

Document Search

Basic search

โกสินทร์ เตชะนิยม

Author



Add condition

Search

## Refine by Year

2021

(0)

2020

(1)

2019

(1)

2018

(1)

2017

(0)

2016

(0)

2015

(0)

2014

(0)

2013

(0)

2012

(0)

more

## รายชื่อวารสารทั้งหมด

พบวารสารทั้งหมด 1130 รายการ

\*ท่านสามารถดูรายละเอียดของแต่ละวารสารได้โดยคลิกที่ชื่อของวารสาร

2229-2683

ISSN	E-ISSN	ชื่อไทย	ชื่ออังกฤษ	T C I ก ล ุ ม ที่	สาขา	เว็บไซต์	หมายเหตุ
2229-2683	2408-1418	<a href="#">วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ</a>	<a href="#">Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities</a>	1	Social Sciences	<a href="https://www.tci-thaijo.org/index.php/JGNRU">https://www.tci-thaijo.org/index.php/JGNRU</a>	

Print ISSN 2229-2683

ElectronicISSN 2408-1418

วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ

Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564

Volume 11 No. 2 July – December 2021

เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ



มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม  
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ (ราย 6 เดือน)

ฉบับเดือนมกราคม – มิถุนายน กำหนดออกเดือนมิถุนายน  
ฉบับเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม กำหนดออกเดือนธันวาคม

ต้นฉบับ

วิไลลักษณ์ ถ้ำทองพัฒนา, ฉนวนรณ เยี่ยมมี



วารสารวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ  
Journal of Graduate Studies in Northern Rajabhat Universities

ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศาสตราจารย์ ดร.ปรกรณ์ ประจันบาน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ แก้วอุไร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิงชนิดดา แนบเกษร	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.จารุณี ทิพยมณฑล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ ท้ายเรือคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาธน์ เนื่องเฉลิม	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.รังสรรค์ โฉมยา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ จันทรเรือง	มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
รองศาสตราจารย์ ดร.นวลจิตต์ เขาวีรติพงษ์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภา สิงห์ธนะสาร	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ รอดอาวุธ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดาเรศ นฤมล	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล วรรคำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอื้อมพร หลินเจริญ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ปัญญา	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธีรา อะทะวงษา	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้จะได้รับการพิจารณาและการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่านในลักษณะ Double-blind peer review วารสารมีขั้นตอนดำเนินการจัดพิมพ์ดังนี้

1. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ
2. จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อ่านประเมินต้นฉบับบทความละ 2-3 ท่าน
3. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) สามารถอธิบายหรือชี้แจงข้อสงสัย ผ่านบรรณาธิการ
4. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับ
5. จัดส่งต้นฉบับให้กับโรงพิมพ์ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม
6. กองบรรณาธิการ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

แนวคิดและทัศนะในบทความนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนบทความ การนำบทความหรือส่วนหนึ่งของบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ให้อ้างอิงแสดงที่มาและข้อมูลเกี่ยวกับผู้เขียนบทความ

## ทำไมรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขถึงไม่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ในประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ\*

โกสินทร์ เตชะนิยม\*\* เอลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน\*\*\*

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

### บทคัดย่อ

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

**คำสำคัญ:** รายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุข, กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ, พฤติกรรมสุขภาพ, สาธารณสุขเชิงป้องกัน, การออกแบบวิจัยกึ่งทดลอง

\*บทความวิชาการ

\*\*อาจารย์ ดร. สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร E-mail: kosincoke@hotmail.com

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

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

Kosin Techaniyom\*\* Chalermchai Kittisaknawan\*\*\*

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

### Abstract

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

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

\* The Research Article

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

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

## บทนำ

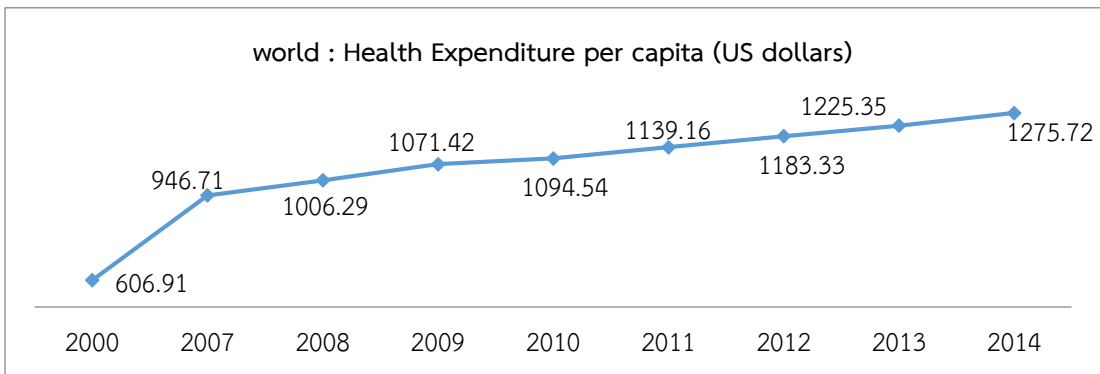
จากผลการศึกษาก่อนหน้าของผู้เขียนเรื่อง “FACTORS AFFECTING HEALTH OUTCOMES : CASE STUDY OF LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES” ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สร้างแบบจำลองด้วยชุดข้อมูลทุติยภูมิจากประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลาง (มีรายได้ไม่เกิน 12,055 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี) และรายได้ต่ำ (ไม่เกิน 995 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี) ทั่วโลกในช่วงปี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

### แนวคิดรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุข (Public health Expenditure)

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

ผลลัพธ์ทางสาธารณสุขอีกด้วย อย่างไรก็ตามขึ้นดังกล่าวได้จัดกลุ่มรายได้เพียงแค่สองกลุ่มคือสูงและต่ำ ทำให้การประมาณค่าอาจคลาดเคลื่อนได้

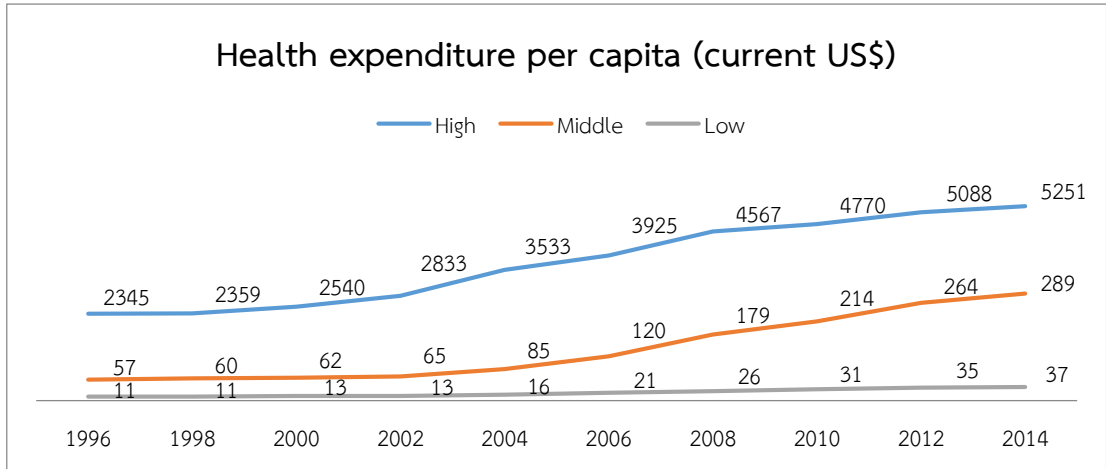
สำหรับประเด็นลักษณะทั่วไปและแนวโน้มของรายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขทั่วโลก เมื่อทำการสืบค้นข้อมูลพบว่านับตั้งแต่ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา รายจ่ายสาธารณสุขทางสังคม โดยเฉพาะรายจ่ายด้านการศึกษาและการสาธารณสุขมีระดับการขยายตัวสูงขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการขยายตัวดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องแม้ว่าสภาพการเจริญเติบโตท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



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

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมทั่วโลกนั้น รายจ่ายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นราว 50 เหรียญสหรัฐอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับความต้องการด้านสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้นของประชาชนในประเทศที่เร่งให้เกิดการขยายตัวของรายจ่าย อย่างไรก็ตามเมื่อแยกกลุ่มประเทศตามรายได้และมุ่งเน้นการวิเคราะห์ไปที่ประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางจะพบแนวโน้มดังนี้



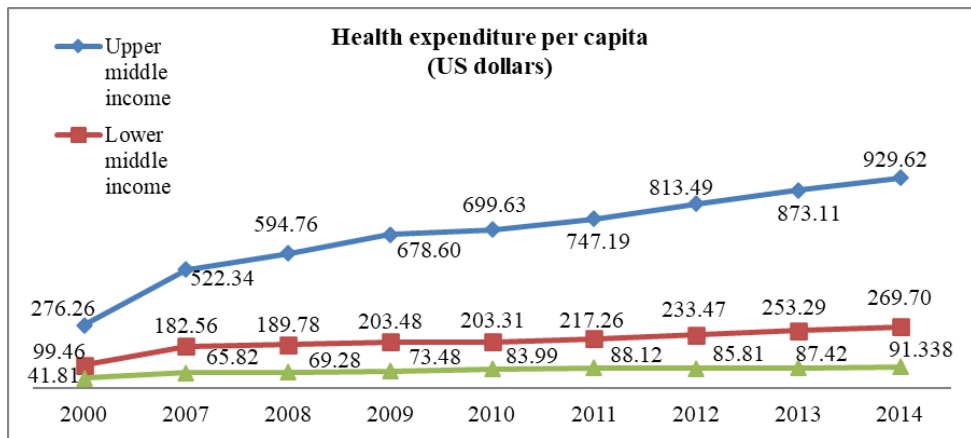


แผนภาพที่ 2 ใช้จ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรแบ่งตามรายได้ของประเทศปี 1996 – 2014  
ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>

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

#### ลักษณะการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ

แม้ว่าภาพรวมในระดับโลกการขยายตัวของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามเมื่อแยกกลุ่มประเทศตามรายได้จะพบความเหลื่อมล้ำอย่างรุนแรงของรายจ่ายในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยและกลุ่มประเทศที่ยากจน ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า เมื่อแบ่งกลุ่มประเทศเป็น กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง ปานกลางค่อนข้างต่ำ และรายได้ต่ำ จะพบลักษณะความเหลื่อมล้ำในรูปแบบเดียวกับภาพรวมก่อนหน้าซึ่งแสดงให้เห็นได้ดังนี้



แผนภาพที่ 3 ใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ 1996-2014

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

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

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

พอทำได้และความเป็นไปได้มากกว่าทางเลือกอื่น 2. ทางเลือกที่ถูกนำมาตัดสินใจนั้นมักเป็นทางเลือกที่รัฐบาลมีความคุ้นเคยเพราะถ้าเป็นทางเลือกใหม่ที่ไม่มีความคุ้นเคยมาก่อนก็จะทำให้มีความเสี่ยงสูงเกิดความผิดพลาดได้ง่าย 3. ถ้าเป็นกรณีที่ทางเลือกเก่าเกิดได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจทางเลือกใหม่ที่น่านำมาใช้ก็มักจะไม่แตกต่างจากทางเลือกเก่าแบบหน้ามือเป็นหลังมือเพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงมักเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป 4. การตัดสินใจเป็นผลมาจากการประนีประนอมระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแบบหน้ามือเป็นหลังมือก็อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อผลประโยชน์ของบางกลุ่มหรือหลายกลุ่มซึ่งเป็นผลให้เกิดความไม่พอใจหรือเกิดการต่อต้านเกิดขึ้นได้

ด้วยมุมมองการตัดสินใจแบบเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน รัฐบาลจะมีลักษณะการใช้จ่าย คือ 1. ขนาดของงบประมาณในแต่ละปีจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักจากปีก่อน 2. ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขนาดของงบประมาณการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็จะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป กล่าวคือ **การกำหนดงบประมาณนั้นมักจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนในสัดส่วนค่อนข้างคงที่ (Stable Incremental Growth)** ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับโลกเชิงประจักษ์อย่างยิ่ง และเมื่อรวมเข้ากับความไม่พอเพียงของงบประมาณที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่ต้องการ ดังนั้นการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือแค่เพียงเพิ่มสัดส่วนในกรงบประมาณที่จัดสรรให้กับสาธารณสุขจึงเป็นไปได้ง่าย ยกตัวอย่างมาขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวยังครอบคลุมไปถึงการกั้มเงินลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานจากต่างประเทศที่จะก่อให้เกิดหนี้จำนวนมหาศาลอีกด้วย

### อุปสรรคจากการนำนโยบายไปปฏิบัติและการทุจริต : แคนสนธยาของการส่งมอบบริการสาธารณะ

ขั้นตอนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ มักได้รับการกล่าวถึงว่าเป็น กล่องดำ (Black Box) ที่คลุมเครือและซับซ้อนจากจำนวนผู้เกี่ยวข้องของนโยบาย รวมไปถึงความไม่ชัดเจนหรือความหลากหลายของเป้าประสงค์ของนโยบาย ยิ่งจะทำให้เห็นนโยบายมีโอกาสล้มเหลวมากขึ้นเป็นทวีคูณ เมื่อพิจารณาถึงกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ถือเป็นนโยบายสาธารณะขนาดใหญ่ ที่มีความซับซ้อนและผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากในการดำเนินการ ก็จะทำให้กล่องดำที่หมายถึงกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความลึกลับและยากที่จะทำความเข้าใจ

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

**ภารกิจของรัฐให้เกิดความสำเร็จเพื่อประชาชน** สอดคล้องกับแนวคิดรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัยอย่าง New Public Governance ที่มีฐานคิดว่า

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

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

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

สำหรับประเทศไทยได้ปานกลางและต่ำนั้น นอกจากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความคิดชัดและซับซ้อนแล้ว ยังพบประเด็นสำคัญที่เป็นเหมือนอุปสรรคที่ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น คือ “โครงสร้างสถาบันที่อ่อนแอ” ประกอบกับภาครัฐมีอำนาจและทรัพยากรมากที่สุดแต่ไร้ช่องทางการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ ทั้งอำนาจในการปราบปราม และในการ

จัดสรรให้แก่ภาคเอกชน ยิ่งทำให้สถาบันที่ไม่พึ่งปรารถนาสามารถอยู่ได้โดยผสมผสานกับกลุ่มผลประโยชน์ หรือสร้างตัวขึ้นมาเป็นจอมเผด็จการหรือระบบที่พิทักษ์กลุ่มผลประโยชน์ของตน

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

กล่าวโดยสรุป การทุจริตของประเทศจะเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการส่งมอบบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข ซึ่งถ้าหากนำกระบวนการนโยบายมาทำการวิเคราะห์แล้ว หากมีความทุจริตเกิดขึ้นเริ่มต้นจากระดับส่วนบนผู้กำหนดนโยบาย ไม่ว่าจะเป็นการกระทำที่ขัดโดยตรงต่อกฎหมายหรือพื้นที่ที่คลุมเครือเป้าหมายของนโยบายย่อมเบี่ยงเบนไปจากการทำเพื่อส่วนรวมจนถึงขนาดกลายเป็นความต้องการส่วนบุคคล สำหรับในระดับการสร้างทางเลือกและจัดสรรทรัพยากร หากมีความทุจริตเกิดขึ้น ทรัพยากรที่จัดสรรไว้ย่อมมีแนวโน้มที่จะขาดตกบกพร่องทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณ และเมื่อนำทรัพยากรเข้าสู่กระบวนการส่งมอบบริการด้านสาธารณสุขย่อมเกิดความด้อยประสิทธิภาพ รวมไปถึงการเกิดการทุจริตในส่วนการส่งมอบบริการ ทำให้ระบบที่วางไว้เพื่อผู้ที่ต้องการการบริการตามลำดับเบี่ยงไปสู่ผู้ได้รับบริการตามเครือข่ายผู้มีอำนาจ และสุดท้ายแล้วมุมมองทางการเงินหากเกิดความทุจริตเกิดขึ้นย่อมทำให้การเงินมีความไม่โปร่งใส และปริมาณเงินที่ควรจะทำไปเพื่อนับเคลื่อนภารกิจหายไป ซึ่งในกรณีประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำที่มีลักษณะของรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่น้อยอยู่แล้วยังมีปริมาณเงินในการขับเคลื่อนที่น้อยลงไปอีก ข้อสรุปที่สำคัญในประเด็นนี้คือ

“ผู้เขียนขอสรุปว่า ลักษณะตามธรรมชาติของการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีความซับซ้อนและมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากทำให้ปัจจัยนำเข้า หรือก็คือ รายจ่ายด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดที่จะ

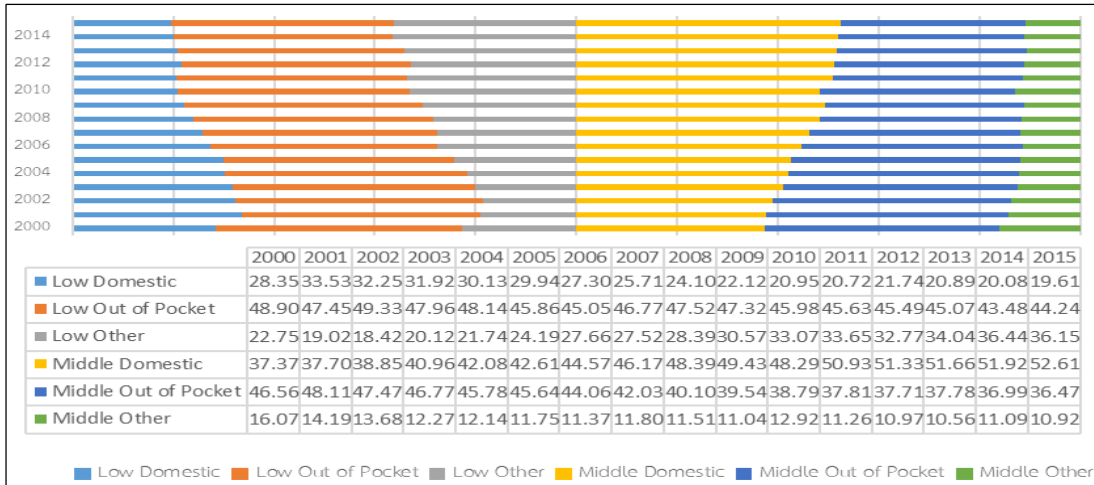
ส่งผลต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ได้ยากอยู่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ยังโดนปัจจัยด้านการทุจริตเข้ามาเป็นอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่ประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ จะสามารถดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่คาดหวังให้ดีขึ้นได้”

### อุปสรรคเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ (Health Behavior)

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

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

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



แผนภาพที่ 4 รูปแบบการใช้จ่ายทางสาธารณสุขของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำ ปี 2000-2015

ที่มา : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> เข้าถึง 25 สิงหาคม 2561

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



สามารถจ่ายได้ ความจำกัดของลักษณะการใช้จ่ายเชิงป้องกันที่ไม่สามารถเห็นผลได้ในทันที ความจำกัดด้านความรู้เชิงสาธารณสุข

### ข้อสรุปประเด็นการวิเคราะห์

จากคำถามที่ว่า “ทำไมรายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากรไม่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางสาธารณสุขในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำให้ดีขึ้นได้” นำไปสู่ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงประจักษ์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องว่า 1. รายจ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำไม่ขยายตัว อันมีเหตุผลมาจาก รายได้ที่ไม่เพียงพอและมุมมองการตัดสินใจซึ่งงบประมาณเงินไม่สามารถเพิ่มรายจ่ายได้มากเพียงพอในการปรับปรุงระบบสาธารณสุข 2. กับความซับซ้อนของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งในแง่มีผู้เกี่ยวข้องที่จำนวนมากและขอบข่ายงานที่มีความหลากหลายทำกระบวนการส่งมอบการบริการเป็นไปอย่างยากลำบากวกกับเกิดประเด็นอุปสรรคการทุจริตที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ 3. ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นไปที่การแก้ไขไม่ใช่ป้องกัน ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่รายจ่ายสาธารณะด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดจะสามารถดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขให้เกิดผลลัพธ์ทางสาธารณสุขที่หวังไว้ได้ จากข้อสรุปที่ได้ก็นำไปสู่แนวทางในการพัฒนาการใช้จ่ายที่สามารถทำได้ตามศักยภาพของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติดังนี้

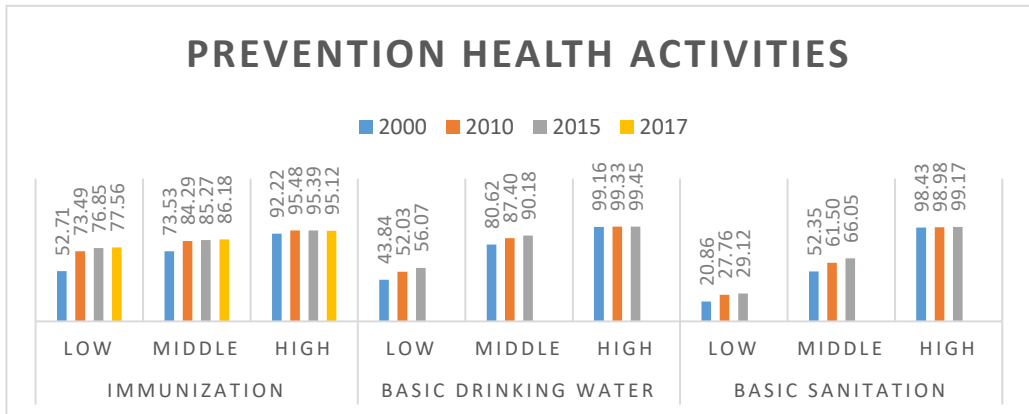
#### 1. จ่ายเพื่ออะไรสำคัญกว่าจ่ายไปเท่าไร

ข้อจำกัดด้านงบประมาณของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำนั้น ทำให้การจัดลำดับความสำคัญและจุดเน้นในการใช้จ่ายเป็นแนวทางที่สำคัญ ดังที่ได้แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ไว้เบื้องต้นถึงลักษณะการใช้จ่ายของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางและต่ำที่เน้นหนักไปที่รายจ่ายในเชิงแก้ไขมากกว่าที่จะใช้จ่ายในเชิงป้องกัน ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการต่อสู้กับโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นและเป็นผลโดยตรงต่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางสำคัญในการใช้จ่าย เช่น

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



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



แผนภาพที่ 5 แสดงระดับการเข้าถึงสาธารณสุขเชิงป้องกันจำแนกตามกลุ่มรายได้ในปี 2000 – 2017

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

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า สัดส่วนประชากรที่ได้รับวัคซีนซึ่งถือเป็นกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคโดยตรงในประเทศรายได้สูง ปานกลางและต่ำ มีลักษณะที่เหลื่อมล้ำไปตามระดับรายได้ ในขณะที่ขยวกันพบความเหลื่อมล้ำอย่างรุนแรงในการจัดสรรน้ำดื่มที่สะอาดพอจะดื่มได้และการสุขาภิบาลที่พอจะยอมรับได้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการเกิดโรค หลักฐานดังกล่าวเมื่อประกอบกับลักษณะการใช้จ่ายที่เน้นไปที่การแก้ไขมากกว่าการป้องกันดังข้อสรุปในหัวข้อก่อนหน้านี้ ทำให้พบแนวทางที่สามารถส่งเสริมให้เกิดทิศทางการใช้จ่ายที่ดีขึ้นได้ว่า “ภาครัฐควรเน้นแนวทางการใช้จ่ายไปที่กิจกรรมเชิงป้องกันซึ่งถือเป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดต่อการสร้างสุขภาพระยะยาวให้แก่ประชาชนให้มากขึ้น” เนื่องจากข้อได้เปรียบของการป้องกันการเกิดโรคที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในอนาคตจากการแก้ไขหรือรักษานั้นลดน้อยลง นำไปสู่การเพิ่มโอกาสหลุดพ้นจากกับดักทางสุขภาพกับความยากจนของประชาชนในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

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

\*\*\*\*\*