

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนนี้จะเป็นการศึกษาถึงแนวทางทฤษฎีและแนวความคิดต่างๆ ในการจัดสรรทรัพยากรอันมีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและสอดคล้องกับความต้องการในแต่ละแห่งได้อย่างไร ตลอดจนได้รวบรวมงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงแนวทางหรือภาพที่ชัดเจนขึ้นในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขในอดีต

3.1 แนวความคิดทางทฤษฎี

3.1.1 แนวความคิดทางเศรษฐศาสตร์ กับ การสาธารณสุข

ไม่มีประเทศใดในโลกที่จะมีทรัพยากรเหลือเฟือพอที่จะบริการให้ประชาชนของตนได้ทุกอย่างตามที่ต้องการโดยไม่มีขอบเขตจำกัด ทรัพยากรของแต่ละประเทศมีจำกัด ดังนั้นจึงต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการเลือกระหว่างทางเลือกหลายๆ ทาง ในอันที่จะใช้ทรัพยากรที่จำกัดนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด เศรษฐศาสตร์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้

เศรษฐศาสตร์มีความสำคัญในการช่วยให้การตัดสินใจเลือกทางเลือกเป็นการตัดสินใจที่เหมาะสมที่สุด ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาทางเศรษฐกิจจำแนกได้เป็นสามส่วนใหญ่ ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการผลิต ปัญหาเกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค และปัญหาเกี่ยวกับการจำแนกแจกจ่ายสินค้าหรือบริการไปยังผู้บริโภค การแก้ปัญหาเศรษฐกิจสามประการข้างต้นนั้น แตกต่างกันตามลัทธิทางเศรษฐกิจหรือระบบเศรษฐกิจ ระบบทุนนิยมก็จะแก้ปัญหาโดยใช้ราคาเป็นเครื่องตัดสินใจซึ่งเรียกว่า "กลไกราคา" อันจะนำระบบเศรษฐกิจไปสู่ดุลยภาพ ส่วนระบบเศรษฐกิจอีกระบบหนึ่งซึ่งตรงกันข้าม คือ ระบบคอมมิวนิสต์นั้น เชื่อว่า เศรษฐกิจทุกอย่างต้องวางแผนจากส่วนกลาง รัฐเป็นผู้ควบคุมและแก้ปัญหาทั้งสามประการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สินค้าและบริการนั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมาก ปัญหาด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลก็เป็นปัญหาที่มีลักษณะพิเศษ โดยเฉพาะบริการด้านการสาธารณสุขและการรักษาบริการนั้น มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่น ๆ การลงทุนในด้านการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุน

ในรูปกำไรสูงสุดแก่ผู้ลงทุน แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภคเอง อันเป็นผลได้โดยส่วนรวมในสังคม (สมคิด แก้วสนธิ, 2524)

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าเศรษฐศาสตร์เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เมื่อนำหลักการของเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์เข้ากับการสาธารณสุข ก็จะช่วยในการตอบปัญหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขสำคัญ 3 ประการ คือ (สมคิด แก้วสนธิ, 2534)

- 1) การผลิตสินค้าและบริการสาธารณสุขอะไร ในจำนวนเท่าใด จึงจะเหมาะสมกับความจำเป็น และความต้องการของประชาชน คำถามนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดสินค้าและบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุดที่พึงเป็นไปได้สำหรับความจำเป็น (need) และอุปสงค์ของบริการนั้น ๆ กับทั้งพิจารณาปัจจัยซึ่งมีผลกระทบต่อความจำเป็นและอุปสงค์บริการ "ความจำเป็น" อาจเป็นความจำเป็นที่กำหนดขึ้นในทัศนะของผู้จัดบริการสาธารณสุข ในทัศนะของชุมชน และ/หรือในทัศนะของผู้รับบริการสาธารณสุขก็ได้
- 2) ผลิตสินค้าและบริการสาธารณสุขอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพในการผลิตสูงสุด คำถามนี้เกี่ยวข้องกับการจัดองค์การผลิต คือ จะจัดในลักษณะใด ต้นทุนเป็นอย่างไร จะควบคุมต้นทุนได้อย่างไร จะจัดหาทรัพยากรอย่างไร วิธีการจ่ายค่าบริการจะมีผลต่อการผลิตและการบริโภคอย่างไร
- 3) การกระจายสินค้าและบริการสาธารณสุขอย่างไร จึงจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสินค้าและบริการ คำถามนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดเงื่อนไขและลำดับความสำคัญ เพื่อความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ (equity in access to supply) และความเสมอภาคในการบริโภคบริการ (equity in consumption)

ปัญหาพื้นฐานทั้งสามประการนี้ เป็นความจริงทั้งในภาคสาธารณะ (public sector) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการให้สวัสดิการสูงสุด (maximize welfare) และในภาคเอกชน (private sector) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการแสวงหากำไรสูงสุด (วัตถุประสงค์ในด้านสวัสดิการหรือ welfare

นั้นเป็นเพียงส่วนประกอบ) ดังนั้น ประเด็นสำคัญสำหรับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็คือ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจุดมุ่งหมายหลัก สองประการ คือ

1) เพื่อตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยการประเมินทางเลือกต่างๆ ซึ่งการประเมินทางเลือกเพื่อตัดสินใจใช้ทรัพยากรนั้น เรียกว่าเป็นการประเมินผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economic evaluation)

2) เพื่อเป็นการศึกษาระบบที่กำลังดำเนินอยู่ และแสวงหาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ของวิธีการหรือกิจกรรมการควบคุมโรค (Intervention) การศึกษาระบบในลักษณะดังกล่าวจัดได้ว่าเป็นการวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (economic analysis)

3.1.2 แนวความคิด สินค้าสาธารณะ บริการทางด้านสาธารณสุข และ การบริการโดยรัฐ

คำว่า “สินค้า” ในวิชาเศรษฐศาสตร์หมายถึง สินค้าและบริการ (goods and services) โดยนักเศรษฐศาสตร์จำแนกสินค้าออกเป็น 2 ประเภท คือ

- **สินค้าทางเศรษฐกิจ** หมายถึง สินค้าและบริการซึ่งได้จากกระบวนการผลิตที่มีต้นทุนในการผลิตสินค้านั้นสินค้าและบริการนั้นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์และขาดแคลนเมื่อเทียบกับความต้องการ สามารถเปลี่ยนมือในการเป็นเจ้าของได้ ดังนั้นสินค้าและบริการนั้นจึงเป็นสิ่งที่มีความ

- **สินค้าได้เปล่า** เป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์หรือมีประโยชน์แต่ไม่ขาดแคลนเมื่อเทียบกับความต้องการ ไม่สามารถเปลี่ยนมือในการเป็นเจ้าของได้ ดังนั้น สินค้าประเภทนี้จึงไม่มีราคา เช่น อากาศ เป็นต้น เป็นสิ่งที่มีความประโยชน์แต่ไม่ขาดแคลนเมื่อเทียบกับความต้องการ ดังนั้นทุกคนจึงมีโอกาสหายในเอาอากาศโดยไม่ต้องจ่ายเงิน คือ ไม่มีราคา

ปัญหาก็คือ บริการด้านสุขภาพอนามัย มีลักษณะแตกต่างจากสินค้าทั้งสองประเภท จุดมุ่งหมายในการจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยมิใช่เพื่อทำกำไรให้ได้สูงสุด เหมือนกับการผลิตสินค้าและบริการโดยทั่วไป การบริการด้านสุขภาพอนามัยมีประโยชน์และขาดแคลนเมื่อเทียบกับความ

ต้องการ ใช้ต้นทุนในการจัดบริการแต่เป็นบริการที่เปลี่ยนมือไม่ได้ และบริการบางชนิดแม้จะมีต้นทุนก็จัดให้ผู้บริโภคโดยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่าย คือ เป็นบริการได้เปล่า

นักเศรษฐศาสตร์บางคนกล่าวถึงสินค้าสาธารณะ (public goods) โดยใช้คำว่า สินค้าได้เปล่า (free goods) และใช้คำสองคำนี้แทนกันเสมอ เนื่องจากสินค้าสาธารณะนั้นเป็นสิ่งที่ส่วนใหญ่แล้วไม่มีราคา ผู้บริโภคสามารถบริโภคได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทนในการบริโภคสินค้าและบริการนั้น แต่ถ้าพิจารณาให้ดีแล้ว สินค้าสาธารณะมีความแตกต่างจากสินค้าได้เปล่าในหลายประการ คือ

- สินค้าสาธารณะนั้นเป็นสิ่งที่ผลิตขึ้นและมีต้นทุนในการผลิต
- สินค้าสาธารณะนั้นแม้ผู้บริโภคจะไม่ต้องจ่ายค่าตอบแทนโดยตรง แต่การบริโภคนั้นจะประกอบด้วยต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งที่ผู้บริโภคต้องจ่าย เช่น ค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น
- ผู้ที่รับภาระต้นทุนในการผลิตสินค้าสาธารณะนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นผู้บริโภค หรือ ผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้าสาธารณะเสมอไป หรือผู้รับภาระต้นทุนนั้นอาจเป็นผู้บริโภคด้วย แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับประโยชน์จากสินค้าสาธารณะนั้นเป็นสัดส่วนกับต้นทุนที่ต้องรับภาระ

บริการสาธารณสุขและบริการด้านสุขภาพอนามัยส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นสินค้าสาธารณะ เช่น การฉีดยาก็จัดแมลงหรือยุงในบ้านเพื่อลดโรคระบาด แต่ก็มีบริการบางส่วนที่มีลักษณะคล้ายกับสินค้าหรือบริการโดยทั่วไป คือ ผู้บริโภคเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนในราคาที่คุ้มกับต้นทุนการจัดบริการนั้นๆ

จากที่กล่าวมาบริการสาธารณสุขและบริการด้านสุขภาพอนามัยจึงควรเป็นสินค้าสาธารณะโดยสมบูรณ์ อย่างน้อย ณ ระดับหนึ่ง คือ ควรเป็นบริการที่รัฐจัดให้กับประชาชนที่อยู่อาศัยในรัฐนั้น เพื่อความเป็นธรรมโดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติ, ศาสนา, ความเชื่อทางการเมือง และสถานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ด้วยเหตุผลดังนี้ คือ

- ความมีเหตุผลทางเศรษฐกิจ ในพฤติกรรมของผู้บริโภคนั้น ไม่สามารถประยุกต์ได้กับกรณีของความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะบริการการรักษา

พยาบาลได้ ดังนั้น การจัดบริการในลักษณะที่เป็นตลาดแข่งขันโดยใช้ราคาจะมีอุปสรรคที่จะทำให้การจัดสรรทรัพยากรในสังคมเหมาะสมที่สุด

- ความไม่สมบูรณ์ในความรอบรู้เกี่ยวกับสินค้าที่ผู้บริโภคจะเลือก ในการพิจารณา อุปสงค์ของผู้บริโภคในการซื้อสินค้าและบริการโดยทั่วไปมีข้อสมมติพื้นฐานว่า ผู้บริโภคมีความรอบรู้โดยสมบูรณ์ (perfect information) ในสินค้าและบริการที่เขาจะซื้อ นั่นคือ ผู้บริโภครู้ระดับราคาที่เหมาะสมและคุณภาพของสินค้าและบริการเพื่อตัดสินใจ กำหนดจำนวนสินค้าและบริการที่เขาจะต้องการซื้อ ณ ระดับราคานั้นๆ แต่ในวงการของบริการด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลนั้น มีความไม่สมบูรณ์อยู่หลายประการ เกี่ยวกับความรอบรู้ของผู้บริโภค เช่น มีความไม่สมบูรณ์เกี่ยวกับข้อมูลด้านราคา, คุณภาพของบริการ เป็นต้น

- ราคาแตกต่างจากต้นทุนหน่วยสุดท้าย ในด้านการรักษาพยาบาลมีเหตุผลหลายประการที่ทำให้ราคาแตกต่างไปจากต้นทุนหน่วยสุดท้าย เช่น หากปล่อยให้ตลาดผลิตสินค้าและบริการตามเงื่อนไขตลาดเสรี ก็จะทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่ใช่การจัดสรรที่ทำให้เราเท่ากับต้นทุนหน่วยสุดท้าย การจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยมีแนวโน้มที่จะสนองตอบความต้องการกลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่ากลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ การใช้กลไกตลาดจึงไม่ใช่วิถีทางที่จะนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เป็นต้น

จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้การจัดหาบริการด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการภายใต้การดูแลจากภาครัฐ โดยถือเป็นหน้าที่ที่รัฐจะต้องจัดหาให้แก่ประชาชน เพื่อนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

3.1.3 แนวความคิด การคลังสาธารณสุข และความเสมอภาค (ความเท่าเทียมกัน)

บริการด้านสาธารณสุข มีคุณสมบัติบางอย่างที่คล้ายกับสินค้าสาธารณะ (public goods) ดังนั้น ในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ถือว่าเป็นบริการเพื่อสวัสดิการของประชาชน ดังนั้น ค่าบริการจึงได้รับการช่วยเหลือจากงบประมาณของรัฐค่อนข้างมาก ซึ่งทำให้เป็นภาระด้านงบประมาณโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่องบประมาณนั้นมีจำกัด และลำดับความสำคัญด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่อยู่ในลำดับที่สูงของประเทศ เพราะการให้บริการด้านนี้ไม่ถือว่ามีรายได้ ผลผลิตตอบ

แทนไม่เห็นเป็นรูปธรรม ดังนั้น บริการสาธารณสุขที่พึงทรัพยากรจากภาครัฐเพียงเท่านั้น หรือส่วนใหญ่ จึงมักประสบปัญหาในด้านการฟื้นฟู ประสิทธิภาพ คุณภาพ ปริมาณ และการกระจายของบริการ ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากการจัดการ การจัดการ การกำหนดราคา ของบริการสาธารณสุข ดังนั้นจึงอาจเกิดปัญหาความไม่เพียงพอของบริการ ของทรัพยากร ในขณะที่เดียวกันต้องพยายามครอบคลุมประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้บริการที่มีรายได้น้อย ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่ำ จนเกิดปัญหาเป็นลูกโซ่ ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว แหล่งการคลังสาธารณสุขไม่จำเป็นต้องมาจากรัฐเท่านั้น แต่อาจจะมาจากภาคเอกชน หรือเป็นการผสมผสานกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจเป็นการแก้ไขปรับปรุงปัญหา ด้านทรัพยากรจำกัดได้บ้าง และอาจช่วยในด้านการปรับปรุงสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม การประเมินการคลังสาธารณสุขคงจะต้องศึกษาทั้งด้านอุปสงค์ อุปทานของบริการโดยการประเมินนั้น ควรดูหลักที่สำคัญของการคลังสาธารณสุข คือ (แกมทอง อินทรรัตน์, 2537)

- 1.ด้านประสิทธิภาพ
- 2.ด้านความเท่าเทียมกัน

จะเห็นได้ว่า ประเด็นเรื่องความเท่าเทียมกันเป็นหัวข้อที่มีการถกเถียงกันถึงวิธีการ ในการจัดสรรทรัพยากรอย่างไร ถึงจะก่อให้เกิดความเสมอภาคมากที่สุด จากบทความเรื่องการคลังสาธารณสุขกับความเสมอภาค ในการให้และรับบริการสุขภาพ (ชเนฏฐ วัลลภ ชุมทอง และ สงวน นิติยารัมภ์พงศ์, 2532) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการคลังสาธารณสุข และความเสมอภาคไว้ดังนี้

"การคลังสาธารณสุข" ประกอบด้วยคำสองคือ การคลัง กับ สาธารณสุข โดยการคลัง หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการหามาได้ซึ่งแหล่งทุน การจัดสรร และการใช้ไปซึ่งเงินทุนในด้านต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือผู้ใช้เงินจำนวนนั้น ส่วนคำว่า สาธารณสุข หมายถึง ระบบสาธารณสุข ซึ่งก็คือกิจกรรมทั้งปวงในสังคม ที่มุ่งกระทำเพื่อทนบำรุงสุขภาพของสมาชิกภายในสังคม ในทุกลักษณะ โดยสุขภาพ ในการคลังสาธารณสุขไม่ได้จำกัดอยู่เพียงกิจกรรมทางสุขภาพและอนามัยโดยตรงเท่านั้น แต่เนื่องจากการขาดความสมบูรณ์ของสถิติข้อมูลทางสาธารณสุขที่มีอยู่ในขณะนี้ การพิจารณาการคลังสาธารณสุข จึงสามารถครอบคลุมเพียงเฉพาะกิจกรรมทางสาธารณสุขและการแพทย์ เป็นหลักเท่านั้น ดังนั้นการคลังสาธารณสุขในที่นี้ จึงเป็นความพยายามที่มุ่งจะตอบคำถามพื้นฐาน 3 คำถาม ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรดังกล่าวไว้แล้ว ได้แก่

- 1) รายงานจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดในระบบสาธารณสุขเป็นอย่างไร และมีค่าทั้งหมดเท่าไร
- 2) แหล่งต้นทุนและรายงานเหล่านั้นมาจากที่ใดบ้าง และสัดส่วนของแต่ละแหล่ง
- 3) รายงานจ่ายเหล่านั้นใช้ไปในกิจกรรมใดบ้าง ประการใด

สำหรับ "ความเสมอภาค" เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการกระจายบริการสาธารณสุขไปยังสัดส่วนต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งประชาชนนั้นมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ทั้งเพศ วัย ความเชื่อ สีผิว ชาติพันธุ์ สัญชาติ และอื่น ๆ โดยคุณลักษณะทางสรีระ และทางวิทยาศาสตร์กายภาพ ไม่ได้เป็นจุดสนใจ แต่จะมีการวิพากษ์วิจารณ์กันมากในเรื่อง ความแตกต่างในสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อ ปัญหาคุณธรรม และจริยธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ไปในกลุ่มประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกัน นำมาซึ่งปัญหาในเรื่องของ "ความเสมอภาค" คือ ประชาชนที่มีฐานะรายได้ และความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันประการใด และประชาชนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพได้รับบริการสาธารณสุข เท่าเทียมกันตามความจำเป็นที่แตกต่างกันหรือไม่ อีกทั้งประชาชนที่อาศัยอยู่ในที่ต่าง ๆ ภายในสังคม สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกันประการใด และบริการสาธารณสุขที่ผลิตขึ้นมานั้น สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือไม่ ตลอดจนเมื่อคำนึงถึงความจำกัดแห่งทรัพยากรบริการสาธารณสุขที่ผลิตขึ้นมานั้น ได้คำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเหล่านั้นประการใด ทั้งนี้อาจกล่าวได้โดยสรุปว่า คำถามพื้นฐานของปัญหาความเสมอภาค ก็คือ รายงานจ่ายสาธารณสุขเหล่านั้นได้นำไปใช้กันอย่างไร (ลินดา เหล่ารัตน์ ใส, 2538)

ดังนั้น "การคลังสาธารณสุขกับความเสมอภาค" จึงเป็นการถามคำถามพื้นฐานทั้ง 4 ข้อร่วมกัน นั่นคือ เป็นการพิจารณาว่า ลักษณะของการจัดหา จัดสรร และใช้สอยงบประมาณรายจ่ายทางสาธารณสุข มีผลอย่างไรต่อความเสมอภาคของการให้และการรับบริการสาธารณสุข

3.1.4 แนวคิดความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเสมอภาค (Equity)

เนื่องจากงบประมาณเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนที่สุดของการกระจายทรัพยากร งานหรือกิจกรรมใดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ งานนั้นก็มีโอกาสที่จะได้รับการปฏิบัติและมีโอกาสที่จะได้เห็นผลกระทบที่คาดหวัง ในภาวะที่งบประมาณมีจำนวนจำกัด การกระจายทรัพยากรจึงต้องคำนึงถึงเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณจึงควรเป็นเครื่องมือสำคัญของการ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2539)

- บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- กระตุ้นประสิทธิภาพของระบบบริการ

เป้าหมายทั้ง 2 ระดับมีส่วนสัมพันธ์กัน กล่าวคือ การจัดสรรงบประมาณที่สามารถสะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการทุกระดับ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ เมื่อการจัดสรรงบประมาณใดๆ สามารถทำให้ฝ่ายที่ด้อยกว่าได้รับประโยชน์มากขึ้น ขณะที่ฝ่ายที่ได้เปรียบกว่าก็ไม่เสียผลประโยชน์อะไร ถือว่า การจัดสรรนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Allocative efficiency, Rawlsian justice) และขณะเดียวกันก็ช่วยบรรลุประสิทธิภาพเชิงสังคมโดยรวม (Social efficiency)

ประสิทธิภาพของการจัดสรรงบประมาณ (allocative efficiency) สามารถมองได้หลายประการ ตั้งแต่ การพยายามแบ่งปันใหม่ให้เกิดผลประโยชน์เพิ่มขึ้น โดยไม่มีใครได้ประโยชน์ลดน้อยลง หรือ Pareto optimum แต่ Rawls เห็นว่าการจัดสรรที่มุ่งเพื่อผู้ด้อยโอกาสมีอรรถประโยชน์สูงขึ้น โดยผู้ได้โอกาสไม่เสียประโยชน์ จะนำไปสู่เป้าหมายประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมไปพร้อมกัน คือ เกิดประสิทธิภาพเชิงสังคมด้วย ส่วน Technical efficiency มีความหมายเดียวกับ allocative efficiency กรณีที่การจัดสรรเหล่านั้น ทำให้เกลี่ย input ที่จำเป็นต่อการผลิตด้วยต้นทุนค่าเสียโอกาสที่ต่ำที่สุด และผลิตสินค้าได้ตรงกับความต้องการมากที่สุด คือ ผลิตภายใต้ภาวะที่กลไกตลาดสมบูรณ์

กล่าวโดยสรุป คือ ในบางกรณีการจัดสรรนั้นอาจไม่บรรลุเป้าหมายประสิทธิภาพเชิงเทคนิค เพราะอาจต้องปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยความเป็นชนบท หรือ การเป็นโรงเรียนแพทย์ ฯลฯ แต่นั่นก็เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่คนภายในสังคมกำหนดขึ้น

3.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

"ความเป็นธรรม (Equity) * "เป็นนามธรรมที่ต้องการคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542) ซึ่งการที่จะให้คำนิยามนั้นอาจแตกต่างกันไป ตามความคิด ตามกลุ่ม ของผู้คนในสังคมขึ้นกับทฤษฎีทางสังคม (Theory of Society) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะทำให้คนในสังคมมองภาพหรือมีความเห็นที่สอดคล้องกัน

จากทฤษฎีทางสังคมนั้น ในเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ สามารถแบ่งแยกออกได้เป็น 2 ฝ่าย คือ

- แนวคิดเสรีนิยม (Libertarianism) จะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุก ๆ คน จะยอมรับก็เพียงการมีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) เท่านั้น ส่วนที่เกินจากนั้น ให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนที่จะซื้อขายไขว่คว้าตามความสามารถ

- แนวคิดความเท่าเทียม (Egalitarianism) เห็นว่า ทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่การมีโอกาสที่เท่าเทียมกัน (equality of opportunity) รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการการดูแลจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายที่สุด มีสถานสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน

ทั้งสองแนวคิดต่างก็มีพื้นฐานหรือมุมมองในด้านความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพต่างกัน โดยแนวคิดเสรีนิยมเชื่อในกลไกตลาด และจากข้อสมมติฐานที่ว่า ผู้คนในสังคมย่อมที่จะทำการเลือกหรือตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเองเสมอ ดังนั้นจึงต้องสร้างบรรยากาศทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ให้เกิดเสรีภาพให้ทุกคนมีสิทธิที่จะเลือก และเมื่อนั้นความเป็นธรรมจะเกิดขึ้น แต่ก็เป็นการยากที่จะเชื่อตามแนวคิดนี้ เนื่องจากการได้เห็นถึงความล้มเหลวต่าง ๆ ของกลไกราคา ที่ไม่อาจจัดการกับปัญหาทุกอย่างได้ ตัวอย่างเช่น สินค้าสาธารณะ รวมกระทั่งสินค้าซึ่งมี

* ความเป็นธรรม (Equity) ในภาษาอังกฤษเองก็มีคำหลายคำที่มีความหมายคล้ายกันและอาจก่อให้เกิดความสับสน เช่น Equality , Ethics , Equity , Fairness , Justice คำแรกนั้นหมายถึง การเท่ากัน ส่วนคำที่สองนั้นหมายถึง หลักจรรยาซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรมมาก ส่วนสามคำหลังนั้นความหมายใกล้เคียงกัน หมายถึง ความยุติธรรม ความถูกต้อง ความเที่ยงธรรม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของคำว่า "เสมอภาค" ว่า มีส่วนเท่ากัน เท่าเทียมกัน ซึ่งน่าจะตรงกับภาษาอังกฤษว่า Equity ส่วน "ยุติธรรม" หมายถึง ความเที่ยงธรรม ความชอบธรรม ความชอบด้วยเหตุผล

ลักษณะเป็นสินค้าคุณธรรม รวมถึงปัญหาต่าง ๆ ในระบบตลาด เช่น ความไม่สมมาตรของข้อมูล (Asymmetric Information) ระหว่างผู้ซื้อและผู้ขาย การผูกขาด เป็นต้น

ในส่วนฝ่ายแนวความคิดเท่าเทียมกัน จะปฏิเสธกลไกตลาด เนื่องจากเห็นว่า หากปล่อยให้สังคมดำเนินโดยตัวมันเองแล้ว กลไกตลาดมีแนวโน้มล้มเหลว* คนที่มีความได้เปรียบมากกว่าคนอื่น ก็จะใช้ความได้เปรียบนั้น ตักตวงผลประโยชน์และแย่งชิงจากบุคคลอื่น ดังนั้น แนวคิดความเป็นธรรมจึงเป็นการให้ความหวังกับสังคมที่ต้องช่วยกันสร้างให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนทุกกลุ่มขึ้นมา

นอกจากมุมมองที่แตกต่างกันในทางทฤษฎีทางสังคมที่มองถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันแล้วนั้น หากมองจากกลุ่มสังคมย่อยนักคิดต่างๆ การให้ความสำคัญหรือให้ความสำคัญก็ยังคงแตกต่างกันออกไป ได้แก่

นักสาธารณสุขศาสตร์	ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับสถานะทางสุขภาพที่เป็นธรรม
นักเศรษฐศาสตร์	ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับรายจ่ายที่เป็นธรรม
นักสังคมศาสตร์	ให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และชนชั้นในสังคม

จากมุมมองเรื่อง “ความเป็นธรรม” ของนักเศรษฐศาสตร์เองก็มีการให้ความสำคัญแตกต่างกัน ซึ่ง Bryan & Turner (1986) ได้กล่าวว่า การจะให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมได้อย่างชัดเจนนั้นเป็นสิ่งที่บอกได้ยาก จากบทความของ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ได้กล่าวถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพจากนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Mooney (1986) ได้ให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมโดยนำคณิตศาสตร์ของการมีส่วนร่วมเท่ากัน (equality) มาเป็นเกณฑ์วัดความเป็นธรรมได้ตามความหมาย 7 ข้อดังนี้

- 1) ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditure per capita)
- 2) ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)

* โดยข้อบกพร่องของกลไกตลาดเสรี และความบกพร่องหรือมีอาจทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพของกลไกราคาในการจัดการกับสินค้าสาธารณะ

- 3) ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)
- 4) ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
- 5) ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilization for equal need)
- 6) ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
- 7) ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality of health)

โดยคำจำกัดความข้อที่ 1-2 เป็นการหารต่อหัวอย่างง่ายทางเลขคณิต ซึ่งเสี่ยงต่อการวิพากษ์ณ์ว่า ไม่น่าจะใช้ความเป็นธรรมอย่างแท้จริง ส่วนคำจำกัดความข้อที่ 3-5 เป็นการเปรียบเทียบค่าความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน ซึ่งเป็นแนวคิดของความเป็นธรรมตามแนวราบ คำจำกัดความข้อที่ 6 เป็นวิธีการมองอย่างนักเศรษฐศาสตร์เพื่อจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัด ให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ต่อหน่วยสุดท้ายในทุกๆ สังคม ส่วนคำจำกัดความที่ 7 น่าจะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543)

ในอดีตมีการจัดกลุ่มของความเป็นธรรมเป็น 2 ประเภท คือ ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง และความเป็นธรรมในแนวราบ และความเป็นธรรมในแนวราบ คือ การได้รับการดูแลที่เหมือนกันเมื่อมีความจำเป็นอย่างเดียวกัน ซึ่ง Culyer (1991) ได้อธิบายถึงความเป็นธรรมทั้งสองไว้ดังนี้

3.2.1 ความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity, H)

คือ การได้รับการดูแลที่เหมือนกันเมื่อมีความจำเป็นอย่างเดียวกัน (equal treatment for equal need) ซึ่งได้แก่

ระดับ H1 การได้รับการดูแลที่เท่ากันสำหรับผู้เท่ากัน สำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกเท่ากัน (Equal treatment of those with equal initial health)

ระดับ H2 การได้รับการดูแลเท่ากันเมื่อมีความจำเป็นเท่ากัน (Equal treatment for equal need)

ระดับ H3 การได้รับการดูแลเท่ากัน สำหรับผู้ที่คาดว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพเท่ากัน (Equal treatment for those with equal expected final health)

3.2.2 ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical equity, V)

คือ การได้รับการดูแลที่แตกต่างกันเมื่อมีความจำเป็นที่ต่างๆ กัน (Unequal treatment for unequal need) ซึ่งได้แก่

ระดับ V1 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพแรกเริ่มที่ด้อยกว่า (More favourable treatment for those with worse initial health)

ระดับ V2 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่มากกว่า (More favourable treatment for those with greater need)

ระดับ V3 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่คาดว่าจะมีสถานะสุขภาพสุดท้ายที่ต่ำกว่า (More favourable treatment for those with worse expected final health)

และจาก Donalson and Gerard (1993) ก็ได้ให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมที่ได้แบ่งแยกออกเป็น ความเป็นธรรมในแนวตั้ง และความเป็นธรรมในแนวราบเช่นเดียวกัน ดังนี้

ความเป็นธรรมในแนวราบ ได้แก่

1. ความเท่าเทียมกันด้านรายจ่ายในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน
2. ความเท่าเทียมกันของการใช้บริการในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน
3. ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน
4. ความเท่าเทียมกันด้านสถานะสุขภาพ

ความเป็นธรรมในแนวตั้ง ได้แก่

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

จากคำนิยามทั้ง Mooney , Culyer , Donalson and Gerard ที่ได้ให้ไว้เกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ จะเห็นถึงความสอดคล้องกันในแง่ที่ว่า เมื่อบุคคลที่สถานะหรือความต้องการในด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน ก็ย่อมต้องการการรักษาพยาบาล หรือความเอาใจใส่ต่างกัน โดยเริ่มแรก Mooney ได้กล่าวถึงความเสมอภาคที่ควรจะใช้ทรัพยากรนำเข้าไปที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มความต้องการที่แตกต่างกัน โดยยังไม่ได้แยกการมองถึงว่า แล้วในกลุ่มความต้องการที่แตกต่างกัน นั้น จะมีการใช้ทรัพยากรแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เป็นการมองในแนวราบเสียมากกว่า Culyer ได้มองถึงการให้ทรัพยากรที่ความจะเท่ากันหรือแตกต่างกันในกลุ่มที่ความต้องการที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน โดยมีความชัดเจนในเรื่องการลำดับเวลา ตั้งแต่เมื่อเกิดมาที่คนเราย่อมมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกันไปจนถึงผลลัพธ์สุดท้ายที่ควรจะได้รับ ซึ่งก็ยังเป็นความหมายในเชิงทฤษฎี ที่ต่อมา Donalson and Gerard ได้ศึกษา และมีการนิยามความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ในการที่จะนำหลักทฤษฎีนั้นไปปฏิบัติให้เกิดความเสมอภาค

*โดยสรุปแล้วความเป็นธรรมด้านสุขภาพก็คือ การให้โอกาส (opportunities) ที่ทัดเทียมกันสำหรับประชาชนทุกคนในการที่จะพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามสภาพร่างกายอันววย ซึ่งประเด็นเรื่อง ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ มีความจำเป็นมากเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นการปิดโอกาสของคนในการเข้าถึงโอกาสอื่นๆ ในสังคมไปด้วย บริการสุขภาพมีความเหมือนกับบริการด้านการศึกษาที่เป็นปัจจัยกำหนดและส่งเสริมความเท่าเทียมกันในโอกาสของประชาชนด้านต่าง ๆ (Daniels M,1996 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุณทัตย์, 2542)

ในประเทศอื่นๆ ก็มีความพยายามในการที่จะกระจายการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขให้มีความเป็นธรรมมากขึ้น ตัวอย่างเช่น เขตเยฟเลบอร์กในประเทศสวีเดน ** ได้ศึกษาความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพระหว่างเขต (Spri กับเขต Gavleborg และ Vasterbotten) กับปัญหา

* อ้างจาก "รายงานผลงานการศึกษา (ฉบับร่าง) ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลปฏิรูประบบสุขภาพไทย (Benchmark of fairness for evaluating the thai health care reform) โดย สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุณทัตย์ , 2542.

** สภาเทศบาลในแต่ละเขตของสวีเดน มีอำนาจการเก็บภาษีไว้ดำเนินงานในท้องถิ่นของตนได้ โดยกันรายจากภาษีส่วนหนึ่งมาดำเนินงาน ซึ่งสามารถจะนำกลับมาบำรุงท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขของแต่ละภาคจึงไม่เหมือนกันแล้วแต่การตัดสินใจของสภาเทศบาลในแต่ละเขตว่าจะจัดสรรกันอย่างไร

ทางสุขภาพของประเทศ พบว่า แต่ละ district (แยกย่อยภายในแต่ละเขต) มีปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน มีการให้บริการสาธารณสุขไม่เท่าเทียมกัน ตลอดจนถึงต้นทุนค่ารักษาก็แตกต่างกัน จึงได้มีการเสนอให้มีการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขเสียใหม่โดยแนะนำให้ใช้ข้อมูลทางด้านประชากร สถานะสุขภาพ การใช้บริการสาธารณสุข ทรัพยากรสาธารณสุข และต้นทุนการให้บริการ ดัชนีทางสภาพภูมิศาสตร์ เป็นเกณฑ์

การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลีย โดยกระทรวงสาธารณสุขรัฐนิวเซาท์เวลส์จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละเขต จากนั้น แต่ละเขตจึงจัดสรรงบประมาณแก่โรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง โดยสูตรในการจัดสรรงบประมาณใช้ฐานประชากรเป็นสำคัญ โดยให้ความสำคัญกับดัชนีความจำเป็นทางสุขภาพของประชากรในแต่ละเขต (Relative Need index) ซึ่งเป็นดัชนีผสมระหว่างข้อมูลการตายของประชากรและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรในแต่ละเขต

ในประเทศสกอตแลนด์ ก็ได้มีการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณสาธารณสุขเช่นเดียวกันในเดือน ธันวาคม 1997 โดย Steering Group หัวหน้าคณะคือ ศาสตราจารย์ Sir John Arbutnott โดยนำเสนอรายงานเกี่ยวกับวิธีการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขในชื่อ "Fair Share For All" โดยศึกษาสูตรการจัดสรรงบประมาณในชื่อ "SHARE Formula" ที่ใช้มากกว่า 20 ปี โดยได้ปรับปรุงสูตรให้มีความสอดคล้องกับสภาวะปัจจุบันและความเป็นธรรมมากขึ้น โดยปัจจัยที่ร่วมนำเข้ามาใช้ ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างประชากร สถานะสุขภาพ ความห่างไกลในการเข้าถึง และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่จะส่งผลถึงสถานะสุขภาพ มาเป็นปัจจัยในการจัดสรรงบประมาณ

จากรูปแบบการจัดสรรงบประมาณของประเทศต่างๆ ที่กล่าวมา มีทั้งส่วนที่เหมือนกันและแตกต่างกันหลายประการ โดยส่วนที่เหมือนกัน คือ การที่ยึดหลักความเป็นธรรมมาเป็นกลไกหลักในการกระจายงบประมาณ ซึ่งการจัดสรรจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ตามแต่ระบบการปกครองและการจัดองค์กรรับผิดชอบด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล โดยองค์กรรัฐหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจะอาศัยข้อมูลความต้องการของชุมชน ต้นทุนการให้บริการและความรุนแรงของกลุ่มโรคต่างๆ มาคำนวณหาสัดส่วนของงบประมาณที่ต้องลงไปตามเขตต่างๆ หรือสัดส่วนงบประมาณที่ต้องใช้เพื่อการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค และหากกลไกในการจัดสรรงบประมาณต่ออีกขั้นต่อนหนึ่ง เช่น สร้างรูปแบบตลาดภาพในระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขาย

บริการ ใช้หน่วยของความรุนแรงโรคเป็นหน่วยในการแปลงปริมาณ (จำนวน) ของการดูแลรักษาโรคต่างๆ ให้เป็นหน่วยของเงินงบประมาณ

ตัวแปรที่สะท้อนความต้องการของชุมชนที่ใช้ คือ การผสมผสานทั้งข้อมูลสถิติการตาย การเจ็บป่วย การเข้ารับบริการตามระดับของสถานบริการ และยังมีข้อมูลด้านสังคม การอยู่กันเป็นครอบครัว พยาธิสภาพของสังคมที่แตกต่างกัน นำเข้ามาในสูตรการจัดสรรงบประมาณ

โดยภาพรวมจะเห็นได้ว่าขั้นตอนในการวัดความต้องการตลอดจนการผสมผสานเรื่องของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความขาดแคลนมาประมาณความต้องการของชุมชนเพื่อจัดสรรงบประมาณแก่ท้องถิ่นนั้น จะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการวัดความต้องการโดยวิธีทางอ้อม (Indirect method) คือ เป็นการดูความต้องการทางสุขภาพจากปัจจัยภายนอก ที่สะท้อนถึงความต้องการ เช่น ความยากจน การศึกษา เป็นต้น ซึ่งมีวิธีการกว้างๆ ดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณและให้น้ำหนักกับโครงสร้างของประชากรในแต่ละพื้นที่ เช่น อายุ เพศ (weigh population)

ขั้นที่ 2 บวกเพิ่ม additional need (เช่น Social deprivation)

ขั้นที่ 3 บวกเพิ่ม additional cost (เช่น Sparsity)

ซึ่งจะเห็นได้ว่า วิธีการวัดความต้องการทางอ้อม (Indirect method) นั้น อาจมีข้อได้เปรียบได้ถึงการที่ไม่ใช่เป็นตัวที่ทำนายความต้องการบริการสาธารณสุขที่แท้จริงได้ หรือความแม่นยำของผลที่ออกมา ดังนั้น จึงมีผู้เสนอวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่โดยอาศัยการวัดถึงความต้องการนั้นๆ โดยตรง (Direct method)* มาเป็นปัจจัยกำหนดในการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ เป็นการดูถึงสภาพของพื้นที่โดยตรง เช่น การป่วยเป็นโรคต่างๆ ความรุนแรงของโรค ฯลฯ เพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวบ่งบอก Needs ที่ดี (รายละเอียดดูใน www.wales.gov.uk) จากนั้นจะดูถึงลักษณะสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องบวกเพิ่มอันจะส่งผลต่อชุมชนในความต้องการบริการสาธารณสุข เช่น ความขาดแคลน ความห่างไกล เป็นต้น ซึ่งน่าจะเป็นการสะท้อนถึงความต้องการที่แท้จริงได้ดีขึ้น*

* ข้อเสนอจาก คณะทำงานวิจัยใน Wales โดยเป็นการศึกษาถึงวิธีการวัดความต้องการในบริการสาธารณสุขโดยตรง(Direct method) ในการที่จะนำมาประยุกต์ใช้ใน Wales ปี 2003-2004

** New formula = ปัจจัยการกำหนดงบประมาณที่มาจาก Direct method + Rural costs premium (RCP)

ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น ได้รับความสนใจยังไม่มากเท่าที่ควร แต่ก็ยังมีผู้ที่ได้ศึกษาบ้าง อาทิ

สมคิด แก้วสนธิ (2522) (อ้างถึงใน ลินดา เหล่ารัตน์ใส, 2538) ได้มีการศึกษาโดยการวิเคราะห์การใช้จ่ายงบประมาณในส่วนของสาธารณสุข ในช่วงเวลา 15 ปี คือปี 2510-2524 เพื่อแสดงให้เห็นว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขถูกจัดสรรไปอย่างไร และการจัดสรรนั้นมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนมากน้อยเพียงใด โดยศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผล (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficiency) ของการจัดสรรงบประมาณด้านการสาธารณสุข และความเสมอภาค (equity) ในการกระจายงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข กับทั้งโอกาสที่งบประมาณจะส่งผลไปยังชนบท ซึ่งผลการศึกษาในเรื่องของความเป็นธรรม ที่ศึกษาการกระจายในลักษณะแบ่งตามรายภาค พบว่าการกระจายงบประมาณระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคต่างๆ และในระหว่างภาคต่างๆ ยังขาดความเป็นธรรมอยู่มาก โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งน่าจะได้รับการจัดสรรมากที่สุดกลับได้รับน้อยที่สุด ส่วนกรุงเทพฯ ซึ่งได้รับค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านอื่นๆ มากกว่าภาคอื่นๆ มากอยู่แล้ว ก็ยังได้รับจัดสรรด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าภาคอื่นๆ อีกมาก กล่าวคือ กรุงเทพฯ มีรายได้ต่อครอบครัว และต่อหัวสูงสุด โดยสูงกว่าลำดับถัดไป คือ ภาคกลาง ถึงร้อยละ 30 ส่วนภาคใต้ ภาคเหนือ มีรายได้ต่อครอบครัว และต่อหัวต่ำสุด ซึ่งต่ำกว่ากรุงเทพฯ ถึงร้อยละ 59 ของรายได้ต่อหัวในกรุงเทพฯ สำหรับด้านสถานะสุขภาพ ปรากฏว่า กรุงเทพฯ มีอัตราการตายมาตรฐานต่ำสุด คือ 4.8 ต่อประชากรพันคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตายมาตรฐานสูงสุดถึง 10.3 ต่อประชากรพันคน

เอื้อย มีสุข (2522) (อ้างถึงใน เปรมจิต หงษ์อำไพ, 2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในรายได้และบริการสังคมระหว่างจังหวัด พบว่า บทบาทของรัฐบาลในนโยบายที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันในรายได้ด้วยการจัดบริการสังคมต่างๆ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จ กล่าวคือ ในจังหวัดที่มีรายได้สูงกว่าจะมีรายจ่ายสาธารณสุขของรัฐต่อหัวสูงกว่าด้วย และรายจ่ายสาธารณสุขนั้นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจำนวนบุคคลากร เตี้ยงจำนวนโรงพยาบาล แต่จะไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของทารก อัตราตายอื่นๆ จึงเป็นการยืนยันว่า การกระจายรายจ่ายสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมกัน และไม่เป็นธรรมอย่างยิ่ง คือ ในขณะที่ประชาชนที่มีรายได้ต่ำมีความสามารถในการแบกรับบริการสาธารณสุขได้น้อยกว่ารัฐที่ควรจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้ ในสัดส่วนที่มากกว่าและมากพอที่จะจัดหา

บริการต่างๆ ในปริมาณที่เพียงพอต่อความขาดแคลนและความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการสาธารณสุขได้ทัน่วงที่

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการวิเคราะห์งบประมาณปี พ.ศ.2510-20 โดย *วรรณวิภา ปสันธนาธร (2522)* เรื่องการวิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุขภาครัฐ พบว่า รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้รับการจัดสรรถึงร้อยละ 55 และมีอัตราเพิ่มร้อยละ 53.5 ต่อปี และรายจ่ายด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพได้รับการจัดสรรร้อยละ 35.5 และมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 25.0 แสดงให้เห็นว่า รัฐมีแนวโน้มเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน ส่วนผลการวิเคราะห์การกระจายสาธารณสุขเขตภูมิภาคและเขตกรุงเทพมหานคร โดยดูจากดัชนีรายได้ รายจ่าย และอัตราการตายของแต่ละพื้นที่ พบว่า กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประชากรประมาณร้อยละ 15 ของประเทศ (ขณะนั้น) มีรายได้สูงที่สุด มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพต่ำที่สุดประมาณ ร้อยละ 3.32 และมีอัตราการตายต่ำที่สุดเท่ากับ 4.8 กลับได้รับการจัดสรรรายจ่ายสาธารณสุขที่สูงกว่ารายจ่ายที่รัฐให้กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือถึง 10 และ 7 เท่าตามลำดับ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีรายได้ต่ำสุด มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อรายได้สูงกว่ากรุงเทพมหานคร รวมทั้งมีอัตราการตายที่สูงกว่าด้วย อันแสดงถึงการกระจายรายจ่ายสาธารณสุขของรัฐที่มีลักษณะไม่เป็นธรรมต่อส่วนรวม

ดำรง บุญยยืน (2532, อ้างถึงใน ลินดา เหล่ารัตน์ไส, 2538) ได้ศึกษาในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1-6 เรื่องการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข พบว่า มีปัญหาด้านการกระจายที่มีลักษณะไม่เป็นธรรม โดยให้เหตุผลว่า เกิดจากการที่การจัดบริการสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ หลายกระทรวง การจัดสรรงบประมาณไม่มีการประสานแผนงานกันอย่างแท้จริง จึงเกิดการขาดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในการจัดบริการสาธารณสุข และเกิดความไม่เป็นธรรมครบวงจร เกิดความซ้ำซ้อนในงานด้านการรักษาพยาบาล และละเลยการส่งเสริมและป้องกันโรค อีกทั้งในเรื่องการกระจายบริการ ก็ยังมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองอีกด้วย

เปรมจิต หงษ์อำไพ (2536) ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสาธารณสุข (กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) โดยใช้ข้อมูลปี 2530, 2532 ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดได้แก่ จำนวนรายผู้ป่วยใน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนราย

ของผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนั้น โดยมีทิศทางสัมพันธ์กับการจัดสรรงบประมาณ แสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณได้มีการจัดสรรตามผลผลิตที่เกิดขึ้นจริง หรืออีกนัยหนึ่งผลผลิตเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณนั่นเอง

เทียนฉาย กิระนันท์ (2537-38) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการจัดสรรและการใช้ทรัพยากรทางเศรษฐกิจในด้านการเงินสาธารณสุขและความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจของการเงินสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณแผ่นดินแต่ละปีเพื่อการสาธารณสุขเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูง แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากการลงทุนทางสาธารณสุขยังไม่เป็นที่น่าพอใจนัก เช่น อัตราการตายของทารก หรืออัตราส่วนของทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าระดับเมื่อคลอดยังอยู่ในระดับสูงโดยเปรียบเทียบ แต่ขณะเดียวกัน การพัฒนาการแพทย์ในประเทศไทยได้ก้าวหน้าพัฒนาไปมากจากการที่สามารถจำกัดการระบาดของโรคติดต่อสำคัญ ๆ และลดอัตราตายด้วยเหตุผลดังกล่าวลงได้อย่างมาก ประเด็นทางเศรษฐกิจการเงินสาธารณสุขที่วิเคราะห์ได้จากหลักประกันและการคุ้มครองทางด้านสุขภาพอนามัยนั้นมีหลายประเด็นที่สำคัญ กล่าวคือ มีความหลากหลายในหลักประกันและการคุ้มครองอย่างมาก การแบ่งรับภาระค่าใช้จ่ายมีสัดส่วนแตกต่างกันมาก ในส่วนที่รัฐสนับสนุนก็แตกต่างกัน นับเป็นความไม่เป็นธรรมอย่างยิ่ง เหตุที่มาของความไม่เป็นธรรมน่าจะมาจากหลักประกันและการคุ้มครองต่างๆ ที่เป็นฝ่ายจัดการทางการเงินสาธารณสุข มีที่มาและวิวัฒนาการต่างๆ กัน และกระจายอยู่ในความรับผิดชอบหลายกระทรวงโดยขาดเอกภาพ และไม่ปรากฏการกำหนดนโยบายและวางแผนร่วมกัน ตลอดจนขาดการประสานร่วมกัน และเมื่อวิเคราะห์ถึงแนวโน้มของหลักประกันและการคุ้มครองต่างๆ นี้แล้ว ยิ่งน่าจะทำให้ปัญหาของความไม่เป็นธรรมขยายตัวยิ่งขึ้น และเมื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการจัดการภายในหลักประกันและการคุ้มครองในแต่ละประเภท ยิ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในระดับประสิทธิภาพอย่างชัดเจน

ประยูรศรี สายพิมพ์ (2538) ได้วิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณโครงการพัฒนาชนบทของกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่วนกลางจัดสรรให้จังหวัด โดยอาศัยแผนพัฒนาจังหวัด เพื่อให้ทราบว่างบประมาณ/โครงการพัฒนาชนบทที่ส่วนกลางจัดสรรให้จังหวัดโดยอาศัยแผนพัฒนาจังหวัด เป็นสัดส่วนเท่าใดของงบประมาณโครงการพัฒนาสาธารณสุข และส่วนกลางอาศัยแนวทางหรือหลักเกณฑ์ใดบ้างในการจัดสรรงบประมาณ ตลอดจนทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดการจัดสรรงบประมาณงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ สมการถดถอย (weight least square estimation) ได้ผลการศึกษาว่า หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณโครงการพัฒนาชนบทในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไป ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการกำหนดจัด

สรรงบประมาณในระดับอำเภอ พบว่า ขึ้นอยู่กับจำนวนการขาดสิ่งก่อสร้างจากรอบที่กำหนดไว้ จำนวนแพทย์ต่อเตียง และดัชนีคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรงบประมาณสิ่งก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนที่สร้างใหม่และโรงพยาบาลชุมชนที่ยกฐานะ ได้แก่ จำนวนส่วนที่ขาดสิ่งก่อสร้างจากรอบมาตรฐานที่กำหนดไว้ รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการจัดสรรงบประมาณครุภัณฑ์โรงพยาบาลชุมชนเดิม ได้แก่ จำนวนส่วนขาดครุภัณฑ์จากรอบที่กำหนด รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลชุมชน อัตราสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่สังกัดพรรคร่วมรัฐบาล ดังนั้นในภาพรวม การจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่จัดสรรให้แก่จังหวัด ว่าเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรงบนี้แล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า ดัชนีคุณภาพชีวิต ไม่ได้เป็นปัจจัยหรือเกณฑ์ที่สำคัญในการจัดสรรงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือมีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมอยู่ในระดับต่ำ

ลินดา เหล่ารัตน์ไส (2538) ได้วิเคราะห์ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดยอาศัยแนวความคิดทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับความเป็นธรรมในความหมายที่ว่าความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าในกลุ่มที่ต้องการคล้ายกันเพื่อกำหนดปัจจัยความเป็นธรรมการจัดสรรงบประมาณการจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคระดับจังหวัด โดยการประมาณงบประมาณที่ควรจะได้รับเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยความต้องการในแต่ละพื้นที่ ผลการวิจัยปรากฏว่า สัดส่วนงบประมาณที่ประมาณจากการสร้างแบบจำลองกับงบประมาณที่จัดสรรจริง ในแต่ละจังหวัดจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย และขนาดของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรงบประมาณในแต่ละกรณี แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีบทบาทต่อการจัดสรรงบประมาณที่กำหนดในแบบจำลองนี้ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นปัจจัยทางด้านอุปทาน (Supply) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้กำหนดให้อยู่ในการจัดสรรงบประมาณปัจจุบัน ยกเว้น อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized mortality ratio) เพียงปัจจัยเดียวเท่านั้น ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านอุปสงค์ (Demand) ที่ได้กำหนดเพิ่มขึ้นในแบบจำลองนี้

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาของประเทศไทย จะพบว่างานในระยะแรกส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์หลักความเป็นธรรมในบริการสาธารณสุขในภาพรวมแบบกว้างๆ เพื่อดูลักษณะของการกระจายงบประมาณในพื้นที่ และ ภูมิภาคต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อสะท้อนถึงปัญหาความไม่เป็นที่ธรรมที่เกิดขึ้น โดยในระยะต่อมาจะเห็นถึงงานที่มีลักษณะลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข รวมถึงการจัดสรรงบประมาณให้มีการกระจายอย่างมีความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางสุขภาพของประชากร ดังเช่นงานของ ลินดา

เหล่ารัตนใส (2538) โดยใช้ จำนวน และโครงสร้างประชากร (อายุ, เพศ) และอัตราส่วนการตายมาตรฐาน มาเป็นปัจจัยในการวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพ

จากที่กล่าวมาจึงได้จึงได้เป็นแนวความคิดที่ว่า การจัดสรรงบประมาณในด้านบริการสุขภาพนั้นจะต้องมีความสอดคล้องกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยจะต้องยึดถือหลักความเป็นธรรมโดยสำคัญที่ว่า หากความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการเท่ากันก็ควรที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่นั้นๆ ทั้งนี้ภายใต้กรอบงบประมาณที่จำกัด การจัดสรรงบประมาณยังจะต้องมีการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย ดังนั้นจึงได้นำแนวความคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับแนวทางการจัดสรรทรัพยากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เพื่อที่จะดูว่าลักษณะการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวนั้น เมื่อพิจารณากับสภาพความต้องการในพื้นที่แต่ละจังหวัด งบประมาณที่ได้รับมีความสอดคล้องกับความต้องการนั้นๆ อย่างไร