บทความวิจัย

พลวัตอำนาจกับสุขภาวะ: ภาษีมูลค่าเพิ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทย

Power Dynamics and Public Well-being: VAT Allocation, Local Governments, and Health Inequality in Thailand

จารุวรรณ พนมเขต[1] และจิตรลดา ไชยะ[2]

Jaruwan Panomket[1] and Chitralada Chaiya[2]

[1-2] วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1-2] College of Politics and Governance, Mahasarakham University

E-mail: 67011381011@msu.ac.th

Corresponding E-mail: chitralada.c@msu.ac.th

This article is presented in the 21th National Conference on Public Administration of Public Administration Association of Thailand at Thaksin University, September 26, 2025

Received: August 15, 2025; Revised: September 30, 2025; Accepted: May 4, 2026

บทคัดย่อ

การกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุขไม่ใช่เพียงกลไกในการถ่ายโอนภารกิจเชิงบริหาร แต่เป็นกระบวนการจัดระเบียบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการจัดบริการสุขภาพและการลดความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะ การลงทุนทางสังคม และดัชนีความเหลื่อมล้ำ ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลระดับมหภาคของประเทศไทย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณผ่านกลไกภาษีมูลค่าเพิ่มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและระดับการใช้จ่ายด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำ จำนวนการเกิดมีชีพ และจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร อันสะท้อนถึงพลวัตของอำนาจเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความสามารถของ อปท. ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเชิงรุก ทั้งนี้ การวิเคราะห์ยังเผยให้เห็นข้อจำกัดเชิงระบบของโครงสร้างอำนาจแบบรวมศูนย์ที่อาจขัดขวางการพัฒนาเชิงพื้นที่ ที่มีความยั่งยืน งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การกระจายอำนาจด้านการบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีมากกว่าการถ่ายโอนทรัพยากรทางการคลัง หากแต่ต้องควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสมรรถนะสถาบัน การเพิ่มขีดความสามารถเชิงนโยบายของท้องถิ่น และการจัดวางระบบธรรมาภิบาลที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพื่อให้สุขภาวะเป็นผลลัพธ์ของความเสมอภาคทางสังคม ไม่ใช่เพียงผลพวงของการจัดสรรงบประมาณเชิงเทคนิค

คำสำคัญ: พลวัตอำนาจ; สุขภาวะ; ภาษีมูลค่าเพิ่ม; องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.); ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพไทย; การกระจายอำนาจทางการคลัง; การถ่ายโอนภารกิจ

Abstract

Fiscal decentralization in the public health sector is not merely an administrative mechanism for task delegation but a structural realignment of power relations between the central government and local administrative organizations (LAOs). This power reconfiguration significantly influences the capacity of local governments to deliver equitable health services and address systemic disparities. This study aims to examine the structural relationship between the allocation of value-added tax (VAT), as mandated by the Decentralization Act, and a set of macro-level indicators, including public health outcomes, social investment, and income inequality in Thailand. Pearson's correlation analysis was employed to assess the associations among these variables. The findings reveal that increased VAT allocation is positively correlated with life expectancy and public health expenditure, and negatively correlated with the Gini index, birth rate, and hospital bed density. These patterns reflect the structural dynamics of local fiscal power and its implications for proactive health governance. The analysis also highlights the persistent limitations of a centralized fiscal structure that may hinder sustainable subnational development. This research underscores that meaningful decentralization must go beyond the redistribution of fiscal resources. It requires institutional capacity-building, policy autonomy for local actors, and the establishment of participatory governance mechanisms. Ultimately, public well-being should emerge not merely as a technical outcome of budgetary flows but as a reflection of social justice and inclusive policymaking rooted in local empowerment.

Keywords: Decentralization; Public Well-being; Value-Added Tax (VAT) Allocation; Local Administrative Organizations (LAOs); Health Inequality; Fiscal Decentralization; Functional Transfer

บทนำ

การกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุขเป็นประเด็นสำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากมิได้หมายถึงเพียงการถ่ายโอนภารกิจเชิงบริหารและทรัพยากรทางการคลังจากส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการจัดระเบียบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐส่วนกลางกับท้องถิ่น ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการกำหนดนโยบาย การจัดบริการ และการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง [1] ในบริบทของประเทศไทย พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดกลไกการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่ม (Value Added Tax: VAT) เป็นช่องทางสำคัญในการกระจายทรัพยากรด้านการคลังสู่ท้องถิ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม แม้การจัดสรรงบประมาณผ่านกลไกการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มจะมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ในหลายพื้นที่ชี้ให้เห็นว่าการกระจายอำนาจทางการคลังเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากปราศจากการเสริมสร้างสมรรถนะสถาบัน ขีดความสามารถเชิงนโยบายของท้องถิ่น และระบบธรรมาภิบาลที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ [2]

ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในประเทศไทยยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ โดยปรากฏชัดในตัวชี้วัด เช่น ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (GINI Index) อัตราการเกิดมีชีพ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ตลอดจนความแตกต่างของทรัพยากรด้านสาธารณสุขระหว่างพื้นที่เมืองกับชนบท การศึกษาเชิงประจักษ์ในหลายประเทศชี้ว่า ระดับการกระจายอำนาจทางการคลังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ก็ยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างและบริบทการบริหารในแต่ละพื้นที่

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะ การลงทุนทางสังคม และดัชนีความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย พร้อมทั้งประเมินผลของการกระจายอำนาจทางการคลังต่อศักยภาพการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบที่สามารถลดความเหลื่อมล้ำและเสริมสร้างธรรมาภิบาลในภาคสาธารณสุขท้องถิ่น อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะ การลงทุนทางสังคม และดัชนีความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย
2. เพื่อประเมินผลของการกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุขต่อศักยภาพการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เพิ่มสมรรถนะเชิงนโยบายของท้องถิ่น ลดความเหลื่อมล้ำ และส่งเสริมธรรมาภิบาลในการจัดบริการสาธารณสุข

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้แบ่งเนื้อหาสาระออกเป็นหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจเป็นกระบวนการโอนอำนาจการตัดสินใจ ทรัพยากร และความรับผิดชอบจากรัฐบาลส่วนกลางไปยังหน่วยงานในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความคล่องตัว ประสิทธิภาพ และความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การกระจายอำนาจแบ่งได้เป็น 3 มิติหลัก ได้แก่ [3]

1) การกระจายอำนาจทางการเมือง (Political Decentralization)

2) การกระจายอำนาจทางการบริหาร (Administrative Decentralization)

3) การกระจายอำนาจทางการคลัง (Fiscal Decentralization)

ในบริบทของภาคสาธารณสุข การกระจายอำนาจช่วยให้การตัดสินใจด้านนโยบายและการจัดบริการสุขภาพมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์การกระจายอำนาจทางการคลังที่มีต่อสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ จึงใช้แนวคิดนี้เป็นกรอบในการทำความเข้าใจบทบาทของ (อปท.)

2. แนวคิดการกระจายอำนาจทางการคลัง

การกระจายอำนาจทางการคลัง หมายถึง “การที่รัฐบาลกลางมอบอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทางการคลังให้กับหน่วยการปกครองท้องถิ่นให้มีอิสระในการตัดสินใจทางการคลัง อันได้แก่ การจัดหารายได้ การใช้จ่าย การก่อหนี้ และการบริหารการคลัง โดยไม่ต้องอยู่ในการบังคับบัญชาของรัฐบาลกลาง เพียงแต่อยู่ในการกำกับหรือการควบคุมบางเรื่องที่จำเป็นเท่านั้น” [4]

3. ทฤษฎีการคลังสาธารณะและการจัดสรรทรัพยากร

รัฐมีบทบาทหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากร (allocation), การกระจายรายได้ (distribution) และการรักษาเสถียรภาพเศรษฐกิจ (stabilization) การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพจึงต้องคำนึงทั้งด้านความคุ้มค่าและความเป็นธรรม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มกับตัวชี้วัดสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ สอดคล้องกับบทบาทของรัฐในการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม [5]

4. แนวคิดความเสมอภาคและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

ความเสมอภาคทางสุขภาพ หมายถึงการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยไม่มีอุปสรรคทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยโครงสร้าง เช่น รายได้ การศึกษา และสภาพแวดล้อม [6]

5. ทฤษฎีระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ การให้บริการ (service delivery), บุคลากรสุขภาพ (health workforce), ระบบข้อมูลสุขภาพ, ยาและเทคโนโลยี, การเงินด้านสุขภาพ และการกำกับดูแล (governance) การโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และงบประมาณ สู่ อปท. ส่งผลโดยตรงต่อโครงสร้างทั้ง 6 ด้านของระบบสุขภาพท้องถิ่น [7]

6. ทฤษฎีการบริหารภาครัฐแนวใหม่

การบริหารภาครัฐแนวใหม่เน้นการใช้หลักการจัดการภาคเอกชนในภาครัฐ เช่น การเน้นผลสัมฤทธิ์ (result-oriented), การใช้ตัวชี้วัดผลงาน, การกระจายอำนาจ และการเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหาร การถ่ายโอน รพ.สต. และงบประมาณให้ อปท. เป็นตัวอย่างของการใช้การบริหารภาครัฐแนวใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความตอบสนองต่อประชาชน [8]

7. ทฤษฎีเครือข่ายนโยบาย

การกำหนดและดำเนินนโยบายเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจึงต้องอาศัยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข อปท. ภาคประชาชน และภาคเอกชน ช่วยอธิบายความท้าทายในการประสานงานและการมีส่วนร่วมในกระบวนการกระจายอำนาจทางการคลัง [9]

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตและความเสมอภาคทางสังคมของประชาชนไทย โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณระดับประเทศจากหน่วยงานภาครัฐและองค์การระหว่างประเทศ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้จ่ายด้านสุขภาพกับตัวชี้วัดสุขภาวะ ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (GINI Index) ผลการศึกษาพบว่า การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยกระดับอายุคาดเฉลี่ยของประชาชน และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าดัชนี GINI สะท้อนถึงบทบาทเชิงนโยบายของการลงทุนด้านสุขภาพในการลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมความเสมอภาคทางสุขภาพของสังคมไทย พบว่า การออกแบบนโยบายงบประมาณด้านสาธารณสุขควรเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ควบคู่กับการกระจายงบประมาณอย่างเป็นธรรม เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืนและครอบคลุม [10]

ผลการศึกษาการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นกรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ส่งผลให้ท้องถิ่นมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการจัดบริการสุขภาพ การวางแผนเชิงพื้นที่ และการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้รวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข งบประมาณไม่เพียงพอ และข้อจำกัดด้านเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ผลการวิจัยเสนอให้มีการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพท้องถิ่น [11]

รายงานขององค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการกระจายอำนาจทางการคลังและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประเทศสมาชิกและประเทศคู่ภาคี โดยใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบจากตัวชี้วัดเศรษฐกิจ การคลัง และสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เชิงสถิติ พบว่าประเทศที่มีระดับการกระจายอำนาจทางการคลังสูง มักมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าในด้านอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราการรอดชีวิตของทารก และระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบสุขภาพ การกระจายอำนาจที่มีประสิทธิภาพยังช่วยเพิ่มประสิทธิผลการใช้ทรัพยากร ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างพื้นที่ และเสริมสร้างความรับผิดชอบเชิงนโยบายของรัฐบาลท้องถิ่น รายงานเสนอว่าการออกแบบนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพควรควบคู่ไปกับกลไกธรรมาภิบาล การกำกับติดตาม และการสนับสนุนทางเทคนิค เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความเป็นอิสระของท้องถิ่นและมาตรฐานการบริการในระดับประเทศ [12]

ผลการวิเคราะห์ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อบทบาทและความสามารถเชิงนโยบายของรัฐบาลท้องถิ่นในประเทศโบลิเวีย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประวัติศาสตร์เชิงเปรียบเทียบ (comparative historical analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากงบประมาณ การลงทุนสาธารณะ และตัวชี้วัดด้านสังคม-เศรษฐกิจ ครอบคลุมช่วงเวลาก่อนและหลังการปฏิรูปการกระจายอำนาจ พบว่า การปฏิรูปการกระจายอำนาจทำให้รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะด้านการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การศึกษา และสาธารณสุข การตัดสินใจเชิงนโยบายมีความใกล้ชิดและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น ทั้งยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการนโยบาย อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์เชิงบวกดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กับความท้าทายด้านศักยภาพบุคลากรท้องถิ่น และความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรระหว่างพื้นที่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการเสริมสร้างขีดความสามารถสถาบันท้องถิ่นควบคู่กับการกระจายอำนาจ [13]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มด้านสุขภาวะ การลงทุนทางสังคม และดัชนีความเหลื่อมล้ำ ตลอดจนประเมินผลกระทบของการกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุขต่อศักยภาพเชิงนโยบายและการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่น โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 การศึกษาข้อมูลและการตั้งสมมติฐาน

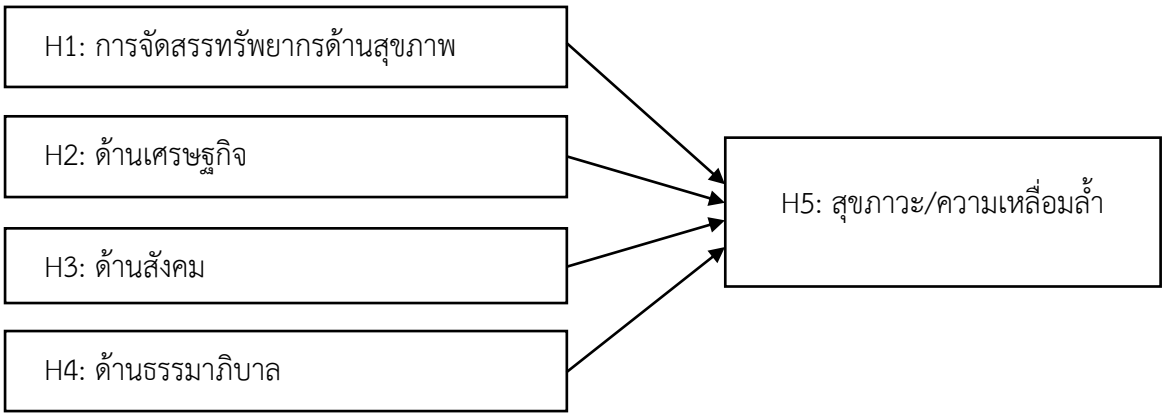
บทความวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย (แสดงดังภาพที่ 1) และมีการกำหนดสมมติฐานที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจ-สังคมกับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ ภายใต้บริบทของ การกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุข และสมมติฐานเหล่านี้เป็นสมมติฐานของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1) รายจ่ายด้านสุขภาพ (Current health expenditure)
2) จำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน (Physicians)
3) ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini index)
4) ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Effectiveness)
5) สัดส่วนประชากรในเขตเมืองของประชากรทั้งหมด (Urban population)
6) อัตราการว่างงานของแรงงานทั้งหมด (Unemployment)
7) รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita)
8) สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบทของประชากรทั้งหมด (Rural population)
9) คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Quality)
10) การควบคุมการทุจริต (Control of Corruption)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

1) ตัวชี้วัด สุขภาวะ/ความเหลื่อมล้ำ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย
ที่มา: ผู้วิจัย

H1: ตัวแปรการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ (เช่น รายจ่ายด้านสุขภาพ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตัวชี้วัดสุขภาวะของประชาชน และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้

H2: ตัวแปรด้านเศรษฐกิจ (รายได้ประชาชาติต่อหัว) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตัวชี้วัดสุขภาวะและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหลื่อมล้ำ

H3: ตัวแปรด้านสังคม (สัดส่วนประชากรในเขตเมือง, อัตราการว่างงาน) มีอิทธิพลต่อสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำในทิศทางที่แตกต่างกัน

H4: ตัวแปรด้านธรรมาภิบาล (ประสิทธิภาพของภาครัฐ, คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ, การควบคุมการทุจริต) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหลื่อมล้ำ

H5: โมเดลการถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Model) ที่รวมตัวแปรด้านเศรษฐกิจ สังคม ธรรมาภิบาล และสุขภาพ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลระดับมหภาค (Macro-level Data) จากแหล่งข้อมูลรอง (Secondary Data) ที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่

1) ธนาคารโลก (World Bank)

ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita) อัตราการว่างงาน สัดส่วนประชากรในเขตเมืองและชนบท รายจ่ายด้านสุขภาพ จำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (GINI Index) และตัวชี้วัดสุขภาพอื่น ๆ

2) สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.)

ข้อมูลการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโครงสร้างการให้บริการ

1.3 นำข้อมูลที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์ด้วยกระบวนการทางสถิติและทำการแปรผลข้อมูลสถิติ

2. เครื่องมือการวิจัย

2.1 วิธีการวิเคราะห์

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความแม่นยำและเชื่อถือได้ งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics ซึ่งได้รับการยอมรับในด้านความถูกต้องและความแข็งแกร่งในการคำนวณเชิงสถิติ กรอบการวิเคราะห์มุ่งเน้นที่สมการเชิงเส้นทั่วไป (Linear Model Equation) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยเชิงปริมาณเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัว

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของตัวแปร แสดงผลในรูปแบบตารางและกราฟเส้นเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มในแต่ละปี

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (เช่น การจัดสรร VAT, ตัวแปรเศรษฐกิจ สังคม และโครงสร้างสุขภาพ) กับตัวแปรตาม (เช่น ดัชนีความเหลื่อมล้ำ, อายุคาดเฉลี่ย, ค่าใช้จ่าย

ด้านสุขภาพ) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบ: $p < 0.05$ และ $p < 0.01$

3) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์เพื่อทำนายและอธิบายอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อค่าตัวแปรตามตรวจสอบสมมติฐานการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และธรรมาภิบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุข ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนพลวัตของการจัดสรรทรัพยากรผ่านกลไกภาษีมูลค่าเพิ่ม ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความเท่าเทียมของประชาชน

1. วิเคราะห์ข้อมูลแต่ละตัวแปร

1.1 การวิเคราะห์แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพ (Current Health Expenditure)

แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเมื่อพิจารณาในสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ "เพิ่มขึ้นในระยะยาว (upward trend) แต่มีความผันผวนในบางช่วงเวลา" โดยสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระยะสำคัญ

ในระยะแรก (พ.ศ. 2555–2559) รายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากร้อยละ 3.52 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 3.94 ในปี 2558 สะท้อนถึงการขยายตัวของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจและความต้องการบริการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น

ในระยะที่สอง (พ.ศ. 2560–2562) ระดับรายจ่ายด้านสุขภาพมีลักษณะทรงตัวและผันผวนเล็กน้อย โดยอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 3.79–3.87 ของ GDP ซึ่งอาจสะท้อนถึงการดำเนินนโยบายควบคุมงบประมาณภาครัฐภายใต้ข้อจำกัดทางการคลัง รวมถึงความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ในระยะที่สาม (พ.ศ. 2563–2565) ซึ่งเป็นช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 พบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยปรับตัวสูงขึ้นจากร้อยละ 4.35 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 5.35 ในปี 2564 และยังคงอยู่ในระดับสูงที่ร้อยละ 5.15 ในปี 2565 การเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาทเชิงรุกของภาครัฐและภาคเอกชนในการระดมทรัพยากรเพื่อรับมือกับวิกฤตด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การขยายศักยภาพของหน่วยบริการ และการสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ

โดยสรุป แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงพลวัตของระบบสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะยาว แม้จะมีช่วงชะลอตัว แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการขยายตัวของรายจ่ายอย่างชัดเจน และบ่งชี้ถึงการปรับโครงสร้างการใช้จ่ายภาครัฐที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคงด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

1.2 การวิเคราะห์แนวโน้มอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน (Physicians)

อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คนของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2564 พบว่า จำนวนแพทย์ต่อประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงแรก (พ.ศ. 2558–2559) ค่าเฉลี่ยยังอยู่ในระดับต่ำที่ประมาณ 0.45 แพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของทรัพยากรบุคลากร

ทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของระบบสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเหลือ 0.43 แต่ในปีเดียวกันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน โดยอัตราส่วนแพทย์เพิ่มขึ้นเป็น 0.79 แพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 อัตราส่วนแพทย์ยังคงมีการปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 0.78 ในปี 2561 เป็น 0.90 ในปี 2562 และสูงสุดที่ 0.93 ในปี 2563 ก่อนที่จะปรับตัวลดลงเล็กน้อยเป็น 0.92 ในปี 2564 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความพยายามของภาครัฐและสถาบันการศึกษาในการผลิตและกระจายแพทย์เข้าสู่ระบบสาธารณสุขมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

โดยสรุป แม้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทยมีแนวโน้มขาขึ้นและเข้าใกล้มาตรฐานสากลมากขึ้น แต่เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2–3 แพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ยังสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขไทยที่ต้องเร่งลงทุนและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

1.3 การวิเคราะห์แนวโน้มดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini Index)

ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini Index) ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 ค่าอยู่ที่ 39.3 ซึ่งสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจในระดับสูง แต่ต่อมาได้ปรับลดลงเรื่อย ๆ เหลือ 37.8 ในปี 2556 และ 37.0 ในปี 2557 ทั้งนี้ในปี 2558 ค่า Gini ลดลงต่ำสุดที่ 36.0 ก่อนจะปรับตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี 2559–2561 อยู่ระหว่าง 36.4–36.7 แสดงถึงการชะลอตัวของการลดความเหลื่อมล้ำ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ค่าดัชนี Gini มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยอยู่ที่ 34.9 ในปี 2562 และ 35.0 ในปี 2563 ซึ่งแม้จะปรับตัวขึ้นเล็กน้อย แต่ในภาพรวมยังคงอยู่ในทิศทางขาลง กระทั่งปี 2565 ค่า Gini Index ลดลงมาอยู่ที่ 34.3 ซึ่งถือเป็นระดับต่ำที่สุดในรอบทศวรรษ สะท้อนถึงการพัฒนานโยบายด้านสวัสดิการและการกระจายรายได้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสนับสนุนด้านการศึกษา และโครงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย

โดยสรุป แนวโน้มของดัชนี Gini ในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 ชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวลดลงของความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจในประเทศไทยอย่างค่อยเป็นค่อยไป แม้ในบางปีจะมีการแกว่งตัวขึ้นลง แต่ภาพรวมสะท้อนถึงทิศทางเชิงบวกของการพัฒนาเศรษฐกิจและนโยบายรัฐที่เน้นการลดช่องว่างระหว่างกลุ่มประชากร

1.4 การวิเคราะห์แนวโน้มค่าประสิทธิผลของรัฐบาล (Government Effectiveness)

ค่าประสิทธิผลของรัฐบาล (Government Effectiveness) ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่ามีความผันผวนอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงเริ่มต้นปี พ.ศ. 2555 ค่าอยู่ที่ 0.16 ก่อนจะลดลงเล็กน้อยในปี 2556 เป็น 0.13 แต่ต่อมาในปี 2557–2558 ค่าดังกล่าวปรับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจนแตะระดับสูงสุดที่ 0.26 ในปี 2558 แสดงถึงการปรับปรุงด้านกลไกการบริหารและนโยบายของรัฐที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2559–2562 ค่า Government Effectiveness ค่อนข้างทรงตัวระหว่าง 0.22–0.26 ซึ่งแม้จะยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่สะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและปัญหาความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบาย จากนั้นในปี 2563 ค่าเริ่มปรับลดลงเหลือ 0.20 และแม้ในปี 2564 จะขยับขึ้นเป็น 0.22 แต่ในปี 2565 ค่าได้ปรับตัวลดลงอย่างมากจนเหลือเพียง 0.12 ซึ่งถือเป็นค่าต่ำที่สุดในรอบทศวรรษ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะมีช่วงเวลาที่การบริหารของภาครัฐสามารถสร้างประสิทธิผลในระดับสูง แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทายด้านความต่อเนื่อง ความเชื่อมั่น และเสถียรภาพของ

นโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตโควิด-19 ที่ทำให้ระบบราชการและกลไกการกำกับดูแลประสบปัญหาในการตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างทันท่วงที

โดยสรุป ค่า Government Effectiveness ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 แสดงถึงความไม่เสถียรของคุณภาพการบริหารราชการ ซึ่งแม้จะมีบางช่วงที่สามารถยกระดับได้ แต่ในภาพรวมยังต้องการการปฏิรูปเชิงสถาบันและการสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อภาครัฐอย่างยั่งยืน

1.5 การวิเคราะห์แนวโน้มประชากรเมือง (Urban Population)

สัดส่วนประชากรเมืองของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากร้อยละ 45.45 ในปี พ.ศ. 2555 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.19 ในปี 2556 ก่อนจะขยับสูงขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง จนทะลุครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดที่ร้อยละ 50.69 ในปี พ.ศ. 2562 และยังคงขยายตัวต่อไปจนถึงร้อยละ 52.89 ในปี พ.ศ. 2565 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงกระบวนการ “Urbanization” หรือการขยายตัวของความเป็นเมืองที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดทศวรรษ ปัจจัยสำคัญที่ผลักดันปรากฏการณ์นี้ ได้แก่ การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและบริการที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบคมนาคมและที่อยู่อาศัย รวมถึงการย้ายถิ่นฐานของแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพื่อแสวงหาโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่า นอกจากนี้ การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบบริการสาธารณะในเมืองยังเป็นแรงดึงดูดที่ทำให้เมืองกลายเป็นศูนย์กลางของการดำรงชีวิตที่ทันสมัยมากขึ้น อย่างไรก็ดี แม้การเพิ่มขึ้นของประชากรเมืองจะสะท้อนถึงพัฒนาการทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางสังคม แต่ก็สร้างความท้าทายต่อการจัดการเมือง เช่น ปัญหาการจราจรติดขัด มลภาวะสิ่งแวดล้อม ความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย ตลอดจนความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบทที่อาจเพิ่มมากขึ้นหากการกระจายทรัพยากรและบริการสาธารณะไม่ทั่วถึง

โดยสรุป แนวโน้มการขยายตัวของประชากรเมืองในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งแม้จะสะท้อนถึงความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ก็ตอกย้ำถึงความจำเป็นที่รัฐและท้องถิ่นต้องร่วมกันพัฒนาแผนการจัดการเมืองและชนบทควบคู่กัน เพื่อสร้างสมดุลและความยั่งยืนในระยะยาว

1.6 การวิเคราะห์แนวโน้มอัตราการว่างงาน (Unemployment)

อัตราการว่างงานของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่า แนวโน้มมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2555 อัตราการว่างงานอยู่ที่ร้อยละ 0.58 ก่อนที่จะลดลงต่ำสุดในปี 2556 ที่ร้อยละ 0.25 ซึ่งสะท้อนถึงภาวะตลาดแรงงานที่ตึงตัวและความสามารถในการดูดซับแรงงานของเศรษฐกิจไทยในช่วงเวลาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา อัตราการว่างงานเริ่มปรับตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่ที่ร้อยละ 0.57–0.83 ในช่วงปี 2557–2560 ก่อนจะลดลงเล็กน้อยในปี 2561 และ 2562 ที่ร้อยละ 0.76 และ 0.71 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ถึงการฟื้นตัวบางส่วนของตลาดแรงงาน แนวโน้มกลับพลิกผันอีกครั้งในช่วงวิกฤตโควิด-19 โดยอัตราการว่างงานพุ่งสูงขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 0.71 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 1.09 ในปี 2563 และแตะระดับสูงสุดที่ร้อยละ 1.21 ในปี 2564 ซึ่งถือเป็นอัตราสูงสุดในรอบทศวรรษ สาเหตุหลักมาจากการหยุดชะงักของภาคการท่องเที่ยว การส่งออก และภาคบริการ ส่งผลให้แรงงานจำนวนมากสูญเสียรายได้และโอกาสในการจ้างงาน หลังจากนั้น ในปี 2565 อัตราการว่างงานเริ่มปรับตัวลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 0.94 แสดงถึงการฟื้นตัวของเศรษฐกิจและการกลับมาของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ แม้จะยังไม่กลับสู่ระดับต่ำก่อนการระบาด แต่เป็นสัญญาณเชิงบวกต่อทิศทางตลาดแรงงาน

ของประเทศ

โดยสรุป อัตราการว่างงานของประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล แต่ยังมีความเปราะบางต่อวิกฤตเศรษฐกิจและปัญหาภายนอก โดยเฉพาะสถานการณ์โควิด-19 ที่สะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างระบบเศรษฐกิจที่ยืดหยุ่น และมาตรการคุ้มครองแรงงานที่เข้มแข็งเพื่อรองรับความไม่แน่นอนในอนาคต

1.7 การวิเคราะห์แนวโน้มรายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita)

รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita) ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีบางช่วงที่ชะลอตัวหรือลดลง โดยในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวอยู่ที่ 5,400 ดอลลาร์สหรัฐ และขยับขึ้นเป็น 5,580 ดอลลาร์ในปี 2556 และ 5,620 ดอลลาร์ในปี 2557 ซึ่งสะท้อนถึงการเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2555–2559 ค่า GNI ต่อหัวค่อนข้างทรงตัวอยู่ในช่วงประมาณ 5,500–5,600 ดอลลาร์ แสดงถึงการชะลอตัวของเศรษฐกิจในระยะสั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ค่า GNI ต่อหัวเพิ่มขึ้นเป็น 5,800 ดอลลาร์ และขยับสูงขึ้นอีกในปี 2561 ที่ 6,430 ดอลลาร์ ก่อนจะเพิ่มขึ้นสูงสุดในรอบทศวรรษที่ 7,060 ดอลลาร์ในปี 2562 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายตัวทางเศรษฐกิจและการพัฒนาเชิงโครงสร้างที่มีเสถียรภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในปี 2563 ส่งผลให้ GNI ต่อหัวลดลงเหลือ 6,900 ดอลลาร์ แม้จะไม่รุนแรงนัก แต่ก็ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจระดับมหภาคที่เกิดขึ้นทั่วโลก หลังวิกฤตโควิด-19 เศรษฐกิจไทยมีการฟื้นตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยค่า GNI ต่อหัวปรับตัวเพิ่มขึ้นเป็น 7,090 ดอลลาร์ในปี 2564 และขยับสูงขึ้นอีกเป็น 7,210 ดอลลาร์ในปี 2565 แสดงถึงความสามารถในการฟื้นฟูของระบบเศรษฐกิจ แม้จะยังมีข้อจำกัดด้านโครงสร้าง เช่น ความเหลื่อมล้ำของรายได้ การพึ่งพาการท่องเที่ยวและการส่งออก และความไม่แน่นอนของเศรษฐกิจโลก

โดยสรุป รายได้ประชาชาติต่อหัวของประเทศไทยมีแนวโน้มเติบโตในระยะยาว แม้จะได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจโลกและโควิด-19 แต่ก็สามารถฟื้นตัวกลับมาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความแข็งแกร่งเชิงโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจไทย แต่ยังคงต้องการการพัฒนาเชิงลึกเพื่อให้การเติบโตดังกล่าวนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกกลุ่ม

1.8 การวิเคราะห์แนวโน้มประชากรชนบท (Rural Population)

สัดส่วนประชากรชนบทของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 ประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทคิดเป็นร้อยละ 54.55 ของประชากรทั้งหมด และได้ลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปทุกปี เหลือเพียงร้อยละ 50.05 ในปี พ.ศ. 2560 และลดต่ำกว่า 50% อย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2561 ที่ร้อยละ 49.30 จากนั้นแนวโน้มยังคงลดลงต่อเนื่องจนอยู่ที่ร้อยละ 47.11 ในปี พ.ศ. 2565 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่ภาวะ “Urbanization” หรือการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่เขตเมืองอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญมาจากแรงงานชนบทที่อพยพเข้าสู่เมืองเพื่อแสวงหาโอกาสทางเศรษฐกิจ การศึกษา และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและโครงสร้างสังคมยังทำให้สัดส่วนประชากรที่พึ่งพาภาคเกษตรกรรมลดลง ขณะที่สัดส่วนแรงงานภาคอุตสาหกรรมและบริการในเขตเมืองเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การลดลงของประชากรชนบทอาจนำมาซึ่งความท้าทายเชิงโครงสร้าง เช่น ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในภาคเกษตร การสูงวัยของประชากรในชนบท และการลดลงของฐานทรัพยากรมนุษย์ในพื้นที่ชนบท ซึ่งอาจกระทบต่อศักยภาพการผลิตอาหาร ความมั่นคงทางเศรษฐกิจฐานราก และการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศ

โดยสรุป ประชากรชนบทของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจและสังคมสู่ความเป็นเมืองที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันยังตอกย้ำความจำเป็นของการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเมืองและชนบท รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตและโอกาสของประชากรชนบทอย่างเท่าเทียม

1.9 การวิเคราะห์แนวโน้มคุณภาพของระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Quality)

ค่าคุณภาพของกฎระเบียบ (Regulatory Quality) ของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่า มีความผันผวนขึ้นลงตลอดช่วงเวลา โดยในปี พ.ศ. 2555 ค่าอยู่ที่ 55.92 และปรับตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2556–2557 อยู่ในช่วง 56–57 ก่อนจะพุ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในปี 2558 ที่ระดับ 60.47 ซึ่งถือเป็นค่าที่สูงที่สุดในรอบทศวรรษ สะท้อนถึงการดำเนินนโยบายและกฎหมายที่เอื้อต่อการประกอบธุรกิจและการลงทุนในช่วงเวลาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา ค่าคุณภาพกฎระเบียบมีแนวโน้มลดลง โดยอยู่ที่ 55.23 ในปี 2559 และลดลงต่อเนื่องจนถึง 50.00 ในปี 2560–2561 ซึ่งแสดงถึงการอ่อนตัวของระบบกำกับดูแลและการบังคับใช้กฎหมายที่อาจเกิดจากความไม่แน่นอนทางการเมืองและข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบราชการไทย ต่อมาในปี 2562–2565 ค่าคุณภาพกฎระเบียบเริ่มปรับตัวดีขึ้นอีกครั้ง โดยอยู่ที่ 55.71 ในปี 2562 และสูงขึ้นเป็น 58.49 ในปี 2561 และคงที่ใกล้เคียงในปี 2565 ที่ 56.66 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพของกฎระเบียบในประเทศไทยยังขาดเสถียรภาพ แม้จะมีบางช่วงที่สามารถยกระดับได้ แต่ยังมีความเปราะบางต่อปัจจัยภายใน เช่น ความต่อเนื่องของนโยบาย และปัจจัยภายนอก เช่น วิกฤตเศรษฐกิจหรือแรงกดดันจากการค้าโลก ทั้งนี้ การปรับปรุงคุณภาพของกฎระเบียบถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อการสร้างความเชื่อมั่นของนักลงทุน การส่งเสริมการแข่งขันที่เสรีและเป็นธรรม และการยกระดับศักยภาพของเศรษฐกิจไทยในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป ความท้าทายด้านคุณภาพกฎระเบียบของประเทศไทยที่แม้จะสามารถฟื้นตัวได้ในบางช่วง แต่ยังคงเผชิญปัญหาความไม่ต่อเนื่องและเสถียรภาพเชิงนโยบาย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบกฎหมายและการบริหารราชการให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

1.10 การวิเคราะห์แนวโน้มดัชนีการควบคุมการทุจริต (Control of Corruption)

ค่าดัชนีการควบคุมการทุจริต (Control of Corruption) ของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2555–2565 พบว่ามีแนวโน้มทรงตัวในระดับติดลบตลอดช่วงเวลา ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการจัดการปัญหาการทุจริต แม้ในบางปีจะมีการปรับตัวดีขึ้น แต่โดยรวมแล้วยังไม่สามารถก้าวข้ามสภาพ “ระบบการทุจริตเชิงโครงสร้าง” ได้อย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2555 ค่าอยู่ที่ -0.39 ก่อนจะลดลงเป็น -0.48 ในปี 2556 และต่ำสุดที่ -0.55 ในปี 2555 แสดงให้เห็นถึงการถดถอยด้านศักยภาพของรัฐในการควบคุมการทุจริต หลังจากนั้นค่าเริ่มฟื้นตัวขึ้นในปี 2556–2559 อยู่ระหว่าง -0.44 ถึง -0.45 แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าศูนย์อย่างต่อเนื่อง ช่วงปี 2560–2564 ค่าแกว่งตัวอยู่ในช่วง -0.45 ถึง -0.48 ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามในการดำเนินมาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตที่แม้จะมีอยู่ แต่ยังไม่สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ชัดเจนในเชิงบวกได้ ในปี 2565 ค่า Control of Corruption อยู่ที่ -0.45 แม้จะดีขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปี 2564 แต่ก็ยังคงอยู่ในโซนติดลบอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการทุจริตยังคงเป็นความท้าทายเชิงนโยบายของประเทศไทย โดยเฉพาะการสร้างความโปร่งใสในการบริหารงานภาครัฐ การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตรวจสอบ

กล่าวโดยสรุป ข้อจำกัดเรื้อรังในการควบคุมการทุจริตของประเทศไทย แม้จะมีช่วงที่สถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ยังไม่สามารถยกระดับไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกได้อย่างยั่งยืน จึงเป็นสัญญาณว่าประเทศยังคงต้องการการปฏิรูปเชิงสถาบัน มาตรการปราบปรามที่เข้มแข็ง และการส่งเสริมวัฒนธรรมความโปร่งใสทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

2. ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างตัวแปร (เฉพาะที่มีนัยสำคัญ $p < 0.05$)

คู่ตัวแปรที่เปรียบเทียบ	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ทิศทางความสัมพันธ์	ระดับความแรงของความสัมพันธ์	p-value
รายจ่ายด้านสุขภาพ – สัดส่วนประชากรในเขตเมือง	0.849**	บวก	สูงมาก	0.001
รายจ่ายด้านสุขภาพ – อัตราการว่างงาน	0.798**	บวก	สูงมาก	0.003
รายจ่ายด้านสุขภาพ – รายได้ประชาชาต่อหัว	0.760**	บวก	สูงมาก	0.007
รายจ่ายด้านสุขภาพ – ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้	-0.749**	ลบ	สูงมาก	0.008
รายจ่ายด้านสุขภาพ – สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท	-0.849**	ลบ	สูงมาก	0.001
ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ – สัดส่วนประชากรในเขตเมือง	-0.926**	ลบ	สูงมาก	<0.001
ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ – อัตราการว่างงาน	-0.708*	ลบ	สูง	0.015
ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ – รายได้ประชาชาต่อหัว	-0.848**	ลบ	สูงมาก	0.001
ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ – สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท	0.926**	บวก	สูงมาก	<0.001
สัดส่วนประชากรในเขตเมือง – อัตราการว่างงาน	0.849**	บวก	สูงมาก	0.001
สัดส่วนประชากรในเขตเมือง – รายได้ประชาชาต่อหัว	0.931**	บวก	สูงมาก	<0.001
สัดส่วนประชากรในเขตเมือง – สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท	-1.000**	ลบ	สมบูรณ์แบบ	<0.001
อัตราการว่างงาน – รายได้ประชาชาต่อหัว	0.747**	บวก	สูง	0.008
อัตราการว่างงาน – สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท	-0.849**	ลบ	สูงมาก	0.001
รายได้ประชาชาต่อหัว – สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท	-0.931**	ลบ	สูงมาก	<0.001

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพ (%GDP) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากและมีนัยสำคัญทางสถิติกับ สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.849$, $p = 0.001$) อัตราการว่างงาน ($r = 0.798$, $p = 0.003$) และ รายได้ประชาชาต่อหัว ($r = 0.760$, $p = 0.007$) หมายความว่า เมื่อสัดส่วนประชากรในเมือง อัตราการว่างงาน หรือรายได้เฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้น สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในทางกลับกัน รายจ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงมากและมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ($r = -0.749$, $p = 0.008$) และ สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ($r = -0.849$, $p = 0.001$) แสดงว่าประเทศหรือช่วงเวลาที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง หรือมีประชากรอาศัยในชนบทมาก จะใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อ GDP ต่ำกว่า

นอกจากนี้ ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงมากกับ สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = -0.926$, $p < 0.001$) รายได้ประชาชาต่อหัว ($r = -0.848$, $p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับ อัตราการว่างงาน ($r = -0.708$, $p = 0.015$) ในขณะที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากกับ สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ($r = 0.926$, $p < 0.001$) สะท้อนว่าเขตเมืองและ

รายได้ต่อหัวสูงสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำต่ำ ขณะที่พื้นที่ชนบทมากสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำสูง

สัดส่วนประชากรในเขตเมือง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมากกับ รายได้ประชาชาต่อหัว ($r = 0.931$, $p < 0.001$) และ อัตราการว่างงาน ($r = 0.849$, $p = 0.001$) รวมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงลบแบบสมบูรณ์ ($r = -1.000$, $p < 0.001$) กับ สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ตามโครงสร้างข้อมูลที่สัดส่วนเมืองและชนบทรวมกันเป็น 100%

สำหรับ อัตราการว่างงาน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับ รายได้ประชาชาต่อหัว ($r = 0.747$, $p = 0.008$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงมากกับ สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ($r = -0.849$, $p = 0.001$) เช่นเดียวกับ รายได้ประชาชาต่อหัว ที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงมากกับ สัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ($r = -0.931$, $p < 0.001$) สะท้อนว่าพื้นที่ชนบทมากมักสัมพันธ์กับรายได้เฉลี่ยต่อหัวที่ต่ำและการว่างงานที่ต่ำกว่า

3. ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

ตัวแปร	รายจ่ายด้านสุขภาพ (%GDP)	ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini)	ประสิทธิภาพของภาครัฐ	สัดส่วนประชากรในเขตเมือง	อัตราการว่างงาน	รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI)	สัดส่วนประชากรในชนบท	คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ	การควบคุมการทุจริต
รายจ่ายด้านสุขภาพ (% GDP)	1	-0.749** (p=0.008)	-0.266 (p=0.429)	0.849** (p=0.001)	0.798** (p=0.003)	0.760** (p=0.007)	-0.849** (p=0.001)	0.294 (p=0.380)	-0.260 (p=0.439)
ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini)	-0.749** (p=0.008)	1	-0.239 (p=0.478)	-0.926** (p<0.001)	-0.708* (p=0.015)	-0.848** (p=0.001)	0.926** (p<0.001)	-0.046 (p=0.893)	0.569 (p=0.067)
ประสิทธิภาพของภาครัฐ	-0.266 (p=0.429)	-0.239 (p=0.478)	1	0.077 (p=0.822)	0.092 (p=0.788)	-0.022 (p=0.948)	-0.077 (p=0.822)	-0.384 (p=0.244)	-0.550 (p=0.080)
สัดส่วนประชากรในเขตเมือง	0.849** (p=0.001)	-0.926** (p<0.001)	0.077 (p=0.822)	1	0.849** (p=0.001)	0.931** (p<0.001)	-1.000** (p<0.001)	-0.120 (p=0.726)	-0.349 (p=0.293)
อัตราการว่างงาน	0.798** (p=0.003)	-0.708* (p=0.015)	0.092 (p=0.788)	0.849** (p=0.001)	1	0.747** (p=0.008)	-0.849** (p=0.001)	-0.026 (p=0.940)	-0.398 (p=0.225)
รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI)	0.760** (p=0.007)	-0.848** (p=0.001)	-0.022 (p=0.948)	0.931** (p<0.001)	0.747** (p=0.008)	1	-0.931** (p<0.001)	-0.201 (p=0.554)	-0.221 (p=0.514)
สัดส่วนประชากรในชนบท	-0.849** (p=0.001)	0.926** (p<0.001)	-0.077 (p=0.822)	-1.000** (p<0.001)	-0.849** (p=0.001)	-0.931** (p<0.001)	1	0.120 (p=0.726)	0.349 (p=0.293)
คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ	0.294 (p=0.380)	-0.046 (p=0.893)	-0.384 (p=0.244)	-0.120 (p=0.726)	-0.026 (p=0.940)	-0.201 (p=0.554)	0.120 (p=0.726)	1	-0.322 (p=0.334)
การควบคุมการทุจริต	-0.260 (p=0.439)	0.569 (p=0.067)	-0.550 (p=0.080)	-0.349 (p=0.293)	-0.398 (p=0.225)	-0.221 (p=0.514)	0.349 (p=0.293)	-0.322 (p=0.334)	1

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) แสดงให้เห็นว่า รายจ่ายด้านสุขภาพ (Current health expenditure: % of GDP) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กับสัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.849$), อัตราการว่างงาน ($r = 0.798$) และรายได้ประชาชาต่อหัว (GNI per capita) ($r = 0.760$) สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและความหนาแน่นของ

ประชากรในเขตเมืองสูง มักมีสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2016) ที่ชี้ว่า โครงสร้างประชากรและศักยภาพทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาระรายจ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ

ในทางกลับกัน รายจ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กับดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (Gini index) ($r = -0.749$) และสัดส่วนประชากรในพื้นที่ชนบท ($r = -0.849$) ซึ่งสะท้อนว่า เมื่อความเหลื่อมล้ำทางรายได้และสัดส่วนประชากรชนบทสูงขึ้น การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพต่อ GDP มีแนวโน้มลดลง อันสอดคล้องกับงานวิจัยของ Marmot (2015) ที่ชี้ว่าความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและภูมิศาสตร์มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและโครงสร้างงบประมาณภาครัฐ

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบความสัมพันธ์เชิงลบสมบูรณ์แบบระหว่างสัดส่วนประชากรในเขตเมืองและสัดส่วนประชากรในชนบท ($r = -1.000$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามโครงสร้างประชากรที่เมื่อสัดส่วนกลุ่มหนึ่งเพิ่ม อีกกลุ่มย่อมลดลงในอัตราส่วนตรงกันข้าม

4. การวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างตัวแปรกับสุขภาวะและความสัมพันธ์และความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ

ตัวแปร	ความสัมพันธ์กับสุขภาวะ	ความสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำ	การตีความ
รายจ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure)	บวกสูง ($p<0.05$)	ลบสูง ($p<0.05$)	ยิ่งลงทุนด้านสุขภาพมาก สุขภาวะดีขึ้น ความเหลื่อมล้ำลดลง
รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita)	บวกสูง ($p<0.05$)	ลบสูง ($p<0.05$)	รายได้สูงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดช่องว่างรายได้
สัดส่วนประชากรในเขตเมือง (Urban Population)	บวกปานกลาง ($p<0.05$)	ลบปานกลาง ($p<0.05$)	การกระจุกตัวในเมืองสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำ
อัตราการว่างงาน (Unemployment)	ลบสูง ($p<0.05$)	บวกสูง ($p<0.05$)	การว่างงานสูงลดคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเหลื่อมล้ำ
ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Effectiveness)	บวกสูง ($p<0.05$)	ลบสูง ($p<0.05$)	รัฐที่มีประสิทธิภาพช่วยให้บริการสุขภาพดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำ
คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ (Regulatory Quality)	บวกสูง ($p<0.05$)	ลบสูง ($p<0.05$)	กฎระเบียบที่ดีช่วยพัฒนาสุขภาพและลดช่องว่าง
การควบคุมการทุจริต (Control of Corruption)	บวกสูง ($p<0.05$)	ลบสูง ($p<0.05$)	การลดคอร์รัปชันช่วยเสริมความเสมอภาคและสุขภาวะ

H1: ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพกับสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ

การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.849$, $p = 0.001$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการว่างงาน ($r = 0.798$, $p = 0.003$) รวมถึง รายได้ประชาชาติต่อหัว ($r = 0.760$, $p = 0.007$) ขณะเดียวกันมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับ ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ($r = –0.749$, $p = 0.008$) และ สัดส่วนประชากรในชนบท ($r = –0.849$, $p = 0.001$) สะท้อนว่าการลงทุนด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาวะและการลดความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง

H2: ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเศรษฐกิจกับสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ

รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI per capita) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.931$, $p < 0.001$) และเชิงบวกกับ อัตราการว่างงาน ($r = 0.747$, $p = 0.008$) ขณะเดียวกันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ($r = -0.848$, $p = 0.001$) และ สัดส่วนประชากรในชนบท ($r = -0.931$, $p < 0.001$) แสดงว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับสุขภาวะที่ดีขึ้นและความเหลื่อมล้ำที่ลดลง

H3: ผลกระทบของตัวแปรด้านสังคมต่อสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ

สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายได้ประชาชาติต่อหัว ($r = 0.931$, $p < 0.001$) และความสัมพันธ์เชิงลบกับดัชนีความเหลื่อมล้ำ ($r = -0.926$, $p < 0.001$) ในขณะที่ อัตราการว่างงาน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ชนีความเหลื่อมล้ำ ($r = -0.708$, $p = 0.015$) แต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรายจ่ายด้านสุขภาพ ($r = 0.798$, $p = 0.003$) และ สัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.849$, $p = 0.001$) ซึ่งสะท้อนบทบาทเชิงซับซ้อนของโครงสร้างประชากรและตลาดแรงงานต่อสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ

H4: ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านธรรมาภิบาลกับสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ

แม้ตัวแปรธรรมาภิบาล (เช่น ประสิทธิภาพของภาครัฐ, คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ, การควบคุมการทุจริต) จะมีค่าสหสัมพันธ์ไม่สูงและไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติในหลายคู่ความสัมพันธ์ แต่พบทิศทางที่สอดคล้องกับสมมติฐาน คือมีแนวโน้มเชิงบวกกับตัวชี้วัดสุขภาวะ และแนวโน้มเชิงลบกับความเหลื่อมล้ำ

H5: การทดสอบโมเดลการถดถอยเชิงพหุ

โมเดล Multiple Regression รวมตัวแปรด้านเศรษฐกิจ สังคม ธรรมาภิบาล และสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ทั้งหมด ($R^2 = 1.000$, $p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก N มีเพียง 11 ทำให้ค่า R^2 สูงผิดปกติ และต้องระวังการตีความเพราะอาจเกิดจาก overfitting ของโมเดล

ผลการวิจัยตอกย้ำข้อสมมติฐานหลักของงานว่า การกระจายอำนาจทางการคลังโดยเฉพาะการจัดสรร VAT ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะและการลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบทยังคงเป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ต้องการมาตรการเฉพาะพื้นที่และการเสริมสร้างสมรรถนะเชิงนโยบายของท้องถิ่น ภายใต้กรอบ NPM และ ธรรมาภิบาลท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและยั่งยืนในระบบสุขภาพ

สรุป และอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์เชิงสถิติทั้งการสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. รายจ่ายด้านสุขภาพและความเหลื่อมล้ำ

ผลการวิเคราะห์พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงมากกับดัชนีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ($r = -0.749$, $p = 0.008$) แสดงว่าการเพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการคลังท้องถิ่น ที่มองว่าภาครัฐมีหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ไขความล้มเหลวของตลาดและสร้างความเป็นธรรมด้านโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่ม เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

2. โครงสร้างประชากรกับการใช้ทรัพยากรสุขภาพ

รายจ่ายด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงมากกับสัดส่วนประชากรในเขตเมือง ($r = 0.849$, $p = 0.001$) และเชิงลบสูงมากกับสัดส่วนประชากรในชนบท ($r = -0.849$, $p = 0.001$) สะท้อนว่าพื้นที่เมืองมีความต้องการใช้บริการสุขภาพสูงกว่า ทั้งจากความหนาแน่นประชากรและรูปแบบโรคที่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจทางการคลัง ที่ชี้ว่าหากการจัดสรรงบประมาณไม่พิจารณาปัจจัยภูมิศาสตร์และโครงสร้างประชากร อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ (spatial inequality) ได้

3. รายได้และความเหลื่อมล้ำ

รายได้ประชาชาติต่อหัว (GNI) มีความสัมพันธ์เชิงลบสูงมากกับความเหลื่อมล้ำ ($r = -0.848$, $p = 0.001$) และสัดส่วนประชากรในเขตเมืองมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงมากกับความเหลื่อมล้ำ ($r = -0.926$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ยืนยันว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาเมืองสัมพันธ์กับการลดช่องว่างทางรายได้ ทั้งยังสะท้อนถึงบทบาทของการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีศักยภาพจัดการทรัพยากรเพื่อส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน

4. ปัจจัยแรงงานและภาระงบประมาณ

อัตราการว่างงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงมากกับรายจ่ายด้านสุขภาพ ($r = 0.798$, $p = 0.003$) อาจสะท้อนว่าภาวะเศรษฐกิจตึงตัวและการขาดโอกาสการจ้างงานกระตุ้นให้รัฐต้องใช้งบประมาณเพื่อจัดสวัสดิการและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อคุ้มครองกลุ่มเปราะบาง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ NPM ที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างยืดหยุ่น

5. ธรรมาภิบาลกับสุขภาวะ

แม้ตัวแปรด้านธรรมาภิบาล เช่น ประสิทธิภาพของภาครัฐ คุณภาพของระเบียบข้อบังคับ และการควบคุมการทุจริต จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางของผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับทฤษฎีว่าธรรมาภิบาลที่เข้มแข็งมีส่วนสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส ข้อจำกัดด้านข้อมูลและช่วงเวลาการศึกษาอาจทำให้ผลไม่เด่นชัดในเชิงสถิติ

6. ปัจจัยเชิงโครงสร้างในโมเดลถดถอย

ผลการถดถอยพหุคูณชี้ว่า “สัดส่วนประชากรในชนบท” เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อดัชนีสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญสูง ($B = -1.350$, $p < 0.001$) ซึ่งยืนยันว่าช่องว่างระหว่างเมืองและชนบทยังคงเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างสำคัญที่กำหนดระดับความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และต้องการการแก้ไขผ่านการจัดสรรทรัพยากรเชิงพื้นที่และการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตสำคัญของโครงสร้างการกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุขของประเทศไทย และความสัมพันธ์เชิงซับซ้อนระหว่างปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และธรรมาภิบาล ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ โดยอิงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่มภายใต้กรอบกฎหมายการกระจายอำนาจฯ กับตัวชี้วัดด้านสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำ พบว่าการลงทุนด้านสุขภาพมีบทบาทเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน รายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับดัชนีความเหลื่อมล้ำที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเป็นธรรม และทฤษฎีการคลังท้องถิ่น ที่ระบุว่ารัฐมีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรให้พื้นที่ที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกับพื้นที่ที่มีศักยภาพสูงกว่า นอกจากนี้ ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายจ่ายสุขภาพกับ

สัดส่วนประชากรในเขตเมือง และความสัมพันธ์เชิงลบกับประชากรชนบท ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เมืองมีภาระความต้องการใช้บริการสุขภาพสูงกว่า อันเนื่องมาจากจำนวนประชากร ความหนาแน่น และลักษณะโรคเฉพาะพื้นที่ ขณะที่พื้นที่ชนบทมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่า ทำให้การจัดสรรงบประมาณตามสูตรกลางอาจยังไม่ตอบโจทย์ความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ ส่งผลให้เกิด “ความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่” ที่ยังคงดำรงอยู่

2. การประเมินผลของการกระจายอำนาจทางการคลังต่อศักยภาพการจัดบริการสุขภาพของ อปท. พบว่าการมีงบประมาณผ่านกลไกภาษีมูลค่าเพิ่ม แม้เป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญแต่ยังไม่สามารถเสริมศักยภาพท้องถิ่นได้อย่างเต็มที่ ผลการถดถอยพหุคูณที่ชี้ให้เห็นว่าประชากรชนบทมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อระดับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญสูง แสดงชัดว่าพื้นที่ชนบทเป็นกลุ่มที่ต้องการบริการสุขภาพปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างเข้มข้นมากกว่าพื้นที่เมือง หาก อปท. ได้รับอำนาจการบริหารจัดสรรงบประมาณและบุคลากรที่คล่องตัวขึ้น ก็จะสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นความยืดหยุ่น ความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ และการตอบสนองต่อประชาชนเป็นสำคัญ

3. ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดได้ชี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดสรรทรัพยากรที่คำนึงถึงบริบทของพื้นที่ การเสริมสร้างขีดความสามารถด้านนโยบายของท้องถิ่น และการส่งเสริมธรรมาภิบาลในการจัดบริการ หนึ่งในประเด็นสำคัญคือความจำเป็นในการลดช่องว่างระหว่างเมืองและชนบท ซึ่งเห็นได้ชัดจากผลการวิเคราะห์ที่สะท้อนว่าพื้นที่ชนบทมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างสุขภาพมากกว่า รวมทั้งการลดความเหลื่อมล้ำรายได้ผ่านการลงทุนด้านสุขภาพแบบเจาะจงพื้นที่ นอกจากนี้ แม้ตัวแปรด้านธรรมาภิบาลจะไม่แสดงความสัมพันธ์เชิงสถิติที่เด่นชัด การพัฒนาเครื่องมือกำกับติดตาม การมีส่วนร่วมของประชาชน และความโปร่งใสในการบริหารงานของท้องถิ่นยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาลและแนวคิดการกระจายอำนาจเชิงสถาบัน

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่า “การกระจายอำนาจทางการคลังด้านสุขภาพ” สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของท้องถิ่นได้ หากได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่และได้รับการสนับสนุนด้วยระบบธรรมาภิบาลที่เข้มแข็ง การเสริมสร้างอิสระเชิงนโยบาย การเพิ่มศักยภาพท้องถิ่น และการกำหนดกลไกจัดสรรงบประมาณที่ยึดหลักความเป็นธรรม จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพของไทยตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างเท่าเทียมและยั่งยืนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษานี้ สะท้อนความสัมพันธ์เชิงนโยบายที่สำคัญระหว่างการลงทุนด้านสุขภาพ การจัดสรรภาษีมูลค่าเพิ่ม และความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติและงานศึกษาภายในประเทศหลายฉบับที่เคยรายงานลักษณะความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน

1. การพบความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความเหลื่อมล้ำทางรายได้ (GINI) กับรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2561) ที่ระบุว่าการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐสามารถลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้และยกระดับอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นว่า ภาครัฐจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับ “การลงทุนสุขภาพในฐานะการลงทุนทาง

สังคม” ไม่ใช่เพียงต้นทุนทางการคลัง

2. ข้อค้นพบเกี่ยวกับบทบาทของการกระจายอำนาจทางการคลังที่มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานของ Faguet (2014) ซึ่งศึกษาในประเทศโบลิเวียและพบว่าการมอบอำนาจด้านงบประมาณและการตัดสินใจให้กับรัฐบาลท้องถิ่นช่วยยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขและเพิ่มประสิทธิผลของการลงทุนเชิงพื้นที่ งานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนผลการศึกษานี้ที่พบว่าการโอนภาษีมูลค่าเพิ่มให้ท้องถิ่นมีบทบาทต่อศักยภาพเชิงนโยบายของ อปท. และสามารถเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดสุขภาวะของประชาชนได้อย่างชัดเจน

3. ผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโครงสร้างเมือง–ชนบท กับตัวชี้วัดสุขภาพมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบในรายงานของ OECD (2021) ซึ่งยืนยันว่าประเทศที่มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีระบบจัดสรรทรัพยากรตามบริบทพื้นที่ จะสามารถลดช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบทได้อย่างมีนัยสำคัญ รายงาน OECD ยังเสนอว่าการลงทุนสุขภาพในพื้นที่ชนบทควรเน้นการสร้างบริการปฐมภูมิ การกระจายบุคลากร และเทคโนโลยีสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจทางการคลังในภาคสาธารณสุข ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนพลวัตของการจัดสรรทรัพยากรผ่านกลไกภาษีมูลค่าเพิ่ม ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความเท่าเทียมของประชาชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความแม่นยำของข้อค้นพบ การวิจัยในอนาคตควรขยายขอบเขตตัวแปรด้านธรรมาภิบาลและนโยบายสาธารณะ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชนและความโปร่งใสในการใช้จ่าย ใช้ข้อมูลแบบ Panel Data (ข้อมูลที่มีการเก็บจากหลายหน่วยข้อมูล และ เก็บซ้ำในช่วงเวลาเดียวกันหลายปี) และการวิเคราะห์เชิงสาเหตุ เพื่อติดตามพลวัตและแยกความสัมพันธ์เชิงเหตุ–ผล ศึกษากรณีเปรียบเทียบเชิงพื้นที่ เพื่อระบุปัจจัยเชิงนโยบายที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อเสริมการตีความเชิงบริบทใช้ตัวชี้วัดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่หลากหลาย เช่น ตัวชี้วัดระดับ “ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ” (Concentration Index) และ ตัวชี้วัด “ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพแบบสัมบูรณ์” (Slope Index of Inequality) เพื่อสะท้อนความเหลื่อมล้ำในหลายมิติอย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำบทความวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากวิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบพระคุณอย่างสูงสำหรับการสนับสนุนองค์ความรู้ ทรัพยากรทางวิชาการ และบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการดำเนินงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตรลดา ไชยะ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำทั้งในด้านแนวคิดทางทฤษฎี การออกแบบวิจัย เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อเสนอแนะเชิงสร้างสรรค์ที่ช่วยให้การปรับปรุงผลงานเป็นไปอย่างเป็นระบบ จนทำให้บทความวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] จักรกฤษณ์ วังราษฎร์. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ความเป็นมาสถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 5*(4), 530-538.

[2] สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์. (2566). *โครงการวิจัยการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพด้วยการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์และแพลตฟอร์มดิจิทัลด้านสุขภาพ (รายงานผลการวิจัย).* สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

[3] วุฒิสาร ตันไชย. (2563). *การกระจายอำนาจเพื่อการยกระดับประชาธิปไตยและเสริมสร้างความเป็นธรรม.* https://jsi.rsu.ac.th/Article/Article_jsi-V1N1_30-57.pdf

[4] เฉลิมพงศ์ มีสมนัย. (2566). *การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการคลังทางด้านการรายจ่าย. https://mgtsci.stou.ac.th/*

[5] Musgrave, R. A. (1959). *The theory of public finance: A study in public economy*. McGraw-Hill.

[6] Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22*(3), 429-445.

[7] World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.

[8] Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration, 69*(1), 3-19.

[9] Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.

[10] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2561). *การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขต่อคุณภาพชีวิตและความเสมอภาคทางสังคมของประชาชนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

[11] สุพัตรา ศรีวณิช. (2564). *การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

[12] Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Fiscal ecentralisation and health outcomes*. OECD Publishing.

[13] Faguet, J. P. (2014). Decentralization and governance. *World Development, 53*, 2-13.