑๕๖ อำเภอ)



แผนภูมิที่ ๓ ร้อยละความเห็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่ระบุความกันดารต่างกันเพิ่มขึ้นหรือลดลง ๑ ระดับในแต่ระดับความกันดาร

และตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าพื้นที่นั้นควรจะอยู่ในกลุ่มที่มีความกันดารในระดับใด แต่พบปัญหาในการสรุปความเห็นดังกล่าวเนื่องจากผู้ตรวจราชการหลายท่านยังเห็นว่าข้อมูลไม่เพียงพอจึงไม่สามารถตัดสินใจได้

อภิปรายและสรุปผล

การวัดและจัดกลุ่มพื้นที่กันดารในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ แม้ว่ากระทรวงการคลังจะได้กำหนดหลักเกณฑ์เบื้องต้นโดยให้คำนึงถึงเกณฑ์ ๔ ประการ ได้แก่ ๑) ความยากลำบากของการคมนาคม ๒) ความขาดแคลนสาธารณูปโภค สาธารณูปการ หรือปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ ๓) ความเสี่ยงภัย และ ๔) ความชุกชุมของโรคภัยไข้เจ็บ แต่ไม่เคยมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดและจัดกลุ่มพื้นที่อย่างเป็นระบบแต่อย่างใด การพัฒนาเครื่องมือและแนวทางในการกำหนดความกันดารของพื้นที่โดยคณะทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขครั้งนี้ จึงนับเป็นความพยายามครั้งแรกที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบในระยะเวลาอันสั้นซึ่งสามารถเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระยะต่อไป

หลักเกณฑ์ของคณะทำงานในการให้คะแนนความกันดารของพื้นที่โดยเลือกปัจจัยความยากลำบากในการเดินทาง สภาพความเป็นเมือง และความเจริญของพื้นที่ แม้จะไม่ได้เกิดจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ แต่จะเห็นความสอดคล้องกับตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาดัชนีชี้วัดความกันดารที่มีการ

ดำเนินการในประเทศที่พัฒนาแล้ว สิ่งที่ต้องปรับปรุง คือ การให้คะแนนแต่ละตัวแปรที่ยังไม่มีหลักเกณฑ์อ้างอิงที่ชัดเจน และการกำหนดระดับคะแนนที่จะใช้เป็นตัวจำแนกความกันดารของพื้นที่แต่ละระดับที่ใช้เพียงความเห็นของคณะทำงานเท่านั้น

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากความเห็นของนพ.สสจ. แม้จะไม่ได้มีการระบุนิยามและหลักเกณฑ์การวัดความกันดารของแต่ละพื้นที่ มีเพียงการระบุชื่ออำเภอตัวอย่างเพื่อใช้อ้างอิงพื้นที่ที่มีความกันดารมากที่สุด (ระดับ ๕) เท่านั้น แต่ก็พบว่าความเห็นของนพ.สสจ. มีความสอดคล้องถึงร้อยละ ๖๑.๑ ของพื้นที่อำเภอที่ได้รับความเห็นจากนพ.สสจ. ครบ ๒ ความเห็น (๕๐๔ อำเภอ) เมื่อเปรียบเทียบความเห็นของนพ.สสจ. กับความกันดารของพื้นที่ตามคะแนนที่ได้จากข้อมูลส่วนที่ ๑ พบว่ามีความสอดคล้องกันร้อยละ ๖๙.๘ สะท้อนว่าเกณฑ์ที่นพ.สสจ. ใช้ตัดสินใจเรื่องความกันดาร อาจสอดคล้องกับเกณฑ์ที่คณะทำงานได้พัฒนาขึ้น

การกำหนดให้ใช้ความเห็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในการตัดสินใจขั้นสุดท้าย กรณีความกันดารของพื้นที่จากข้อมูลส่วนที่ ๑ แตกต่างจากความเห็นของนพ.สสจ. ในส่วนที่ ๒ ยืนยันบนสมมติฐานที่ว่า ผู้ตรวจราชการฯ มีประสบการณ์ในระดับพื้นที่ค่อนข้างกว้างขวาง และน่าจะมีอคติน้อยเมื่อเทียบกับนพ.สสจ. ที่อาจมีส่วนได้ส่วนเสียต่อการกำหนดความกันดารของพื้นที่ในความรับผิดชอบของตนเอง จึงน่าจะใช้เป็นกลไกหาข้อยุติกรณีที่มีข้อมูลส่วนที่ ๑ และ ๒ ไม่สอดคล้องกันได้ ข้อสมมติฐานดังกล่าวอาจไม่ถูกต้องเพราะเมื่อดำเนินการแล้ว ก็ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ โดยผู้ตรวจราชการฯ จำนวนหนึ่งรู้สึกว่าคุณสมบัติข้อมูลไม่เพียงพอในการตัดสินใจดังกล่าว

การจัดกลุ่มพื้นที่ตามความกันดารโดยแบ่งเป็น ๕ กลุ่มแทนหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม (พื้นที่ปกติ กันดารระดับ ๑ และกันดารระดับ ๒) นี้ ทำให้สามารถจำแนกพื้นที่ที่เดิมเคยอยู่กลุ่มเดียวกันออกจากกันตามข้อมูลปัจจัยต่างๆที่กำหนด โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความเจริญหรือพื้นที่ปริมณฑลซึ่งเดิมเคยจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ปกติ



ออกจากพื้นที่ที่มีความเจริญน้อยกว่า และพื้นที่อำเภอเมืองของแต่ละจังหวัดไม่จำเป็นต้องอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทำให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นในการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน

การจัดกลุ่มพื้นที่ตามความกดดันโดยใช้เกณฑ์ใหม่และกระบวนการข้างต้น ส่งผลให้การจัดกลุ่มพื้นที่ที่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจมากขึ้นกว่าวิธีการเดิม ซึ่งใช้กระบวนการคณะกรรมการพิจารณาเท่านั้น ผลที่ได้รับจากกระบวนการน่าจะมีความแม่นยำมากกว่าเป็นที่ยอมรับได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม

ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดความกดดันของพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ยังเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาต่อไป เพราะข้อมูลส่วนหนึ่งที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้มาจากการสำรวจในระยะเวลาอันสั้น หากสามารถอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอื่นที่น่าเชื่อถือ น่าจะทำให้ผลการจัดพื้นที่ตามความกดดันมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น และอาจต้องพิจารณากำหนดตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมมิติต่างๆของความกดดันพื้นที่มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนให้การศึกษาคั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

๑. ผู้จัดการออนไลน์. สธ.จ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายหัวให้พยาบาลในรพ.ชุมชน-สถานีอนามัยในพื้นที่ปกติ ๑,๒๐๐-๑,๘๐๐ บาท. Available on line at URL: <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=410446> cited on ๒๔ April ๒๐๑๑.
๒. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and deprivation: inequality in the north. London; Croom Helm; 1988.
๓. National Public Health Service for Wales. Deprivation and Health: A report by the National Public Health of Wales. 2004. Available on line at URL: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/368/Deprivationreport10Dec04.pdf> cited on 6 May 2011.
๔. Carstairs V, Morris R. Deprivation and health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press; 1991.
๕. Niggebrugge A, Haynes R, Jones A, Lovett A, Harvey I. The index of multiple deprivation 2000 access domain: a useful indicator for public health? Social Science & Medicine 2005;60:2743-53.
๖. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานข้อเสนอการปรับค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการกระจายและประสิทธิภาพบุคลากรสาธารณสุขในการบริการประชาชน. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๔.