



ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด:  
กรณีศึกษา งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข  
RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURE BUDGET ALLOCATION AND THE  
QUALITY OF LIFE AT THE PROVINCIAL LEVEL: CASE STUDY ON BUDGET  
ALLOCATION OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE AND THE MINISTRY OF

พรรณิภา อนุรักษากรกุล

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ  
ระดับจังหวัด: กรณีศึกษา งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ  
กระทรวงสาธารณสุข



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์  
สำนักวิชาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURE BUDGET ALLOCATION  
AND THE QUALITY OF LIFE AT THE PROVINCIAL LEVEL: CASE STUDY ON  
BUDGET ALLOCATION OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE AND  
THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH.



A Dissertation Submitted in partial Fulfillment of Requirements  
for DOCTOR OF PHILOSOPHY (Philosophy(Economics))  
School of Economics and Public Policy Srinakharinwirot University

2018

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด:

กรณีศึกษา งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข

ของ

พรรณิภา อนุรักษ์ากรกุล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

ที่ปรึกษาหลัก

ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เสงี่ยมานา)

(ดร.สมชัย จิตสุชน)

ที่ปรึกษาร่วม

กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.BUI THI MINH

TAM)

|                  |                                                                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อเรื่อง       | ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและ<br>คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด: กรณีศึกษา งบประมาณ<br>ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวง<br>สาธารณสุข |
| ผู้วิจัย         | พรธนิภา อุนรักษากรกุล                                                                                                                                                 |
| ปริญญา           | ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต                                                                                                                                                     |
| ปีการศึกษา       | 2561                                                                                                                                                                  |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล เสงพัฒนา                                                                                                                                |

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์คือจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบ่งเป็น 5 กลุ่ม การวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายใช้ดัชนีจินีเป็นตัวชี้วัด ใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มจังหวัด ใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีจินีของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเท่ากับ 0.14 เมื่อวัดความเหลื่อมล้ำแบบแยกองค์ประกอบพบว่า ความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพภายในกลุ่มจังหวัดเท่ากับร้อยละ 95.54 ส่วนระหว่างกลุ่มจังหวัดเท่ากับร้อยละ 4.46 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพส่งผลต่อประชาชนผู้พิการ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่างบประมาณรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายควรมีการพิจารณาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นนอกจากจำนวนประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละจังหวัดและให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน

คำสำคัญ : การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, จังหวัด, ความไม่เท่าเทียม

|                |                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Title          | RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EXPENDITURE<br>BUDGET ALLOCATION AND THE QUALITY OF LIFE AT<br>THE PROVINCIAL LEVEL: CASE STUDY ON BUDGET<br>ALLOCATION OF THE NATIONAL HEALTH SECURITY<br>OFFICE AND THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH. |
| Author         | PHANNIPHA ANURUKSAKORNKUL                                                                                                                                                                                                        |
| Degree         | DOCTOR OF PHILOSOPHY                                                                                                                                                                                                             |
| Academic Year  | 2018                                                                                                                                                                                                                             |
| Thesis Advisor | Suwimon Hengpatana                                                                                                                                                                                                               |

The aims of this research are as follows: to analyze the inequality of health expenditure budget allocation for provincial level and provincial group, and to analyze the relationship between health expenditure budget allocation and quality of life on health care of the fiscal years 2009 – 2015. The unit of analysis is the provincial and provincial group, which was categorized into five groups. Health expenditure budget and inequality were explained using the Gini coefficient. The Gini decomposition technique was also applied to describe the inequality between and within groups. Feasible generalized least squares technique was used to analyze the relationship between health expenditure budget allocation and quality of life on health care. The results revealed that the Gini coefficient of the budget for public health expenditure per capita was 0.14. The inequality decompositions within the same group could explain 95.54 percent, whereas the inequality between the group was only 4.46 percent. Health expenditure budget allocation had a significantly positive effect on the disabled, low birth weight, and mental health scores. The findings show that budget allocation for public health expenditure was related to the quality of life on health care. Health-related budget allocation should concern not only population density, GPP, and an average income of a household, but also other factors such as the amount of disabled, average birth weight, and average mental health score for each province.

Keyword : Health Expenditure budget allocation, Quality of life, Provincial, inequality



## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาและเรียบเรียงปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เสงษ์พัฒนา และศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ และให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของการวิจัย ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจแก้ไขบทความที่ตีพิมพ์และรูปเล่มปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุท โกสลากร เพิ่มพูนวิวัฒน์ ศาสตราจารย์ดร.สกันธ์ วัณญ์วัฒนา อาจารย์ ดร.สมชัย จิตสุชน และ Assistant Professor DR. TAM BUI THI MINH ที่ได้กรุณาแนะนำและแก้ไขให้ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณข้อมูลด้านงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประมาณ

ขอขอบคุณทุนการศึกษาปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยบูรพา (ต้นสังกัด) ทุนอุดหนุนการนำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ท้ายที่สุดนี้ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณมารดา ที่สนับสนุนด้านการศึกษา และเป็นกำลังใจที่สำคัญในการเรียนและทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ณ โอกาสนี้ คุณประโยชน์และความดีของปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แด่บิดา มารดา ตลอดจนบรรพคณาจารย์ทุกท่าน ผู้ซึ่งได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และเป็นที่เคารพรักรยิ่งของข้าพเจ้า ส่วนความบกพร่องอันใดที่เกิดขึ้นจากการปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขออภัยไว้เพียงผู้เดียว

พรรณิภา อนุรักษากรกุล

## สารบัญ

|                                                         | หน้า |
|---------------------------------------------------------|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....                                   | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....                                | จ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....                                    | ข    |
| สารบัญ .....                                            | ข    |
| สารบัญตาราง.....                                        | ญ    |
| สารบัญภาพ .....                                         | ฎ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....                                       | 1    |
| ภูมิหลัง .....                                          | 1    |
| คำถามวิจัย.....                                         | 8    |
| ความมุ่งหมายของการวิจัย .....                           | 8    |
| ความสำคัญของการวิจัย .....                              | 8    |
| ขอบเขตของการวิจัย .....                                 | 8    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ.....                                    | 13   |
| สมมติฐานในการวิจัย.....                                 | 13   |
| กรอบแนวคิดการวิจัย .....                                | 14   |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....             | 15   |
| 1. กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาภายใต้กรอบวิจัย ..... | 15   |
| 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....                          | 39   |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....                         | 51   |
| การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....           | 51   |
| การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....                 | 53   |

|                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| การเก็บรวบรวมข้อมูล .....                                                                                                                      | 54  |
| การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล .....                                                                                                         | 54  |
| บทที่ 4.....                                                                                                                                   | 60  |
| ผลการวิจัย .....                                                                                                                               | 60  |
| 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรร<br>งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ..... | 60  |
| 4.2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ<br>ของประชาชนระดับจังหวัด.....                                   | 74  |
| บทที่ 5.....                                                                                                                                   | 86  |
| บทสรุป.....                                                                                                                                    | 86  |
| สรุปผลการวิจัย.....                                                                                                                            | 87  |
| อภิปรายผลการวิจัย .....                                                                                                                        | 90  |
| ข้อเสนอแนะการวิจัย .....                                                                                                                       | 91  |
| ข้อจำกัดของการศึกษา.....                                                                                                                       | 91  |
| ภาคผนวก.....                                                                                                                                   | 92  |
| บรรณานุกรม .....                                                                                                                               | 104 |
| ประวัติผู้เขียน.....                                                                                                                           | 110 |

## สารบัญตาราง

### หน้า

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตาราง 1 งบประมาณรายจ่ายของภาครัฐจำแนกตามลักษณะงานในปีงบประมาณ 2557-2559 ..                                                                                                                                                                                                   | 5  |
| ตาราง 2 งบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561 .....                                                                                                                                                                                                        | 7  |
| ตาราง 3 กลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ .....                                                                                                                                                                                                                                        | 9  |
| ตาราง 4 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน .....                                                                                                                                                                                                                    | 11 |
| ตาราง 5 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน .....                                                                                                                                                                                                                       | 12 |
| ตาราง 6 การกระจายงบประมาณลงทุนทั้งหมดเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการพัฒนาตามดัชนี<br>ความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ในแต่ละจังหวัด .....                                                                                                                            | 20 |
| ตาราง 7 สรุปวิธีการและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาจากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....                                                                                                                                                                                         | 48 |
| ตาราง 8 ค่าสถิติพื้นฐานของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัด จากสอง<br>แหล่งที่มาของงบประมาณ ประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวง<br>สาธารณสุขจากสำนักงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2552-2558<br>(หน่วย: บาทต่อหัวของประชากร) ..... | 62 |
| ตาราง 9 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณมาต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดระดับจังหวัด .....                                                                                                                                                                                                    | 64 |
| ตาราง 10 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวเรียงจากสูงสุดไปต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคกลาง .....                                                                                                                                                                                     | 65 |
| ตาราง 11 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ .....                                                                                                                                                                                             | 66 |
| ตาราง 12 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มภาคตะวันออก .....                                                                                                                                                                                               | 67 |
| ตาราง 13 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาค<br>ตะวันออกเฉียงเหนือ .....                                                                                                                                                                          | 68 |
| ตาราง 14 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ .....                                                                                                                                                                                           | 69 |
| ตาราง 15 สัมประสิทธิ์จีนิ (Gini Coefficient) ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ แยกตาม<br>แหล่งที่มา แบ่งเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณ<br>รายจ่ายด้านสุขภาพรวมจำแนกเป็นภายในและระหว่างกลุ่มจังหวัด .....                                      | 72 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ตาราง 16 ผลการตรวจสอบปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ของงบประมาณรายจ่ายต่อหัว<br>ด้านสุขภาพรวม (BG) .....                                                                                                                                                        | 74 |
| ตาราง 17 ผลการตรวจสอบปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ของงบประมาณรายจ่ายต่อหัว<br>ด้านสุขภาพแยก 4 หมวด .....                                                                                                                                                      | 75 |
| ตาราง 18 ผลการทดสอบ Granger causality .....                                                                                                                                                                                                                           | 77 |
| ตาราง 19 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ<br>คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด กรณีงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG)<br>(หน่วย: พันบาท) .....                                                                                 | 81 |
| ตาราง 20 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ<br>คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัว<br>แยก 4 หมวดคือ รักษา (TREC) ส่งเสริม (PROC) อื่นๆ (OTHC) และกระทรวง (MOPHC) (หน่วย:<br>พันบาท) ..... | 84 |

## สารบัญภาพ

### หน้า

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ภาพประกอบ 1 แสดง 10 อันดับจังหวัดของประเทศไทยที่มี GPP PER CAPITA มากที่สุด เรียงตาม GPP ของแต่ละปี (หน่วย: บาท).....                   | 2  |
| ภาพประกอบ 2 แสดง 10 อันดับจังหวัดของประเทศไทยที่มี GPP PER CAPITA น้อยที่สุด เรียงตาม GPP ของแต่ละปี (หน่วย: บาท).....                  | 2  |
| ภาพประกอบ 3 ภาระงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561 .....                                                                  | 6  |
| ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัยส่วนที่ 1 .....                                                                                           | 14 |
| ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยส่วนที่ 2 .....                                                                                           | 14 |
| ภาพประกอบ 6 ภาระงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561 .....                                                                  | 25 |
| ภาพประกอบ 7 เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่าย ปีงบประมาณ 2550 – 2561ตามลักษณะงาน .....                                                         | 26 |
| ภาพประกอบ 8 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2559 .....                                                                                   | 27 |
| ภาพประกอบ 9 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของ 3 ระบบบริการสุขภาพหลักที่รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่าย .....                                         | 28 |
| ภาพประกอบ 10 งบประมาณรายจ่ายต่อหัวสูงสุด ต่ำสุด และเฉลี่ยระดับจังหวัดด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2552-2558 (หน่วย: บาทต่อหัวของประชากร) ..... | 63 |
| ภาพประกอบ 11 เส้นลอเรนซ์ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของกระทรวงสาธารณสุข (ก) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ข) .....         | 73 |
| ภาพประกอบ 12 เส้นลอเรนซ์ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัว.....                                                                      | 74 |

## บทที่ 1

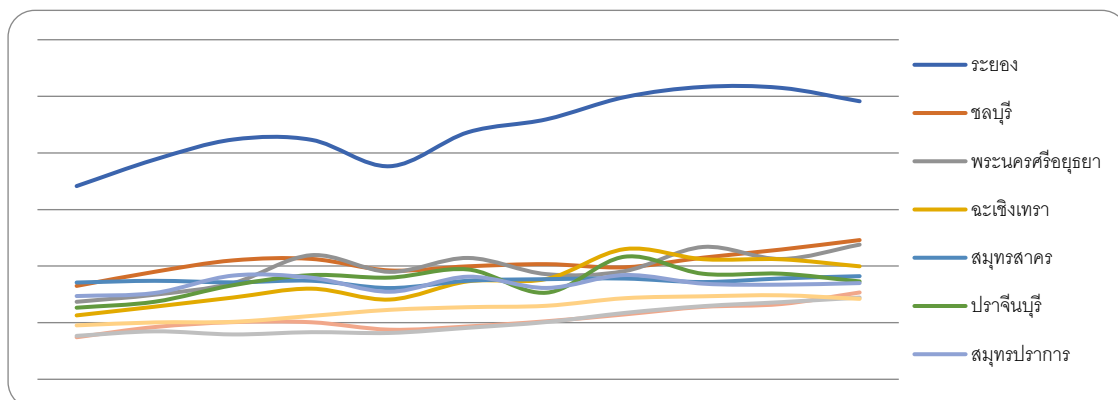
### บทนำ

#### ภูมิหลัง

ความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ เศรษฐศาสตร์สวัสดิการ (Welfare Economics) โดยรัฐต้องทำหน้าที่สร้างสวัสดิการสังคม โดยการกระจายทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจให้ประชาชนมีความกินอยู่ดีขึ้น มีสินค้าและบริการเพื่อการบริโภคได้อย่างเพียงพอ (Meier และ Stiglitz, 2000) นอกจากนี้ยังกล่าวถึงความเสมอภาคในเรื่องของโอกาส (Equality of Opportunity) กล่าวคือประชาชนทุกคนจะมีสิทธิ์อย่างเท่าเทียมกันที่จะได้รับบริการพื้นฐาน ได้รับสินค้าและบริการขั้นต่ำที่เป็นธรรม จึงเป็นเหตุผลและความจำเป็นที่ภาครัฐต้องเข้าแทรกแซงในระบบเศรษฐกิจและสังคมนั้นเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากร

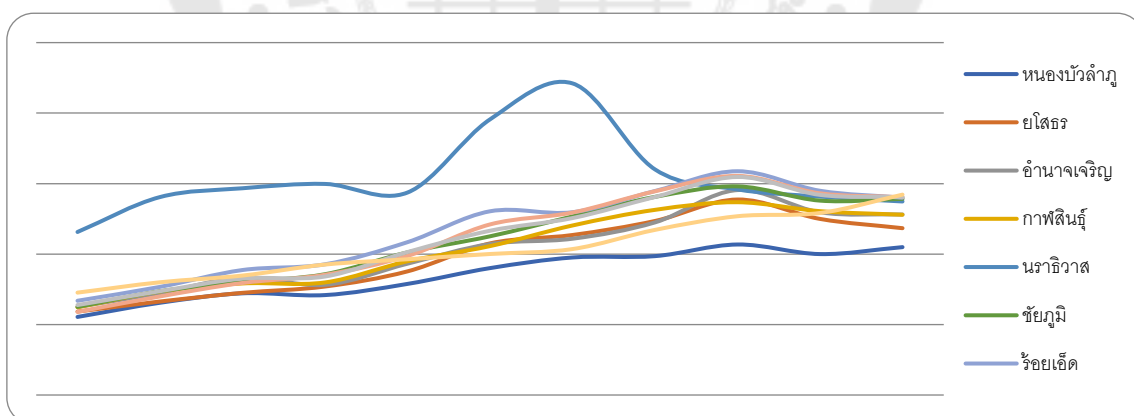
ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเกิดขึ้นตั้งแต่อดีตเรื่อยมาและปราศจากการแก้ไขอย่างจริงจัง จึงทำให้ระดับความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวทั้งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปกติส่วนใหญ่จะพิจารณาความเหลื่อมล้ำเฉพาะบริบททางเศรษฐกิจเป็นหลัก เรียกว่าความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ ปัจจุบันปัญหาการกระจายรายได้ของไทยอยู่ในระดับสูงแต่ยังไม่ถึงระดับที่รุนแรง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini coefficient) ด้านรายได้ เท่ากับ 0.453 ในปี 2560 เพิ่มขึ้นจากปี 2558 ที่ 0.445 สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังคงมีปัญหาการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560b) ปัญหาความเหลื่อมล้ำมีหลายรูปแบบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ สังเกตได้จากจากภาพที่ 1 และภาพที่ 2 พบว่า ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัด ณ ราคาตลาดต่อหัวต่อปี (Gross Provincial Product at Market Price per capita: GPP) ของแต่ละปีมีความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้เชิงพื้นที่เป็นอันมาก สังเกตได้จาก GPP ในปี 2558 พบว่า จังหวัดระยอง ชลบุรี ฉะเชิงเทรา พระนครศรีอยุธยา ปราจีนบุรี สมุทรสาคร สมุทรปราการ สระบุรี ภูเก็ต และนครปฐม เป็นจังหวัดที่ GPP มากที่สุดใน 10 อันดับแรก ส่วนจังหวัดที่ GPP น้อยที่สุดใน 10 อันดับแรก คือ จังหวัดหนองบัวลำภู ยโสธร แม่ฮ่องสอน อำนาจเจริญ บัตตานี นราธิวาส กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ มหาสารคาม มุกดาหาร บุรีรัมย์ และสุรินทร์ โดย GPP ของจังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 982,500 บาทต่อหัวต่อปี ซึ่งแตกต่างจากจังหวัดหนองบัวลำภู มี GPP เท่ากับ 41,963 บาทต่อหัวต่อปี โดยความแตกต่างด้านรายได้มีมากถึง 20 เท่า แต่ทั้งนี้มิได้คำนึงถึงความเหลื่อมล้ำทางด้านอื่นที่สำคัญ เช่น โอกาสการเข้าถึงการศึกษา บริการสาธารณสุข บริการ

สวัสดิการสังคม เป็นต้น ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญในการสร้างความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพชีวิตของคนในสังคม



ภาพประกอบ 1 แสดง 10 อันดับจังหวัดของประเทศไทยที่มี GPP PER CAPITA มากที่สุด เรียงตาม GPP ของแต่ละปี (หน่วย: บาท)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559)



ภาพประกอบ 2 แสดง 10 อันดับจังหวัดของประเทศไทยที่มี GPP PER CAPITA น้อยที่สุด เรียงตาม GPP ของแต่ละปี (หน่วย: บาท)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559)

นอกจากนี้ สำนักงานฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะทางสังคม (2558) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัดมาจากสาเหตุหลายประการ เช่น การจัดสรรงบประมาณรายจังหวัด ความเจริญทางเศรษฐกิจ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด การขยายตัวของการค้าการลงทุน สินเชื่อธนาคาร

พาณิชย์ การเข้าถึงการให้บริการสาธารณะ เป็นต้น ความแตกต่างที่เกิดขึ้นมาจากการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งการพัฒนาจังหวัดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางผ่านงบประมาณ เนื่องจากจังหวัดยังไม่มีศักยภาพเต็มที่ในการจัดหารายได้มาพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งนี้ ในปี 2551 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการบริหารงานในระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยการกำหนดให้จังหวัดและกลุ่มจังหวัดจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดเพื่อแก้ไขและพัฒนาเป็นองค์รวมเพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการและการประสานงานจากทุกภาคส่วนในจังหวัด และสามารถยื่นขอคำจัดตั้งงบประมาณเองได้ เพื่อประโยชน์ของประชาชนระดับพื้นที่ในการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากจังหวัดยังไม่ได้เป็นส่วนราชการตาม พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 รัฐบาลจึงได้จัดตั้งให้จังหวัดผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทยหรือจัดเป็นงบกลางเท่านั้น จึงถือว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณในเชิงพื้นที่แบบใหม่ ทำให้การบริหารงานในระดับจังหวัดสามารถมุ่งพัฒนาจังหวัดให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในจังหวัดมากขึ้น แต่เท่าที่จริงแล้ว งบประมาณไม่ได้จัดสรรลงไปยังจังหวัดโดยตรง แต่กระทำผ่านงบประมาณของกรมต่างๆ แล้วกรมจึงลงไปทำงานในพื้นที่อีกทอดหนึ่ง มีบางส่วนที่จัดสรรเป็นงบอุดหนุนของจังหวัดโดยตรง แต่ก็มีส่วนน้อยมาก ซึ่งการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัดแสดงให้เห็นถึงการจัดบริการสาธารณะที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดนั้นๆ แต่กลับพบว่า การจัดสรรงบประมาณของรัฐไปยังแต่ละจังหวัดยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่มาก ทำให้การจัดบริการสาธารณะในแต่ละจังหวัดแตกต่างกันไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงในอันดับต้นๆ จะเป็นจังหวัดเดิมๆ แสดงว่า จังหวัดที่ได้อันดับแรกๆ จะไม่มีทางที่จะพัฒนาให้ทัดเทียมกับจังหวัดที่ได้อันดับสูงได้ ทำให้เกิดปัญหาความแตกต่างเชิงพื้นที่ในการได้รับงบประมาณ และความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสาธารณะเป็นอันมาก โดย สำนักฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะทางสังคม (2558) พบว่า จังหวัดที่รวยที่สุดและจนที่สุดวัดจาก GDP ของแต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 พบว่า จังหวัดระยอง กรุงเทพมหานคร ชลบุรี พระนครศรีอยุธยา ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ สมุทรสาคร ปราจีนบุรี สระบุรี และภูเก็ต เป็นจังหวัดที่รวยที่สุดใน 10 อันดับแรก ส่วนจังหวัดที่จนที่สุดใน 10 อันดับแรก คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน บัตตานี นราธิวาส ตาก นครพนม กาฬสินธุ์ มุกดาหาร หนองบัวลำภู บุรีรัมย์ และอุบลราชธานี มีข้อสังเกตที่สำคัญคือ จังหวัดที่รวยที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง ภาคตะวันออก เขตกรุงเทพและปริมณฑล ส่วนจังหวัดที่จนที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ได้อย่างชัดเจน จึงเกิดเป็นคำถามวิจัยที่ว่า จังหวัดที่รวยที่สุดมีการจัดบริการสาธารณะดีกว่าจังหวัดที่จนที่สุดหรือไม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละ

จังหวัดด้วย ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญสำหรับประเทศไทยคือการทำให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณะที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้นทั่วประเทศได้อย่างไร โดยที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ประเทศ (Country Strategy) ในการจัดทำงบประมาณปี 2557 วิสัยทัศน์ของประเทศคือประเทศไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขัน คนไทยอยู่ดีกินดี มีความเสมอภาค และเป็นธรรมชาติของการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ เพื่อหลุดพ้นจากประเทศรายได้ปานกลาง (Growth & Competitiveness) 2) การลดความเหลื่อมล้ำ (Inclusive Growth) 3) การเติบโตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) 4) การสร้างความสมดุลและปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐ (Internal Process) (สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) การจัดทำงบประมาณระดับจังหวัดนั้น ต้องทำการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศ และเป็นเครื่องมือของนโยบายรัฐเพื่อส่งเสริม 1) การเจริญเติบโตของจังหวัด โดยใช้เทคโนโลยี ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาทางเศรษฐกิจระดับจังหวัด และ 2) ลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและมาตรฐานบริการสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพการศึกษา การพัฒนาระบบสวัสดิการ การพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มคุณภาพแรงงาน ให้สอดคล้องกับความต้องการตลาด เป็นต้น

การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายภาครัฐเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตนั้น ตาราง 1 พบว่า ปีงบประมาณ 2557 – 2559 งบประมาณรายจ่ายภาครัฐมีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 18-19 ของ GDP ปีงบประมาณ 2559 มีรายจ่ายภาครัฐสูงถึง 2.7 ล้านบาท รายจ่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนและสังคม เช่น สาธารณสุข การศึกษา สูงถึง 1.18 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 42.7 ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด ถือว่ารัฐให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านนี้มาก ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศในด้านการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

ตาราง 1 งบประมาณรายจ่ายของภาครัฐจำแนกตามลักษณะงานในปีงบประมาณ 2557-2559

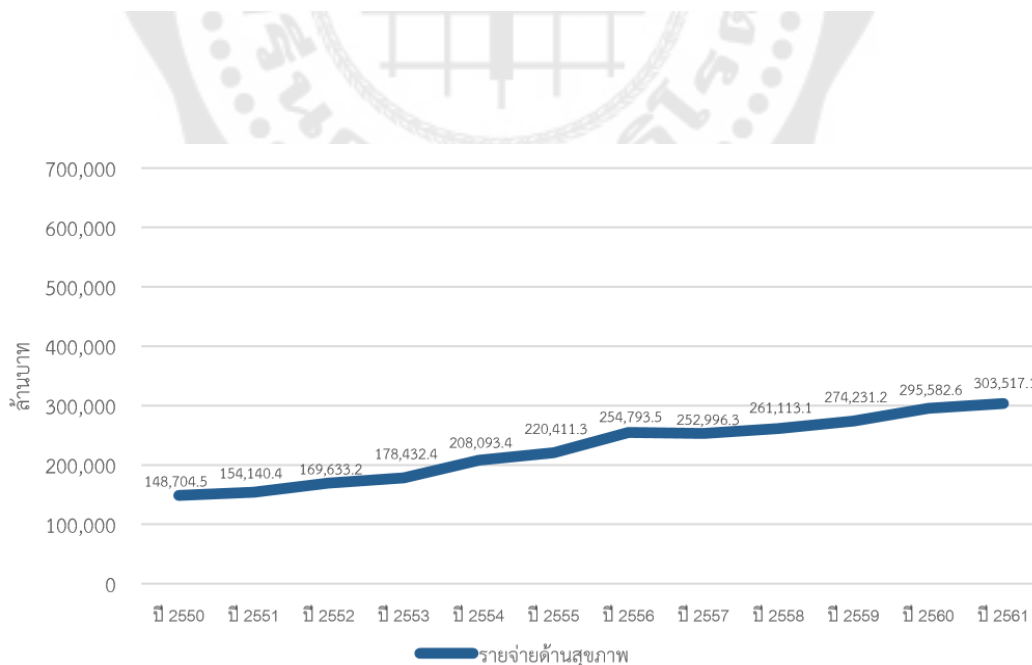
| ลักษณะงาน                                   | ปีงบประมาณ (ล้านบาท) |              |              |              |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|
|                                             | 2556                 | 2557         | 2558         | 2559         |
| <b>การบริหารทั่วไป</b>                      | 822,742.4            | 911,485.5    | 925,740.7    | 1,007,821.8  |
| การบริหารทั่วไปของรัฐ                       | 500,692.9            | 580,194.0    | 576,735.2    | 627,368.6    |
| การป้องกันประเทศ                            | 177,664.8            | 182,149.7    | 191,640.0    | 205,375.8    |
| การรักษาความสงบภายใน                        | 144,384.7            | 149,141.8    | 157,365.5    | 175,077.4    |
| <b>การเศรษฐกิจ</b>                          | 470,002.1            | 530,060.5    | 545,023.1    | 583,481.6    |
| การเศรษฐกิจ                                 | 470,002.1            | 530,060.5    | 545,023.1    | 583,481.6    |
| <b>การบริการชุมชนและสังคม</b>               | 1,107,255.5          | 1,083,454.0  | 1,104,236.2  | 1,184,696.6  |
| การสิ่งแวดล้อม                              | 2,159.1              | 3,102.8      | 3,926.9      | 6,947.3      |
| การเคหะและชุมชน                             | 133,744.9            | 67,070.3     | 58,667.3     | 67,963.3     |
| การสาธารณสุข                                | 254,793.5            | 252,996.3    | 261,113.1    | 274,231.2    |
| การศาสนา วัฒนธรรมและ<br>นันทนาการ           | 21,483.4             | 24,632.9     | 21,688.2     | 21,553.6     |
| การศึกษา                                    | 493,927.1            | 518,519.1    | 531,044.8    | 549,708.1    |
| การสังคมสงเคราะห์                           | 201,147.5            | 217,132.6    | 227,795.9    | 264,293.1    |
| <b>รวมทั้งสิ้น</b>                          | 2,400,000.0          | 2,525,000.0  | 2,575,000.0  | 2,776,000.0  |
| <b>ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ<br/>(GDP)</b> | 12,901,498.0         | 13,203,739.0 | 13,672,865.0 | 14,360,627.0 |
| <b>สัดส่วนของรายจ่ายภาครัฐต่อ GDP</b>       | 18.6                 | 19.1         | 18.8         | 19.3         |

ที่มา: 1) ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐจำแนกตามลักษณะงาน จากสำนักงบประมาณ (2562)

2) ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559)

ทั้งนี้การจัดบริการสาธารณะของไทยจะอาศัยความอำนาจของกฎหมายในระดับต่างๆ โดยรัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน อันประกอบด้วย 1) บริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปเพื่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างยั่งยืน 2) จัดระบบการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีขอบเขตอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนเหมาะสมแก่การพัฒนาประเทศ และสนับสนุนให้จังหวัดมีแผนและ

งบประมาณเพื่อประโยชน์และพัฒนาจังหวัด การจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินจะเป็นไปตาม พ.ร.บ. ระเบียบราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และ พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย ระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาค และ ระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นการจัดบริการสาธารณะในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับชาติไปถึงระดับท้องถิ่น จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่างบประมาณรายจ่ายด้านสังคมสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ โดยด้านสาธารณสุขมีงบประมาณรายจ่ายเป็นลำดับต้นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยจึงสนใจการวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยสำนักงบประมาณ (2560) ได้ทำการศึกษาภาระงบประมาณด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม จากภาพ 3 พบว่า ตั้งแต่ปี 2550 - 2561 ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 148,704.5 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 303,517.1 ล้านบาท ในปี 2561 โดยงบประมาณรายจ่ายดังกล่าว มีสัดส่วนค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 9.8 ของงบประมาณรายจ่ายรวมของประเทศในแต่ละปี และคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 75 ของวงเงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ



ภาพประกอบ 3 ภาระงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561

ที่มา: สำนักงบประมาณ (2560)

จากตาราง 2 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 3 ใน 4 ส่วน เป็นการใช้ไปกับบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเท่านั้น ทั้งนี้รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของ GDP ในปี 2553 โดยมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพจากงบประมาณของรัฐบาลประมาณ ร้อยละ 75 เป็นรายจ่ายครัวเรือนร้อยละ 14 และประกันสุขภาพเอกชนโดยสมัครใจร้อยละ 11

ตาราง 2 งบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561

| ปีงบประมาณ | งบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งสิ้น | งบประมาณด้านการสาธารณสุข | คิดเป็นร้อยละของงบประมาณรายจ่ายทั้งสิ้น |
|------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| 2550       | 1,566,200.0                    | 148,704.5                | 9.5                                     |
| 2551       | 1,660,000.0                    | 154,140.4                | 9.3                                     |
| 2552       | 1,951,700.0                    | 169,633.2                | 8.7                                     |
| 2553       | 1,700,000.0                    | 178,432.4                | 10.5                                    |
| 2554       | 2,169,967.5                    | 208,093.4                | 9.6                                     |
| 2555       | 2,380,000.0                    | 220,411.3                | 9.3                                     |
| 2556       | 2,400,000.0                    | 254,793.5                | 10.6                                    |
| 2557       | 2,525,000.0                    | 252,996.3                | 10.0                                    |
| 2558       | 2,575,000.0                    | 261,113.1                | 10.1                                    |
| 2559       | 2,776,000.0                    | 274,231.2                | 9.9                                     |
| 2560       | 2,923,000.0                    | 295,582.6                | 10.1                                    |
| 2561       | 2,900,000.0                    | 303,517.1                | 10.5                                    |

ที่มา: สำนักงบประมาณ (2560)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด โดยสันนิษฐานว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของจังหวัดมีผลส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้น และรัฐบาลใช้เป็นช่องทางลดความเหลื่อมล้ำ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรก วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัด และกลุ่มจังหวัด ส่วนที่สองวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนอาจจะเป็นผลลัพธ์จากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายระดับจังหวัด อันจะทำให้เกิดความเข้าใจในสถานะความเหลื่อมล้ำ นำไปสู่ข้อคิดเห็นเชิงปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งจะทำให้การจัดบริการสาธารณะเอื้อประโยชน์แก่ประชาชนในจังหวัดเต็มศักยภาพ ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมในสังคมก็จะได้รับการแก้ไขหรือตอบสนอง และตรงตามความต้องการของประชาชนในจังหวัดนั้นๆ ทำให้คุณภาพชีวิตของคนดีขึ้น

### คำถามวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีคำถามวิจัยดังนี้

1. ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัด มีสถานการณ์อย่างไร ในปีงบประมาณ 2552-2558
2. การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดหรือไม่ เพียงใด

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัด และกลุ่มจังหวัด
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ความเข้าใจในสถานะความเหลื่อมล้ำ นำไปสู่ข้อคิดเห็นเชิงปฏิรูปนโยบายสาธารณะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ
2. ความเหลื่อมล้ำด้านการจัดสรรงบประมาณมีนัยสำคัญทางเศรษฐกิจ และสังคม ผลการวิจัยสามารถเสนอแนะการดำเนินนโยบายของภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาตามความมุ่งหมายของการวิจัยทั้ง 2 ข้อตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ  
ระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยกลุ่มจังหวัดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังตารางที่ 3 ตามประกาศคณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ ราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2560 โดยในประกาศได้จัดตั้งกลุ่มจังหวัด จำนวน 18 กลุ่มจังหวัดและกำหนดให้มีภาคอีก 6 ภาค ทั้งนี้ผู้วิจัยรวมภาคใต้และภาคใต้ชายแดนเป็นกลุ่มเดียวกัน เพราะภาคใต้ชายแดนมีเพียง 3 จังหวัด

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายใช้ดัชนีจินี (Gini Coefficient) เป็นตัวชี้วัด รวมทั้งใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) เพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มจังหวัด

#### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว ประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 จากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ อันประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ตาราง 3 กลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ

| กลุ่มจังหวัด | จังหวัด                                                                                     |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ภาคกลาง      | - กรุงเทพมหานคร                                                                             |
|              | - ภาคกลางตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง |
|              | - ภาคกลางปริมณฑล ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี นครปฐม และสมุทรปราการ                   |
|              | - ภาคกลางตอนล่าง 1 ประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี และสุพรรณบุรี                        |
|              | - ภาคกลางตอนล่าง 2 ประกอบด้วย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร      |

ตาราง 3 (ต่อ)

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ภาคใต้                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย ประกอบด้วย จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช พัทลุง สุราษฎร์ธานี และสงขลา</li> <li>- ภาคใต้ฝั่งอันดามัน ประกอบด้วย จังหวัดกระบี่ ตรัง พังงา ภูเก็ต ระนอง และสตูล</li> <li>- ภาคใต้ชายแดน ประกอบด้วย จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                  |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 ประกอบด้วย จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง</li> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 ประกอบด้วย จังหวัดจันทบุรี นครนายก ปราจีนบุรี และสระแก้ว</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ภาคตะวันออก           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 1 ประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี</li> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 2 ประกอบด้วย จังหวัดนครพนม มุกดาหาร และสกลนคร</li> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ประกอบด้วย จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด</li> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 1 ประกอบด้วย จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์</li> <li>- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 2 ประกอบด้วย จังหวัดยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี</li> </ul> |
| ภาคเหนือ              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาคเหนือตอนบน 1 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และลำพูน</li> <li>- ภาคเหนือตอนบน 2 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย น่าน พะเยา และแพร่</li> <li>- ภาคเหนือตอนล่าง 1 ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์</li> <li>- ภาคเหนือตอนล่าง 2 ประกอบด้วย จังหวัดกำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร และอุทัยธานี</li> </ul>                                                                                                                                                |

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560a)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ระดับจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด ไม่รวมบึงกาฬ เพราะผู้วิจัยใช้ข้อมูลประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 ซึ่งในปี 2552-2553 ยังไม่มีจังหวัดบึงกาฬ

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS)

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน อันประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรายจังหวัด ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว สรุปได้ดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

| ลำดับ | ตัวแปร                                                              | แหล่งข้อมูล                                                             |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1     | งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรายจังหวัด (บาทต่อประชากร)           | สำนักงานงบประมาณ<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพ                            |
| 2     | ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว (บาทต่อประชากร)                        | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<br>สำนักนายกรัฐมนตรี |
| 3     | รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนรายจังหวัด (บาทต่อปี)                       | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<br>สำนักนายกรัฐมนตรี |
| 4     | ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ปี)               | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ<br>สำนักนายกรัฐมนตรี |
| 5     | จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (หน่วยประชากรแสนคน) | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข                               |

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

ตัวแปรตาม คือ ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน แสดงได้ดังตาราง 5

ตาราง 5 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน

| ลำดับ | ตัวชี้วัด                                                                             | มิติ                                                                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ)                                  | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน<br>กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงาน<br>คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม<br>แห่งชาติ                                                     |
| 2     | ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์                                          | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข<br>รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ<br>เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ                                                         |
| 3     | ร้อยละของประชากรที่พิการ                                                              | ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและ<br>พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวบรวมโดยสำนักงาน<br>คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม<br>แห่งชาติ                             |
| 4     | ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต                                                               | สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อ<br>เศรษฐกิจและสังคม และกรมสุขภาพจิต กระทรวง<br>สาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการ<br>พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 5     | ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด | สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อ<br>เศรษฐกิจและสังคม                                                                                                      |
| 6     | ร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด   | สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อ<br>เศรษฐกิจและสังคม                                                                                                      |

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560)

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ (Budget for public health expenditure)** หมายถึง งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว ประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 จากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ อันประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

2. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน (Quality of Life)** หมายถึง ภาวะสุขภาพของครัวเรือน (Health Status) ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด

3. **กลุ่มจังหวัด (Provincial Group)** หมายถึง การจัดแบ่งกลุ่มจังหวัดตามประกาศคณะกรรมการนโยบายบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ในงานวิจัยฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม โดยนำกลุ่มภาคใต้ชายแดน ซึ่งมีเพียง 3 จังหวัดจึงรวมกับกลุ่มภาคใต้

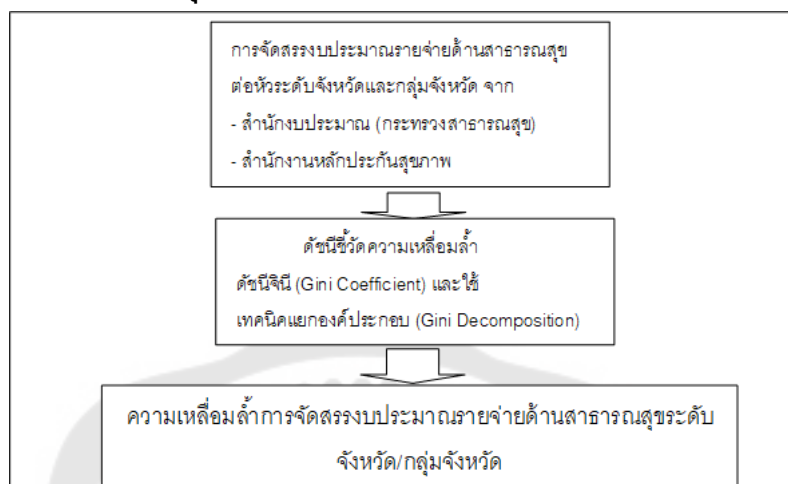
### สมมติฐานในการวิจัย

$H_1$ : การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพดำเนินการตามหลักการเพื่อความเสมอภาคอย่างมีนัยสำคัญ

$H_1$ : คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดแปรผันตามการจัดสรรงบประมาณของแต่ละจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญ

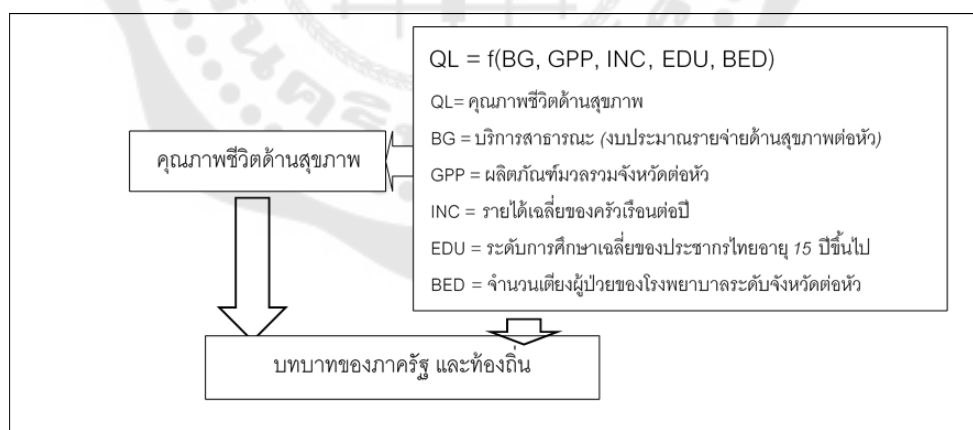
### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัยส่วนที่ 1

#### ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด



ภาพประกอบ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยส่วนที่ 2

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

#### 1. กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาภายใต้กรอบวิจัย

##### 1.1 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

##### 1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

###### 1.2.1 แนวคิดสวัสดิการสังคม

###### 1.2.2 แนวคิดความเหลื่อมล้ำ

###### 1.2.3 แนวคิดการวัดคุณภาพชีวิต

###### 1.2.4 งบประมาณรายจ่ายสำหรับระบบการบริการสุขภาพ

###### 1.2.5 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

###### 1.2.6 การจัดสรรงบประมาณของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

#### 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณและความเหลื่อมล้ำของงบประมาณ

##### 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

#### 1. กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาภายใต้กรอบวิจัย

##### 1.1 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้สำหรับความเหลื่อมล้ำทางการคลัง ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบจำลองภายใต้หลักแนวคิดทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ และสถิติ

สำหรับส่วนที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด เพื่อศึกษาว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่หรือไม่ โดยใช้สัมประสิทธิ์จีนิ (Gini Coefficient) เป็นตัวชี้วัด รวมทั้งใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) งานวิจัยใช้นี้ใช้แนวคิดของ Frick, Goebel, Schechtman, Wagner, และ Yitzhaki (2006) , Lerman และ Yitzhaki (1985) มาประยุกต์กับการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มจังหวัด

การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางการคลังด้านรายได้ใช้การวัดความเหลื่อมล้ำโดยค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) หรือสัมประสิทธิ์จีนิ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการวัดความไม่เท่าเทียมในรูปแบบของสัดส่วน (Ratio) ที่คำนวณจากการใช้ค่าของพื้นที่ระหว่างเส้นลอเรนซ์ (Lorenz Curve) ของการกระจายรายได้กับเส้นการกระจายรายได้สมบูรณ์เป็นตัวตั้ง และค่าของพื้นที่ใต้เส้นการกระจายรายได้สมบูรณ์ทั้งหมดเป็นตัวหาร ซึ่งค่าดังกล่าวมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ทั้งนี้หากค่ายิ่งเข้าใกล้ 1 มากเท่าไร แสดงว่าความไม่เท่าเทียมยิ่งมีมากขึ้น (สำนักฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะทางสังคม, 2558) วิธีการนี้เป็นวิธีการเบื้องต้นที่สุดในการประเมินความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้ หรือการวัดความเหลื่อมล้ำของรายได้ในทางเศรษฐศาสตร์ หากมีประชากร  $n$  คน ซึ่งมีรายได้เท่ากับ  $y$  ( $i = 1, \dots, n$  และ  $y_i < y_j$  สำหรับ  $i < j$ ) และรายได้เฉลี่ย  $\mu$  ดังนั้นสัมประสิทธิ์จีนิจึงสามารถแสดงในสมการที่ 1 คือ

$$G = \frac{1}{2n^2\mu} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |y_i - y_j| \quad (1)$$

โดยถ้าหาก  $G = 1$  หมายความว่า บุคคลหนึ่งบุคคลครอบครองรายได้ทั้งหมดของสังคม และถ้าหาก  $G = 0$  ย่อมหมายความว่า ทุกคนคนในสังคมมีรายได้เท่าเทียมกันหมด ดังนั้นสัมประสิทธิ์จีนิจึงถูกนำมาใช้กันในวงกว้าง แต่ทว่าดัชนีดังกล่าวยังไม่สามารถบ่งบอกในด้านสวัสดิการได้ เนื่องจากน้ำหนักที่ให้กับความอยู่ดีมีสุขของปัจเจกบุคคลขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นอยู่ในลำดับที่เท่าไร

สัมประสิทธิ์จีนิแบบแยกตัวประกอบตามแหล่งรายได้ (Decomposable Gini by Income Source) ในงานวิจัยนี้แหล่งรายได้คืองบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ สามารถแสดงในสมการที่ 2 คือ

$$G(v) = R^*G^*S \quad (2)$$

เมื่อ  $G$  คือ ค่าสหสัมพันธ์จีนิ (Gini Correlation)

$S$  คือ สัดส่วนของแหล่งงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพนั้นกับงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม (Health Expenditure Budget Share of the Source)

$G$  คือ ค่าสัมประสิทธิ์จีนิของแหล่งงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแต่ละแหล่ง (Gini Coefficient for Each Health Expenditure Budget Source)

สำหรับส่วนที่ 2 วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละกลุ่มจังหวัด ซึ่งอาจจะ  
เป็นผลลัพธ์จากฐานะทางการคลัง ได้สมการดังนี้

$$QL_H^t = \beta_0 + \beta_1 BG^t + \beta_2 GPP^t + \beta_3 INC^t + \beta_4 EDU^t + \beta_5 BED^t + U_H \quad (3)$$

จากสมการที่ 3 กำหนดให้

|        |                                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| $QL_H$ | คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ                                                               |
| $BG$   | คือ งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรายจังหวัด (พันบาท)                                  |
| $GPP$  | คือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว (พันบาท)                                               |
| $INC$  | คือ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี (พันบาท)                                              |
| $EDU$  | คือ ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ปี)                               |
| $BED$  | คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว<br>(จำนวนเตียงต่อหน่วยประชากรแสนคน) |
| $t$    | คือ ปีงบประมาณ 2552-2558                                                                |

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ คุณภาพชีวิตของประชาชน (QL) คือการ  
ดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งๆ  
ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ในงานวิจัยฉบับนี้ศึกษาด้านภาวะสุขภาพของครัวเรือน (Health Care)  
ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนัก  
ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต ร้อยละของประชากรใน  
การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด และร้อยละของ  
ประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ

1. การบริการสาธารณะ (Public goods) (BG) โดยให้การจัดสรรงบประมาณ  
เป็น proxy ซึ่งงบประมาณ ประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ ประจำปี  
งบประมาณ 2552 – 2558 จากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ อันประกอบด้วย รายจ่ายด้าน  
สุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพ

2. รายได้ (รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน) (INC) คือรายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือน  
(รายจังหวัด) จากผลการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งรวบรวมรายได้ทั้งหมดของ  
ครัวเรือน ทั้งรายได้จากอาชีพหลัก รายได้จากอาชีพรอง อาชีพเสริม รายได้อื่นๆ

3. สภาพแวดล้อม (ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว) (GPP) ใช้มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดหารด้วยจำนวนประชากรในจังหวัด เนื่องจากรายได้ที่จังหวัดสร้างขึ้นแสดงถึงศักยภาพของจังหวัดที่ต่างกัน

4. ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (EDU) แสดงถึงโอกาสในการได้รับการศึกษาของประชากรไทย ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากถ้าประชากรมีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตของเราดีขึ้น

5. จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) ประกอบด้วยจำนวนเตียงผู้ป่วยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ หน่วยงานอิสระ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเอกชน รายพื้นที่เครือข่ายบริการจังหวัด

## 1.2 แนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

### 1.2.1 แนวคิดสวัสดิการสังคม (Varian, Rabasco, และ Toharia, 2010)

เศรษฐศาสตร์สวัสดิการจะแสดงให้เห็นว่าหากสังคมใดเลือกใช้ระบบตลาดแข่งขันเป็นกลไกการจัดสรรทรัพยากรระหว่างสมาชิกของสังคม ตลาดการแข่งขันสามารถก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมได้หรือไม่ แบ่งเป็น

1.2.1.1 การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในเศรษฐกิจไม่มีการผลิต มีการให้คำนิยามกับคำว่า “ความมีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร” โดยพื้นฐานของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ ความมีประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรจะนิยามตามแนวคิดของความมีประสิทธิภาพอย่างพาราโต (Pareto Efficiency) สามารถให้นิยามได้ใน 2 วิธีดังต่อไปนี้ สมมติสังคมประกอบด้วยสมาชิก 2 คน ได้แก่ A และ B

นิยามของความมีประสิทธิภาพอย่างพาราโตแบบที่ 1 (First best solution) การจัดสรรทรัพยากรที่ไม่สามารถทำให้สวัสดิการของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในสังคม (เช่น A) เพิ่มขึ้นได้ (better-off) โดยที่ไม่ทำให้สวัสดิการของอีกคนหนึ่งที่เหลือ (เช่น B) ลดลง (worse-off) (Varian และคนอื่น ๆ, 2010)

นิยามของของมีประสิทธิภาพอย่างพาราโตแบบที่ 2 (Second best solution) กำหนดให้สวัสดิการของสมาชิกคนหนึ่ง (สมมติว่าเป็น B) คงที่ที่ระดับใดๆ การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพอย่างพาราโต คือการจัดสรรทรัพยากรที่ทำให้สวัสดิการของสมาชิกอีกคนหนึ่ง (ในกรณีนี้คือ A) มีค่ามากที่สุด (Varian และคนอื่น ๆ, 2010)

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ แม้ว่าสังคมจะเลือกใช้กลไกตลาดแข่งขันเป็นกลไกในการจัดสรรทรัพยากร บทบาทของรัฐบาลในฐานะผู้เข้ามากระจายทรัพยากรใหม่เพื่อ

นำไปสู่ผลการจัดสรรทรัพยากรที่ให้ระดับสวัสดิการสังคมที่สูงกว่าเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะลำพังเพียงกลไกตลาดแข่งขันอาจไม่สามารถทำให้การจัดสรรทรัพยากรที่ทำให้สวัสดิการสังคมมีค่าสูงสุดได้ อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังว่า “วิธีการ” ในการกระจายทรัพยากรใหม่นั้น ต้องเป็นวิธีการที่เหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดการบิดเบือนต่อการใช้ทรัพยากร ซึ่งหมายถึงว่าแม้รัฐบาลจะได้รับการยอมรับให้เข้ามามีบทบาทในการกระจายใหม่ก็ตาม แต่เครื่องมือที่รัฐบาลใช้นั้นต้องเป็นเครื่องมือที่ไม่ก่อให้เกิดการบิดเบือนการจัดสรรทรัพยากรขึ้นในสังคม อย่างเช่น ภาษีต่อหัวและเงินอุดหนุนรายหัว สาเหตุที่ต้องใช้เครื่องมือที่เหมาะสมดังกล่าวก็เพราะว่า การจัดสรรทรัพยากรที่ดีเลิศสำหรับสังคมนั้นในความเป็นจริงถูกนิยามบนข้อจำกัดทางทรัพยากรหนึ่งๆ หากเกิดความสูญเสียของสังคม (Deadweight loss) ขึ้นในสังคม นั้นหมายความว่ามีการกระจายบางส่วนรั่วไหลไปโดยที่ไม่ตกอยู่ในมือของสมาชิกในสังคม สะท้อนให้เห็นว่าเป้าหมายการจัดสรรทรัพยากรที่ดีเลิศสำหรับสังคมไม่สามารถระบุได้อย่างแน่นอนเนื่องมาจากการสูญหายไปของทรัพยากรบางส่วนจากการเกิดขึ้นเองของ deadweight loss กรณีที่รัฐบาลมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ ไม่สามารถใช้ภาษีและเงินอุดหนุนรายหัวเพื่อกำหนดนโยบายจัดสรรทรัพยากรใหม่ หรือกล่าวอีกในหนึ่งเครื่องมือประเภทอื่นที่ใช้ได้อาจจะเป็นยกตัวอย่างเช่น การเก็บภาษีถือครองทรัพย์สิน การเก็บภาษีสรรพสามิตจากการบริโภคสินค้า ภาษีรายได้ เป็นต้น ภาษีเหล่านี้อาจก่อให้เกิดการบิดเบือนการจัดสรรทรัพยากร เราสามารถพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดด้านเครื่องมือได้เช่นเดียวกัน แต่ผลลัพธ์ที่ได้นั้นอาจจะเป็น Second-Best Solution หรือคำตอบที่สอง เป็นที่สอง ไม่ได้เป็น Social Optimum ที่จัดว่าเป็น First- Best Solution หรือคำตอบที่ดีที่สุด

### 1.2.2 แนวคิดความเหลื่อมล้ำ

คณะกรรมการปฏิรูปโดยนายอานันท์ ปันยารชุน (2554) มีแนวคิดว่า ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในสังคมส่วนหนึ่งมาจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐ ซึ่งมีได้จัดทำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท หากจัดทำตามคำขอของหน่วยราชการที่กำหนดขึ้นโดยภารกิจของรัฐเป็นการจัดสรรงบประมาณที่ใช้กรมเป็นฐานไม่ได้ใช้พื้นที่หรือจังหวัดเป็นพื้นฐาน กรมที่ได้รับงบประมาณไปก็คำนึงถึงภารกิจของตนไม่ได้คำนึงถึงความต้องการของประชาชน ซึ่งไม่มีส่วนร่วมในการพิจารณางบประมาณ และไม่ได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้งบประมาณของหน่วยงานรัฐ ข้อมูลจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างบลงทุนรายจังหวัดต่อหัวและระดับความก้าวหน้าในการพัฒนามนุษย์ ตามดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ในแต่ละจังหวัด จากตาราง 6 พบว่า จังหวัดที่มีดัชนีความก้าวหน้าของคนอยู่ในระดับต่ำ

หรือต่ำมากกลับได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัวในระดับที่น้อยกว่า จังหวัดที่มีดัชนีความก้าวหน้าของคนในระดับสูง ทั้งในแง่ของงบลงทุนภาพรวม และงบลงทุนในรายสาขา (เช่น การศึกษา การขนส่งและการสื่อสาร) หากการจัดสรรงบประมาณยังคงเป็นไปในลักษณะดังกล่าว ก็เป็นการยากที่จะทำให้ช่องว่างของคุณภาพชีวิตของผู้คนในจังหวัดต่างๆ แคบลง เพราะจังหวัดที่ยากจนก็ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อลดความยากจนและเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ

ตาราง 6 การกระจายงบประมาณลงทุนทั้งหมดเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการพัฒนาตามดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ในแต่ละจังหวัด

| ระดับการพัฒนา     | จำนวนจังหวัด | ประชากร<br>(พันคน) | งบลงทุนทั้งหมด<br>(ล้านบาท) | งบลงทุนทั้งหมดต่อหัว<br>(บาท) |
|-------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| สูงมาก            | 15           | 14,761.55          | 110,852.19                  | 7,509.52                      |
| สูงมากไม่รวม กทม. | 14           | 9,045.30           | 29,212.82                   | 3,229.61                      |
| สูง               | 14           | 8,751.89           | 31,679.24                   | 3,619.70                      |
| ปานกลาง           | 16           | 9,878.42           | 34,683.82                   | 3,511.07                      |
| ต่ำ               | 13           | 10,896.31          | 31,721.19                   | 2,911.19                      |
| ต่ำมาก            | 18           | 18,747.10          | 52,422.50                   | 2,796.30                      |
| รวมทั้งประเทศ     | 76           | 63,035.27          | 290,571.75                  | 4,609.67                      |

ที่มา: (1) ระดับการพัฒนาตามดัชนีความก้าวหน้าของคนในแต่ละจังหวัดมาจาก Organization (2011) และ (2) งบประมาณลงทุนทั้งหมดรายจังหวัดมาจากข้อมูลของ (สถกรณ์วิจัย วัฒนา, 2010)

ดังนั้น การปรับระบบงบประมาณลงไปสู่พื้นที่โดยตรงมากขึ้น จึงถือเป็นการเพิ่มอำนาจของประชาชนที่สำคัญประการหนึ่ง พร้อมๆ กันกับการปรับกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่จะต้องแปรผกผันกับระดับการพัฒนา เพื่อให้ช่องว่างของระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศแคบลง และจะต้องปรับกระบวนการงบประมาณให้เป็นกระบวนการที่ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน ไปจนถึงการติดตามตรวจสอบการใช้งบประมาณ ข้อเสนอการปรับระบบงบประมาณนี้จึงเป็นขั้นแรกในการสร้างความเป็นธรรมในระบบงบประมาณ โดยการเพิ่มอำนาจของประชาชนในกระบวนการงบประมาณแผ่นดิน อันจะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

### 1.2.3 แนวคิดการวัดคุณภาพชีวิต

จากรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2539 ของศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบทกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ (2544) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ คุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งสำคัญและเป็นจุดหมายปลายทางของบุคคล ชุมชนและประเทศชาติโดยส่วนรวม ประเทศใดหากประชากรในชาติโดยส่วนรวมด้อยคุณภาพ แม้ว่าประเทศนั้นจะมีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์เพียงใด ก็ไม่อาจทำให้ประเทศชาตินั้นเจริญและพัฒนาให้ทันหรือเท่าเทียมกับประเทศที่มีประชากรที่มีคุณภาพได้ คุณภาพของประชากรจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและชี้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศใดจะเจริญก้าวหน้ากว่าอีกประเทศ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตถือว่าเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพราะปัญหาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากมนุษย์นั่นเอง เช่น ปัญหาจำนวนประชากรมากเกินไป ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาทางสังคม รวมถึงค่านิยมต่างๆ ของสังคม มีหลายหน่วยงานได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตว่าควรมีองค์ประกอบแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

องค์การสหประชาชาติ มีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต 9 องค์ประกอบคือ วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ (2544) ด้านสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการศึกษา ด้านอาชีพและสภาพของงานที่ทำ ด้านบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ด้านหลักประกันทางสังคม ด้านเครื่องนุ่งห่ม ด้านสถานที่พักผ่อนและเวลาพักผ่อน และด้านสิทธิมนุษยชน โดยสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบแรกที่มีความสำคัญมาก สามารถบ่งบอกคุณภาพชีวิตได้อย่างดี การบริโภคอาหารต้องครบถ้วน ถูกสุขลักษณะ ได้รับการศึกษาตามเกณฑ์อายุ

อาร์ ซี ชาร์มา (Sharma) ผู้เชี่ยวชาญของยูเนสโก (UNESCO) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ประการ คือ(ศิริ ฮาม สุโพธิ์, 2012)

1. มาตรฐานการครองชีพ (Standard of Living) หมายถึง มาตรฐานความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของประชากร เกี่ยวข้องกับรายได้ต่อบุคคล สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการสังคมสงเคราะห์ สิ่งต่างๆ นี้เป็นส่วนสำคัญทำให้มาตรฐานการครองชีพของมนุษย์เปลี่ยนแปลงได้(ศิริ ฮาม สุโพธิ์, 2012)

2. การเปลี่ยนแปลงของประชากร (Population Dynamics) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงประชากรอันเป็นผลมาจากการเกิด การตาย และการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย มีผลให้ประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มจำนวนหรือลดลง การเปลี่ยนแปลงประชากรมีผลกระทบต่อ

สถานการณ์หลายด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการจัดบริการสาธารณสุข ปัจจุบันต่างๆ ล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิต

3.ระบบสังคมและวัฒนธรรม (Socio-Cultural Factors) มนุษย์เมื่อรวมกันมาก จำเป็นต้อง มีระบบ มีกฎเกณฑ์ที่เรียกว่า รูปแบบการปกครอง กฎหมาย และมีแนวปฏิบัติอันเกิดจากความเชื่อและศรัทธาในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้การดำรงชีวิตร่วมกันมีความสงบสุขซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.กระบวนการพัฒนา (Process of Development) การพัฒนาเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องกันและสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคม สภาพแวดล้อมและทรัพยากร ด้านคุณภาพชีวิตทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศนั้น ประชากรแต่ละกลุ่มจะต้องมีการพัฒนาอยู่เสมอ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.ทรัพยากร (Resources) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ประเทศที่มีทรัพยากรธรรมชาติสมบูรณ์จะมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ จะมีผลทำให้มาตรฐานการดำรงชีวิตอยู่ในระดับสูง ประเทศใดมีสภาพตรงกันข้าม ก็จะมีมาตรฐานในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นทรัพยากรจึงเป็นเครื่องกำหนดลักษณะประเทศที่ร่ำรวยและประเทศที่ยากจนได้

ดัชนีชี้วัดและการประเมินคุณภาพชีวิต มีหลายหน่วยงานได้สร้างดัชนีวัดคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ดังนี้

1.คณะกรรมการความร่วมมือทางเศรษฐกิจและสังคมภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (ESCAP) ได้กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย เศรษฐกิจและการกระจายรายได้ การเรียนรู้ และวัฒนธรรมการดำรงชีวิต และชีวิตการทำงาน

2.กลุ่มประเทศความร่วมมือพัฒนาการทางเศรษฐกิจยุโรป (OECD) ได้กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การมีงานทำ และคุณภาพชีวิตการทำงาน ความสามารถของบุคคลในการควบคุมสินค้าและบริการ และการเรียนรู้ของบุคคล

3.องค์การสหประชาชาติ กำหนดดัชนีชี้วัดการพัฒนามนุษย์ ประกอบด้วย อายุขัยเฉลี่ยของประชากร อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ประชากรได้รับการศึกษา ดัชนีการรู้หนังสือ ดัชนีการได้รับการศึกษา ความสำเร็จในการรับการศึกษา และรายได้ประชาชาติโดยรวม

ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาทดลองกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ พ.ศ. 2525 ซึ่งจะมีการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Need หรือ BMN หรือจปฐ.)

เพราะการดำรงชีวิตจะดีหรือไม่ดีนั้นต้องอาศัยเครื่องชี้วัดโดยมีเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หมายถึงความจำเป็นขั้นต่ำสุดที่ทุกคนในชุมชนควรมี หรือควรจะเป็นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสมควร

### **ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้จ่ายภาครัฐที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต**

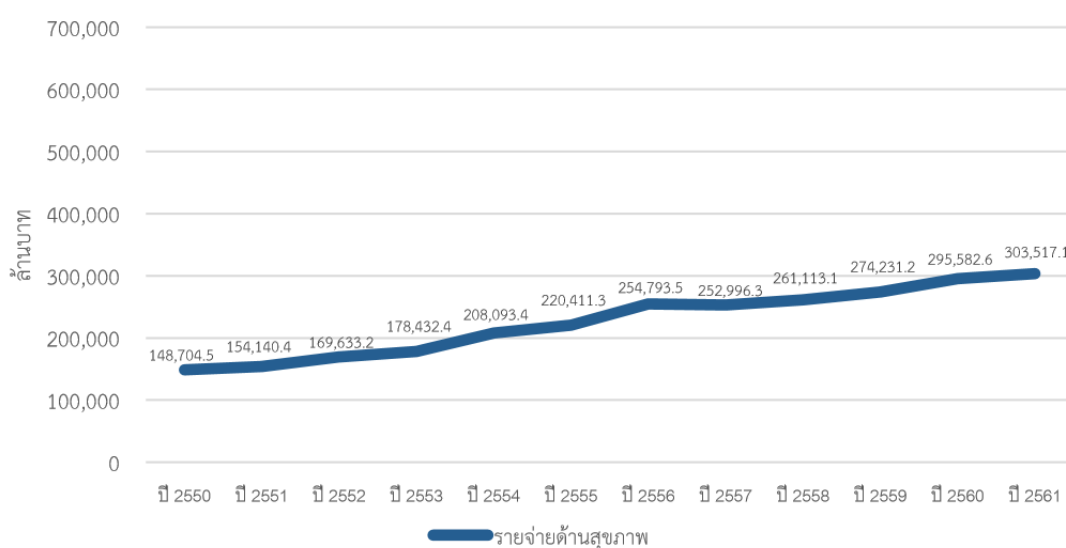
การใช้จ่ายภาครัฐตามแนวคิดของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการเพื่ออำนวยประโยชน์ให้แก่ประชาชนให้ได้รับการพัฒนาทั้งในส่วนการดำเนินงานขั้นพื้นฐานและการใช้จ่ายเพื่อผลประโยชน์ของสังคม ดิเรก บัณฑิตวิวัฒน์ (2553) อธิบายถึงผลของการใช้จ่ายภาครัฐต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมว่า รายจ่ายภาครัฐมีความสำคัญทั้งในแง่เศรษฐกิจและสังคม ในแง่เศรษฐกิจนั้น รายจ่ายภาครัฐเป็นองค์ประกอบสำคัญของอุปสงค์รวม ซึ่งการใช้จ่ายภาครัฐมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจทั้งระดับจุลภาคและระดับมหภาค กล่าวคือ รายจ่ายภาครัฐกระตุ้นการเติบโตของ GDP และส่งผลต่อการลงทุนของภาคเอกชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การลงทุนภาครัฐช่วยสนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชน ส่วนในระดับจุลภาค รายจ่ายภาครัฐช่วยส่งเสริมให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการกระจายรายได้ที่เป็นธรรม โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสในสังคม ให้ได้รับบริการสาธารณะจากรัฐ ในปี 2553 ดิเรก บัณฑิตวิวัฒน์ ยังได้ข้อสรุปบทบาทที่สำคัญของรายจ่ายภาครัฐว่า รายจ่ายภาครัฐเป็นองค์ประกอบหนึ่งของบัญชีรายได้ประชาชาติ ในยามที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ทุกฝ่ายต่างให้ภาครัฐจัดทำงบประมาณขาดดุลเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ ในยามที่ภาวะเศรษฐกิจเกิดปัญหาเงินเฟ้อขยายตัว ทุกฝ่ายต่างเรียกร้องให้รัฐบาลชะลอการใช้จ่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์โดยรวมต่อระบบเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่า การใช้จ่ายภาครัฐสามารถเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ช่วยสร้างโอกาสในการเข้าถึงสินค้าและบริการในการดำรงชีวิตทั้งด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย และการมีรายได้ ฯลฯ อันเป็นหน้าที่ของรัฐ เพื่อให้ประชาชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### **1.2.4 งบประมาณรายจ่ายสำหรับระบบการบริการสุขภาพ**

สำนักงานประมาณ (2560) ได้ทำการศึกษาระบบประมาณด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ซึ่งการบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันพบว่า 1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นระบบสุขภาพที่รัฐจัดให้เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการและบุคคลใน ครอบครัว ครอบครัวสมาชิก การใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สามารถเลือกใช้บริการในสถานบริการของรัฐทุกแห่ง เป็น

การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการหรือแบบปลายเปิด และใช้ระบบเบิกจ่ายตรง ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า มีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้รับผิดชอบโดยมีแหล่งเงินจากภาษีครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐและบุคคลในครอบครัว 2) ระบบประกันสังคม เป็นระบบที่ครอบคลุมเฉพาะตัวลูกจ้างไม่รวมคู่สมรสและบุตร มีแหล่งเงินจากการสมทบ 3 ฝ่าย คือ นายจ้างร้อยละ 5 ลูกจ้างร้อยละ 5 และรัฐบาลร้อยละ 2.5 ให้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวแบบปลายปิด โดยไม่มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยง และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือก โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้อย่างเสรี อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ครอบคลุมผู้เอาประกันตนที่เป็นลูกจ้าง และพนักงานบริษัทเอกชน 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบที่ยึดหลักการรักษายาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคน จะได้รับตามรัฐธรรมนูญ มีพัฒนาการค่อนข้างมาก จากการให้ความช่วยเหลือบางกลุ่ม เช่น ผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีบัตรสุขภาพเรื่อยมาจนกระทั่งถึงปี 2545 มีกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแหล่งที่มาของเงินค่ารักษายาบาลจากงบประมาณรายจ่าย (เงินภาษี) โดยประชาชนที่มีสิทธิไม่ต้องจ่ายเมื่อเข้ารับบริการ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์อย่างรอบด้าน และให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ และบริการส่งเสริมป้องกันโรค ใช้การจ่ายค่าบริการแบบปลายปิดเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการเหมาจ่ายแบบรายหัวเช่นเดียวกับกองทุนประกันสังคม

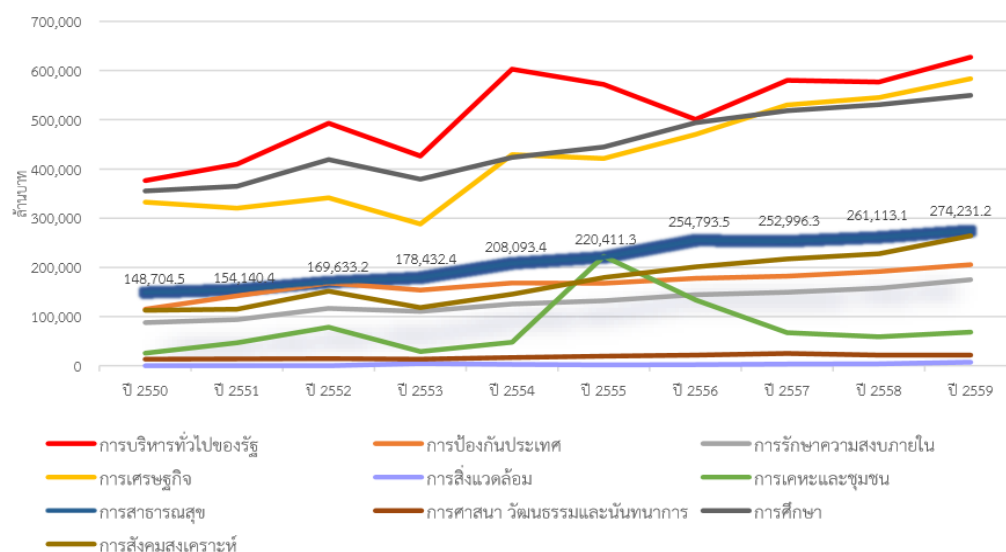
จากภาพประกอบ 6 พบว่า ตั้งแต่ปี 2550 - 2561 ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 148,704.5 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 303,517.1 ล้านบาท ในปี 2561 โดยงบประมาณรายจ่าย ดังกล่าว มีสัดส่วนค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 9.8 ของงบประมาณรายจ่ายรวมของประเทศในแต่ละปี และคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 75 ของวงเงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ



ภาพประกอบ 6 ภาระงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550 – 2561

ที่มา: สำนักงบประมาณ (2560)

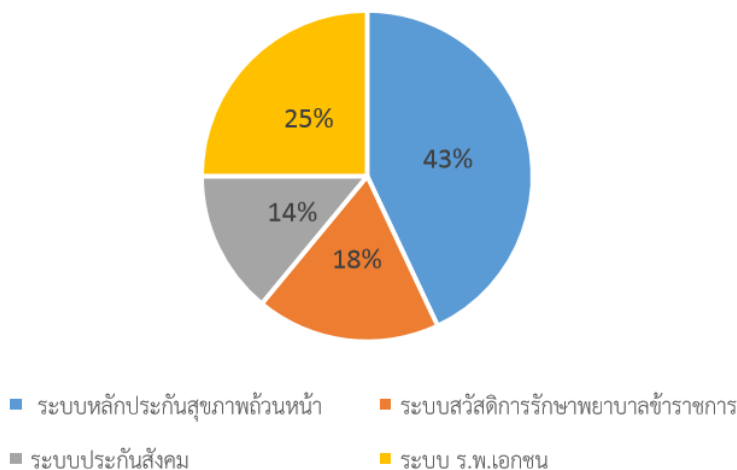
จากภาพประกอบ 7 พบว่าระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมารัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ปี 2550 – 2561 มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 148,704.5 ล้านบาท เป็น 303,517.1 ล้านบาท โดยงบประมาณด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 9.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี และได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี (ยกเว้นปี 2557) สาเหตุหลักมาจากการเพิ่มอัตราเหมาจ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี 2550 อัตราเหมาจ่ายรายหัวอยู่ที่ 1,899 บาท และในปี 2559 อัตราเหมาจ่ายรายหัวอยู่ที่ 3,028 บาท รวมถึงรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งเพิ่มจาก 30,000 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 60,000 ล้านบาท ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี



ภาพประกอบ 7 เปรียบเทียบงบประมาณรายจ่าย ปีงบประมาณ 2550 – 2561 ตามลักษณะงาน

ที่มา: สำนักงบประมาณ (2560)

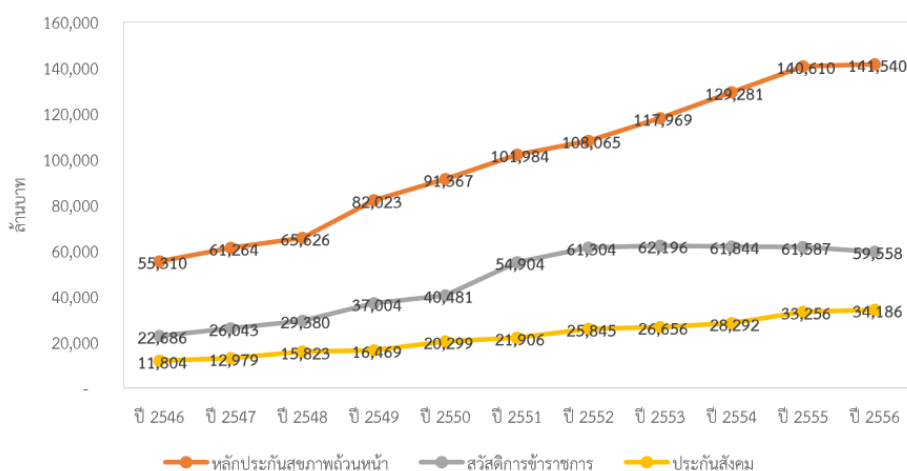
จากภาพประกอบ 8 พบว่าปี 2559 ค่ารักษาพยาบาลของประชาชนไทยโดยรวมมีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 344,000 ล้านบาท เทียบกับปี 2558 ที่มีมูลค่า 332,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจำนวน 12,000 ล้านบาท คิด เป็นร้อยละ 3.61 โดยมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 43 ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล ร้อยละ 18 และระบบประกันสังคม ร้อยละ 14 รวม 3 ระบบหลัก ที่รัฐบาลต้อง ภาระค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 75 ที่เหลืออีกร้อยละ 25 เป็นรายได้ของระบบโรงพยาบาลเอกชน (ประชาชนที่มีฐานะจ่ายเอง ร้อยละ 14 และรายได้จากประกันสุขภาพ



ภาพประกอบ 8 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2559

ที่มา: สำนักงานประมาณ (2560)

จากภาพประกอบ 9 พบว่าค่าใช้จ่ายของ 3 ระบบสุขภาพหลัก ประกอบด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม ที่รัฐบาลต้องรับภาระงบประมาณรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในแต่ละปี โดยตั้งแต่ ปี 2546 – 2556 ค่าใช้จ่ายในแต่ละระบบเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว โดยในปี 2556 พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูแลประชากรประมาณ 48 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้มีสิทธิ จำนวน 141,540 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2546 (55,310 ล้านบาท) คิดเป็น ร้อยละ 155.90 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล จำนวน 59,558 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2546 (22,686 ล้านบาท) คิดเป็น ร้อยละ 162.53 ระบบประกันสังคม ดูแลประชากรประมาณ 12 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลผู้ประกันตน จำนวน 34,186 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2546 (11,804 ล้านบาท) คิดเป็นร้อยละ 189.61



ภาพประกอบ 9 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของ 3 ระบบบริการสุขภาพหลักที่รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่าย

ที่มา: สำนักงบประมาณ (2560)

### 1.2.5 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงบประมาณ, 2560)

แนวคิดว่าการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมควรเป็น “สิทธิ” ของคนไทยทุกคน ที่รัฐบาลต้องจัดบริการให้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 11 พฤศจิกายน 2545 ซึ่งนับว่าแนวคิดที่ต้องการให้การได้รับบริการด้านสุขภาพเป็น “สิทธิ” ของประชาชนทุกคนบรรลุผลสำเร็จโดยสมบูรณ์ และรัฐบาลจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพราะมิใช่เป็นการจัดสรรงบประมาณตามนโยบายรัฐบาลแต่จะเป็นการจัดสรรตามบทบัญญัติของกฎหมาย

วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

1. สร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชน
2. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศโดยใช้การจัดสรรงบประมาณเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูป ซึ่งหลักสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้แก่
3. ลดรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศในระยะยาว

ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ประชาชนจะมีสิทธิ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 วรรคสาม ระบุไว้ว่าให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังเห็นชอบ ในประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ใช้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 หมวด 4 ว่าด้วยการรับบริการทาง

การแพทย์ ซึ่งกำหนดไว้ทั้งบริการที่คุ้มครอง และไม่ คุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์ โดยมอบหมายให้"คณะกรรมการกำหนดมาตรฐาน ประเภท และ ขอบเขตของบริการสาธารณสุข" ดูแลทบทวนปรับปรุงประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข โดยอิงตาม รายการ "ค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข" ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 3 จำนวน 12 รายการ คือ ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าตรวจและ รับฝากครรภ์ ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม และค่า อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าทำคลอด ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ค่าบริหารทารกแรกเกิด ค่า รับประทานหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และจิตใจ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติกำหนด

### การเข้ารับบริการสาธารณสุข

1. กรณีทั่วไปประชาชนที่ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการ ประจำแล้วให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่าย หรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนหรือเครือข่ายส่งต่อ
2. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน การวินิจฉัยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องมีข้อ บังชี้ ดังนี้

- 1) โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพ (หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที แล้วอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การสูญเสียอวัยวะ และ/หรือก่อให้เกิดความบกพร่องในการ ทำงานของระบบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตต่าง ๆ ของร่างกาย) หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น
- 2) โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต

### การเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

1. ผู้มีสิทธิที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการที่หน่วย บริการหรือสถานบริการอื่น (สถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในกรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน จะต้องได้รับอนุญาตให้ ประกอบกิจการ และมีมาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล) ได้ โดยคำนึงถึงความ สะดวกและความจำเป็นของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ให้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นที่ ใกล้ที่สุดเป็นลำดับแรก
2. กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วย บริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้มีสิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

3. กรณีเข้ารับบริการที่สถานบริการอื่น ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานบริการอื่น โดยสถานบริการอื่นจะต้องชี้แจงเรื่องค่าใช้จ่ายให้ผู้มีสิทธิและญาติทราบก่อนการให้บริการทุกครั้ง

4. ผู้มีสิทธิหรือญาติ สามารถขอย้ายจากสถานบริการอื่นไปรับบริการที่หน่วยบริการ ประจำของตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย หรือหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำเห็นชอบได้ โดยให้ได้รับคำรพพยาบาลหรือเรื่อพยาบาลตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และให้สถานบริการอื่นอำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการนั้น ๆ ในกรณีที่หน่วยบริการประจำไม่สามารถรับย้ายผู้มีสิทธิหรือไม่สามารถจัดหาหน่วยบริการอื่นให้ได้ หน่วยบริการประจำต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังจากวันที่ได้รับทราบความประสงค์ขอย้ายให้แก่สถานบริการอื่น

#### **บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงบประมาณ, 2560)**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย รูปแบบ และระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิให้มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานและเป็นธรรม โดยกำหนดขอบเขตในการลงทะเบียน ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และควบคุมกำกับระบบการลงทะเบียน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ผลการดำเนินการที่ผ่านมา ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการในปี 2545 โดยจัดบริการให้กับประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐบาลกำหนด และเนื่องจากตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ค่าบริการสาธารณสุขตามอัตราเหมาจ่ายครอบคลุมในส่วนของเงินเดือน และค่าตอบแทนบุคลากรด้วย ประกอบกับพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือนกำหนดให้เงินเดือนของข้าราชการต้องเบิกจ่ายจากงบประมาณหมวดเงินเดือน ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงต้องจัดสรรไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งจัดสรรไว้ในงบเงินเดือน และค่าจ้างประจำของส่วนราชการที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงเริ่มต้นระบบปี 2545 ได้จัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202.40 บาท/หัวประชากร เป็นค่าบริการสุขภาพและในปีต่อ ๆ มาได้จัดสรรอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้น รวมทั้งได้จัดสิทธิประโยชน์ ให้แก่ประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย ดังนี้

- ปี 2547 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายเป็น 1,308.54 บาท

- ปี 2548 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายเป็น 1,396.30 บาท

- ปี 2549 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 1,659.20 บาท รวมทั้งเพิ่มสิทธิประโยชน์ บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอช.ไอ.วี.และผู้ป่วยเอดส์

- ปี 2550 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 1,899.69 บาท/หัวประชากร

- ปี 2551 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 2,100 บาท/หัวประชากร

- ปี 2552 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 2,202 บาท/หัวประชากร เพิ่มสิทธิประโยชน์ บริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

- ปี 2553 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 2,401.33 บาท/หัวประชากร เพิ่มสิทธิประโยชน์ การบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- ปี 2554 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 2,546.48 บาท/หัวประชากร โดยมีการประมาณการค่าใช้จ่ายรองรับโรคเฉพาะเพิ่มขึ้น 6 รายการด้วย คือ โรคหอบหืด (ASTHMA) ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Cornea Transplantation) โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (STEMI) โรคหลอดเลือด ในสมองอุดตัน (STROKE) และยามอร์ฟิน รวมทั้งเพิ่มสิทธิประโยชน์ ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

- ปี 2555 เพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น 2,755.60 บาท/หัวประชากร ไม่มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่

- ปี 2556 คงอัตราเหมาจ่ายรายหัว 2,755.60 บาท/หัวประชากร เท่าปี 2555 พร้อมปรับ ค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคจิตเวชกลับไปรวมในอัตราเหมาจ่ายเช่นเดิม เนื่องจากประชาชนเข้าถึงยาที่มี ราคาถูกลงแล้ว และมีการเพิ่มประสิทธิภาพระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากนายกรัฐมนตรีนโยบายนั้น ให้ความสำคัญโดยจัดให้มีการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุนโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมกัน โดยผลงานสำคัญคือ ณ วันที่ 1 เมษายน 2555 เริ่มโครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน ถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้เคียงไหน ไปที่นั่น” โดยประชาชนไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า และ มีแผนดำเนินการขยายการบูรณาการโรคเอดส์ โรคไตวาย การส่งเสริมสุขภาพและมาตรการด้านยา

- ปี 2557 เพิ่มอัตราเหมาจ่าย 2,895.09 บาท/หัวประชากร และเพิ่มรายการใหม่ 2 รายการ คือ 1) ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ เป็นการจ่ายเงินเพิ่มเติมจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกล 2) ค่าตอบแทน กำลังคนด้านการสาธารณสุข

- ปี 2558 อัตราเหมาจ่าย 2,895.09 บาท/หัวประชากร เท่าปี 2557 และไม่มี การเพิ่มสิทธิประโยชน์

- ปี 2559 เพิ่มอัตราเหมาจ่าย 3,028.94 บาทต่อหัวประชากร ไม่มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์และเพิ่มรายการใหม่ 3 รายการ คือ 1) ค่าป้องกันการติดเชื้อเอช.ไอ.วี. 2) ค่าบริการสุขภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง 3) ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### 1.2.6 การจัดสรรงบประมาณของจังหวัด/กลุ่มจังหวัด

แนวปฏิบัติของการจัดทำงบประมาณและการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่จังหวัดของไทย รายจ่ายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ระดับจังหวัดของไทยทั้งหมดเป็นรายจ่ายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดทำงบประมาณและการเบิกจ่ายของหน่วยงานภาครัฐที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ในการจัดบริการสาธารณะที่หลากหลายและครอบคลุมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในจังหวัดทั้งนี้แนวปฏิบัติในการจัดทำงบประมาณและการใช้จ่ายงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของจังหวัดมีความแตกต่างกันเนื่องจากอาศัยอำนาจตามกฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปซึ่งผู้วิจัยสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

#### 1. รายจ่ายเชิงภารกิจของส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐ

หน่วยงานภาครัฐเหล่านี้ประกอบด้วยส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานรัฐอื่นที่ตั้งอยู่ในจังหวัด (Function-based) ไม่รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เว้นแต่อปท.ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดยตรงจากสำนักงบประมาณได้แก่กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา หน่วยงานเหล่านี้จะใช้แนวปฏิบัติในทางงบประมาณตาม พ.ร.บ. วิธีการงบประมาณ พ.ศ.2502

ในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายเชิงภารกิจของหน่วยงานภาครัฐ ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณพ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติมได้กำหนดแนวทางเอาไว้ให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงบประมาณกำหนดโดยส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจะจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามผลผลิตและโครงการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการให้บริการของกระทรวง/กรมหรือแผนงานในเชิงบูรณาการ (ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจหลายๆหน่วยงานจากกระทรวง/กรมต่างๆ จัดทำร่วมกัน) เป็นหลักโดยกำหนดค่าหรือเกณฑ์การวัดของตัวชี้วัดผลสำเร็จตามแต่ละผลผลิตและโครงการที่กำหนดไว้ทั้งนี้ในการกำหนดผลผลิตและโครงการต่างๆ ของส่วนราชการนอกเหนือจากรายจ่ายประจำปีนั้นส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจะพิจารณาเหตุผลความจำเป็นประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการของประชาชนและประเด็น

การพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของแต่ละกระทรวง/กรมหรือแผนงานในเชิงบูรณาการให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินโยบายของรัฐบาลและแผนบริหารราชการแผ่นดินจากนั้นจึงส่งให้สำนักงานประมาณพิจารณา

เมื่อสำนักงานประมาณได้รับแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณจากส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจแล้วจะพิจารณาจัดสรรงบประมาณโดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการในการให้ความสำคัญต่อการดำเนินภารกิจของกระทรวง/หน่วยงานและการบูรณาการการดำเนินภารกิจระหว่างหน่วยงานการบูรณาการในระดับพื้นที่ระหว่างส่วนราชการจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ฯลฯ ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินโยบายความมั่นคงแห่งชาติ และจุดมุ่งเน้นของยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่าย เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมการขยายโอกาสและยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนประกอบกับการพิจารณาถึงความจำเป็นการจัดลำดับความสำคัญวงเงินงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดและต้องคำนึงถึงความสามารถในการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อเพิ่มโอกาสและประโยชน์ที่พึงได้ต่อส่วนรวมด้วย จากนั้นเมื่อสำนักงานประมาณพิจารณาแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณแล้วจะนำเสนอต่อรัฐสภาและเมื่อผ่านการพิจารณาของรัฐสภาและเมื่อผ่านการพิจารณาของรัฐสภาและมีผลบังคับใช้แล้วสำนักงานประมาณจะจัดสรรงบประมาณตามจำนวนวงเงินงบประมาณรายจ่ายสำหรับหน่วยงานเหล่านี้ตามที่กำหนดไว้ในรายการงบประมาณรายจ่ายในเอกสารประกอบ พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีหรือ พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม แล้วแต่กรณีโดยจะระบุงบประมาณรายจ่ายในแต่ละแผนงานผลผลิตหรือโครงการประเภทงบรายจ่ายและรายการในงบรายจ่ายไว้ที่สำนักเบิกประกอบด้วยกรมบัญชีกลาง (สำนักเบิกส่วนกลาง) สำหรับหน่วยงานที่ตั้งอยู่ส่วนกลางและสำนักงานคลังจังหวัด (สำนักเบิกส่วนภูมิภาค) สำหรับหน่วยงานที่ตั้งอยู่ส่วนภูมิภาค

สำหรับการเบิกจ่ายนั้นหน่วยงานเหล่านี้จะปฏิบัติตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลังการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551 และเป็นไปตามหน่วยงานที่ได้รับข้อมูล (สำนักเบิก) การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายจากสำนักงานประมาณเช่นกันโดยหน่วยงานดังกล่าวเบิกเงินผ่านระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Government Fiscal Management system GFMS) ยกเว้นกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา สำหรับหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนกลางจะส่งข้อมูลค่าขอเบิกเงินไปยังกรมบัญชีกลางและหน่วยงานที่ตั้งอยู่ส่วนภูมิภาคจะส่งข้อมูลค่าขอเบิกเงินในระบบ GFMS ไปยังสำนักงานคลังจังหวัด

## 2) รายจ่ายของงบประมาณจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

รายจ่ายของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด (Area-based) เกิดขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และพ.ร.ฎ.ว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัด พ.ศ. 2551 ที่สนับสนุนให้จังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีแผนและงบประมาณเพื่อพัฒนาจังหวัดและมีแนวปฏิบัติตาม พ.ร.บ.วิธีการงบประมาณ พ.ศ. 2502 และที่แก้ไขเพิ่มเติมและระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ. 2548 และที่แก้ไขเพิ่มเติมเช่นเดียวกันกับหน่วยงานภาครัฐในกลุ่มแรก โดยจังหวัดและกลุ่มจังหวัดจะทำแผนพัฒนาจังหวัดแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของกลุ่มจังหวัดเพื่อดำเนินการ จัดทำเป็นคำของบประมาณจังหวัดและกลุ่มจังหวัดต่อสำนักงานงบประมาณและสำนักงานนำเสนอต่อรัฐสภาโดยมีแนวปฏิบัติต่อไปเช่นเดียวกันกับรายจ่ายของส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐ

รายละเอียดในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดนั้น จังหวัดและกลุ่มจังหวัดจะทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามผลผลิตและโครงการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ความพร้อมของวัดของตัวชี้วัดผลสำเร็จภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชนเป็นหลักโดยการกำหนดค่าหรือเกณฑ์การวัดของตัวชี้วัดความสำเร็จตามแต่ละผลผลิตและโครงการที่กำหนดไว้ทั้งนี้ในส่วนของกระบวนการจัดทำงบประมาณนั้นจะเริ่มตั้งแต่แต่ละจังหวัดและกลุ่มจังหวัดจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ(ก.บ.ก.)และคณะกรรมการบริหารงานกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ (ก.บ.ก.) ตาม พ.ร.ฎ.ว่าด้วยการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัด พ.ศ. 2551 โดยคณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนประกอบด้วยส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจหน่วยงานอื่นของรัฐที่ตั้งอยู่ในจังหวัดผู้แทนผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้แทนจากภาคประชาสังคมและผู้แทนจากภาคเอกชนทำหน้าที่หลักในการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ฯลฯ โดยคำนึงถึงความต้องการและศักยภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดและกลุ่มจังหวัดโดยจะต้องเป็นผลผลิตหรือโครงการที่ไม่ซ้ำซ้อนกับผลผลิตหรือโครงการของส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินโยบายของรัฐบาลแผนการบริหารราชการแผ่นดินและยุทธศาสตร์การจัดงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณนั้นๆ ในการกำหนดผลผลิตหรือโครงการต่างๆคณะกรรมการดังกล่าวจะต้องมีการนำข้อมูลจากประชาชนมาประกอบการพิจารณาเพื่อให้ทราบถึงปัญหาความต้องการและศักยภาพของ

ประชาชนในพื้นที่คณะกรรมการดังกล่าวจะต้องสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่หรืออาจมีการตั้งคณะอนุกรรมการระดับอำเภอดำเนินการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ในพื้นที่อำเภอเพื่อให้ได้ความคิดเห็นของประชาชนเสนอมาเป็นข้อมูลแทนการสำรวจความคิดเห็นแล้วนำมาจัดทำเป็นแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดที่สมบูรณ์เป็นคำของบประมาณไปยังคณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ (ก.น.จ.) จากนั้น ก.น.จ. ทำหน้าที่พิจารณากลับกรองและให้ความเห็นชอบแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและคำขอ

งบประมาณของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณพ.ศ. 2502 และที่แก้ไขเพิ่มเติมเมื่อ ก.น.จ. พิจารณาแล้วเสร็จจึงเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

เมื่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบกับแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดตามที่ ก.น.จ. เสนอแล้ว ก.น.จ. จะนำแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดส่งให้สำนักงบประมาณเพื่อใช้ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณโดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการเช่นเดียวกับการจัดสรรงบประมาณของรายจ่ายเชิงภารกิจของส่วนราชการรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐดังปรากฏในกลุ่มแรกแต่จะมีจุดมุ่งเน้นการจัดสรรงบประมาณเชิงพื้นที่หลักๆ ประกอบด้วย

1) ให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณที่แก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ โดยมีการบูรณาการระหว่างส่วนราชการและจังหวัดและกลุ่มจังหวัด (area/function/approach) เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

2) ให้ความสำคัญกับการกระจายงบประมาณอย่างทั่วถึงมีความเป็นธรรม ลดความซ้ำซ้อนในการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

จากนั้นเมื่อสำนักงบประมาณพิจารณาแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดและแผนปฏิบัติราชการประจำปีของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแล้วจะนำเสนอต่อรัฐสภาและเมื่อผ่านการพิจารณาของรัฐสภาและมีผลบังคับใช้แล้วสำนักงบประมาณจะจัดสรรงบประมาณตามจำนวนวงเงินงบประมาณรายจ่ายสำหรับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดตามที่กำหนดไว้ในรายการงบประมาณรายจ่ายในเอกสารประกอบ พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีหรือ พ.ร.บ.

งบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมแล้วแต่กรณีโดยจะระบุงบประมาณรายจ่ายในแต่ละแผนงานผลผลิตหรือโครงการประเภทงบรายจ่ายและรายการในงบรายจ่ายไว้สำนักงานคลังจังหวัด (สำนักเบิกส่วนภูมิภาค)

สำหรับการเบิกจ่ายของจังหวัดและกลุ่มจังหวัดจะปฏิบัติตามระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลังการเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกันกับหน่วยงานในกลุ่มแรกโดยจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายตามงบประมาณจังหวัดและตามงบประมาณของกลุ่มจังหวัดจะส่งข้อมูลคำขอเบิกเงินในระบบ GFMS ไปยังสำนักงานคลังจังหวัด จากนั้นสำนักงานคลังจังหวัดจะส่งข้อมูลคำขอเบิกเงินไปยังกรมบัญชีกลางเพื่อใช้จ่ายงบประมาณในพื้นที่จังหวัดต่อไป

### 3) รายจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในส่วนนี้หมายรวมถึงการใช้จ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ในจังหวัดต่างๆ (เว้นแต่กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา) ซึ่งจะมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างจากหน่วยงานของรัฐดังกล่าวไป ในทั้งสองส่วนที่แล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงินการเบิกจ่ายเงินการฝากเงินการเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2547 และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548

ในส่วนของการละเอียดของการจัดทำงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นจะเริ่มต้นจากการจัดทำแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการในแต่ละท้องถิ่นขึ้นมาได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาท้องถิ่นประกอบด้วยผู้บริหารท้องถิ่นสมาชิกสภาท้องถิ่นผู้ทรงคุณวุฒิผู้แทนภาคราชการและ/หรือรัฐวิสาหกิจผู้แทนประชาคมท้องถิ่นฯ มีหน้าที่หลัก อาทิ กำหนดแนวทางในการพัฒนาท้องถิ่นตามแนวทางการพัฒนาประเทศ กลุ่มจังหวัด จังหวัด สภาพปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนในพื้นที่ ตลอดจนการร่วมจัดทำร่างแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยมีการนำปัญหาความต้องการของประชาชนมาพิจารณาบรรจุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น และ 2) คณะกรรมการสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นประกอบด้วย ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าส่วนการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนประชาคมท้องถิ่นและหัวหน้าส่วนการบริหารที่มีหน้าที่จัดทำแผน ฯ มีหน้าที่หลักในการจัดทำร่างแผนพัฒนาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่คณะกรรมการพัฒนาท้องถิ่นกำหนดไว้

จากนั้นคณะกรรมการพัฒนาท้องถิ่นจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำงบประมาณ โดยจัดให้มีการจัดประชุมประชาคมในท้องถิ่นเพื่อแจ้งแนวทางการพัฒนาท้องถิ่นรับทราบปัญหาความต้องการประเด็นการพัฒนาประเด็นที่เกี่ยวข้อง ความช่วยเหลือทางวิชาการแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาจากหน่วยงานต่างๆ และข้อมูลจากแผนชุมชนมาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาวและแผนพัฒนาสามปีตามลำดับ จากนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้แผนพัฒนาสามปีเป็นกรอบในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีและงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมรวมทั้งการวางแผนเพื่อให้มีการปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามโครงการที่กำหนดไว้ตามแผนพัฒนาสามปีแล้วคณะกรรมการสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นจะจัดทำแผนปฏิบัติการรายปีที่ระบุบัญชีโครงการ รายการงบประมาณและค่าเป้าหมายในแต่ละโครงการโดยละเอียดเพื่อที่จะนำแผนดังกล่าวไปใช้ในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายและเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย

จากนั้นเจ้าหน้าที่งบประมาณของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะนำแผนปฏิบัติการมาทำร่างงบประมาณรายจ่ายประจำปีหรือร่างงบประมาณรายจ่ายที่เพิ่มเติมจัดทำประมาณการรายรับ ประมาณการรายจ่ายรายการเงินและสถิติต่างๆ เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่น จากนั้นเมื่อผู้บริหารท้องถิ่นพิจารณาอนุมัติตั้งงบประมาณในยอดใดแล้วเจ้าหน้าที่งบประมาณก็จะจัดทำร่างงบประมาณรายจ่ายเสนอต่อสภาท้องถิ่นทั้งนี้การให้ความเห็นชอบร่างงบประมาณรายจ่ายของสภาท้องถิ่นและการพิจารณาอนุมัติร่างงบประมาณรายจ่ายของผู้มีอำนาจอนุมัติจะเป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายระเบียบข้อบังคับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละรูปแบบส่วนการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ เงินกู้ เงินจ่ายขาดจากเงินสะสมหรือเงินอุดหนุนจากกระทรวง/กรมหรือหน่วยงานอื่นใดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงินการฝากเงินการเก็บรักษาเงินและการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2547 ระบุไว้โดยไม่ต้องจัดทำเป็นงบประมาณรายจ่ายตามแนวทางข้างต้น

ประเด็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและงบประมาณรายจ่ายดังกล่าวไปข้างต้นนั้นเป็นการกำหนดแนวทางในการจัดสรรงบประมาณที่ต้องการให้มีการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้นโดยส่งเสริมให้มีอิสระในการจัดบริการสาธารณะให้ตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณและการจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนโดยครอบคลุมภารกิจตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภารกิจถ่ายโอนทั้งด้าน

โครงสร้างพื้นฐาน ด้านสังคม ด้านการศึกษา และด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้โดยตรง

สำหรับการเบิกจ่ายตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร หน่วยงานภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบหรือหน่วยงานที่มีงบประมาณหรือหน่วยงานที่แยกออกไปทำการรับจ่ายและเก็บรักษาเงินสามารถขอเบิกจ่ายกับหน่วยงานคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นโดยตรง ดังนั้นจะสังเกตได้ว่ารายจ่ายจริงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งในพื้นที่จังหวัดจะปรากฏในรูปของรายงานทางการเงินการคลังประจำปีของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากแนวปฏิบัติของการจัดทำงบประมาณและการใช้จ่ายภาครัฐของไทยในระดับพื้นที่จังหวัดที่ผู้วิจัยกล่าวมาทั้ง 3 ประเภทข้างต้นจะเห็นว่าการจัดทำงบประมาณภาครัฐมีความพยายามที่จะสร้างความเชื่อมโยงกันระหว่างการจัดสรรงบประมาณในแต่ละประเภทกับการคุณภาพชีวิตของประชาชนกล่าวคือในกระบวนการจัดทำงบประมาณในแต่ละประเภทดังกล่าวจะมีกฎหมายระเบียบหรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกำหนดแนวปฏิบัติให้หน่วยงานภาครัฐนำข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการจากหน่วยงานมาจัดทำเป็นค่าเป้าหมายหรือเกณฑ์การวัดของตัวชี้วัดผลสำเร็จตามแต่ละผลผลิตและโครงการของหน่วยงานโดยในส่วนของการจัดทำงบประมาณรายจ่ายเชิงภารกิจได้กำหนดให้หน่วยงานพิจารณาเหตุผลความจำเป็นที่ประกอบด้วยปัญหาและความต้องการของประชาชน

ดังนั้นจากแนวปฏิบัติของกระบวนการในการจัดทำงบประมาณภาครัฐของไทยซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมของหน่วยงานภาครัฐอันเกิดมาจากการพิจารณาถึงความสำคัญของปัญหาและความต้องการของประชาชนมาเป็นต้นทางในการกำหนดผลสำเร็จตามแต่ละผลผลิตและโครงการของหน่วยงาน ซึ่งเป็นผลที่บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ประกอบกับการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นปัญหา จะช่วยให้ปัญหาและความต้องการของประชาชนถูกบรรจุไว้ในแผนและงบประมาณของหน่วยงานนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณที่ตรงประเด็นและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้การมุ่งเน้นผลผลิตและกิจกรรมสำคัญของหน่วยงานยังจะช่วยส่งเสริมให้การใช้จ่ายภาครัฐเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่จังหวัดได้

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณและความเหลื่อมล้ำของงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณของไทยพบว่ามีความแตกต่างเชิงพื้นที่ โดยกานต์ จันทร์วิทยานุกิต (2553) ทำการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดของประเทศไทย พบว่า มีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจที่แสดงออกมาในรูปของรายได้ต่อหัวประชากรในจังหวัดต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมาก รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณจังหวัดจากรัฐบาล นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดสรรงบประมาณจังหวัดของประเทศไทยช่วงปีงบประมาณ 2549-2552 มีความเหลื่อมล้ำเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหลักมาจากความเหลื่อมล้ำภายในกลุ่มจังหวัด กลุ่มจังหวัดที่มีความเหลื่อมล้ำสูงที่สุดคือ กลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน รองลงมาคือกลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนกลุ่มจังหวัดที่มีความเหลื่อมล้ำภายในต่ำที่สุดคือ ภาคเหนือตอนล่าง รายได้ต่อหัวของประชากรในจังหวัด ภาษีที่จัดเก็บได้ต่อหัวประชากรในจังหวัด จำนวนประชากรวัยพึ่งพิงต่อประชากรทั้งหมด ในจังหวัด สัดส่วนผลผลิตภาคอุตสาหกรรมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดและสัดส่วนผลผลิตภาคเกษตรต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดโดยปัจจัยทุกตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการจัดสรรงบประมาณ ทั้งนี้เมื่อทำการวิเคราะห์การจัดสรรรายจ่ายเพื่อความเสมอภาคนั้น ดิเรก บัณฑิโร และพิชิต รัชต์ พิบูล ภพ (2016) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางการคลังและการจัดสรรรายจ่ายของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานครเพื่อความเสมอภาค พบว่า ผลลัพธ์ของรายจ่ายสาธารณะต่อหัวอาจจะแตกต่างกันแต่น้อยกว่า รวบรวมข้อมูลของ 50 สำนักงานเขต ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2542-2552 นำมาคำนวณค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำทั้งทางด้านรายได้ต่อหัวและรายจ่ายต่อหัว พบว่าค่าความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้อยู่ระหว่าง 0.4-0.5 ในขณะที่ค่าความเหลื่อมล้ำทางด้านรายจ่ายมีค่าน้อยกว่า 0.04 โดยไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลงแต่อย่างใด นอกจากนี้ Claus, Martinez-Vazquez, และ Vulovic (2012) วิเคราะห์ถึงบทบาทและความมีประสิทธิภาพของนโยบายการคลัง และประมาณการผลกระทบของการจัดเก็บภาษีของรัฐบาลตลอดจนค่าใช้จ่ายในความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ในระบบภาษีของเอเชียและทั่วโลก พบว่ามีแนวโน้มที่จะมีความก้าวหน้า แต่ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด สำหรับการใช้จ่ายของรัฐบาลเกี่ยวกับการคุ้มครองทางสังคมมีความโดดเด่นมาก แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ที่เพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ถึงการใช้จ่ายภาครัฐที่มีความสอดคล้องกับความเป็นอยู่ของประชากร พบว่า Skoufias และ Olivieri (2013) วิเคราะห์ถึงความไม่เท่าเทียมกันในชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรกับการใช้จ่ายภาครัฐของประเทศไทยในปี 2543 และ 2552 เพื่อต้องการดูความแตกต่างของสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตของ

ประชากรในแต่ละจังหวัด และศึกษาการจัดสรรค่าใช้จ่ายทางการคลังในแต่ละจังหวัด พบว่าสวัสดิการสังคมที่ประชากรในแต่ละจังหวัดได้รับมีความแตกต่างกัน และสวัสดิการสังคมมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายทางการคลัง ความเหลื่อมของสวัสดิการสังคมนี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสและการปรับปรุงการการจัดสรรงบประมาณไปสู่จังหวัดต่างๆ โดยเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำคืองบประมาณส่วนกลาง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความไม่เท่าเทียมกันของการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัด โดยงานวิจัยของ Asawinpongphan (2015) ทำการตรวจสอบผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลต่อความไม่เท่าเทียมกัน และความยากจนในระดับครัวเรือนที่ครอบคลุม 75 จังหวัดของประเทศไทย ในปี 2549 - 2554 เป็นการศึกษาเชิงลึกแบบไดนามิกของค่าใช้จ่ายรัฐบาลโดยดูความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีและในแต่ละจังหวัดและปัจจัยอื่นๆ เช่น อัตราเงินเฟ้อผลิตภัณฑ์มวลรวม และการว่างงาน ต่อความไม่เท่าเทียมกันและความยากจน พบว่า บางส่วนของการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลจากแต่ละกระทรวงช่วยบรรเทาความไม่เท่าเทียมกัน และยังช่วยลดความยากจน นอกจากนี้ เจตน์ ดิษฐอุดม (2557) วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการใช้จ่ายภาครัฐที่มีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับจังหวัด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (การศึกษา การบริการทางการแพทย์) และด้านพัฒนาเชิงกายภาพและคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าใช้จ่ายภาครัฐและการจัดการเชิงสถาบันทางการคลังมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับจังหวัด โดยการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายภาครัฐที่เกิดขึ้นไม่ได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในระดับจังหวัด ในทางกลับกันหน่วยงานภาครัฐมีการปฏิบัติหน้าที่ซ้ำซ้อนและกระจาย ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณและไม่ได้มุ่งสู่ประโยชน์สูงสุดของประชาชน

## 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณะและคุณภาพชีวิต

Takahashi (1979) วิเคราะห์คุณภาพชีวิตในประเทศไทยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Quality of life in Thailand : A Socio-Economic analysis) ตามปัจจัยต่างๆ ได้แก่ องค์ประกอบทั่วไปการบริหารชุมชน ศาสนา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางจราจร ภาวะเจริญพันธุ์ การใช้แรงงานเด็ก การอุตสาหกรรม การคมนาคม การศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาวะการณัตตาย อาชญากรรม การเคลื่อนย้ายทางประชากรผู้สูงอายุและสุขภาพอนามัย โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาหาคำบ่งชี้ว่าจังหวัดไหนมีค่าดัชนีสูงที่สุด-ต่ำที่สุด พบว่าจังหวัดตราดและจังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดคือจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดพิจิตร และพบว่าจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตสูงๆ นั้นมักจะมีรายได้ประชากรสูงเป็นเมืองที่

เจริญหรือเมืองตากอากาศ ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำมักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดีมีภาวะเจริญพันธุ์สูงและมีการศึกษาต่ำ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขความพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ โดยได้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อันได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนา การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อยู่อาศัย รายได้ (ยูเนสโก, 2528 อ้างถึง วิฑูรย์ เดโช, 2542) ซึ่งรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชากร จึงมีการจัดสรรงบประมาณในด้านต่างๆ ในแต่ละปี เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการหรือสวัสดิการต่างๆ ที่ภาครัฐได้จัดสรรไว้ โดยจัดอยู่ในรายจ่ายสาธารณะของรัฐ ซึ่งรายจ่ายสาธารณะของรัฐ คือการใช้จ่ายของรัฐบาลที่เป็นเครื่องมือทางการคลังควบคู่กับการหารายได้ของรัฐบาล เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทั้งในด้านการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการกระจายรายได้ที่เป็นธรรม นอกจากนี้รายจ่ายสาธารณะยังมีความจำเป็นต่อการรักษาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการบริหารประเทศโดยส่วนรวม เช่น ส่งเสริมให้มาตรฐานคุณภาพชีวิตของประชาชน ช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ Nixon และ Ulmann (2006) ทำการทบทวนผลการศึกษาที่สำคัญ 16 เรื่องรวมถึงแนวคิดด้านวิธีการศึกษา เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยใช้ข้อมูลในระดับมหภาค รวมถึงทำการศึกษาเพิ่มเติมกรณีประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป 15 ประเทศ ระหว่างปี 1980- 1995 โดยการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ผลผลิตของระบบสุขภาพ) ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ชายและหญิง) และการตายของทารก โดยใช้ตัวแปรอธิบายประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว, จำนวนแพทย์ (ต่อประชากร 10,000 ราย), จำนวนเตียง (ต่อประชากร 1,000 ราย), ระยะเวลาเฉลี่ยของการพักฟื้นในโรงพยาบาล, อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน, การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ, ลักษณะทางโภชนาการ และตัวชี้วัดมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม พบว่า การเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพและจำนวนแพทย์นอกจากจะมีส่วนช่วยให้การตายของทารกลดลง(เป็นอย่างมาก)แล้ว ยังช่วยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประเทศ EU ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาก็ด้วย ซึ่ง ระพี พรหม คำ หอม และคณะ (1999) ที่ได้ทำการศึกษารื่องสวัสดิการสังคมกับสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ประเทศต่างๆ ที่มีการจัดระบบสวัสดิการในรูปแบบของรัฐสวัสดิการได้ประสบปัญหาเหมือนกันคือเรื่องภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นสูงจนรัฐบาลอาจจะไม่สามารถแบกรับภาระงบประมาณดังกล่าวได้ ในขณะที่การจัดสวัสดิการบางประเภทไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเฉพาะการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว และสอดคล้องกับสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2551) ได้

ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานเศรษฐกิจการคลังที่เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ซึ่งภาระการคลังนี้อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนสะสมของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยที่ทำการศึกษารื่องบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีการนำงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมไปถึงคุณภาพชีวิต มาใช้เป็นแนวทางและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชากรที่ดีขึ้นได้จริงหรือไม่ ซึ่ง Gyourko และ Tracy (1991) ได้ศึกษาอิทธิพลของสถานภาพทางการคลังของท้องถิ่น (Local Fiscal Condition) ที่มีต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของประชาชนท้องถิ่น สถานภาพทางการคลังท้องถิ่นใช้การอธิบายจากตัวแปรทางการคลังในด้านรายได้จากภาษี 7 ตัวแปร เช่น ภาษีรายได้ของมลรัฐและท้องถิ่น อัตราประสิทธิภาพในการจัดเก็บภาษีทรัพย์สิน เป็นต้น ส่วนดัชนีวัดคุณภาพชีวิตพิจารณาจากตัวแปรต่างๆ เช่น มูลค่าประเมินแท้จริงเฉพาะถิ่น ฯลฯ ข้อมูลในปี 1979 จาก 130 เมืองขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพทางการคลังของท้องถิ่นของเมืองต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการกำหนดคุณภาพชีวิตของประชาชนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Thurmaier และ Lindaman (1999) ได้ทำการศึกษาถึงผลจากการกระจายอำนาจทางการคลังที่มีต่อการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Needs) โดยใช้ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index HDD :HDI) ของ UNDP ซึ่งประกอบด้วยดัชนีด้านการศึกษา (Education) การสาธารณสุข (Health Care) และด้านรายได้ (Income) โดยใช้ข้อมูลในปี ค.ศ.1985, 1990 และ 1995 จากประเทศด้อยพัฒนา มาทำการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการกระจายอำนาจทางการคลังส่งผลต่อระดับความจำเป็นพื้นฐาน โดยเฉพาะในด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยปัจจัยที่เกื้อหนุนสำคัญมาจากการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายได้มากกว่าการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายจ่าย ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการมีฐานรายได้ของตนเองที่กว้างขึ้น นอกจากนี้ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) (2010) โดยกลุ่ม OECD Better Life Initiative ได้ทำการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดี (Better Life Index) เพื่อทำการพิจารณาวัดสภาพความเป็นอยู่ที่ดี (Bette Life) อันประกอบด้วยมิติ (topics) ต่างๆ จำนวน 11 มิติประกอบด้วยที่อยู่อาศัย (housing) รายได้ (income) การ

ทำงาน (jobs) ชุมชน (community) การศึกษา (education) สิ่งแวดล้อม (environment) การเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม (Civic engagement) สาธารณสุข (health) ความสุขในชีวิต (life satisfaction) ความปลอดภัย (Safety) และความสมดุลชีวิตและการทำงาน (work-life balance) รวมทั้งสิ้นจำนวน 24 ตัวชี้วัด เช่น ตัวชี้วัดรายจ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย ตัวชี้วัดความมั่นคงในงาน ตัวชี้วัดอัตราการจ้างงาน ตัวชี้วัดอัตราการเกิดอาชญากรรม ตัวชี้วัดอัตราการทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน (employees working very long hours) ฯลฯ เป็นต้น โดย OECD (2010) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศในกลุ่มประเทศ OECD ในปี 2010 ทั้งหมด 36 ประเทศจากนั้นนำข้อมูลในระดับครัวเรือนมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาร้อยละและค่าเฉลี่ยของแต่ละประเทศแล้วจึงนำมาเปรียบเทียบสภาพความเป็นอยู่ที่ดี (Better Life) ของแต่ละประเทศในกลุ่มอย่างไรก็ดี OECD (2010) มิได้ใช้ข้อมูลที่เป็นปีฐาน (data years) เดียวกันทั้งหมดในทุกมิติ กล่าวคือใช้ข้อมูลปีฐานเท่าที่จะหาได้ในแต่ละตัวชี้วัดของแต่ละประเทศจึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร Gyourko และ Tracy (1991) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของสถานภาพทางการคลังของท้องถิ่น (local fiscal condition) ที่มีต่อคุณภาพชีวิต (quality of life) ของประชาชนท้องถิ่นโดยการพัฒนาตัวแบบสมการถดถอยแบบกำลังสองน้อยสุด (Ordinary least square) และใช้การเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง สถานภาพทางการคลังท้องถิ่นใช้การอธิบายจากตัวแปรทางการคลังในด้านรายได้จากภาษี 7 ตัวแปรเช่นภาษีรายได้ (income tax) ของมลรัฐและท้องถิ่น อัตราประสิทธิภาพในการจัดเก็บภาษีทรัพย์สิน (effective property tax rate) ฯลฯ เป็นต้น ส่วนดัชนีวัดคุณภาพชีวิตพิจารณาจากตัวแปรต่างๆ เช่น มูลค่าประเมินแท้จริงเฉพาะถิ่น (the value of city traits) ฯลฯ ข้อมูลในปี 1979 จาก 130 เมืองขนาดใหญ่ (urban cities) ต่างๆ กระจายทั่วไปในสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพทางการคลังของท้องถิ่น (local fiscal condition) ของเมืองต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการกำหนดคุณภาพชีวิตของประชาชนท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมา Lindaman and Thumaier (1999) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงผลจากการกระจายอำนาจทางการคลังที่มีต่อการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน (basic needs) ในการพิจารณาการกระจายอำนาจจะใช้การพิจารณาจากอัตราส่วนของการกระจายอำนาจ 3 มุมมองในขณะทีระดับความจำเป็นพื้นฐานใช้ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index HDD :HDI) ของ UNDP ซึ่งประกอบด้วยดัชนีด้านการศึกษา (education) การสาธารณสุข (health care) และด้านรายได้ (income) โดยใช้ข้อมูลในปี ค.ศ.1985, 1990 และ 1995 จากประเทศด้อยพัฒนา มาทำการวิเคราะห์โดยใช้ตัวแบบสมการถดถอย (regression models) พบว่าระดับการกระจายอำนาจทางการคลังส่งผลเกื้อหนุนต่อระดับความจำเป็นพื้นฐานเฉพาะในด้าน

การศึกษาและด้านการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยปัจจัยที่เกื้อหนุนสำคัญมาจากการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายได้มากกว่าการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายจ่าย ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการมีฐานรายได้ของตนเองที่กว้างขึ้น นอกจากนี้ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) Index (2010) โดยกลุ่ม OECD Better Life Initiative ได้ทำการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดี (Better Life Index) เพื่อทำการพิจารณาวัดสภาพความเป็นอยู่ที่ดี (Better Life) อันประกอบด้วยมิติ (topics) ต่างๆ จำนวน 11 มิติประกอบด้วยที่อยู่อาศัย (housing) รายได้ (income) การทำงาน (jobs) ชุมชน (community) การศึกษา (education) สิ่งแวดล้อม (environment) การเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคม (Civic engagement) สาธารณสุข (health) ความสุขในชีวิต (life satisfaction) ความปลอดภัย (Safety) และความสมดุลชีวิตและการทำงาน (work-life balance) รวมทั้งสิ้นจำนวน 24 ตัวชี้วัด เช่น ตัวชี้วัดรายจ่ายสำหรับที่อยู่อาศัย ตัวชี้วัดความมั่นคงในงาน ตัวชี้วัดอัตราการจ้างงาน ตัวชี้วัดอัตราการเกิดอาชญากรรม ตัวชี้วัดอัตราการทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน (employees working very long hours) ฯลฯ เป็นต้น โดย Index (2010) ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศในกลุ่มประเทศ OECD ในปี 2010 ทั้งหมด 36 ประเทศจากนั้นนำข้อมูลในระดับครัวเรือนมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาร้อยละและค่าเฉลี่ยของแต่ละประเทศแล้วจึงนำมาเปรียบเทียบสภาพความเป็นอยู่ที่ดี (Better Life) ของแต่ละประเทศในกลุ่ม อย่างไรก็ตาม OECD ไม่ได้ใช้ข้อมูลที่เป็นปีฐาน (data years) เดียวกันทั้งหมดในทุกมิติ กล่าวคือใช้ข้อมูลปีฐานเท่าที่จะหาได้ในแต่ละตัวชี้วัดของแต่ละประเทศจึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2548) วิเคราะห์เชิงนโยบายเกี่ยวกับการจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ต้องจ่ายร่วมนั้นร้อยละ 4 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยที่สุดจากทั้งหมด 5 กลุ่ม ร้อยละ 9 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยรองลงมา สำหรับผู้ถือบัตรทองประเภทที่ต้องมีการจ่ายร่วม 30 บาทนั้น พบว่าเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดถึงร้อยละ 29 และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ 25 เมื่อประมาณการรายรับจากการจ่ายร่วมพบว่าเป็นจำนวนเงินไม่มากนักเพียง 1,073 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด นอกจากนี้การวิเคราะห์งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการของสังคมไทยนั้น ระพีพรรณ คำหอม และคณะ (1999) พบว่า ประเทศต่างๆ ที่มีการจัดระบบสวัสดิการในรูปแบบของรัฐสวัสดิการ (Welfare State) ได้ประสบปัญหาาร่วมกันเรื่องภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นสูงจนรัฐบาลอาจไม่สามารถแบกรับภาระงบประมาณได้ ในขณะที่

การจัดสวัสดิการบางประเภทไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเฉพาะการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ดังนั้น การจัดระบบสวัสดิการสังคมจึงควรมุ่งเน้นไปที่สวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานแทน นอกจากนี้รัฐบาลควรผลักดันระบบสวัสดิการสังคมควบคู่กับการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสวัสดิการมากขึ้น ด้านการะทางการคลังกับสวัสดิการสังคมนั้น สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2551) วิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้กรอบความเสี่ยงภาระงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) ที่ปรับปรุงมาจาก Polackova (1998) พบว่า รัฐบาลมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนจากภาระค่าใช้จ่ายรายหัวที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2553 – 2562 อยู่ระหว่างปีละ 115,726 – 208,762 ล้านบาท และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนสะสมของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการฯ หากโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรับภาระการขาดทุนจากการเข้าร่วมโครงการได้ทั้งนี้จากผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในช่วง 10 ปี ข้างหน้า (ปี 2553 – 2562) รัฐบาลจะมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการทางสวัสดิการทางสังคมทั้งสองจำนวน 142,071- 251,607 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 7.4 – 7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีในแต่ละปี และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจนจากการเข้ารับภาระการขาดทุนของกองทุน 2 กรณีของโครงการประกันสังคมตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐอันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2553 พบว่า รายได้บุคคลเฉลี่ย 17,099.12 บาท/ปี รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 22,470.65 บาท/ปี และรายจ่ายครัวเรือนเฉลี่ย 13,839.61 บาท/ปี ส่วนใหญ่มีเงินออมและครึ่งหนึ่งมีหนี้สิน คุณภาพชีวิตด้านการทำงานตัวอย่างส่วนใหญ่มุ่งพอใจกับชีวิตการทำงานในระดับมาก คุณภาพชีวิตด้านครอบครัวส่วนใหญ่มุ่งพอใจกับชีวิตครอบครัวในระดับมากที่สุด คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ยกเว้นปัญหาเกี่ยวกับเสียงจากยานพาหนะซึ่งมีปัญหาในระดับน้อย และมีความพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียดส่วนใหญ่มีสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ในรอบปีที่ผ่านมาส่วน

ใหญ่เคยเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลและไม่มีโรคประจำตัวสำหรับภาวะความเครียดนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงความเครียด คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันส่วนใหญ่เห็นว่าสินค้าประเภทอาหารมีราคาค่อนข้างแพง แต่ก็มีความพึงพอใจในการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ส่วนเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินส่วนใหญ่เห็นว่าชีวิตและทรัพย์สินของตนยังมีความปลอดภัยในระดับค่อนข้างน้อย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณ โดย ชมพูนุท พรหมภักดี (2556) วิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนแปลงมีสาเหตุหลักอันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคตทั้งในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ รายได้ต่อหัวประชากร การออม การลงทุน งบประมาณของรัฐบาลและการคลัง ผลผลิตภาพแรงงานและการจ้างงานและในระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ ด้านผลกระทบต่องบประมาณของรัฐบาล เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 25,315 ล้านบาทในปี 2523 เป็น 434,974 ล้านบาทในปี 2548 หรือเพิ่มขึ้น 17.2 เท่าในช่วง 25 ปี เฉพาะค่าใช้จ่ายของภาครัฐเพิ่มจาก 7,576 ล้านบาทเป็น 143,775 ล้านบาทในช่วงดังกล่าว จากผลการศึกษาของสำนักงานเศรษฐกิจการคลังพบว่าในช่วง 10 ปีข้างหน้า (2553 - 2562) ภาระทางการคลังเฉพาะที่จะเกิดจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนถึงปีละ 142,071 - 251,607 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.4 - 7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ของ ลัทธิกาญจน์ อัครกุล และวรวุฒิ สุวรรณระดา (2558) ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยวัยปลายเพิ่มขึ้น จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยเด็กลดลง อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (อายุยืน) อัตราภาวะเจริญพันธุ์ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนและมีแนวโน้มลดลง อัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุนลดลง ขนาดของครัวเรือนมีแนวโน้มเล็กลง ครัวเรือนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นและมีรูปแบบหลากหลาย ผลกระทบต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจพบว่ากำลังแรงงานในตลาดแรงงานจะหดตัวอย่างมากในอนาคต และจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากกำลังแรงงานเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการผลิตในการสร้างผลผลิตและรายได้ของประเทศ ทางด้านการเปลี่ยนแปลงด้านการสะสมทุนมนุษย์ ด้านการศึกษาผู้สูงอายุในอนาคตสะสมทุนมนุษย์ด้านการศึกษาเพิ่มขึ้น

ผลกระทบต้องประมาณและค่าใช้จ่ายภาครัฐพบว่า ผลกระทบตามมาก็คือภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาลหมวดงบประมาณเพื่อบำเหน็จบำนาญภายใต้ระบบบำนาญภาครัฐที่มีอยู่หลายระบบ โดยเฉพาะประเภทที่เป็น Non-contributory Pension Schemes หรือระบบค่าใช้จ่ายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้ต่อมาเกศวรรณ ธนวัฒน์ (2557) ศึกษาถึงโครงสร้างประชากรไทย พบว่า ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนสูงถึง 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่วัยแรงงานลดลงเหลือเพียง 35.18 ล้านคน จำนวนประชากรวัยแรงงานที่ลดลงจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมทั้งยังเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาวด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาระทางการเงินการคลังของประเทศในอนาคต และส่งผลกระทบต่อเนื่องครอบคลุมไปจนถึงนโยบายการผลักดันของรัฐบาล เกศวรรณ ธนวัฒน์ (2557) อ้างถึง โสสิต บันเปี่ยมวัชร (2557) ว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะเกิดความท้าทายที่สำคัญ นำไปสู่บทสรุปของการวางกรอบแนวคิดด้านนโยบายประชากรระยะยาวที่ครอบคลุม 3 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การเพิ่มศักยภาพประชากรไทยให้สนับสนุนต่อการเจริญเติบโตของประเทศที่เพียงพอ การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และหลักประกันทางสังคมให้กับประชากรไทย ประกอบกับ สมประวิณ มินประเสริฐ สุวนิดา อารยเวชกิจ และจรรย์ ปิ่นทอง (2559) วิเคราะห์เศรษฐกิจไทยในสังคมชราภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและความเหลื่อมล้ำทางรายได้ แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจไทยผ่านทั้งทางด้านปริมาณ (จำนวนแรงงานลดลง) และคุณภาพ (โครงสร้างการเลือกอาชีพที่มีผลิตภาพต่ำ) เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งเกิดขึ้นตามลำดับขั้นของการพัฒนา การพัฒนาทางการแพทย์ การวางแผนครอบครัวที่ดี และต้นทุนค่าเสียโอกาสส่วนบุคคลที่สูงขึ้นของการมีบุตรล้วนมีส่วนช่วยให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมชราภาพ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาไม่ใช่การเพิ่มจำนวนประชากรแต่อาจมองไปข้างหน้าว่าในจำนวนประชากรและกำลังแรงงานที่น้อยลง แบบจำลองใหม่ในการพัฒนาประเทศไทยในลำดับขั้นต่อไปควรจะเป็นอย่างไร จากผลการวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า การให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนในประเทศยังมีความไม่เท่าเทียมกันอยู่มาก นับวันยิ่งทวีความรุนแรงและปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหาของรัฐคือการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บริการสาธารณะอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ แต่การจัดสรรงบประมาณนั้นยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณในเชิงพื้นที่เพราะความแตกต่างในมิติเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำรายจังหวัดและกลุ่มจังหวัดเพื่อแสดงให้เห็นถึงผลของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างชัดเจน และจากปัญหา

ทางด้านการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการสาธารณะตามมา ตลอดจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน

ตาราง 7 สรุปวิธีการและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาจากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

| ชื่อผู้วิจัย                           | ปี พ.ศ. | เรื่อง                                                                                                                                       | วิธีการวิเคราะห์และตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.สถาบันวิจัย<br>ระบบ<br>สาธารณสุข     | 2548    | การจ่ายร่วมในระบบ<br>หลักประกันสุขภาพถ้วน<br>หน้า: บทวิเคราะห์เชิง<br>นโยบาย                                                                 | ทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์เบื้องต้น<br>กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                                                                                                                                                                                                                  |
| 2.ระพีพรรณ คำ<br>หอม                   | 2549    | สวัสดิการสังคมกับ<br>สังคมไทย                                                                                                                | ทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์เบื้องต้น                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.สถาบันบัณฑิต<br>พัฒน<br>บริหารศาสตร์ | 2553    | คุณภาพชีวิตของคนไทย ปี<br>2553 (Thais' Quality of<br>Life in Year 2010)                                                                      | แบบสัมภาษณ์ โดยมีการทดสอบความ<br>เที่ยงตรง(Validity)และความเชื่อมั่น<br>(Reliability) ตัวแปรคือ คุณภาพชีวิตด้านการ<br>ทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว<br>คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด<br>คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม<br>คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน                      |
| 4.สำนักงาน<br>เศรษฐกิจการ<br>คลัง      | 2551    | การศึกษาภาระทางการคลัง<br>จากการให้สวัสดิการทาง<br>สังคมของรัฐบาลใน<br>กรณีศึกษาโครงการ<br>ประกันสังคมและโครงการ<br>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | วิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจาก<br>โครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการ<br>ประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพ<br>แห่งชาติภายใต้กรอบความเสี่ยงภาระ<br>งบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk<br>Matrix) ที่ปรับปรุงมาจาก Government Fiscal<br>Risk Matrix ของ Polackova (1998 ) |

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

## ตาราง 7 (ต่อ)

|             |      |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.Takahashi | 1979 | คุณภาพชีวิตในประเทศ<br>ไทย: การวิเคราะห์ทางด้าน<br>เศรษฐกิจและสังคม<br>(Quality of life in Thailand<br>: A Socio-Economic<br>analysis) | เก็บข้อมูลจากจังหวัดต่างๆ 70 ประเทศมา<br>วิเคราะห์ตามปัจจัยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยนำ<br>ปัจจัยมาหาค่าบ่งชี้ว่าจังหวัดไหนมีค่าดัชนีสูง<br>ที่สุด-ต่ำที่สุดตัวแปรที่ศึกษา คือ องค์ประกอบ<br>ทั่วไป การบริหารชุมชนศาสนา เศรษฐกิจ<br>สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางการจราจร ภาวะ<br>เจริญพันธุ์ การใช้แรงงานเด็ก การอุตสาหกรรม<br>การคมนาคม การศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาวะการ<br>ตาย อาชญากรรม การเคลื่อนย้ายทาง<br>ประชากรผู้สูงอายุ และสุขภาพอนามัย |
|-------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

|                                                                                      |      |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Gyourko and Tracy                                                                 | 1991 | The Structure of Local Public Finance and the                                     | สมการถดถอยกำลังสองน้อยสุดวัดความสัมพันธ์สถานภาพทางการคลังท้องถิ่นกับ                                                                                                                                                                                                                                        |
| 10. Organization for Economic Co-7. Lindaman operation and and Thumaler Development) | 2010 | OECD Better Life Index Quality of Life                                            | พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อวัดสภาพดัชนีวัดคุณภาพชีวิต                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                      | 1999 | Elusive Nexus: Basic Needs and Fiscal Decentralization                            | ความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบด้วย 11 มิติ คือ ที่สมการถดถอยวัดผลจากการกระจายอำนาจอยู่อาศัย การได้การทำงาน สุขภาพ การศึกษา ทางการเงิน การเข้าถึงการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ใช้ดัชนีการพัฒนามนุษย์หรือ HDI ซึ่งประกอบด้วยดัชนีด้านสุขภาพ สุขภาพ ความสุขในชีวิตรวมตลอดทั้งการศึกษา การสาธารณสุข และด้านรายได้     |
| 11. Jorge A. Audeh                                                                   | 2012 | Government Fiscal Policies and Measuring Fiscal Redistribution in Asian Countries | สภาพทางและความไม่ประสิทธิผลของนโยบายการศึกษา การจัดบริการสาธารณสุขของท้องถิ่นซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางการคลัง โดยดูด้านรายจ่าย ใช้สมการโครงสร้าง                                                                                                                                               |
| 9. Nixon และ Ulmann                                                                  | 2006 | ความสัมพัทธ์ระหว่างปัจจัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพ                                      | ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด การตายของทารก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว จำนวนแพทย์ (ต่อประชากร 10,000 ราย) จำนวนเตียง (ต่อประชากร 1,000 ราย) ระยะเวลาเฉลี่ยของการพักฟื้นในโรงพยาบาล อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบลักษณะทางโภชนาการ และตัวชี้วัดมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม |

ตาราง 7 (ต่อ)

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

|                                           |      |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12. Emmanuel Skoufias and Sergio Olivieri | 2013 | Geographic disparities in well-being and fiscal expenditures in Thailand: 2000 vs 2009 | วิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมกันในชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรกับการใช้จ่ายภาครัฐของประเทศไทยในปี 2543 และ 2552 ตัวแปรที่ศึกษาคือ งบประมาณส่วนกลางที่จัดสรรไประดับจังหวัด และสวัสดิการสังคม โดยใช้วิธี Oaxaca Blinder เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของสวัสดิการสังคม                                                                                                                    |
| 13. Areeporn Asawinpongphan               | 2015 | ศึกษาการจัดสรรงบประมาณภาครัฐต่อความไม่เท่าเทียมและความยากจนรายจังหวัดในประเทศไทย       | ตรวจสอบผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลต่อความไม่เท่าเทียมกัน และความยากจนในระดับครัวเรือน โดยดูความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีและในแต่ละจังหวัด โดยมีข้อสมมติฐานว่าการใช้จ่ายของรัฐช่วยบรรเทาความยากจนและลดความไม่เท่าเทียมกัน ตัวแปรอิสระ คือ อัตราเงินเฟ้อ ผลิตภัณฑ์มวลรวม งบประมาณรายจังหวัดและการว่างงาน ตัวแปรตามคือ สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคและความยากจน |

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดประชากรเป็นการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัด

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ระดับจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด ไม่รวมกรุงเทพมหานคร เพราะผู้วิจัยใช้ข้อมูลประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 ซึ่งในปี 2552-2553 ยังไม่มีจังหวัดปทุมธานี

### การกำหนดลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ประจำปีงบประมาณ 2552-2558 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ผู้วิจัยได้มีการกำหนดลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาตามความมุ่งหมายในการศึกษา 2 ข้อตามลำดับ ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด** ขอบเขตด้านเนื้อหาของการศึกษาในส่วนแรกมุ่งเน้นศึกษาหาความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2552 - 2558 โดยการจัดสรรงบประมาณแบ่งออกเป็น 2 แหล่งที่มา คือ

1. งบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายของกรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้รวมงบดำเนินงาน งบลงทุน และงบบุคคลากร

2. งบประมาณรายจ่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ประกอบด้วย กองทุนผู้ป่วยนอก กองทุนผู้ป่วยใน กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุน central Reimburse งบค่าเสื่อม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เงินช่วยเหลือผู้รับบริการ ม. 41 งบบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง งบส่งเสริมบริการปฐมภูมิ งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน กองทุนเอดส์ ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดัน กองทุนทดแทนไตประเภทไตวายเรื้อรัง เงินช่วยเหลือผู้ให้บริการ งบแพทย์แผนไทย งบบริการทันตกรรมเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ Audit กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉิน เงินชดเชยตามมติบอร์ดอนุมัติ งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และงบค่าใช้จ่ายเพิ่มประสิทธิภาพบริการ

งบประมาณรายจ่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สามารถแบ่งออกเป็น 3 หมวดย่อยคือ

- รายจ่ายเพื่อการรักษา ประกอบด้วย กองทุนผู้ป่วยนอก กองทุนผู้ป่วยใน กองทุน central Reimburse กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เงินช่วยเหลือผู้รับบริการ ม. 41 งบบริการเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง กองทุนเอดส์ กองทุนทดแทนไต

ประเภทไต่สวนเรื่องร้อง เงินช่วยเหลือผู้ให้บริการ งบประมาณแผ่นดินไทย งบประมาณทันตกรรมเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ และงบประมาณสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

- รายจ่ายเพื่อการส่งเสริม ประกอบด้วย กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบส่งเสริมบริการปฐมภูมิ งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน และค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดัน

- รายจ่ายอื่นๆ ประกอบด้วย งบค่าเสื่อม งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงาน บริการ Audit กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉิน เงินชดเชยตามมติบอร์ดอนุมัติ งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และงบค่าใช้จ่ายเพิ่มประสิทธิภาพบริการ

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่าย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด** ตัวแปรที่ศึกษา 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน อันประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรายจังหวัด ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด

### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ระดับจังหวัด (provincial level) โดยศึกษาขนาดและการใช้จ่ายภาพรวมของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2552 – 2558 จากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ ประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายจังหวัด ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ระดับกลุ่มจังหวัด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 มาวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย

ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด เป็นข้อมูลที่ถูกจัดเก็บรวบรวมจากเอกสาร บทความ วารสาร ข้อมูลจากเว็บไซต์ และรายงานผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเป็นข้อมูลที่หน่วยงานทางราชการและเอกชนได้เก็บรวบรวมและเผยแพร่ไว้ โดยเอกสารดังกล่าวทั้งหมดเป็นข้อมูลที่มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและสามารถอ้างอิงได้จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ

### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

คำถามวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ในปีงบประมาณ 2552-2558 ซึ่งการศึกษาค่าความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อย่อย คือ 1) สภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดเพื่อแสดงผลเชิงประจักษ์ว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีความแตกต่างกันหรือไม่ 2) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยใช้ดัชนีจีนิ (Gini Coefficient) ด้วยวิธีเทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) เพื่อจำแนกความเหลื่อมล้ำตามประเภทของงบประมาณ (Inequality by Budget Sources) และแสดงเส้นลอเรนซ์ (Lorenz Curve) เพื่ออธิบายการกระจุกตัวของงบประมาณ

คำถามวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดหรือไม่ เพียงใด ซึ่งการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ใช้การศึกษาเป็นข้อมูลช่วงยาว (Panel Data) คือข้อมูลที่มีลักษณะผสมของข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross section

Data) ในงานวิจัยฉบับนี้คือจังหวัด และข้อมูลอนุกรมเวลา (Time Series Data) ปีงบประมาณ 2552-2558 เพื่อทำการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS) ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน อันประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัด ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัวหน่วยประชากรแสนคน 2. ตัวแปรตาม คือ ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพ (Health care) ดังสมการดังนี้

$$QL_{Hn}^t = \beta_0 + \beta_1 BG^t + \beta_2 GPP^t + \beta_3 INC^t + \beta_4 EDU^t + \beta_5 BED^t + U_H$$

$QL_H$  คือ คุณภาพชีวิตของประชาชนด้านภาวะสุขภาพของครัวเรือน

$n$  คือ ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout)

$BG$  คือ งบประมาณรายจังหวัดในด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพพร้อมด้วยจำนวนประชากรในจังหวัด (พันบาท)

$GPP$  คือ มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดหารด้วยจำนวนประชากรในจังหวัด (พันบาท)

$INC$  คือ รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนรายจังหวัด (พันบาท)

$EDU$  คือ ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ปี)

$BED$  คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (หน่วยประชากรแสนคน)

$t$  คือ ปีงบประมาณ 2552-2558

การประมาณค่าแบบจำลอง มีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ตรวจสอบปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรหรือปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายๆ ตัวนั้น มีข้อกำหนดว่าตัวแปรอิสระเหล่านั้นจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง แต่ในทางปฏิบัติบางครั้งตัว

แปรอิสระเหล่านั้นมักจะมีความสัมพันธ์กันเอง ถ้ามีความสัมพันธ์กันมากก็จะทำให้ค่า Multicollinearity มากขึ้นไปด้วย ซึ่งจะมีผลให้ผลลัพธ์ในการวิเคราะห์ความถดถอยผิดพลาดไป ดังนั้นการตรวจสอบปัญหา Multicollinearity จะวิเคราะห์จากผลของค่า VIF หากผลที่ได้มีค่าน้อยกว่า 5 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity และถ้าใช้การตรวจสอบปัญหา correlation matrix ถ้ามีค่ามากกว่า 0.8 แสดงว่าเกิดปัญหา Multicollinearity ดังนั้นในงานวิจัยฉบับนี้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ อันได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน อันประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัด ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัวหน่วยประชากรแสนคน

**ขั้นตอนที่ 2** การตรวจสอบสมมติฐานเชิงเป็นเหตุเป็นผล Granger causality test เป็นการตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างตัวแปร 2 ตัว ที่เป็นข้อมูลอนุกรมเวลาที่คงที่ Asteriou และ Hall (2007) ขั้นตอนนี้จะทำการทดสอบว่างบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ตัวแปรควบคุม และดัชนีคุณภาพชีวิตตัวแปรใดเป็นเหตุ ตัวแปรใดเป็นผล หรือตัวแปรทั้งสองเป็นทั้งตัวแปรเหตุและตัวแปรผล

สมมติฐานคือ  $H_0: X$  ไม่เป็นสาเหตุของ  $Y$  ( $X$  does not Granger cause  $Y$ )

$H_1: X$  เป็นสาเหตุให้ตัวแปร  $Y$  เปลี่ยนแปลง

$H_0: Y$  ไม่เป็นสาเหตุของ  $X$  ( $Y$  does not Granger cause  $X$ )

$H_1: Y$  เป็นสาเหตุให้ตัวแปร  $X$  เปลี่ยนแปลง

เมื่อสมมติให้มีตัวแปรที่เป็นข้อมูลอนุกรมเวลาที่คงที่ 2 ตัวแปร คือ  $X$  และ  $Y$  จากแนวคิดของ Granger (1969) ต้องการทดสอบว่า การเปลี่ยนแปลงของตัวแปร  $X$  เป็นสาเหตุให้ตัวแปร  $Y$  เปลี่ยนแปลง หรือการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร  $Y$  เป็นสาเหตุให้ตัวแปร  $X$  เปลี่ยนแปลง โดยสมการที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน  $X$  ไม่เป็นสาเหตุของ  $Y$  ( $X$  does not Granger cause  $Y$ ) คือ

$$Y_t = \alpha + \sum_{j=1}^m \gamma_j Y_{t-j} + \sum_{i=1}^n \beta_i X_{t-i} + \varepsilon_{Ut} \quad (\text{unrestricted regression: U})$$

$$Y_t = \alpha + \sum_{j=1}^m \gamma_j Y_{t-j} + \varepsilon_{Rt} \quad (\text{restricted regression: R})$$

ละสมการที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน  $Y$  ไม่เป็นสาเหตุของ  $X$  ( $Y$  does not Granger cause  $X$ ) คือ

$$X_t = \alpha + \sum_{j=1}^m \gamma_j X_{t-j} + \sum_{i=1}^n \beta_i Y_{t-i} + \varepsilon_{Ut} \quad (\text{unrestricted regression: U})$$

$$X_t = \alpha + \sum_{j=1}^m \gamma_j X_{t-j} + \varepsilon_{Rt} \quad (\text{restricted regression: R})$$

สมมติฐานหลักของการทดสอบสมการแต่ละคู่ระหว่าง unrestricted regression กับ restricted regression (การทดสอบมี 2 ชุด คือ X ไม่เป็นสาเหตุของ Y และ Y ไม่เป็นสาเหตุของ X) คือ  $H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_n = 0$  และ  $H_a: \beta_1 \neq \beta_2 \neq \dots \neq \beta_n \neq 0$  ใช้สถิติ F ทดสอบสมมติฐาน มีสูตรคำนวณคือ

จากสมมติฐานหลัก  $H_0$ : X ไม่เป็นสาเหตุของ Y ดังนั้นหากค่าสถิติ F ที่คำนวณได้สูงกว่าค่าวิกฤติ (P-value) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานหลัก หมายความว่า X เป็นสาเหตุให้ตัวแปร Y เปลี่ยนแปลง ในทำนองเดียวกัน จากสมมติฐานหลัก  $H_0$ : Y ไม่เป็นสาเหตุของ X หากค่าสถิติ F ที่คำนวณได้สูงกว่าค่าวิกฤติ (P-value) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานหลัก หมายความว่า Y เป็น

$$F_{m, (n-k)} = \frac{(\mathbf{E}'_{Rt} \mathbf{E}_{Rt} - \mathbf{E}'_{Ut} \mathbf{E}_{Ut})m}{\mathbf{E}'_{Ut} \mathbf{E}_{Ut} / (n-k)} = \frac{(RSS_R - RSS_U)m}{RSS_U / (n-k)} ; k = m + n + 1$$

สาเหตุให้ตัวแปร X เปลี่ยนแปลง

**ขั้นตอนที่ 3** ประเมินค่าแบบจำลองกรณีเป็นข้อมูลช่วงยาว (Panel Data) ต้องทดสอบแบบจำลองด้วย Random Effect Model และ Fixed Effect Model รายละเอียดคือ

### 1. Random Effect Model

เป็นการวิเคราะห์ที่กำหนดให้  $\alpha_i$  สามารถเข้ามามีผลกระทบต่อตัวแปรในสมการได้ โดยการใช้วิธี Feasible Generalized Least Squares (FGLS) เพื่อแก้ปัญหา Serial Correlation ซึ่ง Random Effect Model นี้จะนำ  $\alpha_i$  ไปรวมอยู่กับค่าความคลาดเคลื่อน  $U_{it}$  กลายเป็นค่าความคลาดเคลื่อนใหม่  $V_{it}$  การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะมีข้อสมมติฐานสำคัญคือ  $\alpha_i$  ต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรอิสระใดๆ ในสมการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และมีความแปรปรวนเท่ากับ  $\sigma_a^2$  จากนั้นจะเปลี่ยนรูปของตัวแปรด้วยวิธี FGLS ดังนี้

$$\text{จาก } Y_{it} = \beta_i X_{it} + V_{it} \text{ เปลี่ยนรูปเป็น } X^*_{it} = X_{it} + \hat{\theta}_i \hat{X}_{it}$$

$$\text{กำหนดให้ } \hat{X}_i = \frac{1}{T_i} \sum_{t=1}^T X_{it}$$

$$\text{โดยที่ } T = \text{จำนวนเวลาทั้งหมด และ } \hat{\theta}_i = 1 \sqrt{\frac{\hat{\sigma}_u^2}{T_i \hat{\sigma}_a^2 + \hat{\sigma}_u^2}}$$

โดย  $\hat{\sigma}_a^2$ ,  $\hat{\sigma}_u^2$  มาจากการประมาณค่า OLS จะได้สมการ ที่จะนำไปประมาณการ คือ  $Y^*_{it} = \beta^*_0 + \beta^*_i X^*_{it} + V^*_{it}$  และมีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้

$$\hat{\beta}_{RE} = \left( \sum_{i=1}^N X_i^* \Omega^{-1} X_i^* \right)^{-1} \left( \sum_{i=1}^N X_i^* \Omega^{-1} Y_i^* \right)$$

วิธีการนี้จะให้ผลการศึกษาที่หมายความว่าพฤติกรรมของตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาเนื่องจากอิทธิพลภายนอกเข้ามากระทบ

## 2. Fixed Effect Model

Fixed Effect Model เป็นการวิเคราะห์ที่ควบคุม  $a_i$  โดยการกำจัดอิทธิพลนี้ออกไปจากสมการไม่ให้นับการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Demean ที่มีสมมติฐานสำคัญคือ  $a_i$  ต้องมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระในสมการและต้องไม่สัมพันธ์กันเองหรือ  $\text{Cov}(a_i, a_j) = 0; i \neq j$  โดยวิธี Demean จะแยกตัวแปร  $a_i$  ออกมาจากค่าความคลาดเคลื่อน  $u_{it}$  ก่อน กลายเป็น  $a_i + u_{it}$  หลังจากนั้นนำค่าตัวแปรของตัวอย่างลบด้วยค่าเฉลี่ยของตัวแปรของตัวอย่างนั้นๆ และบวกด้วยเวลาและตัวอย่างทั้งหมด ดังสมการ

$$\text{จาก } Y_{it} = \beta_i X_{it} + a_i + u_{it}$$

$$\text{จะได้ } \bar{Y}_{it} - \bar{Y}_i + \bar{Y} = \beta_i (\bar{X}_{it} - \bar{X}_i + \bar{X}) + (a_i - \bar{a}_i + \bar{a}) + (u_i - \bar{u}_i + \bar{u})$$

$$\text{โดยที่ } \bar{Y} = \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^M Y_{it} / \eta T; \bar{X} = \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^M X_{it} / \eta T; \bar{u} = \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^M u_{it} / \eta T$$

$\eta$  = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด และ  $T$  คือ จำนวนเวลาทั้งหมด

จะได้สมการที่  $a_i$  ถูกกำจัดออกไป คือ  $\tilde{Y}_{it} = \beta_i \tilde{X}_{it} + \tilde{u}_{it}$

$$\text{และมีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้ } \hat{\beta}_{FE} = \left( \sum_{i=1}^N \tilde{X}_i \tilde{X}_i' \right)^{-1} \left( \sum_{i=1}^N \tilde{X}_i \tilde{Y}_i \right)$$

ในวิธี Fixed Effect จะให้ผลการศึกษาที่หมายความว่า ตัวอย่างมีพฤติกรรมคงที่ตลอดเวลาไม่ว่าจะมีอิทธิพลภายนอกมากระทบก็ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการประมาณการข้อมูล Panel Data นี้ มีทั้งวิธี Random Effect และ Fixed Effect ฉะนั้นจึงต้องมีเครื่องมือเพื่อมาช่วยทดสอบว่าวิธีไหนเหมาะสมกับแบบจำลองมากที่สุด คือการทดสอบด้วยวิธี Hausman Test ที่  $1 - \alpha$  ต้องใช้การวิเคราะห์แบบ Fixed Effect แต่ถ้าค่าที่ได้มีค่าน้อยกว่า percentile ที่  $1 - \alpha$  จะต้องใช้วิธี Random Effect ดังนี้ (Baltagi, Bresson, และ Pirotte, 2007) กำหนดให้

$$\text{Hausman's Specification Test} = (\beta_F - \beta_R)' (VF - VR)^{-1} (\beta_F - \beta_R)$$

โดยที่  $\beta_F$  คือ เวกเตอร์ของค่าสัมประสิทธิ์จากการถดถอยด้วยวิธี Fixed Effect

$\beta_R$  คือ เวกเตอร์ของค่าสัมประสิทธิ์จากการถดถอยด้วยวิธี Random Effect

$V_F$  คือ เมทริกซ์ความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์จากการถดถอยด้วยวิธี Fixed Effect

$V_R$  คือ เมทริกซ์ความแปรปรวนของค่าสัมประสิทธิ์จากการถดถอยวิธี Random Effect

สมมติฐานคือ  $H_0$ : Random Effect Model

$H_1$ : Fixed Effect Model

จากแนวคิดของ Just และ Pope (1979) ได้กำหนดรูปแบบฟังก์ชันแบบ Stochastic Production Function (SPF) สำหรับการประมาณค่าสมการ ตามแบบจำลองเชิงทฤษฎีคือ

โดยที่  $y_{it}$  คือ ดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดที่  $i$  ณ ช่วงเวลา  $t$   
 $x_{itk}$  คือ เวกเตอร์ของตัวแปรอธิบายในพื้นที่จังหวัดที่  $i$  ณ ช่วงเวลา  $t$  จำนวน 5 ตัวแปร  
 $f_1(x_{itk}, \beta_{1k})$  คือ ฟังก์ชันค่าเฉลี่ย  
 $u_{it}$  คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

เมื่อ  $u_{it} = \mu_i + v_{it}$  คือค่าคลาดเคลื่อนที่ไม่สามารถสังเกตได้ในเชิงพื้นที่ และ  $v_{it}$  คือค่าคลาดเคลื่อน ที่ไม่สามารถสังเกตได้ในเชิงพื้นที่และเวลาจะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อค่าเฉลี่ย คือฟังก์ชัน  $f_1(x, \beta_1)$  สามารถประมาณค่าได้ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS) ภายใต้ภาวะความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนไม่คงที่ ตามแนวคิดของ (Khochfar และ Silk, 2006)

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด: กรณีศึกษา งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

### 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

คำถามวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 คือ ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ในปีงบประมาณ 2552-2558 ซึ่งการศึกษาความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ มาจากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ ประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อย่อย

คือ 1) สภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด เพื่อแสดงผลเชิงประจักษ์ว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพมีระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีความแตกต่างกันหรือไม่ 2) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยใช้ดัชนีจีนิ (Gini Coefficient) และใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) เพื่อจำแนกความเหลื่อมล้ำตามประเภทของงบประมาณ (Inequality by Budget Sources) และแสดงเส้นลอว์เรนซ์ (Lorenz Curve) เพื่ออธิบายการกระจุกตัวของงบประมาณ

**1) สภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด** แสดงถึงสภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายจังหวัดด้านสุขภาพของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2552-2558

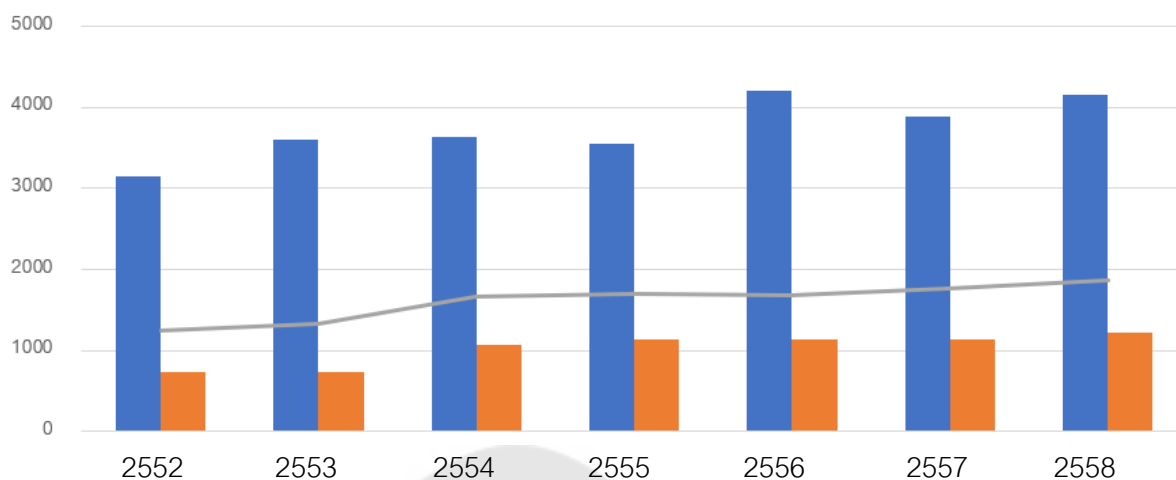
การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552-2558 เพิ่มขึ้นตามลำดับ มีเพียงปีงบประมาณ 2556 ที่ลดลงเล็กน้อย จากตาราง 8 พบว่า โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1,242.104, 1,319.864, 1,659.986, 1,695.509, 1,679.308, 1,763.441 และ 1,858.162 ตามลำดับ จากค่าเฉลี่ยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีนั้น ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาพประกอบ 10 พบว่า ปีงบประมาณ 2556 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวต่อปีด้านสุขภาพสูงที่สุดคือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,206.32 บาท ทั้งนี้เพราะกรุงเทพมหานครมีงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยปีงบประมาณ 2555 ได้รับการจัดสรรจำนวน 1,241,733,898 บาท ปีงบประมาณ 2556 ได้รับการจัดสรรจำนวน 2,437,906,230 และในปีงบประมาณ 2557 ได้รับการจัดสรรลดลงมาเป็น 1,165,437,632 บาท ทั้งนี้รายการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้น เพราะงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จาก 230,569,420 บาท ในปีงบประมาณ 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 411,290,800 บาท บาทในปีงบประมาณ 2556 และในปีงบประมาณ 2556 มีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2555 ไม่มีหมวดรายจ่ายส่วนนี้ ประกอบด้วย รายจ่ายของกรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทำให้งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของจังหวัดกรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2556 เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่วน

ปีงบประมาณ 2553 จังหวัดสมุทรสงครามได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวต่ำที่สุด จำนวน 732.03 บาท

ตาราง 8 ค่าสถิติพื้นฐานของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัด จากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ ประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2552-2558 (หน่วย: บาทต่อหัวของประชากร)

| ค่าสถิติ     | 2552      | 2553      | 2554      | 2555      | 2556      | 2557      | 2558      |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ค่าเฉลี่ย    | 1,242.104 | 1,319.864 | 1,659.986 | 1,695.509 | 1,679.308 | 1,763.441 | 1,858.162 |
| ค่ามัธยฐาน   | 1,172.605 | 1,239.665 | 1,547.665 | 1,607.475 | 1,557.24  | 1,688.155 | 1,754.605 |
| ค่าสูงสุด    | 3,140.64  | 3,594.87  | 3,638.58  | 3,556.21  | 4,206.32  | 3,889.25  | 4,154.36  |
| ค่าต่ำที่สุด | 724.04    | 732.03    | 1,067.39  | 1,141.52  | 1,137.65  | 1,126.27  | 1,214.92  |
| ค่าเบี่ยงเบน |           |           |           |           |           |           |           |
| มาตรฐาน      | 377.7648  | 399.3822  | 416.4752  | 353.9588  | 435.4314  | 423.4992  | 482.2854  |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย



ภาพประกอบ 10 งบประมาณรายจ่ายต่อหัวสูงสุด ต่ำสุด และเฉลี่ยระดับจังหวัดด้านสุขภาพ  
ปีงบประมาณ 2552-2558 (หน่วย: บาทต่อหัวของประชากร)

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2553 จากตาราง 9 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดคือ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3,140.64 และ 3,594.87 บาท ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ 2554-2558 คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,638.58, 3,556.21, 4,206.32, 3,889.25 และ 4,154.36 บาท ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในปีงบประมาณ 2552 คือจังหวัดระนอง จำนวน 724.04 บาท ปีงบประมาณ 2553 คือจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 732.03 บาท ปีงบประมาณ 2554 คือจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1,067.39 บาท ปีงบประมาณ 2555 คือจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,141.52 บาท ปีงบประมาณ 2556 คือจังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,137.65 บาท ปีงบประมาณ 2557 คือจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,126.27 บาท และปีงบประมาณ 2558 คือจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1,214.92 บาท จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สังเกตได้ว่าจังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดจะเป็นจังหวัดในภาคกลาง ดังนั้นจังหวัดในภาคกลางมีความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด

ตาราง 9 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณมากต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดระดับจังหวัด

| 10 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดในแต่ละปี (บาท) |          |            |          |            |          |             |          |            |          |            |          |            |          |
|--------------------------------------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|-------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| 2552                                                   |          | 2553       |          | 2554       |          | 2555        |          | 2556       |          | 2557       |          | 2558       |          |
| จังหวัด                                                | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      |
| นนทบุรี                                                | 3,140.64 | นนทบุรี    | 3,594.87 | กรุงเทพ    | 3,638.58 | กรุงเทพ     | 3,556.21 | กรุงเทพ    | 4,206.32 | กรุงเทพ    | 3,889.25 | กรุงเทพ    | 4,154.36 |
| กรุงเทพ                                                | 2,945.31 | กรุงเทพ    | 2,882.50 | นนทบุรี    | 3,119.63 | เชียงใหม่   | 2,604.98 | นนทบุรี    | 2,776.38 | เชียงใหม่  | 2,728.99 | นนทบุรี    | 3,988.60 |
| ขอนแก่น                                                | 1,883.75 | ขอนแก่น    | 2,037.17 | เชียงใหม่  | 2,781.51 | นนทบุรี     | 2,454.30 | ขอนแก่น    | 2,640.18 | นนทบุรี    | 2,662.29 | ขอนแก่น    | 2,818.55 |
| เชียงใหม่                                              | 1,833.33 | เชียงใหม่  | 1,943.82 | ขอนแก่น    | 2,514.06 | ขอนแก่น     | 2,444.77 | เชียงใหม่  | 2,500.68 | ขอนแก่น    | 2,656.28 | สงขลา      | 2,598.91 |
| สมุทรสาคร                                              | 1,702.23 | สมุทรสาคร  | 1,788.63 | สมุทรสาคร  | 2,346.58 | สงขลา       | 2,339.81 | สมุทรสาคร  | 2,367.45 | สมุทรสาคร  | 2,648.81 | พิษณุโลก   | 2,584.65 |
| อุบลฯ                                                  | 1,693.41 | สงขลา      | 1,707.27 | สงขลา      | 2,184.83 | สมุทรสาคร   | 2,238.51 | พิษณุโลก   | 2,340.55 | สงขลา      | 2,607.38 | เชียงใหม่  | 2,457.20 |
| สงขลา                                                  | 1,637.62 | พิษณุโลก   | 1,694.52 | ระยอง      | 2,108.26 | ระยอง       | 2,155.58 | สงขลา      | 2,330.21 | สุราษฎร์ฯ  | 2,402.78 | อุบลฯ      | 2,403.50 |
| ยะลา                                                   | 1,570.18 | อุบลฯ      | 1,693.53 | แม่ฮ่องสอน | 2,103.46 | อุบลราชธานี | 2,154.84 | อุบลฯ      | 2,209.01 | อุบลฯ      | 2,325.89 | สมุทรสาคร  | 2,341.04 |
| แม่ฮ่องสอน                                             | 1,535.46 | สุราษฎร์ฯ  | 1,635.11 | อุบลฯ      | 2,067.50 | แม่ฮ่องสอน  | 2,054.56 | สุพรรณบุรี | 2,009.64 | พิษณุโลก   | 2,302.45 | ลำปาง      | 2,247.57 |
| สุราษฎร์ฯ                                              | 1,516.17 | ยะลา       | 1,521.15 | สุราษฎร์ฯ  | 2,025.04 | สุราษฎร์ฯ   | 2,016.67 | ยะลา       | 1,960.35 | แม่ฮ่องสอน | 2,137.13 | สุราษฎร์ฯ  | 2,222.67 |
| 10 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |            |          |            |          |             |          |            |          |            |          |            |          |
| จังหวัด                                                | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      |
| ระนอง                                                  | 724.04   | สมุทรสาคร  | 732.03   | สมุทรสาคร  | 1,067.39 | เพชรบุรี    | 1,141.52 | สุโขทัย    | 1,137.65 | เพชรบุรี   | 1,126.27 | สมุทรสาคร  | 1,214.92 |
| สมุทรสาคร                                              | 741.66   | สิงห์บุรี  | 809.95   | เพชรบุรี   | 1,182.40 | สุโขทัย     | 1,206.48 | เพชรบุรี   | 1,183.82 | สมุทรสาคร  | 1,290.21 | พัทลุง     | 1,259.39 |
| หนองคาย                                                | 763.69   | หนองคาย    | 839.70   | ระนอง      | 1,207.17 | ชัยภูมิ     | 1,289.88 | ระนอง      | 1,213.73 | พังงา      | 1,322.18 | ระนอง      | 1,284.62 |
| พังงา                                                  | 828.68   | ปราจีนบุรี | 936.64   | สุโขทัย    | 1,227.43 | กระบี่      | 1,348.24 | ชัยภูมิ    | 1,326.29 | สิงห์บุรี  | 1,337.52 | เพชรบุรี   | 1,343.60 |
| ชัยนาท                                                 | 847.39   | เพชรบุรี   | 957.36   | สิงห์บุรี  | 1,257.79 | นครราชสีมา  | 1,354.02 | มุกดาหาร   | 1,341.71 | สุโขทัย    | 1,342.00 | สุโขทัย    | 1,382.44 |
| ปราจีนบุรี                                             | 869.70   | สุโขทัย    | 963.63   | ชัยนาท     | 1,270.44 | ชัยนาท      | 1,374.78 | สิงห์บุรี  | 1,344.02 | ระนอง      | 1,355.02 | ปราจีนบุรี | 1,408.70 |
| สุโขทัย                                                | 898.06   | ระนอง      | 985.46   | ฉะเชิงเทรา | 1,279.14 | ร้อยเอ็ด    | 1,401.89 | นครพนม     | 1,348.18 | สตูล       | 1,378.57 | อุดรฯ      | 1,418.29 |
| เพชรบุรี                                               | 932.56   | ชัยนาท     | 1,022.42 | อ่างทอง    | 1,285.32 | ปทุมธานี    | 1,409.56 | พิจิตร     | 1,350.94 | ตราด       | 1,383.67 | สตูล       | 1,435.92 |
| ราชบุรี                                                | 937.55   | พัทลุง     | 1,061.39 | ชัยภูมิ    | 1,305.03 | สมุทรสาคร   | 1,421.84 | กาญจนบุรี  | 1,367.20 | ชัยนาท     | 1,390.57 | อ่างทอง    | 1,466.08 |
| พะเยา                                                  | 977.76   | อ่างทอง    | 1,065.95 | กระบี่     | 1,310.76 | นครพนม      | 1,428.68 | อุทัยธานี  | 1,376.53 | นราธิวาส   | 1,404.54 | ฉะเชิงเทรา | 1,467.93 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2553 จากตาราง 10 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคกลางคือ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 3,140.64 และ 3,594.87 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2554-2558 คือจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,638.58, 3,556.21, 4,206.32, 3,889.25 และ 4,154.36 บาท ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ได้รับการงบประมาณต่อหัวต่ำสุดในกลุ่มภาคกลาง ในปีงบประมาณ 2552-2554 คือ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 741.66, 732.03 และ 1,067.39 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2555-2557 คือ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,141.52, 1,183.82 และ 1,126.27 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2558 คือ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 1,214.92 บาท

ตาราง 10 จังหวัดที่ได้รับการงบประมาณต่อหัวเรียงจากสูงสูดไปต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคกลาง

| จังหวัดที่ได้รับการงบประมาณต่อหัวสูงสุดไปต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |             |          |             |          |             |          |             |          |             |          |             |          |
|----------------------------------------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|
| 2552                                                           |          | 2553        |          | 2554        |          | 2555        |          | 2556        |          | 2557        |          | 2558        |          |
| จังหวัด                                                        | บาท      | จังหวัด     | บาท      | จังหวัด     | บาท      | จังหวัด     | บาท      | จังหวัด     | บาท      | จังหวัด     | บาท      | จังหวัด     | บาท      |
| นนทบุรี                                                        | 3,140.64 | นนทบุรี     | 3,594.87 | กรุงเทพฯ    | 3,638.58 | กรุงเทพฯ    | 3,556.21 | กรุงเทพฯ    | 4,206.32 | กรุงเทพฯ    | 3,889.25 | กรุงเทพฯ    | 4,154.36 |
| กรุงเทพฯ                                                       | 2,945.31 | กรุงเทพฯ    | 2,882.50 | นนทบุรี     | 3,119.63 | นนทบุรี     | 2,454.30 | นนทบุรี     | 2,776.38 | นนทบุรี     | 2,662.29 | นนทบุรี     | 3,988.60 |
| สมุทรสาคร                                                      | 1,702.23 | สมุทรสาคร   | 1,788.63 | สมุทรสาคร   | 2,346.58 | สมุทรสาคร   | 2,238.51 | สมุทรสาคร   | 2,367.45 | สมุทรสาคร   | 2,648.81 | สมุทรสาคร   | 2,341.04 |
| สุพรรณบุรี                                                     | 1,371.50 | สุพรรณบุรี  | 1,472.51 | ลพบุรี      | 1,792.89 | สุพรรณบุรี  | 1,852.74 | สุพรรณบุรี  | 2,009.64 | ประจวบฯ     | 1,941.50 | ประจวบฯ     | 2,046.16 |
| นครปฐม                                                         | 1,307.58 | ปทุมธานี    | 1,270.29 | ประจวบฯ     | 1,714.22 | ลพบุรี      | 1,788.62 | สระบุรี     | 1,891.20 | สุพรรณบุรี  | 1,762.50 | สมุทรปราการ | 1,882.39 |
| ประจวบคีรีขันธ์                                                | 1,201.18 | ลพบุรี      | 1,250.12 | สุพรรณบุรี  | 1,696.73 | ประจวบฯ     | 1,778.90 | นครปฐม      | 1,674.12 | สระบุรี     | 1,709.67 | ขอนแก่น     | 1,870.48 |
| ลพบุรี                                                         | 1,164.81 | สระบุรี     | 1,206.03 | กาญจนบุรี   | 1,605.33 | สระบุรี     | 1,735.60 | ลพบุรี      | 1,629.28 | สมุทรปราการ | 1,696.01 | นครปฐม      | 1,839.30 |
| สมุทรปราการ                                                    | 1,154.79 | นครปฐม      | 1,130.07 | นครปฐม      | 1,589.22 | สิงห์บุรี   | 1,662.17 | อยุธยา      | 1,566.11 | นครปฐม      | 1,659.07 | ปทุมธานี    | 1,748.24 |
| สิงห์บุรี                                                      | 1,132.60 | อยุธยา      | 1,127.02 | ปทุมธานี    | 1,476.18 | กาญจนบุรี   | 1,618.88 | ราชบุรี     | 1,522.54 | ลพบุรี      | 1,573.96 | สุพรรณบุรี  | 1,716.16 |
| ปทุมธานี                                                       | 1,128.78 | สมุทรปราการ | 1,112.66 | สระบุรี     | 1,463.89 | นครปฐม      | 1,614.16 | ประจวบฯ     | 1,519.68 | อยุธยา      | 1,559.71 | ราชบุรี     | 1,709.14 |
| กาญจนบุรี                                                      | 1,104.28 | ประจวบฯ     | 1,112.46 | สมุทรปราการ | 1,434.41 | อยุธยา      | 1,590.42 | สมุทรปราการ | 1,497.06 | อ่างทอง     | 1,513.02 | สระบุรี     | 1,684.91 |
| อ่างทอง                                                        | 1,028.75 | ราชบุรี     | 1,112.20 | ราชบุรี     | 1,430.74 | ราชบุรี     | 1,569.22 | ปทุมธานี    | 1,487.50 | ปทุมธานี    | 1,491.14 | กาญจนบุรี   | 1,559.20 |
| อยุธยา                                                         | 993.51   | กาญจนบุรี   | 1,094.65 | อยุธยา      | 1,422.85 | อ่างทอง     | 1,504.73 | ขอนแก่น     | 1,473.27 | กาญจนบุรี   | 1,433.88 | ลพบุรี      | 1,530.85 |
| สระบุรี                                                        | 992.10   | อ่างทอง     | 1,065.95 | อ่างทอง     | 1,285.32 | สมุทรสงคราม | 1,468.37 | อ่างทอง     | 1,433.65 | ราชบุรี     | 1,421.84 | สิงห์บุรี   | 1,517.86 |
| ราชบุรี                                                        | 937.55   | ขอนแก่น     | 1,022.42 | ขอนแก่น     | 1,270.44 | สมุทรปราการ | 1,421.84 | สมุทรสงคราม | 1,388.79 | ขอนแก่น     | 1,390.57 | อ่างทอง     | 1,466.08 |
| เพชรบุรี                                                       | 932.56   | เพชรบุรี    | 967.36   | สิงห์บุรี   | 1,257.79 | ปทุมธานี    | 1,409.56 | กาญจนบุรี   | 1,367.20 | สิงห์บุรี   | 1,337.52 | อยุธยา      | 1,418.29 |
| ขอนแก่น                                                        | 847.39   | สิงห์บุรี   | 809.95   | เพชรบุรี    | 1,182.40 | ขอนแก่น     | 1,374.78 | สิงห์บุรี   | 1,344.02 | สมุทรสงคราม | 1,290.21 | เพชรบุรี    | 1,343.60 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2558 จากตาราง 11 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ  
 กระจายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ คือจังหวัดสงขลา จำนวน  
 1,637.62, 1,707.27, 2,184.83, 2,339.81, 2,330.21, 2,607.38 และ 2,598.91 บาท ตามลำดับ  
 ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณกระจายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มภาคใต้  
 ปีงบประมาณ 2552-2554 คือ จังหวัดระนอง จำนวน 724.04, 985.46 และ 1,207.17 บาท  
 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2555 คือ จังหวัดกระบี่ จำนวน 1,348.24 บาท ปีงบประมาณ 2556 คือ  
 จังหวัดระนอง จำนวน 1,213.73 บาท ปีงบประมาณ 2557 คือ จังหวัดพังงา จำนวน 1,322.18  
 บาท ปีงบประมาณ 2558 คือ จังหวัดพัทลุง จำนวน 1,259.39 บาท

ตาราง 11 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคใต้

| จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดไปต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |               |          |               |          |               |          |               |          |               |           |               |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|-----------|---------------|----------|
| 2552                                                        |          | 2553          |          | 2554          |          | 2555          |          | 2556          |          | 2557          |           | 2558          |          |
| จังหวัด                                                     | งบฯ      | จังหวัด       | งบฯ      | จังหวัด       | งบฯ      | จังหวัด       | งบฯ      | จังหวัด       | งบฯ      | จังหวัด       | งบฯ       | จังหวัด       | งบฯ      |
| สงขลา                                                       | 1,637.62 | สงขลา         | 1,707.27 | สงขลา         | 2,184.83 | สงขลา         | 2,339.81 | สงขลา         | 2,330.21 | สงขลา         | 2,607.378 | สงขลา         | 2,598.91 |
| ยะลา                                                        | 1,570.18 | สุราษฎร์ธานี  | 1,635.11 | สุราษฎร์ธานี  | 2,025.04 | สุราษฎร์ธานี  | 2,016.67 | ยะลา          | 1,960.35 | สุราษฎร์ธานี  | 2,402.781 | สุราษฎร์ธานี  | 2,222.67 |
| สุราษฎร์ธานี                                                | 1,516.17 | ยะลา          | 1,521.15 | พังงา         | 1,783.67 | ภูเก็ต        | 1,752.74 | สุราษฎร์ธานี  | 1,934.91 | ยะลา          | 2,120.391 | ยะลา          | 2,117.47 |
| นครศรีธรรมราช                                               | 1,264.64 | ปัตตานี       | 1,345.54 | ยะลา          | 1,732.69 | ยะลา          | 1,736.86 | ตรัง          | 1,750.53 | ตรัง          | 1,932.281 | ภูเก็ต        | 1,979.19 |
| นราธิวาส                                                    | 1,249.03 | นราธิวาส      | 1,247.28 | พัทลุง        | 1,649.65 | พังงา         | 1,678.27 | ภูเก็ต        | 1,720.90 | นราธิวาส      | 1,734.997 | ปัตตานี       | 1,799.16 |
| ปัตตานี                                                     | 1,245.45 | ตรัง          | 1,243.65 | ภูเก็ต        | 1,595.03 | พัทลุง        | 1,643.76 | นครศรีธรรมราช | 1,614.78 | ภูเก็ต        | 1,721.073 | นราธิวาส      | 1,736.63 |
| ตรัง                                                        | 1,197.22 | ภูเก็ต        | 1,235.66 | ชุมพร         | 1,556.03 | ชุมพร         | 1,600.79 | ชุมพร         | 1,586.23 | พัทลุง        | 1,694.748 | ตรัง          | 1,707.55 |
| ชุมพร                                                       | 1,168.44 | พังงา         | 1,204.74 | ตรัง          | 1,534.93 | ตรัง          | 1,578.97 | พังงา         | 1,583.13 | กระบี่        | 1,670.203 | นครศรีธรรมราช | 1,671.04 |
| ภูเก็ต                                                      | 1,157.64 | นครศรีธรรมราช | 1,189.44 | ปัตตานี       | 1,471.15 | นราธิวาส      | 1,515.61 | นราธิวาส      | 1,573.29 | นครศรีธรรมราช | 1,614.186 | พังงา         | 1,620.05 |
| สตูล                                                        | 1,111.07 | ชุมพร         | 1,141.53 | นราธิวาส      | 1,460.94 | สตูล          | 1,502.29 | ปัตตานี       | 1,557.33 | ชุมพร         | 1,587.887 | ชุมพร         | 1,527.99 |
| กระบี่                                                      | 1,108.68 | กระบี่        | 1,093.03 | สตูล          | 1,356.82 | ปัตตานี       | 1,470.70 | พัทลุง        | 1,471.93 | ปัตตานี       | 1,488.15  | กระบี่        | 1,518.28 |
| พัทลุง                                                      | 1,002.30 | สตูล          | 1,083.86 | นครศรีธรรมราช | 1,341.39 | ระนอง         | 1,453.58 | กระบี่        | 1,396.64 | สตูล          | 1,378.572 | สตูล          | 1,435.92 |
| พังงา                                                       | 828.68   | พัทลุง        | 1,061.39 | กระบี่        | 1,310.76 | นครศรีธรรมราช | 1,354.02 | สตูล          | 1,388.32 | ระนอง         | 1,355.019 | ระนอง         | 1,284.62 |
| ระนอง                                                       | 724.04   | ระนอง         | 985.46   | ระนอง         | 1,207.17 | กระบี่        | 1,348.24 | ระนอง         | 1,213.73 | พังงา         | 1,322.177 | พัทลุง        | 1,259.39 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2553 จากตาราง 12 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ  
 กระจายต่อหัวด้านสุขภาพในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก คือจังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,370.46 และ

1,449.71 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2554-2555 คือจังหวัดระยอง จำนวน 2,108.26 บาท และ 2,155.58 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2556-2558 คือจังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,890.93, 2,006.11 และ 2,136.95 บาท ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก ปีงบประมาณ 2552-2553 คือ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 869.70 และ 936.64 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2554 คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 1,279.14 บาท ปีงบประมาณ 2555 คือ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 1,471.62 บาท ปีงบประมาณ 2556 คือ จังหวัดนครนายก จำนวน 1,389.43 บาท ปีงบประมาณ 2557 คือ จังหวัดตราด จำนวน 1,383.67 บาท ปีงบประมาณ 2558 คือ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 1,408.70 บาท

ตาราง 12 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มภาคตะวันออก

| จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดไปต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |            |          |            |          |            |          |            |          |            |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| 2552                                                        |          | 2553       |          | 2554       |          | 2555       |          | 2556       |          | 2557       |          |
| จังหวัด                                                     | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      |
| จันทบุรี                                                    | 1,370.46 | จันทบุรี   | 1,449.71 | ระยอง      | 2,108.26 | ระยอง      | 2,155.58 | จันทบุรี   | 1,890.93 | จันทบุรี   | 2,006.11 |
| ระยอง                                                       | 1,309.77 | นครนายก    | 1,368.85 | จันทบุรี   | 1,741.58 | นครนายก    | 1,888.53 | ระยอง      | 1,878.03 | ชลบุรี     | 1,856.99 |
| นครนายก                                                     | 1,246.97 | สระแก้ว    | 1,248.38 | นครนายก    | 1,726.69 | จันทบุรี   | 1,761.32 | ตราด       | 1,820.09 | นครนายก    | 1,740.65 |
| ชลบุรี                                                      | 1,212.81 | ชลบุรี     | 1,228.93 | ชลบุรี     | 1,665.34 | ชลบุรี     | 1,701.41 | ชลบุรี     | 1,778.25 | ปราจีนบุรี | 1,733.54 |
| สระแก้ว                                                     | 1,210.39 | ระยอง      | 1,217.30 | สระแก้ว    | 1,514.89 | ตราด       | 1,625.42 | ปราจีนบุรี | 1,702.22 | ระยอง      | 1,624.23 |
| ตราด                                                        | 997.83   | ฉะเชิงเทรา | 1,118.87 | ตราด       | 1,411.62 | สระแก้ว    | 1,555.30 | ฉะเชิงเทรา | 1,520.68 | สระแก้ว    | 1,579.63 |
| ฉะเชิงเทรา                                                  | 981.60   | ตราด       | 1,076.02 | ปราจีนบุรี | 1,385.43 | ฉะเชิงเทรา | 1,538.73 | สระแก้ว    | 1,465.42 | ฉะเชิงเทรา | 1,514.82 |
| ปราจีนบุรี                                                  | 869.70   | ปราจีนบุรี | 936.64   | ฉะเชิงเทรา | 1,279.14 | ปราจีนบุรี | 1,471.62 | นครนายก    | 1,389.43 | ตราด       | 1,383.67 |
|                                                             |          |            |          |            |          |            |          |            |          | ปราจีนบุรี | 1,408.70 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2558 จากตาราง 13 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,883.75, 2,037.17, 2,514.06, 2,444.77, 2,640.18, 2,656.28 และ 2,818.55 บาท ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่ม

จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปีงบประมาณ 2552-2553 คือจังหวัดหนองคาย จำนวน 763.69 และ 893.70 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2554-2556 คือจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,305.03, 1,289.88 และ 1,326.29 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2557 คือจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,404.54 บาท ปีงบประมาณ 2558 คือจังหวัดนครพนม จำนวน 1,528.49 บาท

ตาราง 13 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

| จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดไปต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |             |          |             |          |             |          |             |          |             |          |             |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|
| 2552                                                        |          | 2553        |          | 2554        |          | 2555        |          | 2556        |          | 2557        |          | 2558        |          |
| จังหวัด                                                     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      | จังหวัด     | งบฯ      |
| ขอนแก่น                                                     | 1,883.75 | ขอนแก่น     | 2,037.17 | ขอนแก่น     | 2,514.06 | ขอนแก่น     | 2,444.77 | ขอนแก่น     | 2,640.18 | ขอนแก่น     | 2,656.28 | ขอนแก่น     | 2,818.55 |
| อุดรธานี                                                    | 1,693.41 | อุดรธานี    | 1,693.53 | อุดรธานี    | 2,067.50 | อุดรธานี    | 2,154.84 | อุดรธานี    | 2,209.01 | อุดรธานี    | 2,325.89 | อุดรธานี    | 2,403.50 |
| นครราชสีมา                                                  | 1,413.88 | อุดรธานี    | 1,513.47 | เลย         | 1,757.03 | นครราชสีมา  | 1,847.44 | นครราชสีมา  | 1,771.77 | นครราชสีมา  | 1,954.25 | นครราชสีมา  | 2,084.12 |
| อุดรธานี                                                    | 1,347.28 | นครราชสีมา  | 1,465.82 | หนองคาย     | 1,755.31 | เลย         | 1,714.05 | เลย         | 1,699.01 | เลย         | 1,831.47 | อุดรธานี    | 2,023.25 |
| เลย                                                         | 1,300.57 | สุรินทร์    | 1,428.93 | อุดรธานี    | 1,729.70 | หนองคาย     | 1,711.56 | อุดรธานี    | 1,624.79 | อุดรธานี    | 1,828.78 | มหาสารคาม   | 2,001.39 |
| ศรีสะเกษ                                                    | 1,282.18 | บุรีรัมย์   | 1,400.51 | นครราชสีมา  | 1,725.15 | อุดรธานี    | 1,675.02 | สกลนคร      | 1,594.83 | สกลนคร      | 1,781.37 | สุรินทร์    | 1,905.50 |
| กาฬสินธุ์                                                   | 1,260.47 | เลย         | 1,390.80 | อำนาจเจริญ  | 1,613.52 | อำนาจเจริญ  | 1,593.73 | บุรีรัมย์   | 1,546.76 | บุรีรัมย์   | 1,710.03 | สกลนคร      | 1,871.54 |
| บุรีรัมย์                                                   | 1,256.65 | กาฬสินธุ์   | 1,376.76 | สกลนคร      | 1,557.54 | สกลนคร      | 1,592.16 | ศรีสะเกษ    | 1,539.97 | สุรินทร์    | 1,708.66 | ชัยภูมิ     | 1,852.70 |
| สุรินทร์                                                    | 1,216.02 | ยโสธร       | 1,362.08 | ศรีสะเกษ    | 1,525.73 | มหาสารคาม   | 1,566.76 | มหาสารคาม   | 1,532.21 | ร้อยเอ็ด    | 1,707.06 | บุรีรัมย์   | 1,829.68 |
| มหาสารคาม                                                   | 1,191.02 | หนองบัวลำภู | 1,293.61 | ยโสธร       | 1,523.38 | ศรีสะเกษ    | 1,555.36 | หนองคาย     | 1,507.71 | หนองคาย     | 1,681.56 | เลย         | 1,814.60 |
| อำนาจเจริญ                                                  | 1,183.01 | ศรีสะเกษ    | 1,273.81 | มหาสารคาม   | 1,514.15 | บุรีรัมย์   | 1,529.69 | กาฬสินธุ์   | 1,502.89 | ชัยภูมิ     | 1,665.64 | หนองคาย     | 1,800.62 |
| ร้อยเอ็ด                                                    | 1,176.77 | อำนาจเจริญ  | 1,264.24 | หนองบัวลำภู | 1,503.06 | สุรินทร์    | 1,493.92 | ร้อยเอ็ด    | 1,487.63 | ยโสธร       | 1,656.43 | กาฬสินธุ์   | 1,760.97 |
| ยโสธร                                                       | 1,161.41 | ร้อยเอ็ด    | 1,249.46 | บุรีรัมย์   | 1,482.79 | หนองบัวลำภู | 1,481.12 | สุรินทร์    | 1,481.21 | ศรีสะเกษ    | 1,626.93 | ร้อยเอ็ด    | 1,696.96 |
| หนองบัวลำภู                                                 | 1,119.26 | มหาสารคาม   | 1,219.78 | กาฬสินธุ์   | 1,451.38 | มหาสารคาม   | 1,472.22 | อำนาจเจริญ  | 1,458.58 | กาฬสินธุ์   | 1,568.51 | มหาสารคาม   | 1,692.77 |
| สกลนคร                                                      | 1,114.51 | ชัยภูมิ     | 1,206.62 | สุรินทร์    | 1,421.85 | ยโสธร       | 1,470.30 | หนองบัวลำภู | 1,409.22 | อำนาจเจริญ  | 1,554.82 | ยโสธร       | 1,685.25 |
| มหาสารคาม                                                   | 1,108.29 | สกลนคร      | 1,201.77 | ร้อยเอ็ด    | 1,420.34 | กาฬสินธุ์   | 1,461.09 | ยโสธร       | 1,396.90 | หนองบัวลำภู | 1,543.59 | ศรีสะเกษ    | 1,588.34 |
| ชัยภูมิ                                                     | 1,090.39 | นครพนม      | 1,124.56 | นครพนม      | 1,384.74 | นครพนม      | 1,428.68 | นครพนม      | 1,348.18 | มหาสารคาม   | 1,487.20 | หนองบัวลำภู | 1,561.97 |
| นครพนม                                                      | 1,008.08 | มหาสารคาม   | 1,082.22 | มหาสารคาม   | 1,358.43 | ร้อยเอ็ด    | 1,401.89 | มหาสารคาม   | 1,341.71 | นครพนม      | 1,434.58 | อำนาจเจริญ  | 1,531.39 |
| หนองคาย                                                     | 763.69   | หนองคาย     | 893.70   | ชัยภูมิ     | 1,305.03 | ชัยภูมิ     | 1,289.88 | ชัยภูมิ     | 1,326.29 | มหาสารคาม   | 1,404.54 | นครพนม      | 1,528.49 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

ปีงบประมาณ 2552-2557 จากตาราง 14 จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ คือจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,833.33, 1,943.82, 2,781.51, 2,604.98, 2,500.68 และ 2,728.99 บาท ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2558 คือจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2,584.65 บาท ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ ปีงบประมาณ 2552-2558 คือจังหวัดสุโขทัย จำนวน 898.06, 963.63, 1,227.43, 1,206.48, 1,137.65, 1,342.00 และ 1,382.44 บาท ตามลำดับ

ตาราง 14 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดและต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ

| จังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงสุดไปต่ำสุดในแต่ละปี (บาท) |          |            |          |            |          |            |          |            |          |            |          |            |          |
|-------------------------------------------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
| 2552                                                        |          | 2553       |          | 2554       |          | 2555       |          | 2556       |          | 2557       |          | 2558       |          |
| จังหวัด                                                     | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      | จังหวัด    | งบฯ      |
| เชียงใหม่                                                   | 1,833.33 | เชียงใหม่  | 1,943.82 | เชียงใหม่  | 2,781.51 | เชียงใหม่  | 2,604.98 | เชียงใหม่  | 2,500.68 | เชียงใหม่  | 2,728.99 | พิษณุโลก   | 2,584.65 |
| แม่ฮ่องสอน                                                  | 1,535.46 | พิษณุโลก   | 1,694.52 | แม่ฮ่องสอน | 2,103.46 | แม่ฮ่องสอน | 2,054.56 | พิษณุโลก   | 2,340.55 | พิษณุโลก   | 2,302.45 | เชียงใหม่  | 2,457.20 |
| น่าน                                                        | 1,498.82 | ลำปาง      | 1,475.98 | น่าน       | 2,023.63 | พิษณุโลก   | 1,935.45 | ลำปาง      | 1,933.30 | แม่ฮ่องสอน | 2,137.13 | ลำปาง      | 2,247.57 |
| ลำปาง                                                       | 1,478.57 | แม่ฮ่องสอน | 1,447.37 | พิษณุโลก   | 2,004.53 | น่าน       | 1,879.74 | อำนาจ      | 1,822.41 | ลำปาง      | 2,067.49 | อุดรธานี   | 2,138.96 |
| พิษณุโลก                                                    | 1,362.80 | น่าน       | 1,440.29 | ลำปาง      | 1,904.28 | อุดรธานี   | 1,870.69 | แม่ฮ่องสอน | 1,819.38 | น่าน       | 1,956.49 | นครสวรรค์  | 2,052.67 |
| อุดรธานี                                                    | 1,304.66 | เชียงราย   | 1,437.94 | เชียงราย   | 1,784.11 | ลำปาง      | 1,858.32 | อุดรธานี   | 1,784.79 | เชียงราย   | 1,832.72 | แม่ฮ่องสอน | 1,922.00 |
| นครสวรรค์                                                   | 1,223.98 | อุดรธานี   | 1,407.50 | อุดรธานี   | 1,739.58 | ตาก        | 1,785.97 | เชียงราย   | 1,664.38 | อำนาจ      | 1,784.46 | น่าน       | 1,881.52 |
| เชียงราย                                                    | 1,213.99 | นครสวรรค์  | 1,351.33 | นครสวรรค์  | 1,739.56 | เชียงราย   | 1,774.92 | น่าน       | 1,622.42 | อุดรธานี   | 1,766.75 | สุโขทัย    | 1,835.85 |
| แพร่                                                        | 1,159.61 | กำแพงเพชร  | 1,314.03 | กำแพงเพชร  | 1,652.65 | กำแพงเพชร  | 1,754.22 | กำแพงเพชร  | 1,561.41 | นครสวรรค์  | 1,762.02 | เชียงราย   | 1,812.31 |
| อำนาจ                                                       | 1,152.09 | อำนาจ      | 1,299.54 | ตาก        | 1,630.03 | นครสวรรค์  | 1,652.08 | นครสวรรค์  | 1,557.15 | กำแพงเพชร  | 1,712.24 | พะเยา      | 1,740.70 |
| พิจิตร                                                      | 1,136.14 | พิจิตร     | 1,227.88 | อำนาจ      | 1,628.49 | อำนาจ      | 1,614.64 | แพร่       | 1,520.61 | แพร่       | 1,698.83 | อำนาจ      | 1,714.64 |
| กำแพงเพชร                                                   | 1,109.16 | ตาก        | 1,213.03 | สุโขทัย    | 1,539.30 | แพร่       | 1,543.83 | ตาก        | 1,490.62 | เพชรบูรณ์  | 1,593.83 | กำแพงเพชร  | 1,705.00 |
| ตาก                                                         | 1,101.52 | เพชรบูรณ์  | 1,169.61 | พะเยา      | 1,533.22 | สุโขทัย    | 1,530.49 | เพชรบูรณ์  | 1,468.64 | ตาก        | 1,569.38 | พิจิตร     | 1,677.01 |
| เพชรบูรณ์                                                   | 1,043.02 | สุโขทัย    | 1,169.42 | แพร่       | 1,517.87 | พะเยา      | 1,518.28 | พะเยา      | 1,387.70 | พะเยา      | 1,493.70 | ตาก        | 1,671.13 |
| สุโขทัย                                                     | 992.39   | พะเยา      | 1,152.32 | พิจิตร     | 1,500.91 | พิจิตร     | 1,477.56 | สุโขทัย    | 1,376.53 | พิจิตร     | 1,490.00 | แพร่       | 1,642.34 |
| พะเยา                                                       | 977.76   | แพร่       | 1,095.04 | เพชรบูรณ์  | 1,400.04 | เพชรบูรณ์  | 1,441.22 | พิจิตร     | 1,350.94 | สุโขทัย    | 1,468.75 | เพชรบูรณ์  | 1,604.66 |
| สุโขทัย                                                     | 898.06   | สุโขทัย    | 963.63   | สุโขทัย    | 1,227.43 | สุโขทัย    | 1,206.48 | สุโขทัย    | 1,137.65 | สุโขทัย    | 1,342.00 | สุโขทัย    | 1,382.44 |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ พบว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพที่แต่ละกลุ่มจังหวัดได้รับมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มภาคกลางที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงกับกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำ เช่น จังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี เพียงสองจังหวัดก็ไ้งบประมาณต่อหัวสูงกว่าจังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำสุดถึง 2-3 เท่า เช่น จังหวัดหนองคาย และจังหวัดสมุทรสงคราม จากเหตุผลดังกล่าวแสดงถึงความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัด นำไปสู่การวิเคราะห์ความแตกต่างที่เกิดขึ้นว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพที่มาจากสองแหล่งที่มาของงบประมาณ อันประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มีความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัดและในกลุ่มจังหวัดหรือไม่

## 2) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัวเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจังหวัด ใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบตามวิธีการของ Frick และคนอื่น ๆ (2006) ผลการวิเคราะห์แสดงในตาราง 15 สรุปได้ว่า สัมประสิทธิ์จีไนของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเท่ากับ 0.1442 ซึ่งสอดคล้องกับงาน ดิเรก ปัทม สิริ วัฒน และพิชิต รัชต์ พิบูล ภพ (2016) ที่ได้ทำการวิเคราะห์งบประมาณรายได้และรายจ่ายของกรุงเทพมหานครทั้งหมด 55 เขต พบว่า ค่าความเหลื่อมล้ำของงบประมาณทางด้านรายได้มีค่าเท่ากับ 0.4 ค่าความเหลื่อมล้ำของงบประมาณทางด้านรายจ่ายมีค่าเท่ากับ 0.04 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการวิจัย ของกานต์ จันทวิทย์ยานุชิต ที่ได้วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดของประเทศไทย พบว่า ค่าความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดมีค่าเท่ากับ 0.08 มีถือว่าเป็น “ความเหลื่อมล้ำระดับต่ำ” สัมประสิทธิ์จีไนภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.1440 (ภาพประกอบ 12) คิดเป็นร้อยละ 99.90 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีไนระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.0002 คิดเป็นร้อยละ 0.10 จะเห็นว่าความเหลื่อมล้ำภายในกลุ่มจังหวัดมีค่าสูงพอสมควร แต่ละจังหวัดก็มีความแตกต่างทางการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายค่อนข้างมากซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นดัชนีความก้าวหน้าของคน จำนวนประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวรายจังหวัด เป็นต้น (สำนักงานประมาณของรัฐบาล, 2560)

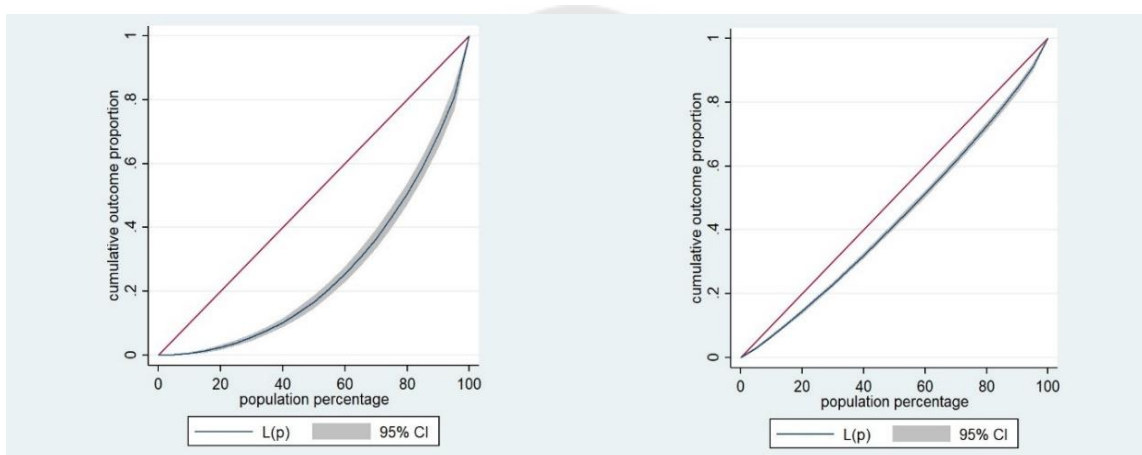
นอกจากนี้ ยังพบว่า เมื่อแยกงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่มจากแหล่งที่มาของงบประมาณ คือ รายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจังหวัด สรุปได้ว่า สัมประสิทธิ์จีนี้ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเท่ากับ 0.476 (ภาพประกอบ 11) ถือว่าเป็น “ความเหลื่อมล้ำระดับสูง” สัมประสิทธิ์จีนี้ภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.455 คิดเป็นร้อยละ 95.54 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีนี้ระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.021 คิดเป็นร้อยละ 4.46 ส่วนผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพจากงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจังหวัด สรุปได้ว่า สัมประสิทธิ์จีนี้ของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสาธารณสุขเท่ากับ 0.128 (ภาพประกอบ 11) ถือว่าเป็น “ความเหลื่อมล้ำระดับต่ำ” สัมประสิทธิ์จีนี้ภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.125 คิดเป็นร้อยละ 97.95 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีนี้ระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.003 คิดเป็นร้อยละ 2.05 จะเห็นได้ว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากงบประมาณรายจ่ายจากกระทรวงสาธารณสุขลงไปที่จังหวัดนั้นเป็นรายจ่ายเชิงภารกิจ (Function-based) ในการจัดทำงบประมาณรายจ่ายเชิงภารกิจของหน่วยงานภาครัฐ กำหนดแนวทางเอาไว้ให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจัดทำแผนการปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานงบประมาณกำหนดโดยส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจะจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณตามผลผลิตและโครงการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการให้บริการของกระทรวง/กรมหรือแผนงานในเชิงบูรณาการ (ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจหลายๆหน่วยงานจากกระทรวง/กรมต่างๆ จัดทำร่วมกัน) เป็นหลักโดยกำหนดค่าหรือเกณฑ์การวัดของตัวชี้วัดผลสำเร็จตามแต่ละผลผลิตและโครงการที่กำหนดไว้ทั้งนี้ในการกำหนดผลผลิตและโครงการต่างๆ ของส่วนราชการนอกเหนือจากรายจ่ายประจำนั้นส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจจะพิจารณาเหตุผลความจำเป็นประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการของประชาชนและประเด็นการพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของแต่ละกระทรวง/กรมหรือแผนงานในเชิงบูรณาการให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินโยบายของรัฐบาลและแผนบริหารราชการแผ่นดินจากนั้นจึงส่งให้สำนักงานงบประมาณพิจารณา ซึ่งไม่ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเหมือนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จ่ายรายหัว ดังนั้นจึงมีความแตกต่างกันในการจัดสรรและวัตถุประสงค์ของแต่ละ

ประเภท และจำนวนเงินที่เข้าถึงพื้นที่เพื่อก่อให้เกิดการจัดการบริการสาธารณะให้ประชาชนในพื้นที่

ตาราง 15 สัมประสิทธิ์จีนิ (Gini Coefficient) ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ แยกตามแหล่งที่มา แบ่งเป็น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมจำแนกเป็นภายในและระหว่างกลุ่มจังหวัด

|                   | กระทรวงสาธารณสุข |        | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |        | งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวม |        |
|-------------------|------------------|--------|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
|                   | ค่าสัมประสิทธิ์  | ร้อยละ | ค่าสัมประสิทธิ์                  | ร้อยละ | ค่าสัมประสิทธิ์              | ร้อยละ |
| สัมประสิทธิ์จีนิ  |                  |        |                                  |        |                              |        |
| ภาพรวม            | 0.475794         | 100.00 | 0.127543                         | 100.00 | 0.1442507                    | 100.00 |
| สัมประสิทธิ์จีนิ  |                  |        |                                  |        |                              |        |
| วัดภายในกลุ่ม     | 0.454562         | 95.54  | 0.124923                         | 97.95  | 0.1440995                    | 99.90  |
| สัมประสิทธิ์จีนิ  |                  |        |                                  |        |                              |        |
| ระหว่างกลุ่ม      | 0.021232         | 4.46   | 0.00262                          | 2.05   | 0.0001512                    | 0.10   |
| จำนวนตัวอย่าง     | 531              |        | 531                              |        | 531                          |        |
| จำนวนกลุ่มจังหวัด | 5                |        | 5                                |        | 5                            |        |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย



(ก)

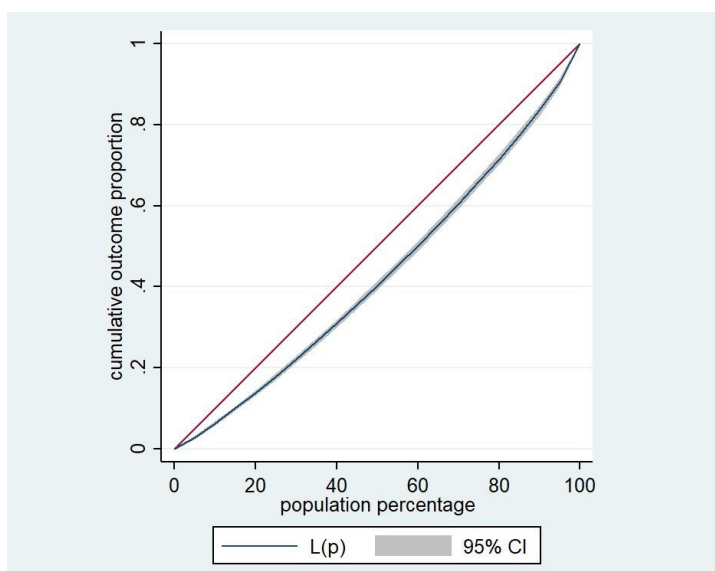
(ข)

ภาพประกอบ 11 เส้นลอเรนซ์ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของกระทรวงสาธารณสุข (ก) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ข)

ที่มา: จาก

คำนวณโดยผู้วิจัย

ก



ภาพประกอบ 12 เส้นลอเรนซ์ของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัว

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

#### 4.2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

คำถามวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนหรือไม่

**ขั้นตอนที่ 1** ตรวจสอบปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ก่อนที่จะทำการประมาณค่า เพราะถ้าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กัน อาจทำผลลัพธ์ในการวิเคราะห์ความถดถอยผิดพลาด การทดสอบปัญหา Multicollinearity โดยแยกงบประมาณตามแหล่งที่มา อันประกอบด้วย รายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานงบประมาณ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สามารถแบ่งการวิเคราะห์ได้ 2 แบบจำลอง โดยแบบจำลองแรก งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม (BG) จากตาราง 16 พบว่า ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity เพราะความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระมีค่าไม่ถึง 0.8

ตาราง 16 ผลการตรวจสอบปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม (BG)

|     | bg      | gpp     | inc     | edu    | bed |
|-----|---------|---------|---------|--------|-----|
| bg  | 1       |         |         |        |     |
| gpp | 0.2096  | 1       |         |        |     |
| inc | 0.4087  | 0.4891  | 1       |        |     |
| edu | 0.3641  | 0.4163  | 0.6337  | 1      |     |
| bed | -0.3786 | -0.3811 | -0.4436 | -0.345 | 1   |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

แบบจำลองงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแยก 4 หมวดคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการรักษา (TREC) รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริม (PROC) รายจ่ายด้านสุขภาพด้านอื่นๆ (OTHC) และรายจ่ายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (MOPHC) จากตาราง 17 พบว่า ไม่เกิดปัญหา Multicollinearity เพราะความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระมีค่าไม่ถึง 0.8

ตาราง 17 ผลการตรวจสอบปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) ของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแยก 4 หมวด

|       | trec    | proc    | othc    | mophc   | gpp     | inc     | edu    | bed |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|-----|
| trec  | 1       |         |         |         |         |         |        |     |
| proc  | 0.4446  | 1       |         |         |         |         |        |     |
| othc  | -0.1688 | 0.0142  | 1       |         |         |         |        |     |
| mophc | 0.2174  | 0.4106  | -0.0349 | 1       |         |         |        |     |
| gpp   | 0.1596  | 0.2229  | -0.0973 | 0.1816  | 1       |         |        |     |
| inc   | 0.3199  | 0.3835  | -0.0866 | 0.3157  | 0.4891  | 1       |        |     |
| edu   | 0.2645  | 0.4028  | -0.1208 | 0.3138  | 0.4163  | 0.6337  | 1      |     |
| bed   | -0.2675 | -0.2604 | -0.11   | -0.3015 | -0.3811 | -0.4436 | -0.345 | 1   |

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

**ขั้นตอนที่ 2** ตรวจสอบการทดสอบสมมติฐานเชิงเป็นเหตุเป็นผล โดยใช้ Granger causality test ขั้นตอนนี้จะทำการทดสอบว่างบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ตัวแปรควบคุม และดัชนีคุณภาพชีวิตตัวแปรใดเป็นเหตุ ตัวแปรใดเป็นผล หรือตัวแปรทั้งสองเป็นทั้งตัวแปรเหตุและตัวแปรผล

สมมติฐานคือ  $H_0$ : X ไม่เป็นสาเหตุของ Y (X does not Granger cause Y)"

$H_1$ : X เป็นสาเหตุให้ตัวแปร Y เปลี่ยนแปลง

$H_0$ : Y ไม่เป็นสาเหตุของ X (Y does not Granger cause X)"

$H_1$ : Y เป็นสาเหตุให้ตัวแปร X เปลี่ยนแปลง

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จากตาราง 18 พบว่า ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (EDU) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (ABLE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (EDU) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (GOOUT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (IP) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (UNDERW) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ร้อยละของประชากรที่พิการ (DIS) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 การเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) เป็นต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงของร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (ABLE) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 และการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) เป็นต้นเหตุของร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (GOOUT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

จากผลการทดสอบ Granger causality ข้างต้น พบว่า ตัวแปรควบคุม เป็นตัวแปรเหตุที่ส่งผลดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต โดยที่ ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (EDU) และการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) เป็นตัวกำหนดร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (ABLE) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (GOOUT) แสดงให้เห็นว่าถ้าประชากรมีระดับการศึกษาเฉลี่ยที่สูงขึ้นจะส่งผลให้สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด และตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรควบคุมด้วยเช่นกัน โดยที่ ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (IP) ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

(UNDERW) ร้อยละของประชากรที่พิการ (DIS) เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (BED) แสดงให้เห็นว่าจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด คือถ้ามีประชากรที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น รัฐบาลควรจะสนับสนุนงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อจัดหาเตียงผู้ป่วยให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชนระดับจังหวัด

ตาราง 18 ผลการทดสอบ Granger causality

| สมมติฐานหลัก                      | F statistic | P-Value |
|-----------------------------------|-------------|---------|
| ปี 2552-2558 (lag=1)              |             |         |
| BG does not Granger cause ip      | .2948       | 0.6249  |
| ip does not Granger cause BG      | .59817      | 0.4956  |
| BG does not Granger cause underw  | .18827      | 0.6937  |
| underw does not Granger cause BG  | 2.5836      | 0.2063  |
| BG does not Granger cause dis     | .47384      | 0.5407  |
| dis does not Granger cause BG     | 1.7938      | 0.2729  |
| BG does not Granger cause hs      | .02316      | 0.8887  |
| hs does not Granger cause BG      | .09342      | 0.7799  |
| BG does not Granger cause able    | 1.8396      | 0.2680  |
| able does not Granger cause BG    | .02332      | 0.8883  |
| BG does not Granger cause goout   | 2.4241      | 0.2173  |
| goout does not Granger cause BG   | .33913      | 0.6012  |
| EDU does not Granger cause ip     | .10504      | 0.7671  |
| ip does not Granger cause EDU     | 1.0896      | 0.3733  |
| EDU does not Granger cause underw | 7.1e-06     | 0.9980  |
| underw does not Granger cause EDU | 1.629       | 0.2917  |
| EDU does not Granger cause dis    | .05746      | 0.8260  |
| dis does not Granger cause EDU    | 5.4094      | 0.1025  |
| EDU does not Granger cause hs     | 3.2344      | 0.1699  |

|                                   |        |        |
|-----------------------------------|--------|--------|
| hs does not Granger cause EDU     | .04343 | 0.8483 |
| EDU does not Granger cause able   | 51.385 | 0.0056 |
| able does not Granger cause EDU   | 1.9399 | 0.2580 |
| EDU does not Granger cause goout  | 33.033 | 0.0105 |
| goout does not Granger cause EDU  | 1.3752 | 0.3256 |
| BED does not Granger cause ip     | .13064 | 0.7417 |
| ip does not Granger cause BED     | 22.976 | 0.0173 |
| BED does not Granger cause underw | 1.7346 | 0.2794 |
| underw does not Granger cause BED | 26.428 | 0.0143 |

ตาราง 18 (ต่อ)

|                                  |        |        |
|----------------------------------|--------|--------|
| BED does not Granger cause dis   | .83649 | 0.4278 |
| dis does not Granger cause BED   | 7.2503 | 0.0742 |
| BED does not Granger cause hs    | .00193 | 0.9677 |
| hs does not Granger cause BED    | 2.0774 | 0.2451 |
| BED does not Granger cause able  | 7.1455 | 0.0755 |
| able does not Granger cause BED  | .10657 | 0.7655 |
| BED does not Granger cause goout | 6.1617 | 0.0891 |
| goout does not Granger cause BED | .00898 | 0.9305 |

หมายเหตุ : อ้างอิงจำนวน lag จากแบบจำลอง vector autoregressive (VAR model)

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

**ขั้นตอนที่ 3** ประเมินค่าโดยวิธีสมการถดถอย (regression) และทดสอบ Hausman test ว่าควรใช้ Fixed Effect หรือ Random Effect ทั้งประเทศ 76 จังหวัด เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

สมมติฐานของการทดสอบ คือ

$H_0$ : No difference between estimators (ใช้ Random effect ได้)

$H_1$ :  $H_0$  is not true (ไม่ควรใช้ Random effect)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด สามารถแบ่งการวิเคราะห์ได้ 2 แบบจำลอง โดยแบบจำลองแรกคือ งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม (BG) และแบบจำลองที่สองคือ งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแยก 4 หมวดคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการรักษา (TREC) รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริม (PROC) รายจ่ายด้านสุขภาพด้านอื่นๆ (OTHC) และรายจ่ายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (MOPHC) พบว่า

แบบจำลองแรกคือ งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม (BG) ผลการวิเคราะห์การใช้แบบจำลองโดยใช้ Hausman's Specification Test ในตาราง 19 พบว่าแบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) และร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) ใช้ Fixed Effect Model เพราะค่า Prob น้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ร้อยละ 95 และร้อยละ 99 ตามลำดับ ส่วนร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่ที่ไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout) ใช้ Random Effect Model เพราะค่า Prob มากกว่า 0.05 แสดงว่า ไม่สามารถปฏิเสธ  $H_0$  ได้ เมื่อได้ผลการวิเคราะห์เพื่อเลือกใช้แบบจำลองดังกล่าวแล้ว จึงประมาณค่าเพื่อหาความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด

ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ในตาราง 19 พบว่า งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ ส่งผลต่อ ร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) และร้อยละของตัวกำหนดร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรที่พิการลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Olson, Diekema, Elliott, และ Renier (2010) ที่พบว่างบประมาณของรัฐ และรายได้มีผลต่อสุขภาพของ

ทารกในสหรัฐฯ สุขภาพของทารกแรกเกิด และทารกที่ยากจนที่สุดได้รับผลกระทบจากความมั่งคั่งสัมบูรณ์ ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วย ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 จากผลการวิจัยด้านคะแนนสุขภาพจิตของประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล (2551) สอดคล้องกับผลการศึกษา กล่าวคือประชาชนที่มีความสุขน้อยหรือได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมีสัดส่วนลดลง ยกเว้นในพื้นที่ภาคกลาง ในระดับบุคคล การศึกษาและรายได้ที่สูงขึ้น การงานที่มั่นคงโดยเฉพาะในภาครัฐ เป็นปัจจัยด้านบวกต่อความสุขของคนไทย ในขณะที่การเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือการที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้พิการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ในระดับพื้นที่พบว่าจังหวัดที่มีรายได้สูงกลับมีสัดส่วนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าจังหวัดที่มีรายได้ต่ำกว่า

จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (bed) ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (gout) กล่าวคือ ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรที่พิการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0005 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ลดลง ร้อยละ 0.0018 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วย ลดลงร้อยละ 0.0020 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยลดลง ร้อยละ 0.0054 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สอดคล้องกับงานของ Nixon และ Ulmann (2549) และ Lindaman and Thumaier (1999) พบว่า การเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ จำนวนเตียงผู้ป่วยและจำนวนแพทย์ จะมีส่วนช่วยให้การตายของทารกลดลง(เป็นอย่างมาก)แล้ว ยังช่วยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประเทศอีกด้วย

ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัว (gpp) ส่งผลต่อร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout) กล่าวคือ ถ้าผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0097 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0083 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด กล่าวคือ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปีเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0027 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

ตาราง 19 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด กรณีงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) (หน่วย: พันบาท)

| ตัวแปรอิสระ    | ตัวแปรตาม คือ ดัชนีคุณภาพชีวิต |                        |                          |                        |                          |                         |
|----------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|
|                | dis                            | ip                     | underw                   | hs                     | able                     | goout                   |
| bg             | -0.1531175<br>(-2.43)**        | 0.1402391<br>(0.90)    | -0.6926087<br>(-3.22)*** | 0.7674665<br>(1.66)*   | -0.6072932<br>(-2.79)*** | -0.5923721<br>(-0.91)   |
| gpp            | 0.0010916<br>(1.48)            | -0.0018909<br>(-1.03)  | 0.009737<br>(3.85)***    | -0.0025008<br>(-1.06)  | 0.0014041<br>(1.49)      | 0.0082591<br>(2.70)***  |
| inc            | 0.0002579<br>(0.62)            | -0.0008595<br>(-0.84)  | -0.0007758<br>(-0.55)    | 0.0002226<br>(0.07)    | 0.0027421<br>(1.76)*     | 0.0011194<br>(0.24)     |
| edu            | 0.0044834<br>(0.10)            | -0.0416434<br>(-0.39)  | 0.1214644<br>(0.83)      | -0.298035<br>(-0.99)   | 0.1543997<br>(1.11)      | 0.0910578<br>(0.22)     |
| bed            | 0.0005288<br>(1.65)*           | 0.0008126<br>(1.03)    | -0.001828<br>(-1.67)*    | 0.0012522<br>(0.76)    | -0.0020529<br>(-2.96)*** | -0.0053963<br>(-2.46)** |
| cons           | 2.044986<br>(5.46)***          | 10.65735<br>(11.50)*** | 9.448397<br>(7.39)***    | 73.55733<br>(28.18)*** | 93.47624<br>(80.12)***   | 88.01532<br>(24.63)***  |
| R <sup>2</sup> | 0.0172                         | 0.0303                 | 0.0351                   | 0.0174                 | 0.1218                   | 0.1197                  |
| Fixed          | Yes                            | Yes                    | Yes                      | No                     | No                       | No                      |
| Random         | No                             | No                     | No                       | Yes                    | Yes                      | Yes                     |
| Hausman test   | 0.0011***                      | 0.0172**               | 0.0012***                | 0.7111                 | 0.7459                   | 0.6352                  |

หมายเหตุ: () ค่า t statistics

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

แบบจำลองที่สองคือ งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแยก 4 หมวดคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการรักษา (TREC) รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริม (PROC) รายจ่ายด้านสุขภาพด้านอื่นๆ (OTHC) และรายจ่ายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (MOPHC) ผลการวิเคราะห์การใช้แบบจำลองโดยใช้ Hausman's Specification Test ในตาราง 20 พบว่า ร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) และดัชนีร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) ใช้ Fixed Effect Model เพราะค่า Prob. น้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ปฏิเสธ  $H_0$  ยอมรับ  $H_1$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ร้อยละ 99 และร้อยละ 99 ตามลำดับ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout) ใช้ Random Effect Model เพราะค่า Prob มากกว่า 0.05 แสดงว่า ไม่สามารถปฏิเสธ  $H_0$  ได้

ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ในตาราง 20 พบว่า งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (MOPHC) ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) และร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ เจตน์ ดิษฐอุดม (2557) ซึ่งพบว่า การใช้จ่ายภาครัฐด้านสาธารณสุขมีผลต่อคุณภาพชีวิตของ

ประชาชนระดับจังหวัด กล่าวคือ ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรที่พิการลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0002 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0006 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0011 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 แสดงให้เห็นว่างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของ สปสช.ด้านการรักษา (TREC) ส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้างบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ สปสช.ด้านการรักษา เพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วย ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Yiengprugsawan, Somkotra, Seubsman, และ Sleight (2011) และสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2551) โดยพบว่างบประมาณของ สปสช. หรือการใช้ประโยชน์ health care มีแนวโน้มเอื้อประโยชน์แก่คนจน โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ และสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ แสดงให้เห็นว่างบประมาณด้านการรักษาเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลต่อดัชนีคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยมีมีระบบประกันสุขภาพที่มีความคุ้มครองสุขภาพแบบครบวงจร ซึ่งเตรียมไว้ให้ประชากรส่วนใหญ่ที่มีความเสี่ยงหรือคนยากจน ระบบประกันสุขภาพของไทยมีความก้าวหน้าไปสู่ความคุ้มครองประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งช่วยส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน โดยเฉพาะการใช้บริการในสถานพยาบาลขั้นปฐมภูมิ และได้มาซึ่งความเท่าเทียมกันในระบบบริการสุขภาพของไทย

จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (bed) ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรที่พิการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0006

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยลดลง ร้อยละ 0.0020 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ประชากรเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วย ลดลง ร้อยละ 0.0054 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัว (gpp) ส่งผลต่อร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (goout) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้าผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0096 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และส่งผลให้ประชากรเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วย เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.0083 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 นอกจากนี้รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปียังส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด กล่าวคือ ถ้ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปีเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรมีการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.0027 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

ตาราง 20 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัว แยก 4 หมวดคือ รักษา (TREC) ส่งเสริม (PROC) อื่นๆ (OTHC) และกระทรวง (MOPHC) (หน่วย: พันบาท)

| ตัวแปร | dis                    | ip                    | underw                 | hs                 | able                   | goout                |
|--------|------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|
| TREC   | -1.1670051<br>(-1.55)  | -1.1167724<br>(-0.44) | -5.5915182<br>(-1.61)  | .5218984<br>(0.74) | -.6454911<br>(-1.99)** | -.9660415<br>(-0.98) |
| PROC   | .1322994<br>(0.45)     | -.8511464<br>(-1.18)  | 1.008699<br>(1.01)     | .2704438<br>(0.10) | -.6207152<br>(-0.45)   | 1.578801<br>(0.40)   |
| OTHC   | .0280464<br>(0.13)     | -.0417869<br>(-0.08)  | -1.025807<br>(-1.40)   | 1.368233<br>(0.70) | -.9886079<br>(-0.99)   | -.9297304<br>(-0.33) |
| MOPHC  | -.0001998<br>(-2.03)** | .0005843<br>(2.41)**  | -.001116<br>(-3.32)*** | .0012508<br>(1.43) | -.000522<br>(-1.18)    | -.0004877<br>(-0.39) |
| gpp    | .0011841               | -.0016125             | .0096326               | -.00242            | .0013843               | .0082647             |

|                |           |            |           |            |            |            |
|----------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
|                | (1.57)    | (-0.87)    | (3.75)*** | (-1.05)    | (1.44)     | (2.68)***  |
| inc            | .0002068  | -.0005705  | -.0011045 | .000422    | .0027328   | .0009692   |
|                | (0.50)    | (-0.56)    | (-0.78)   | (0.13)     | (1.74)*    | (0.21)     |
| edu            | -.0035826 | -.0162564  | .083422   | -.2879071  | .1506643   | .0553664   |
|                | (-0.08)   | (-0.15)    | (0.56)    | (-0.96)    | (1.06)     | (0.13)     |
| bed            | .0005608  | .0005169   | -.0015699 | .0013051   | -.0020707  | -.0054356  |
|                | (1.73)*   | (0.65)     | (-1.42)   | (0.80)     | (-2.93)*** | (-2.46)**  |
| cons           | 2.034094  | 10.90939   | 9.407683  | 73.56302   | 93.60562   | 88.37186   |
|                | (5.28)*** | (11.49)*** | (7.17)*** | (27.51)*** | (76.24)*** | (23.75)*** |
| R <sup>2</sup> | 0.0157    | 0.0295     | 0.0365    | 0.0182     | 0.1222     | 0.1203     |
| Fixed          | Yes       | Yes        | Yes       | No         | No         | No         |
| Random         | No        | No         | No        | Yes        | Yes        | Yes        |
| Hausman test   | 0.0057*** | 0.0001***  | 0.0086*** | 0.1783     | 0.9177     | 0.6961     |

หมายเหตุ: () ค่า t statistics

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับจังหวัด: กรณีศึกษา งบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด โดยข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาตามความมุ่งหมายของการวิจัยทั้ง 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยศึกษาสภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดเพื่อแสดงผลเชิงประจักษ์ว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพมีระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดมีความแตกต่างกันหรือไม่ และวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยใช้ดัชนีจีนิ (Gini Coefficient) และใช้เทคนิคแยกองค์ประกอบ (Gini Decomposition) เพื่อจำแนกความเหลื่อมล้ำ

ตามประเภทของงบประมาณ (Inequality by Budget Sources) และแสดงเส้นลอว์เรนซ์ (Lorenz Curve) เพื่ออธิบายการกระจุกตัวของงบประมาณ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS)

### สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด มีการพิจารณา ดังนี้

1) สภาพทั่วไปของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด พบว่า การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552-2558 เพิ่มขึ้นตามลำดับ มีค่าโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1,200-1,800 บาท จากค่าเฉลี่ยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีนั้น ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงที่สุด ในปีงบประมาณ 2558 คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,206.32 บาท จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำที่สุดคือจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 732.03 บาท

จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคกลางคือ จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดกรุงเทพมหานคร ส่วนจังหวัดที่รับงบประมาณต่อหัวต่ำสุดในกลุ่มภาคกลาง คือ จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ คือจังหวัดสงขลา ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มภาคใต้ คือ จังหวัดระนอง กระบี่ และพังงา จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก คือจังหวัดจันทบุรี และระยอง ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก คือ จังหวัดปราจีนบุรีและนครนายก จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดขอนแก่น ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือจังหวัดหนองคาย ชัยภูมิ มหาสารคาม และนครพนม จังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพสูงสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ คือจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนจังหวัดที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพต่ำสุดในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือ คือจังหวัดสุโขทัย จากข้อมูลดังกล่าว

ข้างต้นพบว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพที่ประชาชนแต่ละกลุ่มจังหวัดได้รับความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มภาคกลางที่ได้รับงบประมาณต่อหัวสูงกับกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำ เช่น จังหวัดกรุงเทพมหานครและนนทบุรี เพียงสองจังหวัดก็ไ้งบประมาณต่อหัวสูงกว่าจังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำสุดถึง 2-3 เท่า เช่น จังหวัดหนองคาย และจังหวัดสมุทรสงคราม แสดงถึงความแตกต่างที่เกิดขึ้นว่ามีความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัด หรือในกลุ่มจังหวัด

2) วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด พบว่า สัมประสิทธิ์จีไนของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเท่ากับ 0.1442 ถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำระดับต่ำ สัมประสิทธิ์จีไนภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.1440 คิดเป็นร้อยละ 99.90 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีไนระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.0002 คิดเป็นร้อยละ 0.10 แสดงให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำภายในกลุ่มจังหวัดมีค่าสูงพอสมควร แต่ละจังหวัดก็มีความแตกต่างทางการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายค่อนข้างมากซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นดัชนีความก้าวหน้าของคน จำนวนประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อแยกงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ แยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่จากแหล่งที่มาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจังหวัดพบว่า สัมประสิทธิ์จีไนของงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเท่ากับ 0.476 ถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำระดับสูง สัมประสิทธิ์จีไนภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.455 คิดเป็นร้อยละ 95.54 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีไนระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.021 คิดเป็นร้อยละ 4.46 ส่วนความเหลื่อมล้ำของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปรียบเทียบกับภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มจังหวัด พบว่าสัมประสิทธิ์จีไนของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสาธารณสุขเท่ากับ 0.128 ถือว่าเป็นความเหลื่อมล้ำระดับต่ำ สัมประสิทธิ์จีไนภายในกลุ่มจังหวัดนั้นมีค่าเท่ากับ 0.125 คิดเป็นร้อยละ 97.95 ขณะที่สัมประสิทธิ์จีไนระหว่างกลุ่มมีค่าเท่ากับ 0.003 คิดเป็นร้อยละ 2.05 ได้ข้อสรุปว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของทั้งสองแหล่งที่มาที่มีความแตกต่างกันในการจัดสรร และจำนวนเงินที่เข้าถึงพื้นที่ในการจัดการบริการสาธารณะให้ประชาชนในพื้นที่

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด แบบจำลองที่ 1 ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณ

รายงานต่อหัวด้านสุขภาพรวมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด พบว่า งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต และร้อยละของตัวกำหนดร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Nixon และ Ulmann (2549) และ Lindaman and Thumaier (1999) ที่พบว่าการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ จำนวนเตียงผู้ป่วยและจำนวนแพทย์ จะมีส่วนช่วยให้การตายของทารกลดลงแล้ว ยังช่วยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประเทศอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวส่งผลต่อร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบจำลองที่ 2 ความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพแยก 4 หมวดคือ รายงานด้านสุขภาพเพื่อการรักษา รายงานด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริม รายงานด้านสุขภาพด้านอื่นๆ และรายงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด พบว่า งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน และร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ เจตน์ ดิษฐ์อุดม (2018) ซึ่งพบว่าการใช้จ่ายภาครัฐด้านสาธารณสุขมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับจังหวัด แสดงให้เห็นว่างบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

งบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของ สปสช.ด้านการรักษาส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Yiengprugsawan และคนอื่น ๆ (2011) และ

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2551) โดยพบว่างบประมาณของ สปสช. หรือการใช้ประโยชน์ health care มีแนวโน้มเชื่อประโยชน์แก่คนจน แสดงให้เห็นว่างบประมาณด้านการรักษาเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ส่งผลต่อดัชนีคุณภาพชีวิตของประชาชน

จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว ส่งผลต่อร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวยังส่งผลต่อร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละของประชากรในการเดินทางไปในนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปียังส่งผลต่อร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัด และกลุ่มจังหวัดยังคงมีอยู่ ผลการวิจัยพบว่า ปีงบประมาณ 2552-2558 มีความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 0.1442 แม้ว่าระหว่างกลุ่มจังหวัดมีความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 0.0002 คิดเป็นร้อยละ 0.10 ที่ไม่ต่างกันมาก แต่ภายในกลุ่มจังหวัดมีความเหลื่อมล้ำของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 0.1440 คิดเป็นร้อยละ 99.90 กลับมีความเหลื่อมล้ำสูง เนื่องจากในกลุ่มจังหวัดมีความแตกต่างกันด้านพื้นที่ และความเติบโตทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคกลาง และจังหวัดกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก เช่น จังหวัดนครนายกและจังหวัดระยองซึ่งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เพราะจังหวัดระยองเป็นพื้นที่ศูนย์กลางทางการค้าและการลงทุน มีการกระจุกตัวของภาคอุตสาหกรรมค่อนข้างสูง ทำให้มีรายได้มากกว่าจังหวัดนครนายก และยังได้รับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศอีกด้วย

2. การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต และร้อยละของตัวกำหนดร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพควรมีการพิจารณาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นนอกจากจำนวน

ประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละจังหวัดและให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน

3. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปัญหาดังกล่าวนี้นี้ต่างเชื่อมโยงไปถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและสวัสดิการของรัฐ กล่าวคือจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวมากจะได้รับการจัดสรรงบประมาณมาก ซึ่งก็จะเป็นจังหวัดเดิมซ้ำๆ ในทุกปี ระดับการพัฒนาจึงไม่ทั่วถึงจังหวัดอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นงบประมาณที่ถูกจัดสรรเพื่อให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันมีแนวโน้มให้จังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวมากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีแนวโน้มลดบริการสาธารณสุขลงในจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวน้อย

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละจังหวัด รัฐบาลควรทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ นอกจากจัดสรรตามแผนงานและวัตถุประสงค์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และกระบวนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพระดับจังหวัด

2. การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ นอกจากให้ความสำคัญกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในจังหวัดต่างๆ กันลำดับแรกแล้ว ถ้าพิจารณาด้านสังคม คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความอยู่ดีกินดีของประชาชน นอกจากจะพิจารณาถึงรายได้ของประชาชนควรพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของครัวเรือนด้วย ก่อนที่จะพิจารณาจากรายจ่ายเพื่อรักษาการดำเนินงานของรัฐ เพราะความแตกต่างระดับจังหวัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่แสดงให้เห็นความแตกต่างด้านคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ยังไม่ครอบคลุม ยังมีตัวแปรอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น จำนวนพนักงานภาครัฐในพื้นที่ อัตราการกระจุกตัวของภาคอุตสาหกรรม เป็นต้น

2. ระยะเวลาการวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2552-2558 ช่วงระยะเวลาวิเคราะห์สั้นเกินไป ทำให้ยากต่อการประมาณค่า เพราะมีข้อจำกัดของช่วงระยะเวลา และทำให้ไม่เห็นผลการเปลี่ยนแปลงของงบประมาณที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

### ภาคผนวก

ตารางภาคผนวกที่ 1 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์จีนิของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพรวม

#### Analysis of Gini

|                                  | Coef.     | %      |
|----------------------------------|-----------|--------|
| Overall Gini                     | .1442507  | 100.00 |
| G_wo = $\sum s_i * G_i * O_i$    | .1440995  | 99.90  |
| G_b                              | .0001512  | 0.10   |
| IG = $\sum s_i * G_i$            | .1419633  | 98.41  |
| IGO = $\sum s_i * G_i (O_i - 1)$ | .0021361  | 1.48   |
| BGp = G_bp                       | .0163506  | 11.33  |
| BGO = G_b - G_bp                 | -.0161994 | -11.23 |
| Mean of bgl000                   | 1.601427  |        |
| N. of obs                        | 531       |        |
| N. of subgroups                  | 5         |        |

ตารางภาคผนวกที่ 2 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์จีนิของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

## Analysis of Gini

|                          | Coef.     | %      |
|--------------------------|-----------|--------|
| Overall Gini             | .1275427  | 100.00 |
| G_wo = sum s_i*G_i*O_i   | .1249232  | 97.95  |
| G_b                      | .0026195  | 2.05   |
| IG = sum s_i*G_i         | .124093   | 97.30  |
| IGO = sum s_i*G_i(O_i-1) | .0008302  | 0.65   |
| BGp = G_bp               | .017476   | 13.70  |
| BGO = G_b - G_bp         | -.0148564 | -11.65 |
| Mean of nhsmc            | .0014129  |        |
| N. of obs                | 531       |        |
| N. of subgroups          | 5         |        |

ตารางภาคผนวก

ที่ 3 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์จีนิของงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

## Analysis of Gini

|                          | Coef.     | %      |
|--------------------------|-----------|--------|
| Overall Gini             | .4757943  | 100.00 |
| G_wo = sum s_i*G_i*O_i   | .4545623  | 95.54  |
| G_b                      | .021232   | 4.46   |
| IG = sum s_i*G_i         | .4630511  | 97.32  |
| IGO = sum s_i*G_i(O_i-1) | -.0084888 | -1.78  |
| BGp = G_bp               | .1148557  | 24.14  |
| BGO = G_b - G_bp         | -.0936237 | -19.68 |
| Mean of mophc            | 188.5714  |        |
| N. of obs                | 531       |        |
| N. of subgroups          | 5         |        |

ตารางภาคผนวกที่ 4 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) ด้านสุขภาพและร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ใช้ fixed effect

```

Fixed-effects (within) regression               Number of obs   =       532
Group variable: pvcode                         Number of groups =       76

R-sq:                                           Obs per group:
    within = 0.0225                             min =          7
    between = 0.0252                            avg =         7.0
    overall = 0.0172                            max =          7

corr(u_i, Xb) = -0.3361                       F(5,451)        =       2.08
                                           Prob > F         =     0.0672

```

| dis     | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |           |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------|
| bgl000  | -.1531175 | .0629312                          | -2.43 | 0.015 | -.2767923            | -.0294426 |
| gpp     | 1.09e-06  | 7.39e-07                          | 1.48  | 0.141 | -3.62e-07            | 2.54e-06  |
| inc     | 2.58e-07  | 4.13e-07                          | 0.62  | 0.532 | -5.53e-07            | 1.07e-06  |
| edu     | .0044834  | .0428412                          | 0.10  | 0.917 | -.0797098            | .0886766  |
| bed     | .0005288  | .0003201                          | 1.65  | 0.099 | -.0001003            | .0011579  |
| _cons   | 2.044986  | .3743478                          | 5.46  | 0.000 | 1.309304             | 2.780669  |
| sigma_u | .80035197 |                                   |       |       |                      |           |
| sigma_e | .29610034 |                                   |       |       |                      |           |
| rho     | .87960621 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |           |

F test that all u\_i=0: F(75, 451) = 32.62      Prob > F = 0.0000

ตาราง

ภาคผนวกที่ 5 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) ด้านสุขภาพและร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) ใช้ fixed effect

```

Fixed-effects (within) regression               Number of obs   =       532
Group variable: pvcode                         Number of groups =       76

R-sq:                                           Obs per group:
    within = 0.0083                             min =          7
    between = 0.0340                            avg =         7.0
    overall = 0.0303                            max =          7

corr(u_i, Xb) = -0.0425                       F(5,451)        =       0.76
                                           Prob > F         =     0.5814

```

| ip      | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| bgl000  | .1402391  | .1557341                          | 0.90  | 0.368 | -.1658155            | .4462937 |
| gpp     | -1.89e-06 | 1.83e-06                          | -1.03 | 0.302 | -5.49e-06            | 1.71e-06 |
| inc     | -8.59e-07 | 1.02e-06                          | -0.84 | 0.400 | -2.87e-06            | 1.15e-06 |
| edu     | -.0416434 | .106018                           | -0.39 | 0.695 | -.249994             | .1667071 |
| bed     | .0008126  | .0007922                          | 1.03  | 0.306 | -.0007443            | .0023695 |
| _cons   | 10.65735  | .9263878                          | 11.50 | 0.000 | 8.836773             | 12.47792 |
| sigma_u | 1.6288784 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | .73275111 |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .83169413 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |

F test that all u\_i=0: F(75, 451) = 29.37      Prob > F = 0.0000

ตารางภาคผนวกที่ 6 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) ด้านสุขภาพและร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (under) ใช้ fixed effect

```
Fixed-effects (within) regression          Number of obs   =       532
Group variable: pvcodes                   Number of groups =       76

R-sq:                                     Obs per group:
    within = 0.0462                        min =           7
    between = 0.0620                       avg =          7.0
    overall = 0.0351                       max =           7

corr(u_i, Xb) = -0.8156                    F(5, 451)        =       4.37
                                           Prob > F          =     0.0007
```

| underw  | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| bgl000  | -.6926087 | .2149677                          | -3.22 | 0.001 | -1.115071            | -.270146 |
| gpp     | 9.74e-06  | 2.53e-06                          | 3.85  | 0.000 | 4.77e-06             | .0000147 |
| inc     | -7.76e-07 | 1.41e-06                          | -0.55 | 0.582 | -3.55e-06            | 1.99e-06 |
| edu     | .1214644  | .146342                           | 0.83  | 0.407 | -.1661324            | .4090612 |
| bed     | -.001828  | .0010935                          | -1.67 | 0.095 | -.003977             | .000321  |
| _cons   | 9.448397  | 1.27874                           | 7.39  | 0.000 | 6.935368             | 11.96142 |
| sigma_u | 1.4704173 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | 1.0114535 |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .67881159 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |

F test that all u\_i=0: F(75, 451) = 4.48

Prob > F = 0.0000 ตาราง

ภาคผนวกที่ 7 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) ด้านสุขภาพและร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) ใช้ random effect

```
Random-effects GLS regression          Number of obs   =       532
Group variable: pvcodes                 Number of groups =       76

R-sq:                                     Obs per group:
    within = 0.0095                        min =           7
    between = 0.0281                       avg =          7.0
    overall = 0.0174                       max =           7

corr(u_i, X) = 0 (assumed)               Wald chi2(5)     =       5.98
                                           Prob > chi2      =     0.3084
```

| hs      | Coef.     | Std. Err.                         | z     | P> z  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| bgl000  | .7674664  | .4621084                          | 1.66  | 0.097 | -.1382493            | 1.673182 |
| gpp     | -2.50e-06 | 2.35e-06                          | -1.06 | 0.288 | -7.12e-06            | 2.11e-06 |
| inc     | 2.23e-07  | 3.25e-06                          | 0.07  | 0.945 | -6.15e-06            | 6.59e-06 |
| edu     | -.298035  | .2998194                          | -0.99 | 0.320 | -.8856703            | .2896003 |
| bed     | .0012522  | .001645                           | 0.76  | 0.447 | -.0019719            | .0044762 |
| _cons   | 73.55733  | 2.610174                          | 28.18 | 0.000 | 68.44148             | 78.67317 |
| sigma_u | 2.2958571 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | 2.8482752 |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .3938363  | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |

ตารางภาคผนวกที่ 8 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว (BG) ด้านสุขภาพและร้อยละของประชากรในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) ใช้ random effect

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       532
Group variable: pvcodes                   Number of groups =       76

R-sq:                                     Obs per group:
    within = 0.0078                        min =           7
    between = 0.3014                       avg  =          7.0
    overall = 0.1218                       max  =           7

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                Wald chi2(5)     =      33.91
                                           Prob > chi2      =      0.0000

```

| able    | Coef.     | Std. Err.                         | z     | P> z  | [95% Conf. Interval] |           |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------|
| bgl000  | -.6072932 | .2178655                          | -2.79 | 0.005 | -1.034302            | -.1802846 |
| gpp     | 1.40e-06  | 9.43e-07                          | 1.49  | 0.136 | -4.43e-07            | 3.25e-06  |
| inc     | 2.74e-06  | 1.55e-06                          | 1.76  | 0.078 | -3.05e-07            | 5.79e-06  |
| edu     | .1543997  | .139422                           | 1.11  | 0.268 | -.1188625            | .4276618  |
| bed     | -.0020529 | .0006931                          | -2.96 | 0.003 | -.0034114            | -.0006944 |
| _cons   | 93.47624  | 1.166696                          | 80.12 | 0.000 | 91.18956             | 95.76292  |
| sigma_u | .78815472 |                                   |       |       |                      |           |
| sigma_e | 1.5205608 |                                   |       |       |                      |           |
| rho     | .2117715  | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |           |

ตาราง

ง

ภาคผนวกที่ 9 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายรวมต่อหัว

(BG) ด้าน

สุขภาพและร้อยละ

ของประชากรในการ

เดินทางไปนอก

เขตพื้นที่โดยไม่

ต้องมีคนช่วย

ต่อประชากร

ระดับจังหวัด

(goout) ใช้

random effect

```

Random-effects GLS regression              Number of obs   =       532
Group variable: pvcodes                   Number of groups =       76

R-sq:                                     Obs per group:
    within = 0.0002                        min =           7
    between = 0.2606                       avg  =          7.0
    overall = 0.1197                       max  =           7

corr(u_i, X) = 0 (assumed)                Wald chi2(5)     =      23.49
                                           Prob > chi2      =      0.0003

```

| goout   | Coef.     | Std. Err.                         | z     | P> z  | [95% Conf. Interval] |           |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------|
| bgl000  | -.5923722 | .647966                           | -0.91 | 0.361 | -1.862362            | .6776178  |
| gpp     | 8.26e-06  | 3.06e-06                          | 2.70  | 0.007 | 2.27e-06             | .0000142  |
| inc     | 1.12e-06  | 4.58e-06                          | 0.24  | 0.807 | -7.86e-06            | .0000101  |
| edu     | .0910578  | .4170135                          | 0.22  | 0.827 | -.7262737            | .9083893  |
| bed     | -.0053963 | .0021897                          | -2.46 | 0.014 | -.009688             | -.0011045 |
| _cons   | 88.01532  | 3.573958                          | 24.63 | 0.000 | 81.01049             | 95.02015  |
| sigma_u | 2.8056856 |                                   |       |       |                      |           |
| sigma_e | 4.199462  |                                   |       |       |                      |           |
| rho     | .30861186 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |           |

ตารางภาคผนวกที่ 10 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพ กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัวแยก 4 หมวดและร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ใช้ fixed effect

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      532
Group variable: pvcodes               Number of groups =      76

R-sq:                                Obs per group:
    within = 0.0276                      min =          7
    between = 0.0241                     avg =         7.0
    overall = 0.0157                      max =          7

corr(u_i, Xb) = -0.3400                F(8,448)        =      1.59
                                         Prob > F         =      0.1261
```

| dis     | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |           |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------|
| trecc   | -.1670051 | .1076857                          | -1.55 | 0.122 | -.3786369            | .0446266  |
| procc   | .1322994  | .2920009                          | 0.45  | 0.651 | -.4415622            | .706161   |
| othcc   | .0280464  | .2145439                          | 0.13  | 0.896 | -.393591             | .4496838  |
| mophc   | -.0001998 | .0000986                          | -2.03 | 0.043 | -.0003936            | -6.07e-06 |
| gpp     | 1.18e-06  | 7.54e-07                          | 1.57  | 0.117 | -2.98e-07            | 2.67e-06  |
| inc     | 2.07e-07  | 4.16e-07                          | 0.50  | 0.619 | -6.10e-07            | 1.02e-06  |
| edu     | -.0035826 | .0433613                          | -0.08 | 0.934 | -.0887994            | .0816341  |
| bed     | .0005608  | .0003247                          | 1.73  | 0.085 | -.0000774            | .0011989  |
| _cons   | 2.034094  | .3854293                          | 5.28  | 0.000 | 1.27662              | 2.791568  |
| sigma_u | .80251037 |                                   |       |       |                      |           |
| sigma_e | .29632    |                                   |       |       |                      |           |
| rho     | .88001895 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |           |

F test that all u\_i=0: F(75, 448) = 32.44

Prob > F = 0.0000

ตารางภาคผนวกที่ 11 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัว ด้านสุขภาพ กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัวแยก 4 หมวดและร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) ใช้ fixed effect

```
Fixed-effects (within) regression      Number of obs   =      532
Group variable: pvcode                Number of groups =      76

R-sq:                                Obs per group:
    within = 0.0227                      min =          7
    between = 0.0307                     avg =         7.0
    overall = 0.0295                     max =          7

corr(u_i, Xb) = -0.0065                F(8,448)        =        1.30
                                         Prob > F         =        0.2414
```

| ip      | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| trecc   | -.1167723 | .265237                           | -0.44 | 0.660 | -.6380356            | .4044909 |
| procc   | -.8511464 | .7192179                          | -1.18 | 0.237 | -2.264606            | .5623133 |
| othcc   | -.0417869 | .5284361                          | -0.08 | 0.937 | -1.080308            | .9967344 |
| mophc   | .0005843  | .0002429                          | 2.41  | 0.017 | .000107              | .0010616 |
| gpp     | -1.61e-06 | 1.86e-06                          | -0.87 | 0.386 | -5.26e-06            | 2.04e-06 |
| inc     | -5.71e-07 | 1.02e-06                          | -0.56 | 0.578 | -2.58e-06            | 1.44e-06 |
| edu     | -.0162564 | .1068018                          | -0.15 | 0.879 | -.226151             | .1936383 |
| bed     | .0005169  | .0007998                          | 0.65  | 0.518 | -.0010549            | .0020888 |
| _cons   | 10.90939  | .9493383                          | 11.49 | 0.000 | 9.043683             | 12.7751  |
| sigma_u | 1.6302353 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | .72985609 |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .83303125 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |

F test that all u\_i=0: F(75, 448) = 27.59

Prob > F = 0.0000

ตารางภาคผนวกที่ 12 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัว ด้านสุขภาพ กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัวแยก 4 หมวดและร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (under) ใช้ fixed effect

Fixed-effects (within) regression      Number of obs      =      532  
 Group variable: pvcodes      Number of groups      =      76

R-sq:      Obs per group:

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| within      = 0.0567  | min      =      7   |
| between      = 0.0606 | avg      =      7.0 |
| overall      = 0.0365 | max      =      7   |

corr(u\_i, Xb)      = -0.8019      F(8,448)      =      3.37  
 Prob > F      =      0.0009

| underw  | Coef.     | Std. Err.                         | t     | P> t  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| trecc   | -.5915183 | .366768                           | -1.61 | 0.107 | -1.312318            | .1292811 |
| procc   | 1.008699  | .9945297                          | 1.01  | 0.311 | -.9458233            | 2.963222 |
| othcc   | -1.025807 | .7307178                          | -1.40 | 0.161 | -2.461867            | .4102534 |
| mophc   | -.001116  | .0003358                          | -3.32 | 0.001 | -.001776             | -.000456 |
| gpp     | 9.63e-06  | 2.57e-06                          | 3.75  | 0.000 | 4.59e-06             | .0000147 |
| inc     | -1.10e-06 | 1.42e-06                          | -0.78 | 0.436 | -3.89e-06            | 1.68e-06 |
| edu     | .083422   | .1476848                          | 0.56  | 0.572 | -.2068189            | .3736629 |
| bed     | -.0015699 | .001106                           | -1.42 | 0.156 | -.0037434            | .0006037 |
| _cons   | 9.407683  | 1.312739                          | 7.17  | 0.000 | 6.827793             | 11.98757 |
| sigma_u | 1.4311543 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | 1.0092401 |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .66787003 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |

F test that all u\_i=0: F(75, 448) = 4.51

Prob > F = 0.0000



ตารางภาคผนวกที่ 14 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัว ด้านสุขภาพ กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัวแยก 4 หมวดและร้อยละของประชากร ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด (able) ใช้ random effect

```
Random-effects GLS regression           Number of obs   =       532
Group variable: pvcde                  Number of groups  =       76

R-sq:                                Obs per group:
    within = 0.0080                      min =           7
    between = 0.3019                     avg =          7.0
    overall = 0.1222                     max =           7

corr(u_i, X)   = 0 (assumed)            Wald chi2(8)     =      33.13
                                           Prob > chi2      =      0.0001
```

| able    | Coef.     | Std. Err.                         | z     | P> z  | [95% Conf. Interval] |           |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------|
| trecc   | -.6454911 | .3239927                          | -1.99 | 0.046 | -1.280505            | -.0104771 |
| procc   | -.6207152 | 1.384595                          | -0.45 | 0.654 | -3.334472            | 2.093041  |
| othcc   | -.9886079 | 1.002518                          | -0.99 | 0.324 | -2.953507            | .9762913  |
| mophc   | -.000522  | .000443                           | -1.18 | 0.239 | -.0013902            | .0003462  |
| gpp     | 1.38e-06  | 9.59e-07                          | 1.44  | 0.149 | -4.95e-07            | 3.26e-06  |
| inc     | 2.73e-06  | 1.57e-06                          | 1.74  | 0.082 | -3.42e-07            | 5.81e-06  |
| edu     | .1506643  | .14224                            | 1.06  | 0.289 | -.128121             | .4294496  |
| bed     | -.0020707 | .0007063                          | -2.93 | 0.003 | -.003455             | -.0006865 |
| _cons   | 93.60562  | 1.227765                          | 76.24 | 0.000 | 91.19925             | 96.012    |
| sigma_u | .80932814 |                                   |       |       |                      |           |
| sigma_e | 1.5251416 |                                   |       |       |                      |           |
| rho     | .21972389 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |           |

ตารางภาคผนวกที่ 15 ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อหัว ด้านสุขภาพ กรณีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพรายหัวแยก 4 หมวดและร้อยละของประชากร ในการเดินทางไปนอกเขตพื้นที่โดยไม่ต้องมีคนช่วยต่อประชากรระดับจังหวัด

(goout) ใช้ random effect

```
Random-effects GLS regression              Number of obs   =       532
Group variable: pvcodes                   Number of groups =       76

R-sq:                                     Obs per group:
    within = 0.0004                        min =           7
    between = 0.2609                      avg =          7.0
    overall = 0.1203                      max =           7

Wald chi2(8) =       23.60
corr(u_i, X) = 0 (assumed)               Prob > chi2      =     0.0027
```

| goout   | Coef.     | Std. Err.                         | z     | P> z  | [95% Conf. Interval] |          |
|---------|-----------|-----------------------------------|-------|-------|----------------------|----------|
| trecc   | -.9660416 | .9817701                          | -0.98 | 0.325 | -2.890276            | .9581925 |
| procc   | 1.5788    | 3.902626                          | 0.40  | 0.686 | -6.070205            | 9.227806 |
| othcc   | -.9297304 | 2.822898                          | -0.33 | 0.742 | -6.462508            | 4.603047 |
| mophc   | -.0004877 | .0012607                          | -0.39 | 0.699 | -.0029585            | .0019832 |
| gpp     | 8.26e-06  | 3.08e-06                          | 2.68  | 0.007 | 2.23e-06             | .0000143 |
| inc     | 9.69e-07  | 4.61e-06                          | 0.21  | 0.833 | -8.06e-06            | .00001   |
| edu     | .0553664  | .4230507                          | 0.13  | 0.896 | -.7737978            | .8845305 |
| bed     | -.0054356 | .0022101                          | -2.46 | 0.014 | -.0097673            | -.001104 |
| _cons   | 88.37186  | 3.721341                          | 23.75 | 0.000 | 81.07816             | 95.66555 |
| sigma_u | 2.8261219 |                                   |       |       |                      |          |
| sigma_e | 4.211678  |                                   |       |       |                      |          |
| rho     | .31047246 | (fraction of variance due to u_i) |       |       |                      |          |



## บรรณานุกรม

- Asawinpongphan, A. (2015). Dynamics of Poverty, Inequality and Thai Government Provincial Budget Allocations. *NIDA Development Journal*, 55(2), 130-150.
- Asteriou, D., และ Hall, S. G. (2007). Applied Econometrics: a modern approach, revised edition. *Hampshire: Palgrave Macmillan*.
- Baltagi, B. H., Bresson, G., และ Pirotte, A. (2007). Panel unit root tests and spatial dependence. *Journal of Applied Econometrics*, 22(2), 339-360.
- Claus, I., Martinez-Vazquez, J., และ Vulovic, V. (2012). Government fiscal policies and redistribution in Asian countries. *Inequality in Asia and the Pacific*, 173.
- Frick, J. R., Goebel, J., Schechtman, E., Wagner, G. G., และ Yitzhaki, S. (2006). Using analysis of Gini (ANOGI) for detecting whether two subsamples represent the same universe: The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) experience. *Sociological Methods & Research*, 34(4), 427-468.
- Granger, C. W. (1969). Investigating causal relations by econometric models and cross-spectral methods. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 424-438.
- Gyourko, J., และ Tracy, J. (1991). The structure of local public finance and the quality of life. *Journal of political economy*, 99(4), 774-806.
- Index, B. L. (2010). The Organisation for Economic Co-operation and Development. In: OECD.
- Just, R. E., และ Pope, R. D. (1979). Production function estimation and related risk considerations. *American Journal of Agricultural Economics*, 61(2), 276-284.
- Khochfar, S., และ Silk, J. (2006). A simple model for the size evolution of elliptical galaxies. *The Astrophysical Journal Letters*, 648(1), L21.
- Lerman, R. I., และ Yitzhaki, S. (1985). Income inequality effects by income source: a new approach and applications to the United States. *The review of economics and statistics*, 151-156.
- Meier, G. M., และ Stiglitz, J. E. (2000). *Frontiers of development economics: the future in perspective*: The World Bank.

- Nixon, J., และ Ullmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. *The European Journal of Health Economics*, 7(1), 7-18.
- Olson, M. E., Diekema, D., Elliott, B. A., และ Renier, C. M. (2010). Impact of income and income inequality on infant health outcomes in the United States. *Pediatrics*, 126(6), 1165-1173.
- Organization, W. H. (2011). HRP biennial technical report 2009-2010: UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- Polackova, H. (1998). *Contingent government liabilities: A hidden risk for fiscal stability* (1989): World Bank Publications.
- Skoufias, E., และ Olivieri, S. (2013). Geographic disparities in well being and fiscal expenditures in Thailand: 2000 vs. 2009. *Journal of the Asia Pacific Economy*, 18(3), 359-381.
- Takahashi. (1979). *Quality of life in Thailand : A Socio-Economic analysis*. Asian Institute of Technology (AIT).
- Thurmaier, K., และ Lindaman, K. (1999). Elusive Nexus: Basic Needs and Fiscal Decentralization. *Public Administration and Public Policy*, 2.
- Varian, H. R., Rabasco, E., และ Toharia, L. (2010). *Microeconomía intermedia: un enfoque actual*: Antoni Bosch Barcelona.
- Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S.-a., และ Sleight, A. C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health and Quality of life Outcomes*, 9(1), 42.
- เจตน์ ดิษฐอุตม. (2018). การใช้จ่ายภาครัฐกับคุณภาพชีวิตของประชาชน. วารสารมนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 1(1), 100-116.
- เจตน์ ดิษฐอุตม. (2557). การใช้จ่ายภาครัฐกับคุณภาพชีวิตของประชาชน. วารสารมนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 1(1), 100-116.
- กานต์ จันทวิทย์พานิชิต. (2553). การวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรายจังหวัดของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2561, จาก

[https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/36382/1/karn\\_ch.pdf](https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/36382/1/karn_ch.pdf)

คณะกรรมการปฏิรูปโดยนายอานันท์ ปันยารชุน. (2554). ข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ.

สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก <https://deepsouthwatch.org/th/node/1636>

ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สำนักวิชาการสำนักงาน  
เลขาธิการวุฒิสภา.

ฐิติกาญจน์ อัครกุล และวรวุฒิ สุวรรณระดา. (2558). สถานการณ์ และ การ ประเมินการ มูลค่า  
เชิง เศรษฐกิจ ของ การ ทำ กิจกรรม ทาง เศรษฐกิจ และ สังคม ของ ผู้ สูงอายุ ไทย. วารสาร  
สังคมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์, 41(2), 76-90.

ดิเรก ปัทม สิริ วัฒน และพิชิต รัชต พิบูล ภพ. (2016). การ จัดสรร ของ งบประมาณ รายจ่าย ระดับ  
กรม ของ รัฐบาล ไทย. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat  
University*, 10(3), 227-244.

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน. (2553). นโยบายการคลังสาธารณะ. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ  
(สสส.): บริษัท แปลน พรินติ้ง จำกัด.

ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล. (2551). วิเคราะห์สุขภาพจิตผ่านข่าว. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก  
<http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-369.pdf>

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (1999). การ ประเมิน โครงการ บริการ สวัสดิการ สังคม เพื่อ พัฒนา  
คุณภาพ ชีวิต ผู้ สูงอายุ ใน ประเทศไทย.

วิไลลักษณ์ ตั้งเจริญ. (2544). วิทยาศาสตร์พัฒนาชีวิต. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และ  
เทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.

ศิริ ฮาม สุโพธิ์. (2012). การ พัฒนา ศักยภาพ การ พึ่ง ตนเอง ใน ระดับ หมู่บ้าน A Study of  
Potential in Self-Reliance Development at the Village Level. *Governance Journal*,  
1(1), 87-125.

สกนธ์ วรรณ วัฒนา. (2010). 10 ปี การ กระจาย อำนาจ การคลัง ฯ กับ ทาง เลือก การ กระจาย  
อำนาจ ด้าน สุขภาพ.

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2551). คุณภาพชีวิตของคนไทย Thai's Quality of Life in Year  
2008. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก  
<https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/research-nida-2551.pdf>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2548). รายงานประจำปี 2548. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก  
<http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2665/hsri-annual-2548.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

สมประวิณ มินประเสริฐ สุรนินดา อารยเวชกิจ และจารีย์ ปิ่นทอง. (2559). เศรษฐกิจไทยในสังคมชรา

ภาพ: บริบทใหม่ต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจและความเหลื่อมล้ำทางรายได้. สืบค้นเมื่อ 6

มิถุนายน 2562, จาก

<https://www.pier.or.th/?abridged=%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B8%A9%E0%B8%90%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A0>

สำนักงานประมาณ. (2560). การงบประมาณรายจ่ายสำหรับระบบการบริการสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 6

มิถุนายน 2562, จาก

[https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt\\_dl\\_link.php?nid=478](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=478)

สำนักงานประมาณ. (2562). งบประมาณโดยสังเขป พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562, จาก

<http://budget.parliament.go.th/bbebook62/FILEROOM/CABILIBRARY62/DRAWER01/GENERAL/DATA0000/00000501.PDF>

สำนักงานประมาณของรัฐสภา. (2560). รายงานการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณจังหวัดและกลุ่ม

จังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก

[https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt\\_dl\\_link.php?nid=298](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=298)

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. (2551). การศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก [http://www2.fpo.go.th/e\\_research/show2.php?id=7](http://www2.fpo.go.th/e_research/show2.php?id=7)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560).ฐานข้อมูลด้านสังคมและ

คุณภาพชีวิต. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2562, จาก <http://social.nesdb.go.th/social/>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด.

สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2561, จาก

[https://www.nesdb.go.th/main.php?filename=gross\\_regional](https://www.nesdb.go.th/main.php?filename=gross_regional)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560a). การบริหารงานเชิงพื้นที่

แบบบูรณาการ. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2562, จาก

[https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=7262&filename=index](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7262&filename=index)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560b). ดัชนีความก้าวหน้าของ

คน 2560. สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2561, จาก

[https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=6838](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6838)

สำนักฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะทางสังคม. (2558). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2562, จาก

[http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%88%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B3%202560\\_2268.pdf](http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%88%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B3%202560_2268.pdf)



## ประวัติผู้เขียน

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ-สกุล         | นางสาวพรณิภา อนุรักษากรกุล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| วัน เดือน ปี เกิด | 16 กันยายน 2525                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| สถานที่เกิด       | นครราชสีมา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| วุฒิการศึกษา      | เศรษฐศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ เกียรตินิยมอันดับ 1<br>คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม ปีที่จบการศึกษา 2559<br>วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์เกษตร คณะ<br>เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีที่จบการศึกษา 2562                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ที่อยู่ปัจจุบัน   | หมู่บ้านปวยวัฒน์บางแสน 99/230 หมู่ 6 ต.บ้านปึก อ.เมือง จ.ชลบุรี<br>20130                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ผลงานตีพิมพ์      | 1) พรณิภา อนุรักษากรกุล นายณรงค์ พลรักษ์ และคณะ. (2559). การ<br>วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการเงินในการลงทุนปลูกปาล์มน้ำมันในจังหวัด<br>ชลบุรี. วารสารวิชาการ MFU Connexion: Journal of Humanities and<br>Social Sciences. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย.<br>(หน้า 108-145)<br>2) นันทรัตน์ ตั้งวิฑูรธรรม วรณสินท์ สัตยานุวัตร พรณิภา อนุรักษกร<br>กุล และสิทธิพัทธ์ เลิศศรีชัยนนท์. (2561). การประเมินมูลค่าสินค้า<br>สาธารณะของศูนย์ฝึกกีฬาแห่งชาติโดยวิธี CVM. วารสารวิชาการ<br>มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ของคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 26 ฉบับที่ 52 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2561.<br>(หน้า 188-215)<br>3) พรณิภา อนุรักษากรกุล และนายณรงค์ พลรักษ์. (2561). การ<br>วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดินและผลตอบแทนทางการเงินในการ<br>ลงทุนปลูกพืชเศรษฐกิจในภาคตะวันออก. วารสารเศรษฐศาสตร์และ<br>นโยบายสาธารณะ ปีที่ 9 ฉบับที่ 18 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2561.<br>(หน้า 49-71) |
| รางวัลที่ได้รับ   | ทุนพระราชทานสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ระดับปริญญาตรี ปี<br>การศึกษา 2545-2549                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

นักศึกษาทุน ดร.ชาตรี ทินประภา ระดับปริญญาโท ปีการศึกษา 2551

