

ทำไมรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขถึงไม่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ*

โกสินทร์ เตชะนิยม** เกลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน***

(วันที่รับบทความ: 13 เมษายน 2563; วันที่แก้ไขบทความ: 16 มกราคม 2564; วันที่ตอบรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

งบประมาณด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดนับเป็นอุปสรรคสำคัญของการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขของประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบเห็นได้ทั่วโลก งานวิจัยหลายชิ้นบ่งชี้ว่ารายจ่ายด้านสาธารณสุขที่รัฐบาลในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำใช้จ่ายไปนั้น ไม่สามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ งานชิ้นนี้นำเสนอสภาพโดยทั่วไปของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ เพื่อชี้ให้เห็นถึงสาเหตุที่นำไปสู่สภาพรายจ่ายที่ไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ด้วยมุมมองรัฐประศาสนศาสตร์และการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งสามารถสรุปสาเหตุได้ คือ 1. รายจ่ายที่ไม่ขยายตัว 2. ความซับซ้อนและการทุจริตในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ 3. ปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น พฤติกรรมสุขภาพของประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ นอกจากนี้ยังได้นำเสนอแนวทางปรับปรุงการใช้จ่ายที่สามารถกระทำได้ คือ 1. ยุทธศาสตร์สาธารณสุขเชิงป้องกัน 2. การเลือกกลุ่มเป้าหมายนโยบายด้วยมุมมอง การออกแบบวิจัยกึ่งทดลอง

คำสำคัญ: รายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุข, กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ, พฤติกรรมสุขภาพ, สาธารณสุขเชิงป้องกัน, การออกแบบวิจัยกึ่งทดลอง

*บทความวิชาการ สาขารัฐประศาสนศาสตร์

**อาจารย์ ดร. สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, E-mail kosincok@hotmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร, E-mail: cknawin@gmail.com

Why Can't Public Health Expenditure Improve Health Outcomes for Middle- and Low-income Countries?*

Kosin Techaniyom** Chalermchai Kittisaknawan***

(Received: April 13, 2020; Revised: January 16, 2021; Accepted: February 11, 2021)

Abstract

Limited public health budget monies are a major obstacle to the implementation of public health efforts in middle- and low-income countries. This is a global phenomenon. Several studies have indicated that public health expenditures of governments in middle- and low-income countries have failed to produce improved health outcomes. This research provides a general view of public health expenditures of middle- and low-income countries, which aimed to identify the causes behind the failure to achieve better health outcomes from public health expenditures through public administration- and policy decision-based points of views. The identified causes included: 1. A lack of expansion of public health expenditures, 2. Complexity and corruption in the policy implementation process, and 3. Other factors, e.g. the health behavior of populations in the middle- and low-income countries. The approaches to optimize public expenditures, as suggested by this research, include: 1. Preventive healthcare strategies and 2. Quasi-experimental design-based target group selection.

Keywords: Public Health Expenditure, Policy Implementation Process, Health Behavior, Preventive Healthcare, Quasi-Experimental Design

* The Academic Article in Public Administration

** Ph.D. at Public Administration, Faculty of Management Science, Silpakorn University, E-mail kosincoke@hotmail.com

*** Assistant Professor in Public Administration, Faculty of Management Science, Silpakorn University, E-mail: cknawin@gmail.com

บทนำ

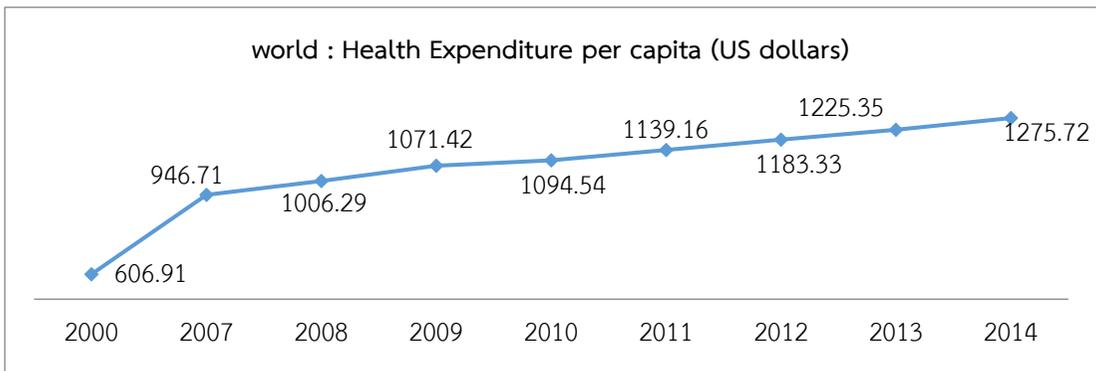
จากผลการศึกษาก่อนหน้าของผู้เขียนเรื่อง “FACTORS AFFECTING HEALTH OUTCOMES : CASE STUDY OF LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES” ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สร้างแบบจำลองด้วยชุดข้อมูลทุติยภูมิจากประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลาง (มีรายได้ไม่เกิน 12,055 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี) และรายได้ต่ำ (ไม่เกิน 995 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี) ทั่วโลกในช่วงปี 1996 – 2015 จากการจัดอันดับของ World Bank พบผลที่เป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง คือ ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางนั้น การเพิ่มการใช้จ่ายทางสาธารณสุขไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่ดีขึ้นได้ (Techaniyom, Sahapattana and Thepmongkol, 2018) รายงานชิ้นนี้มุ่งอภิปรายเชิงลึกว่าเหตุใดรายจ่ายทางสาธารณสุขไม่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ด้วยมุมมองเชิงนโยบายและรัฐประศาสนศาสตร์ โดยผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ความเข้าใจที่ได้จากงานชิ้นนี้จะ เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของผลลัพธ์ทางสาธารณสุขให้กับประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำในอนาคต

แนวคิดรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุข (Public health Expenditure)

รายจ่ายด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่มักได้รับการอ้างอิงว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่ใช้วัดความรับผิดชอบของรัฐบาลต่อประชาชนในแง่สุขภาพ โดยเชื่อว่ารายจ่ายด้านสาธารณสุขที่มากขึ้นมักส่งผลเชิงบวกต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ (Anyanwu and Erhijakpor, 2007) อย่างไรก็ตาม ประเด็นรายจ่ายในประเทศรายได้ต่ำมักมองว่ารายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขของตนเป็นรายจ่ายที่มากเกินไป ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้ปานกลางมักจะหาจุดสมดุลที่จะต้องจ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในทางสาธารณสุขเท่าที่จะสามารถจัดสรรได้ และประเทศที่มีรายได้สูงซึ่งมักเป็นประเทศผู้บริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือประเทศที่ด้อยกว่า ดังนั้นรายจ่ายด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมจึงมักเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศนั่นเอง (Musgrove, 1996) นอกจากนี้ยังพบหลักฐานความไม่เกี่ยวข้องของรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อผลลัพธ์ทางสาธารณสุข เช่น งานของ Carrin and Politi (1995) ที่พบว่าหนี้สินและรายได้มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสาธารณสุข อย่างไรก็ตามเมื่อหาความสัมพันธ์ของรายจ่ายด้านสาธารณสุขว่ามีผลต่อผลลัพธ์ทางสาธารณสุขกลับพบว่าไม่มีผลต่อกัน (อ้างถึงใน Musgrove, 1996) ในขณะที่ Filmer and Pritchett (1997) ได้สรุปอย่างชัดเจนว่าตัวแปรรายจ่ายด้านสาธารณสุขไม่สามารถทำให้เกิดการตายที่ลดลงในเด็กได้ แต่กลับเป็นตัวแปรประเภท “culture factor” เช่น การศึกษาของผู้หญิง หรืออัตราส่วนชาติพันธุ์ในสังคมกลับเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการตายในเด็กได้ดี รวมถึงงานของ Burnside and Dollar (1998) พบผลว่ารายจ่ายไม่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสาธารณสุข หรือแม้กระทั่งงานของ World Bank (2004) ที่รายงานว่าในการศึกษาข้อมูลช่วงปี 1980-1999 ก็ไม่พบผลของรายจ่ายด้านสาธารณสุขว่ามีผลต่อการลดการตายลง ในขณะที่งานที่วิเคราะห์ระดับมหภาคของ Issa and Ouattara (2005) ที่ได้ทำการศึกษา 160 ประเทศพบว่านอกจากการใช้จ่ายที่มากขึ้นในด้านสาธารณสุขจะไม่ช่วยลดอัตราการตายแล้ว ยังส่งผลเชิงลบต่อ

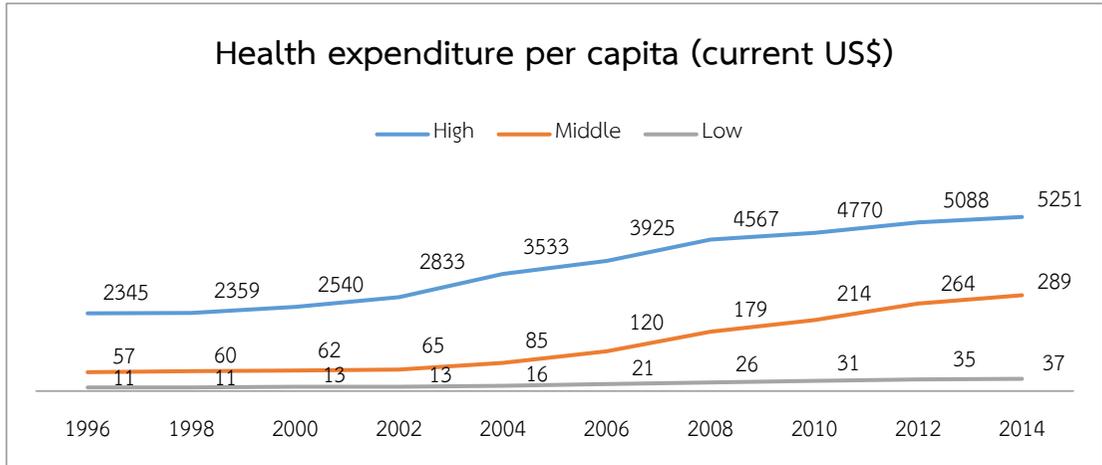
ผลลัพธ์ทางสาธารณสุขอีกด้วย อย่างไรก็ตามขึ้นดังกล่าวได้จัดกลุ่มรายได้เพียงแค่สองกลุ่มคือสูงและต่ำ ทำให้การประมาณค่าอาจคลาดเคลื่อนได้

สำหรับประเด็นลักษณะทั่วไปและแนวโน้มของรายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขทั่วโลก เมื่อทำการสืบค้นข้อมูลพบว่านับตั้งแต่ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา รายจ่ายสาธารณสุขทางสังคม โดยเฉพาะรายจ่ายด้านการศึกษาและการสาธารณสุขมีระดับการขยายตัวสูงขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการขยายตัวดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ว่าสภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจะชะลอตัวหรือแม้กระทั่งในช่วงเวลาการเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจก็ตาม ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจาก 1. การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรหลังสงครามซึ่งเป็นผลมาจากวิทยาการที่ก้าวหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสาธารณสุขทำให้ประชากรมีชีวิตยืนยาวก่อให้เกิดความต้องการในการรับบริการที่มากขึ้น 2. อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ (GDP, Income per capita, Inflation) หรือก็คือรายได้ที่มากขึ้นนำไปสู่รายจ่ายมากขึ้น จนกระทั่งในภายหลังการขยายตัวของรายจ่ายด้านสาธารณสุขได้กลายเป็นหน้าที่ปกติที่รัฐทั่วโลกกระทำเหมือนกันและยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน ทั้งนี้เมื่อนำข้อมูลการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศทั่วโลกนับตั้งแต่ปี 2000-2014 จะพบลักษณะการเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกปีโดยสามารถแสดงให้เห็นได้ดังนี้



ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมทั่วโลกนั้น รายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นราว 50 เหรียญสหรัฐอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับความต้องการด้านสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้นของประชาชนในประเทศที่เร่งให้เกิดการขยายตัวของรายจ่าย อย่างไรก็ตามเมื่อแยกกลุ่มประเทศตามรายได้และมุ่งเน้นการวิเคราะห์ไปที่ประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางจะพบแนวโน้มดังนี้

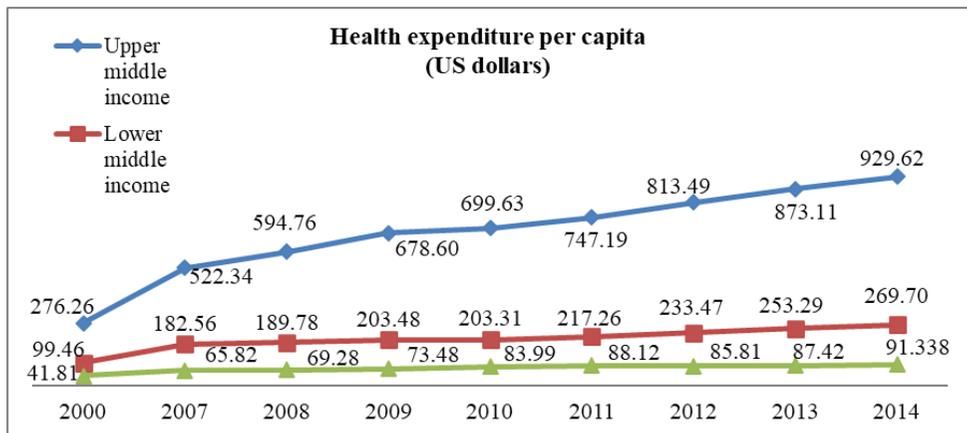


แผนภาพที่ 2 รายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรแบ่งตามรายได้ของประเทศ ปี 1996 – 2014
ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>

หากพิจารณาในแง่รายจ่ายเพียงอย่างเดียวคง พบว่าประเทศร่ำรวยสามารถสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดีของประชากรผ่านรายจ่ายของรัฐ ซึ่งในปี 2014 ประเทศร่ำรวยมีการใช้จ่ายต่อหัวในด้านสาธารณสุขมากกว่าประเทศที่ยากจนถึง 140 เท่า ทั้งนี้ แม้ว่าผลลัพธ์ทางสาธารณสุขจะโดนกระทบจากปัจจัยหลาย อย่างอย่างไรก็ดีทรัพยากรที่เพียงพอเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับต้น จึงน่าเป็นห่วงอย่างยิ่งที่ประเทศรายได้ต่ำจะสามารถสนับสนุนทางรายจ่ายได้เพียงหัวละ 37 เหรียญสหรัฐต่อปี ทำให้เป็นไปได้ยากที่ประเทศที่มีรายได้ต่ำจะสามารถยกระดับสุขภาพของประชากรให้ดีเทียบเท่ากับประเทศที่มีรายได้สูง เป็นที่มาถึงงานวิจัยชิ้นนี้ ที่มุ่งทำการศึกษารากฐานที่เกื้อหนุนในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำว่าเหตุใด รายจ่ายสาธารณะที่พวกเขาใช้จ่ายไปนั้นไม่สามารถปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่ดีขึ้นได้

ลักษณะการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ

แม้ว่าภาพรวมในระดับโลกการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเมื่อแยกกลุ่มประเทศตามรายได้จะพบความเหลื่อมล้ำอย่างรุนแรงของรายจ่ายในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยและกลุ่มประเทศที่ยากจน ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า เมื่อแบ่งกลุ่มประเทศเป็น กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง ปานกลางค่อนข้างต่ำ และรายได้ต่ำ จะพบลักษณะความเหลื่อมล้ำในรูปแบบเดียวกับภาพรวมก่อนหน้าซึ่งแสดงให้เห็นได้ดังนี้



แผนภาพที่ 3 รายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ 1996-2014

ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>

ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการขยายตัวของรายจ่ายแปรผันไปตามระดับรายได้ซึ่งท้ายที่สุดกลุ่มประเทศที่รัฐท้ายแทบไม่สามารถขยายรายจ่ายได้เลย หรือกล่าวได้ว่า “ยิ่งยากจนความเหลื่อมล้ำด้านรายจ่ายยิ่งเพิ่มเป็นทวีคูณและการขยายตัวของรายจ่ายแทบไม่เกิดขึ้นในประเทศยากจน” สาเหตุสำคัญที่สุดเกิดจากสภาพทางเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำมีเงินไว้ใช้จ่ายน้อยมาก ส่งผลให้ไม่สามารถขยายรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขได้ ความหมายอีกนัยหนึ่ง คือ เงินที่ใช้จ่ายไปเหล่านี้ถูกใช้ไปเพื่อ “รักษาระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ไว้ให้คงอยู่ ไม่สามารถพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้” ซึ่งสามารถเรียกปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ว่าเป็น การติดกับดักทางสาธารณสุข ที่ความยากจนมีผลต่อสุขภาพที่ไม่ดีเป็นวัฏจักรซ้ำวนไปมา ดังนั้นเหตุผลประการแรกของการตอบที่ว่าทำไมรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขจึงไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสาธารณสุขดีขึ้นได้ คือ **ประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำไม่สามารถเพิ่มรายจ่ายได้มากเพียงพอในการปรับปรุงระบบสาธารณสุข**

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุข คือ ลักษณะพฤติกรรมของรัฐบาลในการกำหนดงบประมาณที่เปรียบเสมือนการเพิ่มแรงด้านการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะ ทั้งนี้มุมมองการตัดสินใจของรัฐบาลอาจจำแนกตามทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้ 2 ตัวแบบคือ 1) ตัวแบบการตัดสินใจแบบมีเหตุผล (Rational Comprehensive Model) และ 2) ตัวแบบการตัดสินใจแบบการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน (Incrementalism Model) อย่างไรก็ตามการตัดสินใจแบบมีเหตุผล มีข้อจำกัดและเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ยากในโลกของความเป็นจริงมักพบว่ารัฐบาลมักใช้ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน ในการตัดสินใจเป็นหลักโดยจะพบลักษณะดังนี้ 1. ในการตัดสินใจทางเลือกที่ถูกเลือกอาจไม่จำเป็นต้องเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดหรือให้ผลตอบแทนมากที่สุดแต่่มักจะเป็นทางเลือกที่ผู้เลือกเห็นว่า

พอทำได้และความเป็นไปได้มากกว่าทางเลือกอื่น 2. ทางเลือกที่ถูกนำมาตัดสินใจนั้นมักเป็นทางเลือกที่รัฐบาลมีความคุ้นเคยเพราะถ้าเป็นทางเลือกใหม่ที่ไม่มีความคุ้นเคยมาก่อนก็จะทำให้มีความเสี่ยงสูงเกิดความผิดพลาดได้ง่าย 3. ถ้าเป็นกรณีที่ทางเลือกเก่าเกิดได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจทางเลือกใหม่ที่น่านำมาใช้ก็มักจะไม่แตกต่างจากทางเลือกเก่าแบบหน้ามือเป็นหลังมือเพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป 4. การตัดสินใจเป็นผลมาจากการประนีประนอมระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแบบหน้ามือเป็นหลังมือก็อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อผลประโยชน์ของบางกลุ่มหรือหลายกลุ่มซึ่งเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจหรือเกิดการต่อต้านเกิดขึ้นได้

ด้วยมุมมองการตัดสินใจแบบเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน รัฐบาลจะมีลักษณะการใช้จ่าย คือ 1. ขนาดของงบประมาณในแต่ละปีจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักจากปีก่อน 2. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขนาดของงบประมาณการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปกล่าวคือ **การกำหนดงบประมาณนั้นมักจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนในสัดส่วนค่อนข้างคงที่ (Stable Incremental Growth)** ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับโลกเชิงประจักษ์อย่างยิ่ง และเมื่อรวมเข้ากับความไม่พอเพียงของงบประมาณที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่ต้องการดังนั้นการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือแค่เพียงเพิ่มสัดส่วนในการงบประมาณที่จัดสรรให้กับสาธารณสุขจึงเป็นไปได้ง่าย ยกตัวอย่างเช่น ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวยังคงครอบคลุมไปถึงการกู้ยืมเงินลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานจากต่างประเทศที่จะก่อให้เกิดหนี้จำนวนมหาศาลอีกด้วย

อุปสรรคจากการนำนโยบายไปปฏิบัติและการทุจริต : แคนสนธยาของการส่งมอบบริการสาธารณะ

ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ มักได้รับการกล่าวถึงว่าเป็น กล่องดำ (Black Box) ที่คลุมเครือและซับซ้อนจากจำนวนผู้เกี่ยวข้องของนโยบาย รวมไปถึงความไม่ชัดเจนหรือความหลากหลายของเป้าประสงค์ของนโยบาย ยิ่งจะทำให้เห็นนโยบายมีโอกาสล้มเหลวมากขึ้นเป็นทวีคูณ เมื่อพิจารณาถึงกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ถือเป็นนโยบายสาธารณะขนาดใหญ่ ที่มีความซับซ้อนและผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากในการดำเนินการก็ จะยิ่งทำให้กล่องดำที่หมายถึงกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความลึกลับและยากที่จะทำความเข้าใจ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องวางกรอบการปฏิบัติให้เหมาะสมจึงจะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบายที่ดีได้ ซึ่งใน โลกปัจจุบันนั้นความซับซ้อนและความโกลาหลของสภาพแวดล้อมเชิงนโยบายทวีความรุนแรงจากเมื่อครั้งอดีตหลายเท่า กล่าวคือ 1. จำนวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีมากขึ้น 2. ความพัฒนาของสิทธิพลเมืองและความเป็นประชาธิปไตย 3. สภาพโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ จนสามารถกล่าวได้ว่าในปัจจุบันนี้ **เขตแดนกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติกลายเป็นกระบวนการที่สำคัญที่สุดในการดำเนิน**

ภารกิจของรัฐให้เกิดความสำเร็จเพื่อประชาชน สอดคล้องกับแนวคิดรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัยอย่าง New Public Governance ที่มีฐานคิดว่า

“.....ตัวแสดงและอำนาจต่อรองของตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะและการส่งมอบบริการสาธารณะนั้น เพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง ข้าราชการ เอกชน และส่วนที่สำคัญที่สุดคือพลเมืองแห่งรัฐ ตลอดจนสภาพกดดันจากผู้เฝ้าสังเกตจากภายนอก เหล่านี้เองทำให้การกำหนดนโยบายและการส่งมอบบริการสาธารณะมีความซับซ้อนและยากที่จะหาฉันทามติได้” (Osborne, 2010)

การสร้างกรอบการกำหนดนโยบายที่สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นฉันทามติและความสามารถส่งมอบบริการสาธารณะมีองค์ประกอบหลักคือ **การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการจัดการการส่งมอบบริการสาธารณะ** โดยเชื่อว่าถ้าหากดำเนินภารกิจแห่งรัฐด้วยแนวทางดังกล่าวแล้วนั้น นอกจากจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ยังสามารถช่วยให้เกิดความเข้มแข็งของพลเมืองด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การกำหนดนโยบายจนมาถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ตรงตามความต้องการของพลเมืองอีกด้วย (Osborne, 2010) ดังนั้นด้วยวิธีคิดดังกล่าวทำให้เห็นว่าแม้จะใส่ทรัพยากรนำเข้ามากมายเพียงใดหากไม่ทำให้เกิดทิศทางการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ดีได้แล้วก็อาจไม่ได้เป็นเครื่องยืนยันว่าได้ผลลัพธ์จะออกมาได้อย่างที่มุ่งหวังไว้

ในอดีตที่ผ่านมาการวิเคราะห์กิจกรรมหรือผลจากนโยบายภาครัฐ มักมุ่งสนใจไปที่ทรัพยากรที่ใช้เป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการเชิงนโยบายและผลลัพธ์เชิงนโยบาย ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ด้วยมุมมองดังกล่าวมักห่างไกลไปจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้น จนภายหลังนักวิชาการจำนวนมากได้ริเริ่มหาแนวทางในการวิเคราะห์เพื่อให้ผลที่ได้ตรงกับสภาพเชิงประจักษ์มากที่สุด จนภายหลังกลุ่มปัจจัยที่ถูกเสนอและเรียกร้องให้นำเข้าสู่การวิเคราะห์ คือ Governance หรือกล่าวอย่างง่าย คือ การเพิ่มการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเชิงสถาบันของระบบหนึ่งเพื่ออธิบายผลที่เกิดขึ้น ในสังคม โดยมีฐานความคิดที่ว่าสภาพแวดล้อมเชิงสถาบันว่าเป็นกลไกกลางที่มีลักษณะเป็นนามธรรมซึ่งทำหน้าที่ระหว่างตลาดและเอกชนที่ซ่อนอยู่ ซึ่งปัจจัยเชิงสถาบันเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคมเศรษฐกิจของประเทศนั้น ดังนั้น การวิเคราะห์ระบบเศรษฐกิจจะต้องรวมเอาประเด็นเชิงสถาบันเข้าไปด้วย จึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง

สำหรับประเทศไทยได้ปานกลางและต่ำนั้น นอกจากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความคิดขัดและซับซ้อนแล้ว ยังพบประเด็นสำคัญที่เป็นเหมือนอุปสรรคที่ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น คือ “โครงสร้างสถาบันที่อ่อนแอ” ประกอบกับภาครัฐมีอำนาจและทรัพยากรมากที่สุดแต่ไร้ช่องทางการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ ทั้งอำนาจในการปราบปราม และในการ

จัดสรรให้แก่ภาคเอกชน ยิ่งทำให้สถาบันที่ไม่พึงปรารถนาสามารถอยู่ได้โดยผสมผสานกับกลุ่มผลประโยชน์ หรือสร้างตัวขึ้นมาเป็นจอมเผด็จการหรือระบบที่พิทักษ์กลุ่มผลประโยชน์ของตน

จากงานวิจัยชิ้นก่อนหน้า พบว่าการควบคุมการทุจริต (Control of Corruption) ซึ่งเป็นหนึ่งใน Good Governance มีอิทธิพลต่อการอัตราการตายของเด็กอายุก่อน 5 ขวบที่ลดลงลดลง สอดคล้องกับ Rajkumar and Swaroop (2002) ที่พบว่า การควบคุมการทุจริตในระดับภาพรวมประเทศมีผลต่อการลดลงของการตายก่อน 5 ขวบ หรือในกรณีการตายของเด็กในทารกที่พบว่าตัวแปรดัชนีวัด Good Governance ที่รวมเอาดัชนีการควบคุมการทุจริตไว้ด้วยนั้นส่งผลโดยตรงต่อการตายของทารกที่ลดลง (Kaufmann et al., 1999, 2004) และกรณีที่พบผลอย่างตรงไปตรงมาว่าประเทศที่มีระดับการทุจริตสูงกว่า จะมีเด็กทารกตายมากกว่าเสมอ (Gupta et al., 1999) สำหรับคำอธิบายถึงความสำคัญของการควบคุมการทุจริตว่าสามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสาธารณสุขดีขึ้นหรือแย่งลงได้อย่างไรนั้น สามารถกล่าวได้ว่าการดำเนินกิจกรรมทางสาธารณสุขเพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายนั้นการควบคุมการทุจริตในภาพรวมของประเทศเป็นสภาพแวดล้อมเชิงสถาบันที่ครอบคลุมระบบสาธารณสุขทั้งหมดไว้ การที่ระบบสาธารณสุขมีสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานหรือเกิดการทุจริตเกิดขึ้น ส่งผลทุกภาคส่วนของระบบสาธารณสุขเกิดความชะงัก เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และในที่สุดหากการทุจริตมีมากถึงขนาดขัดขวางทุกกระบวนการย่อมทำให้เป้าหมายทางสาธารณสุขไม่สามารถเกิดผลใดขึ้นได้เลย

กล่าวโดยสรุป การทุจริตของประเทศจะเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการส่งมอบบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข ซึ่งถ้าหากนำกระบวนการนโยบายมาทำการวิเคราะห์แล้ว หากมีความทุจริตเกิดขึ้นเริ่มต้นจากระดับส่วนบนผู้กำหนดนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่ขัดโดยตรงต่อกฎหมายหรือพื้นที่ที่คลุมเครือเป้าหมายของนโยบายย่อมเบี่ยงเบนไปจากการทำเพื่อส่วนรวมจนถึงขนาดกลายเป็นความต้องการส่วนบุคคล สำหรับในระดับการสร้างทางเลือกและจัดสรรทรัพยากร หากมีความทุจริตเกิดขึ้น ทรัพยากรที่จัดสรรไว้ย่อมมีแนวโน้มที่จะขาดตกบกพร่องทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ และเมื่อนำทรัพยากรเข้าสู่กระบวนการส่งมอบการบริการด้านสาธารณสุขย่อมเกิดความด้อยประสิทธิภาพ รวมไปถึงการเกิดการทุจริตในส่วนการส่งมอบการบริการ ทำให้ระบบที่วางไว้เพื่อผู้ที่ต้องการการบริการตามลำดับเบี่ยงไปสู่ผู้ได้รับบริการตามเครือข่ายผู้มีอำนาจ และสุดท้ายแล้วมุมมองทางการเงินหากเกิดความทุจริตเกิดขึ้นย่อมทำให้การเงินมีความไม่โปร่งใส และปริมาณเงินที่ควรจะทำไปเพื่อนขับเคลื่อนภารกิจหายไป ซึ่งในกรณีประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำที่มีลักษณะของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่น้อยอยู่แล้วยังมีปริมาณเงินในการขับเคลื่อนที่น้อยลงไปอีก ข้อสรุปที่สำคัญในประเด็นนี้คือ

“ผู้เขียนขอสรุปว่า ลักษณะตามธรรมชาติของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีความซับซ้อนและมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากทำให้ปัจจัยนำเข้า หรือก็คือ รายจ่ายด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดที่จะ

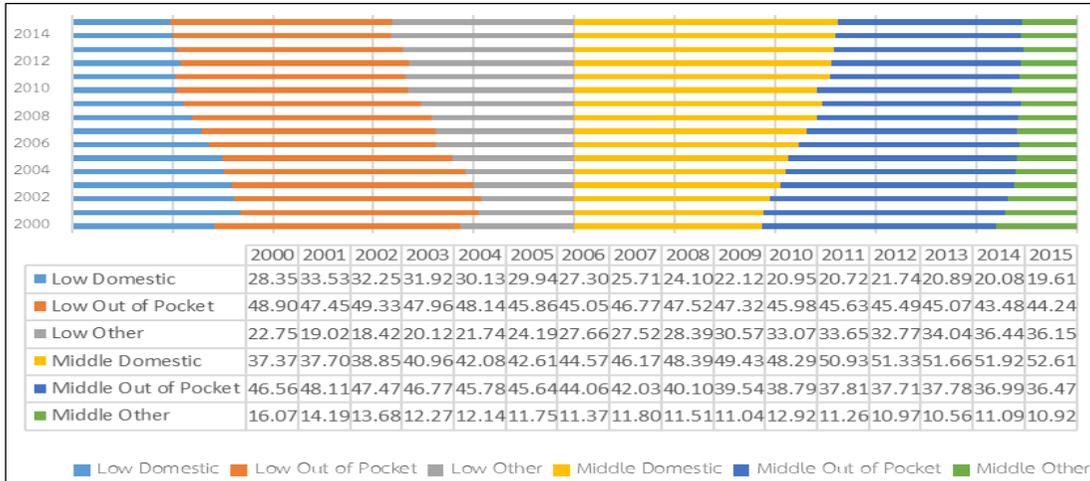
ส่งผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุขได้ยากอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ยังโดนปัจจัยด้านการทุจริตเข้ามาเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่ประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ จะสามารถดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่คาดหวังให้ดีขึ้นได้”

อุปสรรคเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ (Health Behavior)

รูปแบบการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งลักษณะนี้เองนักวิชาการให้นิยามว่าเป็น “พฤติกรรมสุขภาพ” โดยมีความหมายว่า “กิจกรรมหรือการกระทำที่มีจุดประสงค์เพื่อ ป้องกัน ส่งเสริม หรือบำรุงรักษาสุขภาพ ทั้งนี้รวมถึงการงดเว้นการกระทำที่ตนเล็งเห็นว่าจะทำให้สุขภาพเสีย โดยผู้กระทำมีความเต็มใจที่จะกระทำแม้ว่าผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำจะสามารถเห็นได้หรือไม่ก็ตาม” ซึ่งประกอบไปด้วยพฤติกรรมการป้องกันโรค และ พฤติกรรมเมื่อเป็นผู้ป่วย ทั้งนี้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพนอกจากจะสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมในระดับปัจเจกได้แล้วยังสามารถขยายการวิเคราะห์พฤติกรรมในระดับมหภาคซึ่งหมายถึงการกระทำในระดับประเทศที่เกิดขึ้นได้อีกด้วย ในทางทฤษฎีนั้นนักวิชาการพยายามศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้วยแนวความคิดพื้นฐานเชิงเศรษฐศาสตร์ ด้วยการสร้างแบบจำลอง “การลงทุนในสุขภาพ (Health Investment)” ที่สร้างจากหลักการที่เรียบง่ายสองประการใหญ่คือ พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive) เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดเจ็บป่วย และพฤติกรรม การแก้ไข (Remedial) เพื่อฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ด้วยการเน้นไปที่ระดับการใช้จ่ายในแต่ละกิจกรรมเพื่อทำการศึกษา

จากรายงานของ UNISEF (2016) พบว่าทั่วโลกมีคนอย่างน้อย 2,400 ล้านคนที่อยู่ในสภาพ สุขอนามัยที่ไม่สะอาดและกว่า 633 ล้านคนไม่มีน้ำสะอาดดื่ม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำจนถึงรายได้ปานกลางในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ประเทศที่มีรายได้ต่ำยังมี แนวโน้มที่จะมีประชากรที่มีการศึกษาที่ต่ำทำให้พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไม่ดีเท่าที่ควรส่งผล โดยตรงต่อสภาวะสุขภาพที่ต่ำ และเมื่อสืบค้นข้อมูลจะพบว่าผู้คนส่วนใหญ่ที่อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลาง และต่ำมักมีการลงทุนเพื่อการป้องกัน (Preventive Investment) ต่ำกว่าการลงทุนเพื่อแก้ไขโรค (Remedial Investment) ไม่ว่าจะเป็นการรับวัคซีน การซื้ออุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค อาทิ มุ้งกันยุง การซื้อสารเคมีเพื่อ ทำลายลูกน้ำ แม้กระทั่งถุงยางอนามัย ซึ่งเหตุผลส่วนหนึ่งก็คือการขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรค รวมไปถึงสาเหตุสำคัญอีกประการคือ **ลักษณะตามธรรมชาติของกิจกรรมเชิงป้องกันที่ไม่สามารถรู้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่ากระทำแล้วจะได้อย่างไร** แตกต่างจากการลงทุนในการแก้ไขที่สามารถเห็นผล จากการรักษาได้แทบจะในทันที ซึ่งถ้าหากมองในมุมมองของคนยากจนที่แทบจะไม่สามารถเก็บออมได้ การลงทุนในการป้องกันจึงแทบจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้เลยเพราะค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่มหุดไปกับการดำรงชีวิต และหากมองขึ้นมาในผู้ที่มิระดับรายได้ปานกลางที่พอมีเงินเก็บบ้างก็ใช้เงินเก็บดังกล่าวเมื่อยามเกิดโรคที่

จะต้องจ่ายรักษาเท่านั้น จนอาจกล่าวได้ว่า “ในกลุ่มประชาชนมีรายได้ที่ไม่สูงมากนัก มักมีอุปสรรคด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคที่เป็นส่วนสำคัญที่สุดต่อความเจ็บป่วย” ดังนั้น **แม้ว่ารัฐบาลจะใช้ความพยายามในการดำเนินกิจกรรมทางสาธารณสุขอย่างมากก็ตาม ผลลัพธ์ทางสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่จะพบกับความล้มเหลวจากพฤติกรรมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ** สอดคล้องกับข้อมูลที่พบแนวโน้มสำคัญของพฤติกรรมการใช้จ่ายเมื่อคิดเป็นสัดส่วนจากรายจ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ดังรูปต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4 รูปแบบการใช้จ่ายทางสาธารณสุขของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ ปี 2000-2015
ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> เข้าถึง 25 สิงหาคม 2561

จากข้อมูลการใช้จ่ายในภาพรวมของรัฐบาลในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการใช้จ่ายแบบ Out Of Pocket หรือก็คือการใช้จ่ายทางตรงจากครัวเรือนเพื่อรักษาพยาบาล มีมากกว่าการใช้จ่ายโดยรัฐบาลหรือ Domestic Health Expenditure ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ และในกลุ่มรายได้ปานกลางแต่เดิมนั้นมีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มรายได้ต่ำแต่ในช่วงปีหลัง รายจ่ายแบบ Out of Pocket ได้ลดสัดส่วนลงจากราวครึ่งหนึ่งของรายจ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดเหลือราว 1 ใน 3 อย่างไรก็ตาม 36.47 ก็ยังถือเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากของครัวเรือนและค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะกระทบครัวเรือนที่มีฐานะยากจนอย่างมากจนกระทั่งไม่สามารถทำให้พวกเขาหลุดจากกับดักสุขภาพได้ แม้ว่าในภาพรวมการใช้จ่ายจะมีลักษณะเน้นไปที่การใช้จ่ายเพื่อการแก้ไขมากกว่าการป้องกัน อย่างไรก็ตามแนวโน้มการลดลงของสัดส่วน Out of Pocket ก็มีการลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นเรื่องน่ายินดีอย่างยิ่ง โดยสรุปนั้น ข้อมูลบ่งชี้ว่า **กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำทั้งในระดับภาพรวมประเทศและระดับปัจเจกบุคคลจะมีแนวโน้มการใช้จ่ายแบบแก้ไขมากกว่าการใช้จ่ายแบบป้องกัน** ซึ่งประกอบขึ้นด้วยเหตุผลสำคัญ คือ ความจำกัดของเงินที่

สามารถจ่ายได้ ความจำกัดของลักษณะการใช้จ่ายเชิงป้องกันที่ไม่สามารถเห็นผลได้ในทันที ความจำกัดด้านความรู้เชิงสาธารณสุข

ข้อสรุปประเด็นการวิเคราะห์

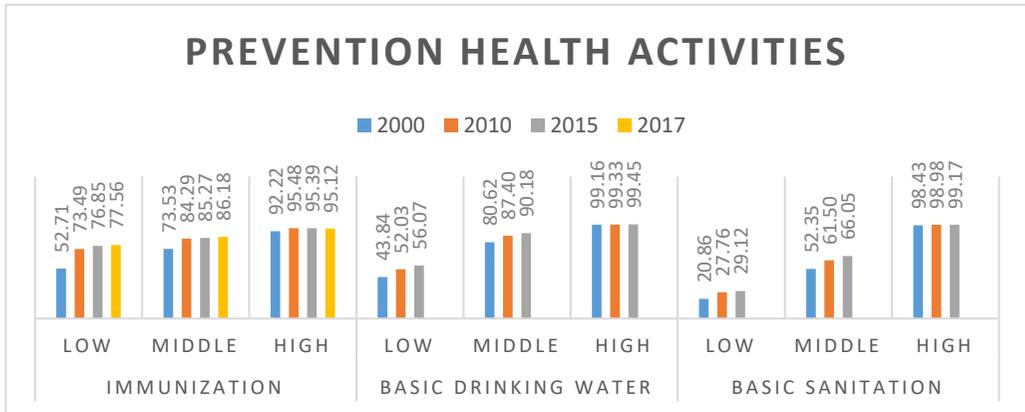
จากคำถามที่ว่า “ทำไมรายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรไม่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุขในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำให้ดีขึ้นได้” นำไปสู่ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงประจักษ์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องว่า 1. รายจ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำไม่ขยายตัว อันมีเหตุผลมาจาก รายได้ที่ไม่เพียงพอและมุมมองการตัดสินใจซึ่งงบประมาณเงินไม่สามารถเพิ่มรายจ่ายได้มากเพียงพอในการปรับปรุงระบบสาธารณสุข 2. กับความซับซ้อนของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งในแง่มีผู้เกี่ยวข้องที่จำนวนมากและขอบข่ายงานที่มีความหลากหลายทำกระบวนการส่งมอบการบริการเป็นไปอย่างยากลำบากวาทกกับเกิดประเด็นอุปสรรคการทุจริตที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ 3. ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นไปที่การแก้ไขไม่ใช่ป้องกัน ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่รายจ่ายสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดจะสามารถดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่หวังไว้ได้ จากข้อสรุปที่ได้ก็นำไปสู่แนวทางในการพัฒนาการใช้จ่ายที่สามารถทำได้ตามศักยภาพของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติดังนี้

1. จ่ายเพื่ออะไรสำคัญกว่าจ่ายไปเท่าไร

ข้อจำกัดด้านงบประมาณของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำนั้น ทำให้การจัดลำดับความสำคัญและจุดเน้นในการใช้จ่ายเป็นแนวทางที่สำคัญ ดังที่ได้แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ไว้เบื้องต้นถึงลักษณะการใช้จ่ายของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำที่เน้นหนักไปที่รายจ่ายในเชิงแก้ไขมากกว่าที่จะใช้จ่ายในเชิงป้องกัน ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการต่อสู้กับโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นและเป็นผลโดยตรงต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางสำคัญในการใช้จ่าย เช่น

จุดเน้นใช้จ่ายเพื่อยุทธศาสตร์สาธารณสุขเชิงป้องกัน การป้องกันโรคถือเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของการสาธารณสุขซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการบริการระดับปฐมภูมิซึ่งสามารถการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ 1. การป้องกันก่อนการเกิดโรค (Primary Prevention) เป็นกิจกรรมการป้องกันในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้นด้วยการพยายามจำกัดและกำจัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค รวมไปถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางสุขภาพอื่นที่จะเอื้อต่อการลดการเกิดโรค เช่นการให้ความรู้สุขภาพ การลดแหล่งเพาะเชื้อ การสุขาภิบาล 2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันหลังจากมีโรคเกิดขึ้นแล้วด้วยความพยายามลดการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่พยายามคัดกรองและตรวจจับการเกิดโรค 3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคหลังจากมีการ

แสดงอาการของโรคออกมาอย่างเด่นชัดแล้ว เพื่อลดความเสียหายหรือพิการซึ่งเป็นกิจกรรมที่รวมไปถึง การป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้เมื่อสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ของกิจกรรมทาง สาธารณสุขเชิงป้องกันของกลุ่มประเทศรายได้สูง ปานกลางและต่ำ เช่น People using at least basic drinking water services (% of population), Immunization DPT (% of children ages 12-23 months), People using at least basic sanitation services (% of population) ในห้วงปี 2000-2017 จะพบแนวโน้มที่สามารถ แสดงให้เห็นถึงทิศทางที่สำคัญได้ดังนี้



แผนภาพที่ 5 แสดงระดับการเข้าถึงสาธารณสุขเชิงป้องกันจำแนกตามกลุ่มรายได้ในปี 2000 – 2017

ที่มา : <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.IMM.IDPT&country=LIC, MIC, HIC#>

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า สัดส่วนประชากรที่ได้รับวัคซีนซึ่งถือเป็นกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคโดยตรงในประเทศรายได้สูง ปานกลางและต่ำ มีลักษณะที่เหลื่อมล้ำไปตามระดับรายได้ ในขณะที่ความเหลื่อมล้ำอย่างรุนแรงในการจัดสรรน้ำดื่มที่สะอาดพอจะดื่มได้และการสุขาภิบาลที่พอจะยอมรับได้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการเกิดโรค หลักฐานดังกล่าวเมื่อประกอบกับลักษณะการใช้จ่ายที่เน้นไปที่การแก้ไขมากกว่าการป้องกันดังข้อสรุปในหัวข้อก่อนหน้า ทำให้พบแนวทางที่สามารถส่งเสริมให้เกิดทิศทางการใช้จ่ายที่ดีขึ้นได้ว่า “ภาครัฐควรเน้นแนวทางการใช้จ่ายไปที่กิจกรรมเชิงป้องกันซึ่งถือเป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดต่อการสร้างสุขภาพระยะยาวให้แก่ประชาชนให้มากขึ้น” เนื่องจากข้อได้เปรียบของการป้องกันการเกิดโรคที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในอนาคตจากการแก้ไขหรือรักษานั้นลดน้อยลง นำไปสู่การเพิ่มโอกาสหลุดพ้นจากกับดักทางสุขภาพกับความยากจนของประชาชนในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Anyanwu, J. C., & Erhijakpor, A. E. O. (2007). *Health expenditures and health outcomes in Africa. African Development Review*, 21(2), 400-433. doi: 10.1111/j.1467-8268.2009.0015.x.
- Burnside, C., & Dollar, D. (1998). *Aid, the incentive regime and poverty reduction*. Washington, DC: The World Bank.
- Carrin, G., & Politi, C. (1995). Exploring the health impact of economic growth, poverty reduction, and public expenditure. *Tijdschrift voor Economie en Management*, 40(3-4), 227-247.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (1999). The impact of public spending on health: Does money matter?. *Social Science and Medicine*, 49(10), 1309-1323.
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, T. (1999). *Does higher government spending buy better results in education and health care?*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Issa, H. & Ouattara, B. (2005). *The effect of private and public health on infant mortality rates :Does the Level of development matters?*. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.63.9133&rep=rep1 &type=pdf>.
- Kaufman, D., Kraay, A., & Mastruzzi, M. (2004). Governance matters III: Governance indicators for 1996, 1998, 2000, and 2002. *World Bank Economic Review*, 18(2), 253-287.
- Musgrove, P. (1996). *Public and private roles in health*. Washington, DC: World Bank.
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance?: Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. New York: NY: Routledge.
- Rajkumar, A. S., & Swaroop, V. (2002). *Public spending and outcomes: Does governance matter?*. Washington DC: The World Bank.
- Techaniyom, K., Sahapattana, P., & Thepmongkol, A. (2018). "Factors Affecting Health Outcomes : A Case Study of middle and low income level contries". *Sutthiparithat Journal*, 32, 149-159.
- The World Bank. (2004). *Attaining the millennium development unit, South Asia Region*. Washington DC: The World Bank.
