

แนวความคิดและทบทวนวรรณกรรม

แนวความคิดทางทฤษฎี

1. แนวความคิดทางเศรษฐศาสตร์กับการสาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์เป็นการศึกษาเกี่ยวกับหลักในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่เนื่องจากความมีจำกัดของทรัพยากร ซึ่งไม่มีประเทศใดในโลกที่จะมีทรัพยากรมากพอที่จะมีทรัพยากรมากพอ ที่จะให้บริการแก่ประชาชนทั่วประเทศได้ทุกอย่างตามที่ต้องการ โดยไม่มีขอบเขตจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ความขาดแคลน และความมีจำกัดก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น เศรษฐศาสตร์จึงมีความสำคัญในการช่วยตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมในการจัดสรรทรัพยากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งสินค้าและบริการด้านสาธารณสุขซึ่งถือเป็นสินค้าสาธารณะในระดับหนึ่ง ซึ่งจะมีลักษณะแตกต่างจากสินค้าและบริการทั่วไป ทั้งในด้านปัญหา วัตถุประสงค์ และ เป้าหมายในการผลิต นอกจากนี้การลงทุนด้านสาธารณสุข ก็ได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภครวม (สมคิด แก้วสนธิ, 2534) ดังนั้นการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์เพื่อการตัดสินใจด้านการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นระดับใด ก็ช่วยประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรด้านการสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรทางการสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งจะเป็นการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์ในการกำหนดนโยบาย การวางแผน และ การจัดบริการสาธารณสุข โดยเป็นการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาค้นหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขสำคัญ 3 ประการ (สมคิด แก้วสนธิ, 2524) คือ

(1) การผลิตสินค้าและบริการสาธารณสุขอะไร และผลิตในปริมาณที่มากน้อยเท่าใด นั่นคือเป็นการกำหนดลักษณะ ปริมาณของสินค้าและบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุดที่พึงได้รับให้สอดคล้องกับความจำเป็น (need) และอุปสงค์ (demand) ของสินค้าและบริการแต่ละประเภทนั้น ๆ ด้วย กับทั้งพิจารณาปัจจัยซึ่งมีผลกระทบต่อ ความจำเป็น และอุปสงค์ของสินค้าและบริการ โดยความจำเป็น อาจเป็นความจำเป็นที่กำหนดขึ้น ในทัศนะของผู้จัดบริการสาธารณสุข ในทัศนะของชุมชน และ / หรือ ในทัศนะของผู้รับบริการสาธารณสุขก็ได้

(2) ผลิต หรือจัดให้มีสินค้าและบริการสาธารณสุขแต่ละประเภท ด้วยวิธีการอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพในการผลิตสูงสุด นั่นคือ ประหยัดที่สุด หรือใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ได้ผลตอบแทนสูงสุด และบรรลุเป้าหมายสูงสุด (ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการจัดองค์การผลิต คือจะจัดในลักษณะใดต้นทุนเป็นอย่างไร จะควบคุมต้นทุนได้อย่างไร จะจัดหาทรัพยากรอย่างไร และวิธีการจ่ายค่าบริการจะมีผลต่อการผลิตและการบริโภคบริการอย่างไร)

(3) กระจายสินค้าและบริการสาธารณสุขอย่างไร จึงจะทำให้สินค้าและบริการดังกล่าว เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน นั่นคือ ทำให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงสินค้าและบริการ (equality in access to supply) และความเสมอภาคในการบริโภคบริการ (equity in consumption) อันจะนำไปสู่ความเหมาะสมที่สุดในการบริโภคบริการ

ปัญหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรทั้งสามประการนี้ อาจเป็นปัญหาที่วิเคราะห์ในระดับกว้าง (Macro) หรือการวิเคราะห์ในระดับเฉพาะ (Micro) นอกจากนี้การศึกษาอาจเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) เพื่อที่จะเรียนรู้จากความสำเร็จหรือข้อผิดพลาดในอดีต หรือการศึกษาระบบ และกิจกรรมในปัจจุบัน เพื่อการปรับปรุงระบบหรือกิจกรรมที่เป็นอยู่ และ/หรือ การศึกษาวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Prospective) โดยการคาดคะเน หรือคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อการวางแผนเตรียมรับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้น ๆ

นอกจากนี้วิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวก็แตกต่างกันตามลักษณะทางเศรษฐกิจหรือระบบเศรษฐกิจ คือระบบทุนนิยม หรือระบบเสรีนิยม ก็จะแก้ปัญหาโดยใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินใจ ซึ่งเรียกว่ากลไกราคา โดยถือเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นสำคัญ ระบบนี้เชื่อว่าราคาของสินค้าและบริการจะเป็นกลไกที่นำระบบเศรษฐกิจไปสู่ดุลยภาพ ส่วนระบบเศรษฐกิจอีกระบบหนึ่งซึ่งตรงข้าม คือระบบวางแผนจากส่วนกลาง หรือระบบสังคมนิยม รัฐเป็นผู้ควบคุม และแก้ปัญหาดังกล่าวทั้งสามประการ โดยถือความเสมอภาคเป็นสำคัญ ไม่กังวลในเรื่องของเสรีภาพส่วนบุคคล

สำหรับระบบสาธารณสุขไทยนั้น เป็นระบบเปิดกว้าง ประชาชนมีเสรีภาพเต็มที่ในการเลือกรับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งที่เป็นของรัฐ และเอกชน ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจดี บริการสาธารณสุขภาคเอกชนก็เติบโตอย่างรวดเร็วทำให้บริการสาธารณสุขเอนเอียงไปในด้านการรักษายาบาล และบริการที่สะดวกสบายทันสมัย ประชาชนเป็นแหล่งเงินที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขจะมีแนวโน้มที่สนองความต้องการของคนกลุ่มรายได้สูงมากกว่ากลุ่มรายได้ต่ำ ดังนั้นการใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินใจจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นในสังคม เกิดความแตกต่างระหว่างผู้มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ รัฐจึงต้องเข้ามาแทรกแซงในการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมโดยธรรมมากที่สุด

2. แนวคิดที่ว่าด้วย การคลังสาธารณสุข และความเสมอภาค

จากบทความเรื่องการคลังสาธารณสุขกับความเสมอภาค ในการให้และรับบริการสุขภาพ (ชเนนฐวัลลภ ขุมทอง และ สงวน นิตยารัมภ์พงษ์, 2532) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการคลังสาธารณสุข และความเสมอภาคไว้ดังนี้

"การคลังสาธารณสุข" ประกอบด้วยคำสองคำ คือ การคลังกับสาธารณสุข โดยการคลัง หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการหามาได้ซึ่งแหล่งทุน การจัดสรร และการใช้ไปซึ่งเงินทุนในด้านต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือผู้ใช้เงินจำนวนนั้น ส่วนคำว่าสาธารณสุข หมายถึง ระบบสาธารณสุข ซึ่งก็คือกิจกรรมทั้งปวงในสังคม ที่มุ่งกระทำเพื่อทบทวนสุขภาพของสมาชิกภายใน สังคม ดังนั้นการคลังสาธารณสุข จึงหมายถึง การหามาได้ซึ่งแหล่งทุน การจัดสรร และการใช้ไปซึ่งเงินทุนในกิจกรรมด้านต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการทบทวนสุขภาพของสมาชิกภายในสังคม ในทุกลักษณะ โดยสุขภาพ ในการคลังสาธารณสุข ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงกิจกรรมทางสุขภาพและอนามัย โดยตรงเท่านั้น แต่เนื่องจากการขาดความสมบูรณ์ของสถิติข้อมูลทางสาธารณสุขที่มีอยู่ในขณะนี้ การพิจารณาการคลังสาธารณสุข จึงสามารถครอบคลุมเพียงเฉพาะกิจกรรมทางสาธารณสุข และการแพทย์ เป็นหลักเท่านั้น ดังนั้นการคลังสาธารณสุขในที่นี้ จึงเป็นความพยายามที่มุ่งจะตอบคำถามพื้นฐาน 3 คำถาม ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรดังกล่าวไว้แล้วได้แก่

ก) รายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดในระบบสาธารณสุขเป็นอย่างไร และมีค่าทั้งหมดเท่าไร

ข) แหล่งต้นทุนและรายจ่ายเหล่านั้น มาจากที่ใดบ้าง และ สัดส่วนของแต่ละแหล่งเป็นเท่าใด

ค) รายจ่ายเหล่านั้นใช้ไปในกิจกรรมใดบ้าง ประการใด

สำหรับ "ความเสมอภาค" เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการกระจายบริการสาธารณสุขไปยังส่วนต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งประชาชนนั้นมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ทั้งเพศ วัย ความเชื่อ สีดิว ชาติพันธุ์ สัญชาติ และอื่น ๆ โดยคุณลักษณะทางสรีระ และทางวิทยาศาสตร์กายภาพ ไม่ได้เป็นจุดสนใจแต่จะมีการวิพากษ์วิจารณ์กันมากในเรื่องความแตกต่างในสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อ ปัญหาคุณธรรม และจริยธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ไปในกลุ่มประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขก็แตกต่างกัน นำมาซึ่งปัญหาในเรื่องของ "ความเสมอภาค" คือประชาชนที่มีฐานะรายได้ และความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันประการใด และประชาชนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพได้รับบริการ

สาธารณสุข เท่าเทียมตามความจำเป็นที่แตกต่างกันหรือไม่ อีกทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในที่ต่าง ๆ ภายในสังคม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกันประการใด และบริการสาธารณสุขที่ผลิตขึ้นมานั้น สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือไม่ ตลอดจนเมื่อคำนึงถึงความจำกัดแห่งทรัพยากรบริการสาธารณสุขที่ผลิตขึ้นมานั้น ได้คำนึงถึงประสิทธิภาพ ในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเหล่านั้นประการใด ทั้งนี้จากกล่าวได้โดยสรุปว่า คำถามพื้นฐานของปัญหาความเสมอภาคก็คือ ใช้จ่ายสาธารณสุขเหล่านั้นได้นำไปใช้กันอย่างไร

ดังนั้น "การคลังสาธารณสุขกับความเสมอภาค" จึงเป็นการถามคำถามพื้นฐานทั้ง 4 ข้อร่วมกัน นั่นคือ เป็นการพิจารณาว่า ลักษณะของการจัดหา จัดสรร และใช้สอยงบประมาณ ใช้จ่ายทางสาธารณสุข มีผลอย่างไรต่อความเสมอภาคของการให้และการรับบริการสาธารณสุข

นัยจากแนวคิดดังกล่าวชี้ให้เห็นข้อเท็จจริงอันหนึ่ง คือ ลักษณะการจัดหา จัดสรร และ ใช้สอยรายจ่ายแต่ละอย่าง มีผลโดยตรงต่อ ประสิทธิภาพการใช้แหล่งงบประมาณ และการกระจายผลประโยชน์จากบริการสาธารณสุข สำหรับการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดสรรงบประมาณ และวิเคราะห์การสร้างแบบจำลอง ที่ใช้ความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการประมาณการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ของกระทรวงสาธารณสุข

ทบทวนวรรณกรรม

งบประมาณรายจ่าย เป็นแผนการใช้จ่ายเงินในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งปกติเป็นหนึ่งปีสำหรับองค์การทั่วไป การจัดสรรงบประมาณสำหรับประเทศไทย เป็นการจัดสรรเงินเพื่อการใช้จ่ายในกิจกรรมต่าง ๆ อันเป็นภารกิจของรัฐเป็นประจำปี นั่นคือ เป็นงบประมาณประจำปีที่เน้นการจัดสรรเพื่อการใช้จ่าย (ไกรยุทธ อรรถยา คีรินทร์, 2536) โดยปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของการจัดสรรทรัพยากร คือความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณรายจ่าย ซึ่งจุดมุ่งหมายอันดับแรกของการพัฒนาโยบายในประเทศไทยส่วนใหญ่ ก็คือการกระจายบริการอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการศึกษา (The Financing of Health Systems in Developing countries: Discussion paper, 1978) สำหรับในด้านการสาธารณสุขนั้น การจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ควรจะจัดสรรอย่างไร จึงจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม และเกิดความเป็นธรรมในสังคมมากที่สุดจากความจำกัดของงบประมาณนั้น ซึ่งควรพิจารณาว่า รายจ่ายสาธารณสุขมีลักษณะกระจายอย่างไร และทรัพยากรในระบบสาธารณสุขได้ถูกจัดสรรอย่างถูกต้องในทิศทางที่บรรลุเป้าหมายการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศหรือไม่ ควรใช้เกณฑ์ใดเพื่อการจัดสรรทรัพยากรดังกล่าวให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดความเป็นธรรมต่อสังคม

ในเรื่องของ ความเป็นธรรม นั้น ได้มีนักเศรษฐศาสตร์หลายท่านให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมไว้ต่าง ๆ กัน ซึ่ง Bryan & Turner (1986) ได้กล่าวว่า การจะให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมได้อย่างชัดเจนนั้น เป็นสิ่งที่บอกได้ยาก สำหรับการศึกษาคั้งนี้เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางด้านการคลังสาธารณสุข ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ต่าง ๆ กัน จากบทความของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2536) ได้ยกตัวอย่างคำจำกัดความของความเป็นธรรม ดังนี้

Mooney (1986) ให้คำจำกัดความไว้อย่างเป็นทางการ 7 ประการคือ

- 1) ความเท่าเทียมกันด้านค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร (equality of health expenditure per capita)
- 2) ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าต่อหัวประชากร (equality of input per capita)
- 3) ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกัน (equality of input for equal need)
- 4) ความเท่าเทียมกันด้านการเข้าถึงบริการในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกัน (equality of access for equal need)

- 5) ความเท่าเทียมกันด้านการใช้บริการในกลุ่มคนที่ต้องการเหมือนกัน (equality of utilisation for equal need)
- 6) ความเท่าเทียมกันด้านงบประมาณของความต้องการหน่วยสุดท้าย (equality of marginal met need)
- 7) ความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (equality in health)

ในทัศนะของ Le Grand(1987) กล่าวว่าความเป็นธรรมน่าจะเกี่ยวข้องกับการเลือก (choice) ด้วย ตามแนวคิดความเป็นธรรมกับทางเลือก (equity as choice) โดยถือว่าทุกคนได้รับข่าวสารเหมือนกัน (information symmetry) โดยยกตัวอย่างว่า ถ้าสุขภาพของแต่ละคนเลวลง เพราะปัจจัยที่เลือกไม่ได้ ภาวะนั้นไม่ค่อยเป็นธรรมนัก แต่ถ้าสุขภาพของบางกลุ่มคนเลวลง เพราะปัจจัยที่สามารถเลือก หรือหลีกเลี่ยงได้ แต่ก็ไม่ได้เลือกหรือไม่หลีกเลี่ยงเพื่อให้มีสุขภาพดี ภาวะนั้นแม้สภาวะสุขภาพจะไม่เท่าเทียมกันก็ไม่เรียกว่าไม่เป็นธรรม ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ และเกิดโรคมะเร็ง ถ้าผู้สูบบุหรี่ทั้งที่สังคมบอกให้รู้แล้วว่ามีโอกาสเกิดมะเร็งได้แต่ไม่ยอมเลิกสูบ เมื่อเกิดเป็นมะเร็งขึ้นก็ถือว่าสังคมได้ให้ความเป็นธรรมในการเลือกแก่เขาแล้ว นอกจากนี้ Donalson and Gerard (1993) จัดกลุ่มคำจำกัดความของความเป็นธรรม ไว้ 2 กลุ่ม คือ ความเป็นธรรมในแนวนอน (Horizontal equity) และ ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical equity)

ความเป็นธรรมในแนวนอน ได้แก่

1. ความเท่าเทียมกันด้านรายจ่ายในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน เช่น ค่าใช้จ่ายด้านพยาบาลต่อเตียงเท่ากันในกลุ่มโรงพยาบาลฉุกเฉิน
2. ความเท่าเทียมกันของการใช้บริการในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน เช่น จำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากันในกลุ่มโรคเหมือนกัน
3. ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน เช่น ระยะเวลารอคอยเท่ากันในกลุ่มโรคเหมือนกัน
4. ความเท่าเทียมกันด้านสถานะสุขภาพ

ความเป็นธรรมในแนวตั้ง ได้แก่

1. ความไม่เท่าเทียมกันของการรักษาในกลุ่มที่ต้องการต่างกัน เช่น กลุ่มโรครุนแรงได้รับการรักษามากกว่ากลุ่มโรคไม่รุนแรง
2. การเก็บค่ารักษาในอัตราก้าวหน้า (progressive rate) บนฐานของความสามารถในการจ่าย (ability to pay)



การนำหลักความเป็นธรรมไปใช้ในการจัดสรรทรัพยากร เป็นประเด็นที่ประเทศอังกฤษให้ความสนใจโดยได้จัดตั้ง Resource Allocation Working Party (RAWP) ขึ้นในปี 1975 เพื่อทบทวนเรื่อง เกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรไปยังภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างภูมิภาค และตรงตามความต้องการของท้องถิ่นนั้น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากได้มีการนำผลการศึกษาทางระบาดวิทยาามาพิจารณาการกำหนดนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งแต่เดิมการจัดสรรทรัพยากรไปยังแหล่งต่าง ๆ โดยเกณฑ์ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับ จำนวนประชากร จำนวนการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาล อุปกรณ์ที่มีอยู่แล้ว และจำนวนเตียงคนไข้ในโรงพยาบาล ปรากฏว่ามีความไม่เสมอภาคในระหว่างภูมิภาคอยู่มาก และการจัดสรรในแต่ละปีมักจะจัดสรรเป็นร้อยละของปีก่อนที่ได้รับ ดังนั้นความไม่เสมอภาคก็ยังมีมากขึ้น (สมคิด แก้วสนธิ, 2524) โดย RAWP มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในโอกาสของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน เมื่อมีความต้องการที่คล้ายกัน และจากการศึกษาของ Bevan (1991) เรื่อง "Equity in the Use of Health Care Resource" ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางสำหรับประเทศต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการใช้ทรัพยากรบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ อันเป็นกลวิธีหนึ่งของ สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 โดยแก่นของการศึกษานี้คือการวิเคราะห์ความสำเร็จของการดำเนินงานของประเทศอังกฤษในการใช้นโยบาย เรื่องความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับโรงพยาบาล และสาธารณสุขชุมชน โดยวิธีที่เรียกว่า RAWP นี้ และได้เสนอแนะว่า วิธี RAWP อาจจะเป็นแนวทางให้ประเทศอื่นนำแบบจำลอง (model) นี้ไปใช้ได้ แต่วิธี RAWP นี้ ได้มีวิวัฒนาการหลายขั้นตอนในการสร้างเกณฑ์เพื่อตัดสินความจำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health needs) อันจะเป็นแนวทางนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมในสังคม กล่าวคือ การจัดสรรทรัพยากรโดยวิธี RAWP นี้ จะทำให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างภูมิภาคและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ RAWP ยึดหลักว่าทรัพยากรควรจะกระจายอย่างมีความสัมพันธ์ กับความจำเป็นของประชากร และในการประมาณค่าความจำเป็นนั้น ก็จะใช้จำนวนประชากร โครงสร้างประชากร (อายุ เพศ) และอัตราส่วนการตายมาตรฐาน เป็นพื้นฐาน โดยนำไปถ่วงน้ำหนักเพื่อการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขต่อไป ซึ่งประเทศอังกฤษประสบผลสำเร็จในการจัดสรรทรัพยากรโดยวิธีดังกล่าวในระยะเวลาดังกล่าว และในรายงานนี้ก็ได้อ้างเปรียบเทียบถึง ความไม่เป็นธรรมในประเทศต่าง ๆ กับการประมาณค่าโดยวิธี RAWP เช่น การศึกษาของ Maynard and Ludbrook (1981) ได้ประยุกต์วิธี RAWP ใช้เปรียบเทียบระหว่าง ประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส และ เนเธอร์แลนด์ พบว่าความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณระหว่างภูมิภาคในประเทศอังกฤษมีน้อยกว่าในประเทศฝรั่งเศส หรือเนเธอร์แลนด์ มาก และในการศึกษาของ Pekurinen et al. (1987) ก็พบว่า

มีความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรระหว่างภูมิภาคในพินด์แลนด์อยู่มาก ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังไม่เท่าเทียมกันในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างภูมิภาคอยู่

นอกจากนี้หลักการของ RAWP ก็นำไปใช้ประเมินความเป็นธรรมในประเทศกำลังพัฒนาได้ โดยในการศึกษาของ Bevan ได้กล่าวถึง การตกลงกันเรื่องหลักในการประมาณค่าความไม่ เป็นธรรมในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข โดยได้สรุปว่า สำหรับประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการใช้วิธีการของ RAWP นั้น ก็ยังมีวิธีการที่เหมาะสม คือ ใช้การประมาณค่าการจัดสรรทรัพยากรโดยประมาณเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรในพื้นที่นั้น ซึ่งจะเป็นวิธีการที่จะเป็นนโยบายส่งเสริมความเป็นธรรมในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขได้ และในการศึกษาของ Bevan ได้สรุปว่า เรื่องการประมาณค่าความไม่เท่าเทียมกันระหว่างภูมิภาค ในการใช้ทรัพยากรการบริการสาธารณสุขต่อหัวประชากรของประเทศกำลังพัฒนา 4 ประเทศ คือ อินเดีย เปรู กานา และฟิลิปปินส์ และปรากฏว่าประชากรที่มีความเสี่ยงมากที่สุดจะเป็นผู้ใช้ทรัพยากรมากที่สุด ดังนี้

Akhtar and Izhar (1986) ศึกษาถึงความไม่เท่าเทียมในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอินเดีย ช่วงปี 1975-78 โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรในแต่ละรัฐ กับ ค่าเฉลี่ยของประเทศ และพบว่าระดับของการใช้จ่ายที่ปรากฏในอดีต มีอิทธิพลต่อการจัดสรรในอนาคต

Musgrove (1986) ศึกษาเรื่อง ความไม่เท่าเทียมกันในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในเปรู เป็นการวัดเรื่องเกี่ยวกับความเป็นธรรมระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของชาติ ในปี 1984 โดยเขาพบว่า ข้อจำกัดของการวัดความไม่เป็นธรรมขึ้นอยู่กับทรัพยากรและประชากร ซึ่งผลลัพธ์นั้นได้มาจากอัตราการเกิดโรค และข้อมูลการใช้ประโยชน์ ที่ได้จากการสำรวจในปี 1984 แต่ข้อมูลการใช้ประโยชน์มักจะเป็นผลจากการกระจายของอุปทาน ดังนั้นจึงไม่ควรนำข้อมูลนี้มาใช้ในการประมาณความไม่เป็นธรรม

Ofoosu-Amaah (1975) ศึกษาเรื่องความไม่เท่าเทียมในการจัดสรรงบประมาณในกานา ช่วง ปี 1974-75 แสดงการกระจายงบประมาณสาธารณสุขระหว่างภาคในรูปแบบของค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร ใน 10 ภาค เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของชาติ โดยประมาณการจากค่าสถิติต่าง ๆ ที่สามารถเก็บรวบรวมได้

Waddington and Newell (1987) ได้ประมาณความไม่เท่าเทียมในค่าใช้จ่ายสุขภาพ ในฟิลิปปินส์ โดยประมาณความไม่เท่าเทียมในการใช้ทรัพยากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระหว่างภาค กับระหว่างจังหวัด ในปี 1985

โดยจากการศึกษาทั้ง 4 ประเทศนี้ พบว่าในแต่ละประเทศซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข ยังมีความไม่เท่าเทียมกัน ทั้งระหว่างภูมิภาค และระหว่างจังหวัด ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้โดยการประมาณการใช้ทรัพยากรต่อหัวประชากร ดังนั้นจากรายงานการศึกษาของ Bevan ซึ่งได้สรุปว่า วิธีง่าย ๆ ที่เพียงพอสำหรับการเริ่มต้นในเรื่องของนโยบายส่งเสริมความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ก็คือการประมาณค่าการใช้ทรัพยากรต่อหัวประชากรในแต่ละพื้นที่ โดยต้องมีการปรับจำนวนประชากร ด้วยการถ่วงน้ำหนักประชากรตามความจำเป็นเกี่ยวกับสุขภาพ

ในเรื่องความเป็นธรรม ได้มีผู้ศึกษาโดยวิเคราะห์อีกลักษณะหนึ่ง คือการวัดความเป็นธรรมในระดับแนวราบของการรับบริการสาธารณสุข โดย Wagstaff (1991) พบว่าบุคคลที่มีความจำเป็นทางสุขภาพเหมือนกัน ควรได้รับการรักษาเหมือนกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่อง เพศ อายุ หรือ ระดับรายได้ แต่ปรากฏว่าตามความเป็นจริง ความเป็นธรรมแนวราบมักจะไม่ได้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ เพราะการรับบริการสาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่าย กล่าวคือ โดยเปรียบเทียบแล้ว ผู้ที่มีฐานะดีกว่าย่อมมีความสามารถที่จะจ่ายได้มากกว่า จึงมีโอกาสได้รับบริการที่ดีกว่า และถ้านำเรื่องสถานะสุขภาพอนามัยมาพิจารณาด้วย จะพบว่าผู้มีฐานะดีย่อมมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าอยู่แล้ว ดังนั้น ความไม่เป็นธรรมของโอกาสเข้ารับบริการสาธารณสุข ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายก็จะเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้แม้ว่าจะมีการประเมินทางการแพทย์ว่า ประชาชนมีความจำเป็นทางสุขภาพเท่าเทียมกันทุกคนก็ตาม แต่การตัดสินใจมารับบริการจะคำนึงถึงอรรถประโยชน์ และค่าเสียโอกาสที่จะเกิดขึ้น ทำให้พฤติกรรมมารับบริการแตกต่างกันไป

การศึกษาของ Wagstaff et al. ในปีต่อมา ได้สรุปว่า ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมนั้น ในเรื่องของการคลังสาธารณสุข และความเป็นธรรมในการให้บริการสาธารณสุข ควรวิเคราะห์แยกจากกัน คือ ด้านการเงิน สำหรับบริการสาธารณสุข ควรจะขึ้นอยู่กับ ความสามารถที่จะจ่าย (ability to pay) ส่วนด้านการจัดบริการสาธารณสุข ควรจะขึ้นอยู่กับความจำเป็น (need) ซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิชาการ และผู้กำหนดนโยบายควรจะยอมรับในความแตกต่างของการวิเคราะห์นี้ โดยควรจะประยุกต์ไปในแต่ละกรณี

จากการศึกษาของ Wagstaff จึงอาจกล่าวได้ว่า ระดับรายได้เฉลี่ยของประชากรก็ควรจะมีผลสำคัญในการประมาณค่าความจำเป็นทางสุขภาพด้วย นอกเหนือจาก จำนวน และ โครงสร้างประชากร และอัตราส่วนการตายมาตรฐาน ที่ถูกกำหนดไว้ในวิธี RAWP

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษา โดยใช้ความเป็นธรรมมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการวิเคราะห์

การจัดสรรงบประมาณที่เป็นอยู่ว่ามีกระจายอย่างไรจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมเพียงใด ดังเช่นการศึกษาของ ดำรงค์ บุญยืน (2532) ซึ่งได้ศึกษาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1-6 เรื่องการจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุข พบว่า มีปัญหาด้านการกระจายที่มีลักษณะไม่เป็นธรรม โดยให้เหตุผลว่าเกิดจากการที่การจัดบริการสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่าง ๆ หลายกระทรวง การจัดสรรงบประมาณไม่มีการประสานแผนงานกันอย่างแท้จริง จึงเกิดการขาดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการจัดบริการสาธารณสุข และเกิดความไม่เป็นธรรมครบวงจร เกิดความซ้ำซ้อนในงานด้านการรักษาพยาบาล และละเลยการส่งเสริมและป้องกันโรค อีกทั้งในเรื่องการกระจายบริการ ก็ยังมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองอีกด้วย

ได้มีการศึกษาโดยการวิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณในส่วนของสาธารณสุข โดย สมคิด แก้วสนธิ (2522) เป็นการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุขในช่วงเวลา 15 ปี คือ ปี 2510 - 2524 เพื่อแสดงให้เห็นว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขถูกจัดสรรไปอย่างไร และการจัดสรรนั้นมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) ของการจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุข และความเสมอภาค (equity) ในการกระจายงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข กับทั้งโอกาสที่งบประมาณจะส่งผลไปยังชนบท ซึ่งผลการศึกษาในเรื่องของความเป็นธรรม ที่ศึกษาการกระจายในลักษณะแบ่งตามรายภาค พบว่าการกระจายงบประมาณระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคต่าง ๆ และในระหว่างภาคต่าง ๆ ยังขาดความเป็นธรรมอยู่มาก โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งน่าจะได้รับการจัดสรรมากที่สุดกลับได้รับน้อยที่สุด ส่วนกรุงเทพฯ ซึ่งได้รับค่าใช้จ่ายสาธาณะด้านอื่น ๆ มากกว่าภาคอื่น ๆ มากอยู่แล้วก็ยังได้รับจัดสรรด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าภาคอื่น ๆ อีกมาก กล่าวคือ กรุงเทพฯมีรายได้ต่อครอบครัว และต่อหัวสูงสุด โดยสูงกว่าลำดับถัดไป คือภาคกลาง ถึงร้อยละ 30 ส่วนภาคใต้ ภาคเหนือ มีรายได้ต่อครอบครัว และรายได้ต่อหัวในลำดับถัดไปตามลำดับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายได้ต่อครอบครัว และต่อหัวต่ำสุด ซึ่งต่ำกว่ากรุงเทพฯถึงร้อยละ 59 ของรายได้ต่อหัวในกรุงเทพฯ สำหรับด้านสถานะสุขภาพ ปรากฏว่ากรุงเทพฯมีอัตราการตายมาตรฐานต่ำสุด คือ 4.8 ต่อประชากรพันคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตายมาตรฐานสูงสุดถึง 10.3 ต่อประชากรพันคน

การศึกษาของเอื้อย มีสุข (2522, อ้างจากรณวิภา ปสันธนาธร, 2522)วิเคราะห์เรื่องความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ และการบริการสังคมระหว่างจังหวัด พบว่านโยบายรัฐบาลที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันในรายได้ของประชาชน ด้วยการจัดบริการสังคมต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนด้านการสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จ โดยจังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า จะได้รับงบประมาณที่จัดสรรโดยรัฐด้านการสาธารณสุขสูงกว่า คือ จะมีรายจ่ายสาธารณสุขต่อหัวสูงกว่า

ทั้งนี้เนื่องจากรายจ่ายสาธารณสุขนั้น จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ จำนวนบุคลากร เต็ม และ จำนวนโรงพยาบาล แต่ขณะเดียวกันจะไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราตายทารก และ อัตราตายรวมอื่น ๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชน ย่อมแสดงว่า การกระจายงบประมาณด้านการสาธารณสุขของรัฐมีความไม่เป็นธรรม เพราะประชาชนที่มีรายได้ต่ำ จะมีความสามารถรับภาระรายจ่ายด้านสาธารณสุขได้น้อยกว่า รัฐจึงควรที่จะจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่มากกว่า และให้มากพอที่จะจัดหาบริการต่าง ๆ ในปริมาณที่เพียงพอต่อความขาดแคลน และ ความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสาธารณสุขได้ทันทั่วถึง ซึ่งจากการศึกษานี้ก็เป็นการสนับสนุนว่า ในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขภาครัฐ ควรคำนึงถึงรายได้เฉลี่ยของประชากรด้วย

งานของวรรณวิภา ปลันธนาธร (2522) ได้วิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุขภาครัฐ โดยศึกษาข้อมูลในช่วงปี 2510-2520 จากงบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในส่วนของงานวิเคราะห์ด้านการกระจายรายจ่ายสาธารณสุขไปยังเขตภูมิภาคต่าง ๆ และ เขตกรุงเทพฯ โดยดูจากดัชนีต่าง ๆ คือ จำนวนประชากร รายได้ รายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อรายได้ของประชาชน และอัตราการตายของแต่ละท้องถิ่น พบว่า การกระจายรายจ่ายสาธารณสุขของรัฐมีลักษณะไม่เป็นธรรมมากทั้งระหว่างเขตภูมิภาค และเขตกรุงเทพฯ แม้จะมีข้ออ้างว่า บริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ มีส่วนหนึ่งที่ทำเพื่อบริการประชาชนทั้งประเทศ แต่ความแตกต่างในการจัดสรรงบประมาณมีเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ กรุงเทพฯ ซึ่งมีจำนวนประชากรเพียงร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และระดับรายได้เฉลี่ยของประชาชนสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ กลับได้รับการจัดสรรรายจ่ายสาธารณสุขถึงร้อยละ 49.16 ของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขส่วนภาคอื่น ๆ นั้น ได้รับจัดสรรอยู่ในช่วงร้อยละ 10-15 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาเฉพาะเขตภูมิภาคก็ยิ่งพบว่า มีความไม่เป็นธรรมอยู่ แม้ว่าจะไม่ค่อยชัดเจนมากนัก

งานของ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2536) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุขซึ่งศึกษาเฉพาะสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดยมีสมมติฐานว่า ถ้าการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข เป็นการจัดสรรงบประมาณที่มีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดสวัสดิการ ทางด้านสุขภาพสูงสุดแก่ประชาชนโดยรวมในสังคมแล้ว การจัดสรรงบประมาณดังกล่าว ย่อมขึ้นอยู่กับระดับการผลิต ประสิทธิภาพในการผลิต และความเป็นธรรมในการกระจายผลผลิตเหล่านั้น ซึ่งการศึกษาค้นคว้าได้วิเคราะห์โดยการประยุกต์แนวคิดทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ ศึกษาจากข้อมูลในปี 2530 และ ปี 2532 โดยใช้สมการถดถอย (Regression Analysis) แบบ Generalized Least-Squares Estimation พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน

ระดับจังหวัดนั้นยังขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของสถานบริการในกระทรวงอื่น ๆ ระดับรายได้เฉลี่ยของประชากร และจำนวนประชากร ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลทางด้านความเป็นธรรม และความเท่าเทียมในการกระจายบริการ

ดังนั้น จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศไทย จะพบว่า เป็นการวิเคราะห์ในลักษณะอนุกรมเวลา ใช้ข้อมูลระดับประเทศ มีการประเมินความเป็นธรรมในภาพรวมแบบกว้าง ไม่ได้มีการวิเคราะห์ระดับจังหวัดยกเว้นงานของ เปรมจิต หงษ์อำไพ ที่เป็นการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลภาคตัดขวาง และวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณในระดับจังหวัด แต่เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณ จึงยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการจัดสรรงบประมาณให้มีการกระจายอย่างมีความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพของประชากร โดยใช้จำนวน และโครงสร้างประชากร (อายุ เพศ) และอัตราส่วนการตายมาตรฐาน เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษา เพื่อจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์การสร้างแบบจำลองที่ใช้ความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการประมาณการจัดสรรงบประมาณ อันจะเป็นพื้นฐานสำหรับการเลือกแนวทางในการกำหนดทิศทางการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคตให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม

จากคำจำกัดความของความเป็นธรรมต่าง ๆ ที่กล่าวมา ทำให้เกิดคำถามว่า ความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อการจัดบริการสาธารณสุข คืออะไร ซึ่ง Gavin Mooney (1987) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะสรุปว่า ความหมายใดถูก แต่เขาได้เสนอความเห็นที่ สิ่งสำคัญในการกำหนดคำจำกัดความก็คือ คำจำกัดความของความเป็นธรรม ควรจะเลือกความหมายที่จะนำมาใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของนโยบายสาธารณสุข เนื่องจากนโยบายจะแตกต่างกันในจุดมุ่งหมาย (goals) ของความเป็นธรรมที่แตกต่างกัน ความชัดเจนในความหมายของความเป็นธรรม จะทำให้การวัดความเป็นธรรมเป็นไปในทางที่เหมาะสม โดยในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด ซึ่งจะพิจารณาการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ภายใตกรอบแนวความคิดของหลักความเป็นธรรม ตามความหมายในทัศนะของ Mooney ที่ว่า ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าไปในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกัน (equality of input for equal need)