

การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด Health Expenditure Budget Allocation and Quality of Life on Health Care at Provincial Level

พรรณิภา อนรุักษ์การกุล (Phannipha Anuruksakornkul)¹

สุวิมล เสงพัฒนา (Suwimon Hengpatana)²

Received: June 23, 2019

Revised: August 12, 2019

Accepted: December 19, 2019

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์ผลของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด โดยรายจ่ายด้านสาธารณสุขประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข และงบประมาณรายจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2552-2558 ส่วนดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรที่พิการ ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ระดับจังหวัด (Provincial level) และประมาณค่าด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS) ผลการวิจัยพบว่า การจัดสรร

¹ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Doctor of Philosophy Program in Economics, Faculty of Economics, Srinakharinwirot University

² คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Faculty of Economics, Srinakharinwirot University

งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ส่งผลทางลบต่อร้อยละของประชาชนผู้พิการและทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และส่งผลทางบวกคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือของรัฐคืองบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายควรมีการพิจารณาปัจจัยที่มีผลกระทบดังกล่าวข้างต้นนอกจากการใช้เกณฑ์การจัดสรรงบประมาณแบบเดิม ๆ คือ จำนวนประชากรผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละจังหวัด และให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกัน

คำสำคัญ: การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ระดับจังหวัด

Abstract

This research aimed to analyze the effect of health expenditure budget allocation on the quality of life on health care at the provincial level. Health expenditure budget was composed of expenditure budget of the Ministry of Public Health and the National Health Security Office at the provincial level in the fiscal year 2009-2015. The indicators of quality of life on health care included a percentage of the disabled, inpatient, low birth weight babies, and mental health scores. The unit of analysis was provincial level. The feasible generalized least squares were used for the analysis of the relationship between health expenditure budget allocation and quality of life on health care. The results showed that the health budget allocation affected the quality of life on health care. It had a negative effect on disabled and low birth weight babies, and positive effect on mental health scores significantly at the 95, 99, and 90 percent respectively. In addition to using the same old budget allocation criteria which included the number of population, gross

domestic product (GDP), the average income of a household, factors mentioned above that had the impact on health care should be considered in order to be consistent with the development of the people's quality of life. Therefore, the quality of life of the people in each province could be equally improved.

Keywords: Health Expenditure Budget Allocation, Quality of Life on Health Care, Provincial

บทนำ

ความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจเป็นแนวคิดของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ โดยรัฐต้องทำหน้าที่สร้างสวัสดิการสังคมในการกระจายทรัพยากรในระบบเศรษฐกิจให้ประชาชนมีความกินอยู่ดีขึ้น (Stiglitz, 2000) นอกจากนี้ความเสมอภาคในเรื่องของโอกาส (Equality of opportunity) ประชาชนทุกคนจะมีสิทธิ์อย่างเท่าเทียมกันที่จะได้รับบริการพื้นฐาน จึงเป็นเหตุผลและความจำเป็นที่ภาครัฐต้องเข้าแทรกแซงในระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยทำการจัดสรรงบประมาณไปยังแต่ละพื้นที่เพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากร ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเกิดขึ้นตั้งแต่อดีตเรื่อยมาและปราศจากการแก้ไขอย่างจริงจัง ล้วนมีส่วนสำคัญในการสร้างความแตกต่างระหว่างระดับคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นมาจากการบริหารจัดการภาครัฐ การพัฒนาจังหวัดจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางผ่านงบประมาณ เนื่องจากจังหวัดยังไม่มีศักยภาพเต็มที่ในการจัดหารายได้มาพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการสร้างความเป็นธรรมในระบบสวัสดิการสังคมด้วย

ตารางที่ 1 งบประมาณรายจ่ายของภาครัฐจำแนกตามลักษณะงานในปีงบประมาณ 2556-2559

ลักษณะงาน	ปีงบประมาณ (ล้านบาท)			
	2556	2557	2558	2559
การบริหารทั่วไป	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
การเศรษฐกิจ	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
การบริการชุมชนและสังคม	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 วัฒนธรรมและนันทนาการ	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
รวมทั้งสิ้น	2,400,000.0	2,525,000.0	2,575,000.0	2,776,000.0
ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)	12,901,498.0	13,203,739.0	13,672,865.0	14,360,627.0
สัดส่วนของรายจ่ายภาครัฐต่อ GDP	18.6	19.1	18.8	19.3

ที่มา: 1) ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายของภาครัฐจำแนกตามลักษณะงาน จากสำนักงบประมาณ. (2560)
 2) ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จากสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560)

จากตารางที่ 1 พบว่า ปีงบประมาณ 2556-2559 งบประมาณรายจ่ายภาครัฐมีส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ 18-19 ของ GDP ปีงบประมาณ 2559 มีรายจ่ายภาครัฐ

สูงถึง 2.7 ล้านบาท ในส่วนของรายจ่ายเพื่อการพัฒนาชุมชนและสังคม เช่น สาธารณสุข การศึกษา เป็นต้น กว่า 1.18 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 42.7 ของรายจ่ายภาครัฐ ทั้งนี้ การจัดการบริการสาธารณะของไทยจะอาศัยความอำนาจของกฎหมายในระดับต่าง ๆ โดยรัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน อันประกอบด้วย 1) บริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปเพื่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างยั่งยืน 2) จัดระบบการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีขอบเขตอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนเหมาะสมแก่การพัฒนาประเทศ และสนับสนุนให้จังหวัดมีแผนและงบประมาณเพื่อประโยชน์และพัฒนาจังหวัด การจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินจะเป็นไปตาม พ.ร.บ. ระเบียบราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และ พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย ระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาค และระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นการจัดการบริการสาธารณะในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับชาติไปถึงระดับท้องถิ่น (เจตน์ ดิษฐอุตม, 2557) ดังจะเห็นได้ว่างบประมาณรายจ่ายด้านสังคมสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ โดยด้านสาธารณสุขมีงบประมาณรายจ่ายเป็นลำดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับประเด็นด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอนาคตอันใกล้ที่ประชากรจะเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยการบริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจการวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข โดยสำนักงบประมาณ (2560) ได้ศึกษาภาระงบประมาณด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม

ตารางที่ 2 งบประมาณรายจ่ายประจำปีด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550-2561

ปีงบประมาณ	งบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งสิ้น	งบประมาณด้านการสาธารณสุข	ร้อยละของงบประมาณรายจ่ายทั้งสิ้น
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)

จากตารางที่ 2 พบว่า ตั้งแต่ปี 2550-2561 ภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 148,704.5 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 303,517.1 ล้านบาท ในปี 2561 โดยงบประมาณรายจ่ายดังกล่าว มีสัดส่วนค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่างร้อยละ 9.8 ของงบประมาณรายจ่ายรวมของประเทศในแต่ละปี ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 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

แท้จริงแล้ว งบประมาณไม่ได้จัดสรรลงไปยังจังหวัดโดยตรง แต่กระทำผ่าน งบประมาณของกรมต่าง ๆ แล้วกรมจึงลงไปทำงานในพื้นที่อีกทอดหนึ่ง มีบางส่วนที่ จัดสรรเป็นبودหนุของจังหวัดโดยตรง แต่ก็มีส่วนน้อยมาก ซึ่งการจัดสรรงบประมาณ ระดับจังหวัดแสดงให้เห็นถึงการจัดบริการสาธารณะที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิต ของประชาชนในจังหวัดนั้น ๆ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์ผลกระทบของ การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ระดับจังหวัด ซึ่งอยู่ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่าคุณภาพชีวิตของประชาชน อาจจะเป็นผลลัพธ์ จากการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัด ผลการวิเคราะห์ที่ได้อาจจะให้ข้อคิดเห็น เชิงปฏิรูปนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะทำให้การจัดบริการสาธารณะเอื้อประโยชน์แก่ ประชาชนในจังหวัดเต็มศักยภาพ และตรงตามความต้องการของประชาชนในจังหวัดนั้น ๆ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนดีขึ้น

วัตถุประสงค์

วิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2552-2558

การทบทวนวรรณกรรม

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชากร จึงมีการจัดสรรงบประมาณ ในด้านต่าง ๆ ในแต่ละปี เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการหรือสวัสดิการต่าง ๆ ที่ภาครัฐได้จัดสรรไว้ โดยจัดอยู่ในรายจ่ายสาธารณะของรัฐ ซึ่งรายจ่ายสาธารณะของรัฐ คือ การใช้จ่ายของรัฐบาลที่เป็นเครื่องมือทางการคลังควบคู่กับการหารายได้ของรัฐบาล ส่งเสริมให้มาตรฐานคุณภาพชีวิตของประชาชน ช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด ให้ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ Nixon and Ulmann (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพในประเทศ สมาชิกสหภาพยุโรป 15 ประเทศ ระหว่างปี 1980-1995 การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วย อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ชายและหญิง) และการตายของทารก โดยใช้ ตัวแปรอธิบายประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว จำนวนแพทย์ (ต่อประชากร 10,000 ราย) จำนวนเตียง (ต่อประชากร 1,000 ราย) ระยะเวลาเฉลี่ยของการพักฟื้น

ในโรงพยาบาล อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ ลักษณะทางโภชนาการ และตัวชี้วัดมลภาวะพบว่า การเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพและจำนวนแพทย์นอกจากจะมีส่วนช่วยให้การตายของทารกลดลงแล้ว ยังช่วยเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของประเทศ EU ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาอีกด้วย ในส่วนขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) (2010) โดยกลุ่ม OECD Better Life Initiative ได้ทำการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดี (Better Life Index) เพื่อทำการพิจารณาวัดสภาพความเป็นอยู่ที่ดี อันประกอบด้วยมิติต่าง ๆ จำนวน 11 มิติ ประกอบด้วยที่อยู่อาศัย รายได้ การทำงาน ชุมชน การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเข้ามีส่วนร่วมทางสังคม สาธารณสุข ความสุขในชีวิต ความปลอดภัย และความสมดุลชีวิต ทั้งนี้มีติดังกล่าวได้มองครอบคลุมในทุก ๆ ด้านมากกว่า Nixon and Ulmann (2006) จากความสัมพันธ์ของงบประมาณต่อสวัสดิการสังคมนั้น ประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จากงานของ Thumaier and Lindaman (1999) ได้ศึกษาถึงผลจากการกระจายอำนาจทางการคลังที่มีต่อการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน โดยระดับความจำเป็นพื้นฐานใช้ดัชนีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Development Index HDD :HDI) ของ United Nations Development Program (UNDP) ประกอบด้วยดัชนีด้านการศึกษา การสาธารณสุข และด้านรายได้ โดยใช้ข้อมูลในปี ค.ศ. 1985, 1990 และ 1995 จากประเทศด้อยพัฒนา มาทำการวิเคราะห์พบว่า ระดับการกระจายอำนาจทางการคลังส่งผลเกี่ยวพันต่อระดับความจำเป็นพื้นฐานเฉพาะในด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของประเทศไทย ระพีพรหม คำหอม (2549) ศึกษาสวัสดิการสังคมกับสังคมไทยพบว่า ภาระงบประมาณเพิ่มสูงขึ้นจนรัฐบาลอาจจะไม่สามารถแบกรับภาระได้ ในขณะที่การจัดสวัสดิการบางประเภทไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเฉพาะการพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาระทางการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาลในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นการศึกษาวิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ซึ่งรัฐประสพการภาระการคลังนี้อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนสะสมของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวพันสำคัญ

มาจากการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายได้มากกว่าการกระจายอำนาจทางการคลังในด้านรายจ่าย นอกจากนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2548) วิเคราะห์เชิงนโยบายเกี่ยวกับการจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ต้องจ่ายร่วมนั้นร้อยละ 4 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยที่สุดจากทั้งหมด 5 กลุ่ม และร้อยละ 9 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยรองลงมาสำหรับผู้ถือบัตรทองประเภทที่ต้องมีการจ่ายร่วม 30 บาทนั้นพบว่า เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดถึงร้อยละ 29 และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ 25 เมื่อประมาณการรายรับจากการจ่ายร่วมพบว่าเป็นจำนวนเงินไม่มากนักเพียง 1,073 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (2555) วิเคราะห์ถึงภาระทางการคลังอันเนื่องมาจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้กรอบความเสี่ยงการงบประมาณ (FPO Applied Fiscal Risk Matrix) ที่ปรับปรุงมาจาก Government Fiscal Risk Matrix ของ Polackova (1998) พบว่า รัฐบาลมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนจากภาระค่าใช้จ่ายรายหัวที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2553-2562 อยู่ระหว่างปีละ 115,726-208,762 ล้านบาท และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดทุนสะสมของโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการฯ หากโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรับภาระการขาดทุนจากการเข้าร่วมโครงการได้ ทั้งนี้จากผลการศึกษาภาระทางการคลังจากโครงการสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในช่วง 10 ปี ข้างหน้า (ปี 2553-2562) รัฐบาลจะมีภาระทางการคลังที่แน่นอนและชัดเจนที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการทางสวัสดิการทางสังคมทั้งสองจำนวน 142,071-251,607 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 7.4-7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปีในแต่ละปี และมีภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นแบบชัดเจนจากการเข้ารับภาระการขาดทุนของกองทุน 2 กรณีของโครงการประกันสังคมตั้งแต่ปี 2586 เป็นต้นไป และภาระการคลังที่อาจจะเกิดขึ้นโดยนัยจากการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐอันเนื่องจากการเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้บริการสาธารณะ เช่น ทางด้านการได้รับบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศยังมีความไม่เท่าเทียมกันอยู่มาก นับวันยิ่งทวีความรุนแรงและปัญหา ซึ่งการแก้ปัญหาของรัฐคือการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้

บริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ แต่การจัดสรรงบประมาณนั้นยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณในเชิงพื้นที่เพราะความแตกต่างในมิติเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด เพื่อแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นผลลัพธ์มาจากการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพหรือไม่ ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถเสนอแนะการดำเนินนโยบายของภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้

วิธีการวิจัย

การวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด หน่วยการวิเคราะห์ (Unit of analysis) ระดับจังหวัด (Provincial level) จำนวน 76 จังหวัด ไม่รวมบึงกาฬ เพราะผู้วิจัยใช้ข้อมูลประจำปีงบประมาณ 2552-2558 ซึ่งในปี 2552-2553 ยังไม่มีจังหวัดบึงกาฬ ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ระดับจังหวัดเพราะหน่วยการปกครองในระดับจังหวัดมีขนาดและศักยภาพที่เหมาะสม มีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ตั้งอยู่ในพื้นที่ครบถ้วน ทำให้มีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขที่หลากหลายและครอบคลุมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนในทุกด้าน การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ประจำปีงบประมาณ 2552-2558 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ผู้วิจัยได้มีการกำหนดลักษณะตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาตามความมุ่งหมายในการศึกษา ดังนี้

1. การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 แหล่งที่มา คือ

1.1 งบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายของกรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้รวมงบดำเนินงาน งบลงทุน และงบบุคคลากร

1.2 งบประมาณรายจ่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด กองทุนผู้ป่วยนอก กองทุนผู้ป่วยใน กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุน Central Reimburse งบค่าเสื่อม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เงินช่วยเหลือ

ผู้รับบริการ ม. 41 งบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง งบส่งเสริมบริการปฐมภูมิ งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน กองทุนเอดส์ ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดัน กองทุนทดแทนไตประเภทไตวายเรื้อรัง เงินช่วยเหลือผู้ให้บริการ งบแพทย์แผนไทย งบบริการทันตกรรมเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ Audit กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉิน เงินชดเชยตามมติบอร์ดอนุมัติ งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และงบค่าใช้จ่ายเพิ่มประสิทธิภาพบริการงบประมาณรายจ่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สามารถแบ่งออกเป็น 3 หมวดย่อย คือ

- รายจ่ายเพื่อการรักษา ประกอบด้วย กองทุนผู้ป่วยนอก กองทุนผู้ป่วยในกองทุน Central Reimburse กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เงินช่วยเหลือผู้รับบริการ ม. 41 งบประมาณเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการที่มีต้นทุนคงที่สูง กองทุนเอดส์ กองทุนทดแทนไตประเภทไตวายเรื้อรัง เงินช่วยเหลือผู้ให้บริการ งบแพทย์แผนไทย งบบริการทันตกรรมเด็กและทันตกรรมประดิษฐ์ และงบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

- รายจ่ายเพื่อการส่งเสริม ประกอบด้วย กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบส่งเสริมบริการปฐมภูมิ งบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน และค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดัน

- รายจ่ายอื่น ๆ ประกอบด้วย งบค่าเสื่อม งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ Audit กองทุนสำรองกลางกรณีมีเหตุฉุกเฉิน เงินชดเชยตามมติบอร์ดอนุมัติ งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน และงบค่าใช้จ่ายเพิ่มประสิทธิภาพบริการ

2. ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิต คือ ภาวะสุขภาพของประชาชน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	มิติ	แหล่งข้อมูล
1	ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิต	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2	ร้อยละของการกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	คุณภาพชีวิต	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3	ร้อยละของประชากรที่พิการ	คุณภาพชีวิต	ข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
4	ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต	คุณภาพชีวิต	สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2560)

การวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับ ใช้การศึกษาเป็นข้อมูลช่วงเวลา (Panel data) คือ ข้อมูลที่มีลักษณะผสมของข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross section data) ในงานวิจัยฉบับนี้ คือ จังหวัด และข้อมูลอนุกรมเวลา (Time series data) ในงานวิจัยฉบับนี้คือปีงบประมาณ 2552-2558 เพื่อทำการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไปที่เป็นไปได้ (Feasible Generalized Least Squares: FGLS) ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน อันประกอบด้วย งบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดต่อหัวของประชากร ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดต่อหัว รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อปี ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป และจำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัวหน่วยประชากรแสนคน 2. ตัวแปรตาม คือ ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสุขภาพ (Health care) ดังสมการดังนี้

$$QLH_n^t = \beta_0 + \beta_1 BG^t + \beta_2 GPP^t + \beta_3 INC^t + \beta_4 EDU^t + \beta_5 BED^t + U_H$$

QLH คือ คุณภาพชีวิตของประชาชนด้านภาวะสุขภาพของครัวเรือน

n คือ ดัชนีชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1 คือ ร้อยละของประชากรที่พิการ (dis)
- 2 คือ ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip)
- 3 คือ ร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw)
- 4 คือ ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs)

BG คือ งบประมาณรายจังหวัดในด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพด้วยจำนวนประชากรในจังหวัด (พันบาท)

GPP คือ มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดหารด้วยจำนวนประชากรใน
จังหวัด (พันบาท)

INC คือ รายได้เฉลี่ยต่อปีของครัวเรือนรายจังหวัด (พันบาท)

EDU คือ ระดับการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ปี)

BED คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่อหัว (เตียง:
หน่วยประชากรแสนคน)

t คือ ปีงบประมาณ 2552-2558

การประมาณค่าแบบจำลองกรณีเป็นข้อมูลช่วงยาว (Panel data) ต้องทดสอบ
แบบจำลองด้วย Random Effect Model และ Fixed Effect Model รายละเอียด คือ

1. Random Effect Model เป็นการวิเคราะห์ที่กำหนดให้ α_i สามารถเข้ามา
มีผลกระทบต่อตัวแปรในสมการได้ โดยการใช้วิธี Feasible Generalized Least
Squares (FGLS) เพื่อแก้ปัญหา Serial Correlation ซึ่ง Random Effect Model
นี้จะนำ α_i ไปรวมอยู่กับค่าความคลาดเคลื่อน U_{it} กลายเป็นค่าความคลาดเคลื่อนใหม่
 V_{it} การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะมีข้อสมมติฐานสำคัญคือต้องไม่สัมพันธ์กับตัวแปรอิสระใด ๆ
ในสมการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และมีความแปรปรวนเท่ากับ σ_a^2 จากนั้นจะเปลี่ยนรูป
ของตัวแปรด้วยวิธี FGLS ดังนี้

จาก $Y_i = \beta_i X_i + V_i$ เปลี่ยนรูปเป็น $X^* = X_i + \hat{e}_i, \hat{X}_i$

กำหนดให้ $\hat{X}_i = \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T X_i$ โดยที่ $T =$ จำนวนเวลาทั้งหมด และ $\hat{e}_i = 1 \sqrt{\frac{\hat{\sigma}_u^2}{T \hat{\sigma}_a^2 + \hat{\sigma}_u^2}}$

โดย $\hat{\sigma}_a^2, \hat{\sigma}_u^2$ มาจากการประมาณค่า OLS จะได้สมการที่จะนำไปประมาณการ คือ $Y_i^* = \beta_0^* + \beta_i X_i^* + V_i^*$ และมีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ ดังนี้

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

วิธีการนี้จะให้ผลการศึกษาที่หมายความว่าพฤติกรรมของตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาเนื่องจากอิทธิพลภายนอกเข้ามากระทบ

2. Fixed Effect Model

Fixed Effect Model เป็นการวิเคราะห์ที่ควบคุม โดยการกำจัดอิทธิพลนี้ออกไปจากสมการไม่ให้นับรวมการวิเคราะห์ ด้วยวิธี Demean ที่มีสมมติฐานสำคัญ คือ ต้องมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระในสมการและต้องไม่สัมพันธ์กันเองหรือ $\text{Cov}(a_i, a_j) = 0; i \neq j$ โดยวิธี Demean จะแยกตัวแปร ออกมาจากค่าความคลาดเคลื่อน V_{it} ก่อนกลายเป็น $a_i + u_{it}$ หลังจากนั้นนำค่าตัวแปรของตัวอย่างลบด้วยค่าเฉลี่ยของตัวแปรของตัวอย่างนั้นๆ และบวกด้วยเวลาและตัวอย่างทั้งหมด ดังสมการ

$$\text{จาก } Y_i = \beta_i X_i + a_i + u_i$$

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

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

$\eta =$ จำนวนตัวอย่างทั้งหมด และ T คือ จำนวนเวลาทั้งหมด

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

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 เนื่องจาก การประมาณการข้อมูล Panel Data นี้ มีทั้งวิธี Random Effect และ Fixed Effect ฉะนั้นจึงต้องมีเครื่องมือเพื่อมาช่วยทดสอบว่าวิธีไหนเหมาะสมกับแบบจำลองมากที่สุด คือ การทดสอบด้วยวิธี Hausman Test ที่ $1 - \alpha$ ต้องใช้การวิเคราะห์แบบ Fixed Effect

แต่ถ้าค่าที่ได้มีค่าน้อยกว่า percentile ที่ $1 - \alpha$ จะต้องใช้วิธี Random Effect ดังนี้ (Baltagi, et al., 2007)

$$\text{กำหนดให้ Hausman's Specification Test} = (\beta_F - \beta_R)' (V_F - V_R)^{-1} (\beta_F - \beta_R)$$

โดยที่ β_F คือ เวกเตอร์ของค่าสัมประสิทธิ์จากการถดถอยด้วยวิธี Fixed Effect

β_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

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดปีงบประมาณ 2552-2558 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม คือ ดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			
	dis	ip	underw	hs
bg	-0.1531175 (-2.43)**	0.1402391 (0.90)	-0.6926087 (-3.22)***	0.7674665 (1.66)*
gpp	0.0010916 (1.48)	-0.0018909 (-1.03)	0.009737 (3.85)***	-0.0025008 (-1.06)
inc	0.0002579 (0.62)	-0.0008595 (-0.84)	-0.0007758 (-0.55)	0.0002226 (0.07)
edu	0.0044834 (0.10)	-0.0416434 (-0.39)	0.1214644 (0.83)	-0.298035 (-0.99)
bed	0.0005288 (1.65)*	0.0008126 (1.03)	-0.001828 (-1.67)*	0.0012522 (0.76)
cons	2.044986 (5.46)***	10.65735 (11.50)***	9.448397 (7.39)***	73.55733 (28.18)***
R ²	0.0172	0.0303	0.0351	0.0174
Fixed	Yes	Yes	Yes	No
Random	No	No	No	Yes
Hausman test	(0.0011)***	(0.0172)**	(0.0012)***	(0.7111)

ที่มา: จากการคำนวณโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ: () ค่า t statistics

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การใช้แบบจำลองโดยใช้ Hausman's Specification Test พบว่า แบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดัชนีร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (ip) ดัชนีร้อยละของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underw) และดัชนีร้อยละของประชากรที่พิการ (dis) ใช้ Fixed Effect Model เพราะค่า Prob.

น้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ปฏิเสธ H_0 ยอมรับ H_1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95, 99 และ 99 ตามลำดับ และดัชนีร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (hs) ใช้ Random Effect Model เพราะค่า Prob. มากกว่า 0.05 แสดงว่า ไม่สามารถปฏิเสธ H_0 ได้

ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัดพบว่า การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุขส่งผลต่อร้อยละของประชาชนผู้พิการ ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละคะแนนสุขภาพจิต กล่าวคือ งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเพิ่มขึ้น/ลดลง 1 พันบาท ส่งผลให้ประชากรที่พิการลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แสดงว่า เมื่อรัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณลงในพื้นที่มากขึ้น จะทำให้สัดส่วนคนพิการลดลง และยังส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลง/เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Olson, Diekema, Elliott, and Renier (2010) ที่พบว่า งบประมาณของรัฐมีผลต่อสุขภาพของทารก นอกจากนี้ยังพบว่า งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพยังส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตของประชาชนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ เมื่องบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเพิ่มขึ้น 1 พันบาท ส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 แสดงว่า เครื่องมือของรัฐ คือ งบประมาณรายจ่ายส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนเตียงผู้ป่วยส่งผลต่อดัชนีคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ถ้าจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 เตียงต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงร้อยละ 0.0018 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 สอดคล้องกับงานของ Nixon and Ulmann (2549) และ Lindaman and Thumaier (1999) พบว่า การเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพจำนวนเตียงผู้ป่วยและจำนวนแพทย์จะมีส่วนช่วยให้การตายของทารกลดลง (เป็นอย่างมาก) แล้ว ยังช่วยเพิ่มอายุเฉลี่ยของประเทศอีกด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยที่ผ่านมา Martinez-Vazquez (2013); Skoufias and Olivieri (2013); เจตน์ ดิษฐอุดม (2557) พบว่า การใช้จ่ายของภาครัฐซึ่งเป็นการบริการสาธารณะ และการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในหลายด้าน เช่น ด้านสาธารณสุข เป็นต้น โดยค่าใช้จ่ายภาครัฐมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับจังหวัด ซึ่งการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายภาครัฐที่เกิดขึ้นไม่ได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในระดับจังหวัด ในทางกลับกัน หน่วยงานภาครัฐมีการปฏิบัติหน้าที่ซ้ำซ้อนและกระจัดกระจาย ทำให้ขาดประสิทธิภาพ ในการใช้จ่ายงบประมาณและไม่ได้มุ่งสู่ประโยชน์สูงสุดของประชาชน ดังนั้นงานวิจัย ฉบับนี้จึงต้องการวิเคราะห์ผลกระทบของการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนระดับจังหวัด โดย Nixon and Ulmann (2549) พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่ดีทางด้านคุณภาพชีวิต ในงานวิจัยฉบับนี้ ใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ผลการวิจัยพบว่า การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดัชนีด้านร้อยละของประชาชนผู้พิการ ทารกแรกเกิด ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ตามลำดับ แสดงว่า เครื่องมือของรัฐคืองบประมาณรายจ่ายส่งผลให้คุณภาพชีวิตของ ประชาชนดีขึ้น ทั้งนี้ในแต่ละตัวชี้วัดนั้นต้องพิจารณาถึงทุนเดิม คือ ความแข็งแรง ด้านร่างกายและจิตใจของประชาชนเดิม การดูแลเลี้ยงดู ซึ่งการที่ประชาชนได้รับการ บริการด้านสาธารณสุขจากรัฐนั้น เป็นเพียงการส่งเสริมและรักษาในกรณีที่เจ็บป่วย เท่านั้น ดังนั้นรัฐบาลควรออกนโยบายด้านสุขภาพเข้ามาป้องกันก่อนการเกิด ความผิดปกติในร่างกายของประชาชน เช่น การดูแลสุขภาพของทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาและความแข็งแรงของร่างกายที่เป็นทุนเดิม การเข้าไปอยู่หรือการหลีกเลี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่อาจจะเกิดผลต่อสุขภาพ หรือกรรมพันธุ์ ทั้งนี้อาจทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเอง เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นรัฐควรจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อดูแลมารดาตั้งแต่ ตั้งครรภ์เพื่อให้น้ำหนักของทารกแรกเกิดได้เกณฑ์มาตรฐาน ส่วนคะแนนสุขภาพจิตนั้น

ขึ้นอยู่กับความกดดัน ความเครียดของประชากรแต่ละบุคคล จากผลการวิจัยด้านคะแนนสุขภาพจิตของประเวศ ตันติพิพัฒนสกุล (2551) พบว่า ประชาชนที่มีความสุขน้อยหรือได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมีสัดส่วนลดลง ยกเว้นในพื้นที่ภาคกลางในระดับบุคคล การศึกษาที่สูงขึ้น การงานที่มั่นคงโดยเฉพาะในภาครัฐ เป็นปัจจัยด้านบวกต่อความสุขของคนไทย ในขณะที่การเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือการที่มีสมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้พิการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานของ Takahashi (1979) ที่กล่าวว่าดัชนีคุณภาพชีวิตสูง ๆ นั้นมักจะเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองที่เจริญหรือเมืองตากอากาศ ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีคุณภาพชีวิตต่ำมักจะเป็นจังหวัดที่มีสภาพแวดล้อมไม่ดีมีภาวะเจริญพันธ์สูงและมีการศึกษาต่ำ ซึ่งปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนา การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อยู่อาศัย เป็นต้น

สรุป

1. การจัดสรรงบประมาณที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดอาจยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละจังหวัด กล่าวคือในแต่ละจังหวัดยังมีความต้องการงบประมาณทางด้านสุขภาพของรัฐเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้น ดังนั้นรัฐบาลควรพัฒนาพื้นที่ สร้างรายได้ และควรนำไปสู่การทบทวนเพื่อปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างการบริหาร และกระบวนการจัดสรรงบประมาณระดับจังหวัด

2. การจัดสรรงบประมาณ ควรให้ความสำคัญกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในจังหวัดต่าง ๆ กันลำดับแรก กล่าวคือ ถ้าพิจารณาด้านสังคมนั้น คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความอยู่ดีกินดีของประชาชน นอกจากจะพิจารณาถึงรายได้ของประชาชนแล้วควรพิจารณาถึงภาวะสุขภาพด้วย ก่อนที่จะพิจารณาจากรายจ่ายเพื่อรักษาการดำเนินงานของรัฐ เพราะความแตกต่างระดับจังหวัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่แสดงให้เห็นความแตกต่างด้านคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

รายการอ้างอิง

- เจตนัน ดิษฐอดม. (2554). ผลลัพธ์ของการใช้จ่ายภาครัฐที่มีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัด. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ตันติพิพัฒนสกุล. (2552). *วิเคราะห์สุขภาพจิตผ่านข่าว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-369.pdf>
- ระพีพรรณ คำหอม. (2549). *สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2548). *รายงานประจำปี 2548*. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2665/hsri-annual-2548.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ*. เข้าถึงได้จาก https://www.nesdb.go.th/main.php?filename=qgdp_page
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม*. เข้าถึงได้จาก <http://social.nesdb.go.th/social/>
- สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. (2555). *การศึกษาระบบการคลังจากการให้สวัสดิการทางสังคมของรัฐบาล ในกรณีศึกษาโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. เข้าถึงได้จาก [http://www2.fpo.go.th/e_research/pdf/research_project_3_2_4\(2551\).pdf](http://www2.fpo.go.th/e_research/pdf/research_project_3_2_4(2551).pdf)
- สำนักงบประมาณ. (2560). *งบประมาณโดยสังเขปประจำปีงบประมาณ 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงบประมาณ. (2560). *การระบบประมาณรายจ่ายสำหรับระบบการบริการสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=478
- Baltagi, B.H., et al. (2007). *Stata statistical software release 10 longitudinal/panel data*. Texas: College Station.

- Martinez-Vazquez, J. (2013). *Coping with rising inequality in Asia: How effective are fiscal policies*. Retrieved from https://www.mitpressjournals.org/doi/abs/10.1162/ASEP_a_00232
- Nixon, J., & Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for causal link. *European Journal of Health Economics*, 7(1), 7-18.
- OECD. (2010). *OECD Better Life Index*. Retrieved from <http://www.oecd.org2statistics/datalab/bli.htm>
- Olson, M. E., Diekema, D., Elliott, B. A., & Renier, C. M. (2010). Impact of income and income inequality on infant health outcomes in the United States. *Pediatrics*, 126(6), 1165-1173.
- Polackova, H. (1998). *Contingent government liabilities: A hidden risk for fiscal stability*. United States: World Bank Publications.
- Skoufias, E., & 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.
- Stiglitz, J. (2000). *Economics of the public sector*. New York: Norton and Company.
- Takahashi. (1979). *Quality of life in Thailand: A socio-economic analysis*. Bangkok: Asian Institute of Technology (AIT).
- Thumaier, K., & Lindaman, K. (1999). *Elusive Nexus: Basic Needs and Fiscal Decentralization*. Retrieved from <http://www.eolss.net/Sample-Chapters/C14/E1-34-05-05.pdf>