

# บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ตอนที่ 1 รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551

จิตปราณี วาศวิท\*    สมจิตต์ จรรย์พงษ์\*\*    พินทุสร เหมพิสุทธิ†    กุลเศขร์ ภูมิพยากร‡  
ทวีศรี กร็ทอง§    เพ็ญศรี ไตรรัตน์¶    ฉวี หงษ์นุสนธิ์#    วรชยา ลัทธยาพร\*\*\*  
ณัฐสุดา เพชรหนู\*    บุญญา อักษรศิริโสภา\*\*    เพ็ญศรี ตรามีคุณ†    สายชล สู้สุข†  
จารุณี จันทรเพชร†    เฉลิมรัตน์ เรืองวราคม‡    ประเทืองทิพย์ อีระเวชเจริญชัย‡    ชลวิทย์ สุริยโสภานันธุ์‡  
รังสิมา ปรีชาชาติ¶    กัญจนา ดิษยาธิคม\*    วลัยพร พัชรนฤมล\*    วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล\*  
อาทิตยา เทียมไพรวลัย\*    ชาลีดา วิริยาทร\*    วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร\*

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, \*\*สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
สำนักนายกรัฐมนตรี, †สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ‡กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, §สำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ, ¶สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, #สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร,  
\*\*\*สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลัง

## บทคัดย่อ

การจัดทำรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2537-2551 ทำให้มีอนุกรมข้อมูลที่ต่อเนื่อง ตลอด  
จนมีการพัฒนาวิธีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจำแนกรายจ่ายสุขภาพตามแหล่งการคลัง ตามผู้ให้บริการทั้ง  
ภาครัฐและเอกชน และสำหรับกิจกรรมสุขภาพ ประเทศไทยประยุกต์ใช้ตารางการแจกแจงดังกล่าวตามระบบ  
บัญชีรายจ่ายสุขภาพที่เสนอโดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา เพื่อสอดคล้องและ  
เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพกับนานาชาติได้

การวิเคราะห์ พบว่า รายจ่ายสุขภาพรวม ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 360,272.4 ล้านบาท (ราคาปีปัจจุบัน)  
เพิ่มขึ้นเป็น 2.8 เท่าของรายจ่ายปี พ.ศ. 2537 รายจ่ายสุขภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 4.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม  
ประชาชาติในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.5 ในปี พ.ศ. 2537 รายจ่ายสุขภาพรวมต่อคนต่อปี คิดเป็น  
5,683 บาทในปี 2551 ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 2,160 บาท ในปี 2537 และในปี 2551 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ  
คิดเป็นร้อยละ 76.0 ของรายจ่ายสุขภาพรวม เมื่อมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศในปี  
พ.ศ. 2545 แล้วนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแหล่งเงินที่มีสัดส่วนมากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน  
แหล่งเงินภาครัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา แหล่งการคลังนอกภาครัฐมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 24 ของ  
รายจ่ายสุขภาพรวม ในจำนวนนี้เป็นส่วนที่ครัวเรือนจ่ายเองร้อยละ 14.5 ส่วนที่เหลือมาจากแหล่งอื่น ๆ โดยที่  
ความช่วยเหลือจากต่างประเทศ คิดเป็นเพียง ร้อยละ 0.3 ของรายจ่ายสุขภาพรวม เท่านั้น

รายจ่ายสุขภาพในปี 2551 ร้อยละ 80.5 ใช้สำหรับสินค้าและบริการสุขภาพส่วนบุคคล ในขณะที่เพียง  
ร้อยละ 5.6 ใช้สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรงพยาบาลเป็นผู้จัดบริการสุขภาพที่สำคัญ  
ของประเทศ และบริการสุขภาพส่วนบุคคลเป็นบริการหลัก ในปี 2551 รายจ่ายสำหรับการดำเนินการด้าน  
สุขภาพที่จัดโดยโรงพยาบาลมีจำนวน 258,165.9 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 76.0 ของรายจ่ายดำเนินการ  
ด้านสุขภาพทั้งสิ้น เพิ่มขึ้นจาก 132,266.5 ล้านบาท (68.7%) ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**คำสำคัญ:** บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ, รายจ่ายสุขภาพ แหล่งการคลัง, กิจกรรมด้านสุขภาพ, ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

## บทนำ

ประเทศไทยได้มีการจัดทำระบบข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบัญชีประชาชาติมาตั้งแต่ พ.ศ.2503 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดทำขึ้นตามระบบบัญชีสากล (United Nation System of National Account, UN SNA)<sup>(1)</sup> แต่ระบบข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพดังกล่าวมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแจกแจงข้อมูลรายจ่ายสุขภาพตามกิจกรรมและสถานพยาบาลได้ อีกทั้งคำนิยามของแหล่งการคลังก็มีความแตกต่างจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account, NHA) ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนและกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขได้เท่าที่ควร

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นดัชนีสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าประเทศได้ใช้ทรัพยากรของตนไปสู่กิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร รายจ่ายสุขภาพคิดเป็นต่อหัวประชากร และสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product, GDP) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติแสดงรายละเอียดต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ แหล่งการคลัง (sources of finance) เช่น สัดส่วนการจ่ายจากรัฐบาลเปรียบเทียบกับครัวเรือน สถานพยาบาล (healthcare provider) เช่น สถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน และ กิจกรรมสุขภาพ (healthcare function) เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค นอกจากนี้ยังสามารถนำไปเปรียบเทียบกับนานาชาติประเทศได้ หากนำเสนอผลตามกรอบมาตรฐานสากล วิศวกรรมกรรมการพัฒนาการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยจากปี พ.ศ. 2538<sup>(1,2,3)</sup> เป็นต้นมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันสามารถนำเสนอข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องรวม 15 ปี (พ.ศ. 2537-2551)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อแสดงบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2537-2551 ซึ่งเป็นข้อมูลระยะยาวที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยได้ชัดเจน โดย

ประยุกต์ใช้ตารางแสดงรายจ่ายสุขภาพตามระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพที่เสนอโดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization of Economic Cooperation Development-System of Health Account, OECD SHA)<sup>(1)</sup> เพื่อให้สอดคล้องและสามารถเปรียบเทียบกับนานาชาติได้

## วิธีการศึกษา

อ้างอิงรายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติฉบับก่อนหน้า คือบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544 และ Thai National Health Accounts: Sustainable updates of 2006 and 2007 and diversification<sup>(4,5)</sup> ที่มีการแสดงรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2537 - 2550 จากนั้นทำการจัดเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติสำหรับปี พ.ศ. 2551 เพิ่มเติม โดยมีวิธีการจัดทำ ดังนี้

ก. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคู่มือการดำเนินการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของ OECD ได้แก่ A System of Health Accounts-SHA (OECD Version 1.0, 2000) และ International Classification of Health Accounts-ICHA<sup>(6)</sup> และ World Health Organization ได้แก่ A Guide to producing national health accounts<sup>(7)</sup>

ข. กำหนดขอบเขตการจัดทำตารางนำเสนอข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพ โดยศึกษาและพิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูล และกำหนดจัดทำ 5 ตารางจากทั้งหมด 10 ตารางตามข้อเสนอแนะของ OECD คือตารางที่ 1-5 ทั้งนี้สามารถดูตารางข้อมูลทั้งหมดที่ปรับใช้สำหรับประเทศไทย ได้ที่ [http://ihpp.thaigov.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=215](http://ihpp.thaigov.net/index.php?option=com_content&view=article&id=215)

ค. กำหนดคำนิยามที่สำคัญในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ และกำหนดคาบเวลาอ้างอิงสำหรับข้อมูลที่จัดเก็บ

ง. กำหนดว่าแหล่งการคลัง (source of funding-HF) และการจ่ายไปยังหน่วยจ่ายแทน (financing agen-

cies) กำหนดประเภทของผู้ให้บริการ (Health care provider-HP) และประเภทกิจกรรม (Function of health care-HC) ทั้งนี้ได้กำหนดตามข้อเสนอแนะของ OECD แต่ได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยการจัดหน่วยจ่ายแทนตามระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบ การดำเนินการครั้งนี้กำหนดให้มีหน่วยจ่ายแทน 15 หน่วย โดยมีหน่วยจ่ายแทนเพิ่มขึ้นจากการจัดทำครั้งก่อน 1 หน่วยคือ องค์การอิสระภาครัฐ

จ. การแจกแจงรายจ่ายในข้อ (ง) ใช้รายจ่ายจริงในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีข้อกำหนดเบื้องต้นว่า รายจ่ายตามปีปฏิทิน (fiscal year) เท่ากับรายจ่ายตามปีปฏิทิน (calendar year) ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ในภาครัฐ เป็นรายจ่ายตามปีปฏิทิน แต่ข้อมูลส่วนใหญ่นอกภาครัฐเป็นรายจ่ายตามปีปฏิทิน ในส่วนที่ไม่สามารถแจกแจงได้เนื่องจากข้อจำกัดจากฐานข้อมูล คณะทำงานฯ ได้แจกแจงโดยอ้างอิงจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### คำจำกัดความที่สำคัญ

รายจ่ายสุขภาพรวม = รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ + รายจ่ายเพื่อการลงทุน

Total Health Expenditure = Total Recurrent Expenditure + Capital Formation

### ผลการศึกษา

#### ก. รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2537-2551

รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยตลอดระยะเวลา 15 ปี ที่ผ่านมา มีพัฒนาการทางด้านการเปลี่ยนแปลงระหว่างแหล่งการคลังภาครัฐและนอกภาครัฐให้เห็นอย่างชัดเจน โดยหลังจากที่ประเทศไทยได้ประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2540 รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย (Total Health Expenditure, THE) ซึ่งรวมรายจ่ายเพื่อการลงทุน (Capital Formation) ด้วย

ในปี พ.ศ. 2537 มีมูลค่า 127,655 ล้านบาท (ราคาปีปัจจุบัน) รายจ่ายสุขภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2538 ถึง ปีพ.ศ. 2540 ก่อนที่จะลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. 2541-2542

ในปี พ.ศ. 2543-2544 รายจ่ายสุขภาพรวมของไทยได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และหลังจากปี พ.ศ. 2545 เมื่อประเทศไทยมีโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นโดยลำดับเป็น 360,272 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 (ราคาปีปัจจุบัน) (ตารางที่ 1ก และ 1ข) เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product, GDP) พบว่า THE คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.0 ในปี พ.ศ. 2551

#### ข. รายจ่ายสุขภาพจ่ายตามแหล่งการคลัง

รายจ่ายสุขภาพสามารถจำแนกแหล่งการคลังได้เป็นสองแหล่งใหญ่ คือ แหล่งการคลังภาครัฐและนอกภาครัฐ ตาราง NHA ของประเทศไทย ในปี 2551 ประกอบด้วยแหล่งการคลังย่อยทั้งหมด 15 แหล่ง เป็นแหล่งการคลังภาครัฐ 9 แหล่งย่อย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ ที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการพนักงานองค์การอิสระ กองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ แหล่งการคลังนอกภาครัฐ 6 แหล่งย่อย ได้แก่ ธุรกิจประกันสุขภาพภาคเอกชนแบบสมัครใจ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง คริวเรือนส่วนบุคคลจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง องค์การเอกชนไม่แสวงกำไรบริการคริวเรือน และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในปี พ.ศ. 2537 รายจ่ายนอกภาครัฐมีบทบาทมากเป็นร้อยละ 55 ของรายจ่ายสุขภาพรวมมากกว่ารายจ่ายภาครัฐ อย่างไรก็ตามรายจ่ายภาครัฐเพิ่มมากขึ้นโดยลำดับและกลับมามีสัดส่วนมากกว่าภายหลังจากประเทศประสบวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540

**ตารางที่ 1ก** รายจ่ายสุขภาพรวมและข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้านรายจ่ายสุขภาพปี พ.ศ. 2537-2544 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	147,837	177,103	189,143	172,811	162,124	167,147	170,203
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อรายได้ประชาชาติ (%)	3.5	3.5	3.8	4.0	3.7	3.5	3.4	3.3
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (ล้านบาท)	56,885	69,407	83,522	101,937	94,656	88,941	93,774	95,779
รายจ่ายสุขภาพรวม นอกภาครัฐ (ล้านบาท)	70,771	78,430	93,581	87,206	78,155	73,183	73,372	74,424
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	45	47	47	54	55	55	56	56
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม นอกภาครัฐ (%)	55	53	53	46	45	45	44	44
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (บาท/คน/ปี)	2,160	2,486	2,946	3,110	2,811	2,629	2,701	2,732
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี คิดเป็น USD	86	100	116	99	68	69	67	61
อัตราแลกเปลี่ยน (บาท/USD)	25	25	25	31	42	38	40	44

**ตารางที่ 1ข** รายจ่ายสุขภาพรวมและข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้านรายจ่ายสุขภาพปี พ.ศ. 2545-2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

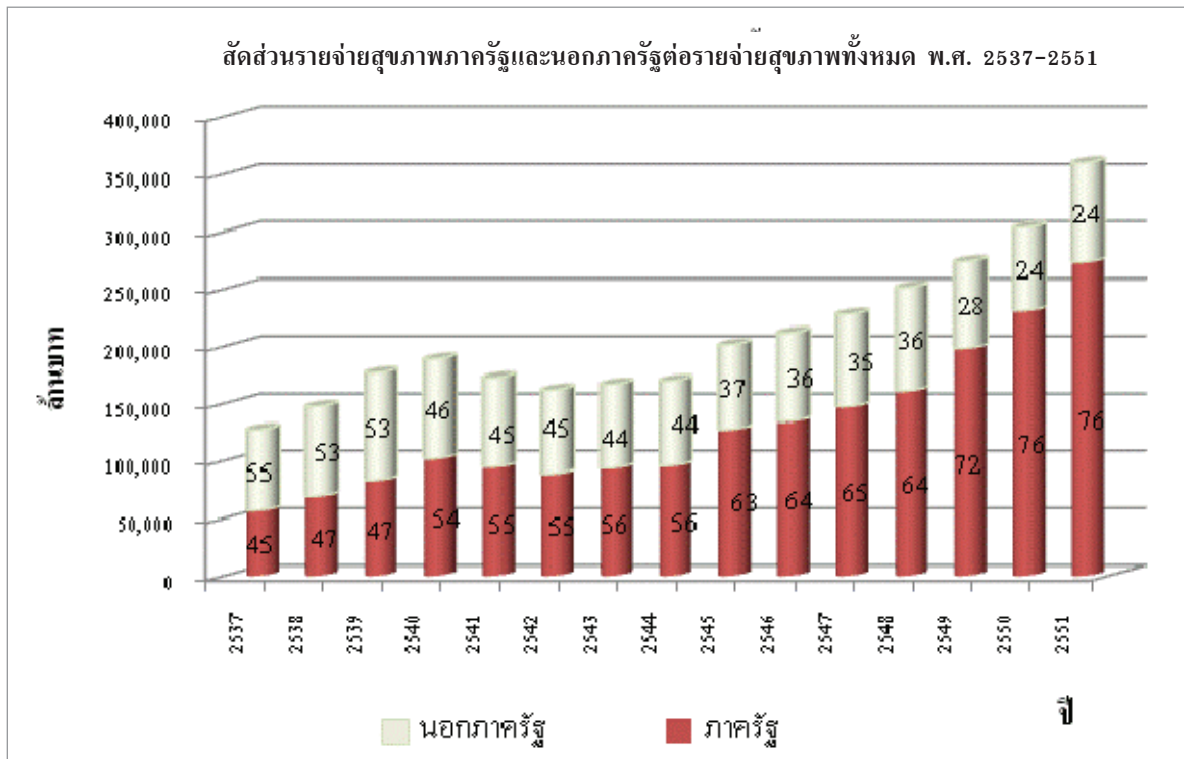
ตัวชี้วัดที่สำคัญ	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	201,679	211,957	228,041	251,693	274,055	303,853	360,272
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อรายได้ประชาชาติ (%)	3.7	3.6	3.5	3.5	3.5	3.6	4.0
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (ล้านบาท)	127,534	134,670	147,459	161,282	198,407	231,034	273,372
รายจ่ายสุขภาพรวม นอกภาครัฐ (ล้านบาท)	74,146	77,288	80,582	90,411	75,648	72,819	86,901
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	63	64	65	64	72	76	76
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม นอกภาครัฐ (%)	37	36	35	36	28	24	24
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (บาท/คน/ปี)	3,211	3,354	3,680	4,032	4,362	4,820	5,683
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี คิดเป็น USD	75	81	91	100	115	140	171
อัตราแลกเปลี่ยน (บาท/USD)	43	41	40	40	38	35	33

(54%) และเพิ่มสูงขึ้นมากภายหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 เป็นร้อยละ 63 และเพิ่มเป็นร้อยละ 76 ในปี 2551 (รูปที่ 1)

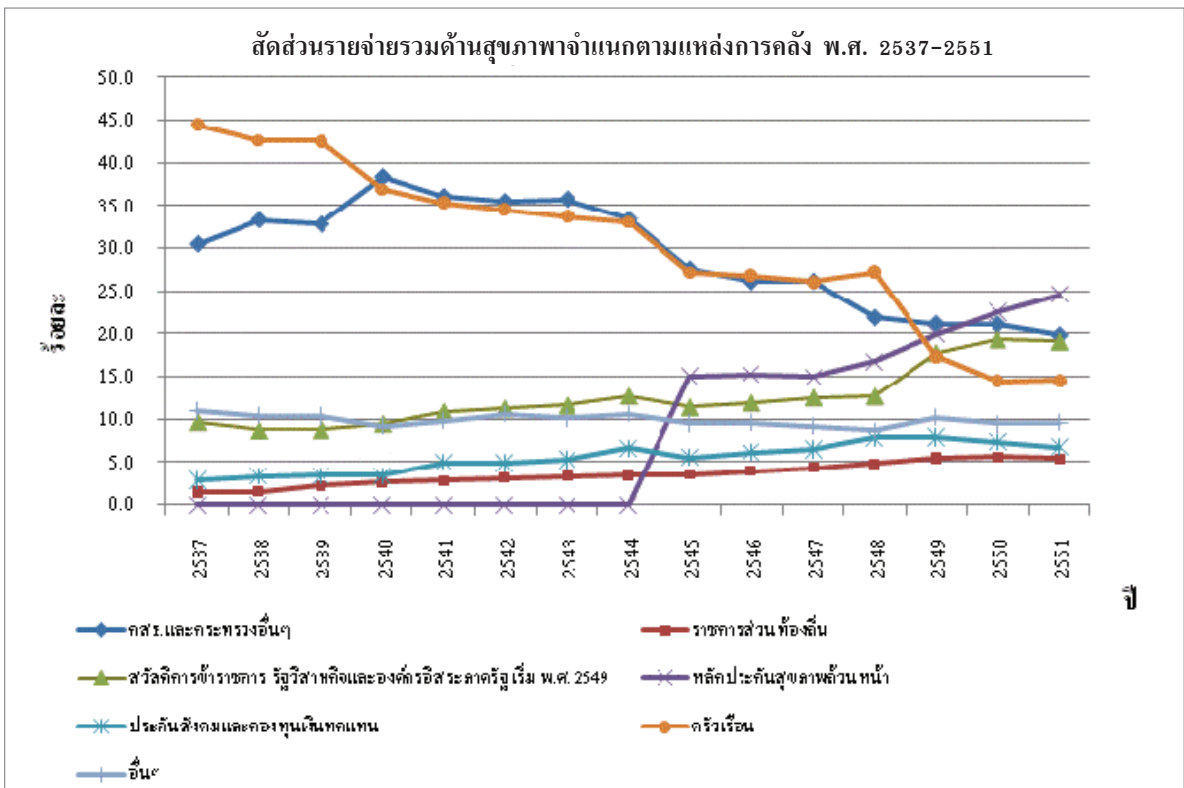
กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ กระทั่งในปี 2540 ภายหลังประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจกลับมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการเปลี่ยนตัวแทนการจ่ายเงินไปที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(รูปที่ 2) แต่รายจ่ายที่ผ่านสถานพยาบาลยังคงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

(รายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อถัดไป)

สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนรายจ่ายร้อยละ 15 ของรายจ่ายสุขภาพรวมในปี 2545 ปีแรกที่โครงการครอบคลุมทั่วประเทศ สัดส่วนดังกล่าวค่อนข้างคงที่ไปจนถึงปี 2547 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจากปี 2548 จนเป็นร้อยละ 24.6 ในปี 2551 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับแหล่งการคลังอื่น ๆ เนื่องจากเป็นแหล่งการคลังที่ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 75 ของประเทศ ในขณะที่สวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระ มี



รูปที่ 1 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และนอกภาครัฐต่อรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ปี พ.ศ. 2537-2551



รูปที่ 2 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามแหล่งการคลัง พ.ศ. 2537-2551

สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมกันแล้วประมาณ 1 ใน 10 ของรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งสิ้น (9.7 %) ในปี 2537 แต่สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมากจนเป็น 2 เท่า คือร้อยละ 19.1 ในปี 2551 เป็นที่น่าสังเกตว่ารายจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นมากในปี 2549 เป็นต้นมา โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกทั้งนี้ในปี 2549 รัฐบาลได้อนุมัติมาตรการเบิกจ่ายตรงของข้าราชการจากการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (รูปที่ 2)

ตัวชี้วัดที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ รายจ่ายจากครัวเรือนพบว่าครัวเรือนรับภาระจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 44 ของรายจ่ายสุขภาพรวมในปี 2537 ซึ่งสูงกว่าแหล่งการคลังอื่น ๆ แต่สัดส่วนรายจ่ายจากครัวเรือนลดลงตามลำดับจนเป็นร้อยละ 33 ในปี 2544 และเป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2551 (รูปที่ 2)

กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนมีส่วนแบ่งรายจ่ายสุขภาพ ประมาณร้อยละ 6.8 ในปี 2551 ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนแบ่งร้อยละ 5.5 ของรายจ่ายสุขภาพรวม สำหรับแหล่งการคลังอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ องค์กรเอกชนไม่แสวงกำไร สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง และความช่วยเหลือจากต่างประเทศมีสัดส่วนรายจ่ายรวมกันประมาณร้อยละ 9.6

#### ค. รายจ่ายสุขภาพตามประเภทกิจกรรม

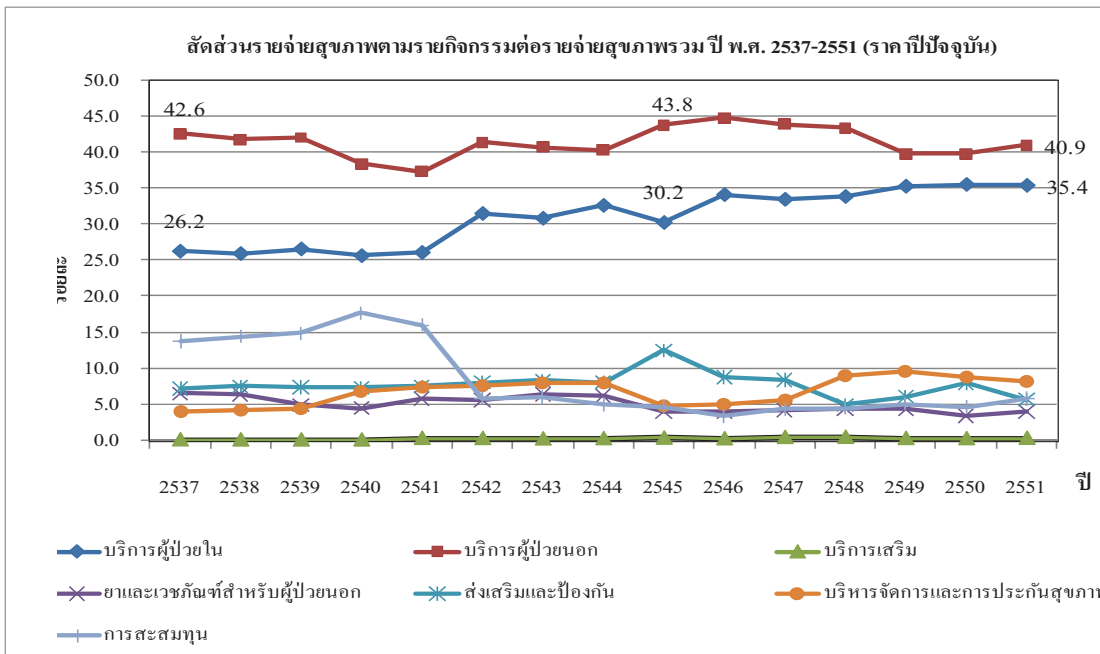
ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2537-2551 รายจ่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการซื้อบริการการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล โดยเป็นค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 40.9 ของรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ. 2551 ส่วนการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 26.2 ในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.4 ในปี พ.ศ. 2551 ในส่วนของรายจ่ายเพื่อการลงทุนส่วนใหญ่เป็นการลงทุนในภาครัฐ มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 13.7 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2542 หลังจากประเทศประสบปัญหาทาง

เศรษฐกิจในปี 2540 และในปี พ.ศ. 2551 การสะสมทุนคิดเป็นร้อยละ 5.7 ของรายจ่ายสุขภาพรวม

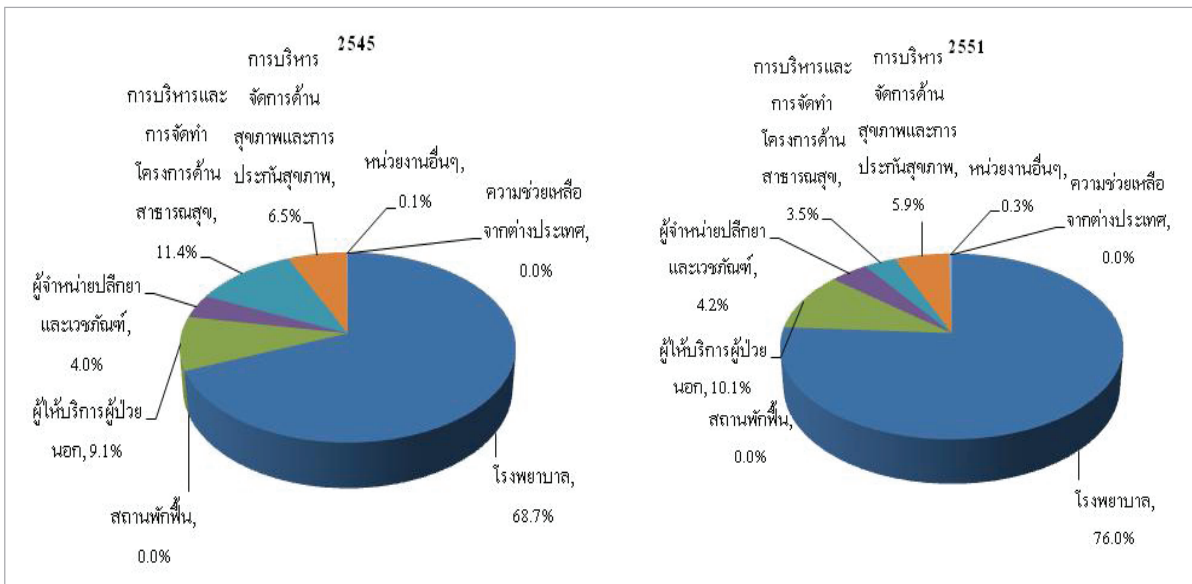
สำหรับการบริการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและควบคุมโรค มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 7-8 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2537-2544 และเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากเป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2545 แต่หลังจากนั้นสัดส่วนรายจ่ายด้านนี้ลดลงมาโดยตลอดเป็นร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2551 ส่วนรายจ่ายเพื่อการบริหารสาธารณสุขมีสัดส่วนร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 และ 9.6 ในปี พ.ศ. 2548 และ 2549 ตามลำดับ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีการก่อตั้งสถาบันที่มีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับในปี พ.ศ. 2551 รายจ่ายส่วนนี้มีสัดส่วนร้อยละ 8.2 ของรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศ (รูปที่ 3)

#### ง. รายจ่ายสุขภาพตามประเภทผู้ให้บริการ

การพิจารณารายจ่ายตามประเภทผู้ให้บริการ จะทำการคำนวณร้อยละเทียบจากรายจ่ายดำเนินการเท่านั้น (ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการลงทุน) ทั้งนี้เพื่อให้สะท้อนภาพของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในปีนั้น ๆ ในประเทศไทยโรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลหลักที่สำคัญที่สุด และมีรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพสูงที่สุด ในปี พ.ศ. 2551 มีรายจ่ายเท่ากับ 258,165.9 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 76.0 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ โดยเพิ่มขึ้นจาก 132,266.5 ล้านบาท หรือร้อยละ 68.7 ในปี พ.ศ. 2545 (รูปที่ 4) รองลงมาคือ สถานพยาบาลที่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น อาทิเช่น คลินิกเอกชน คลินิกทันตแพทย์ สถานีอนามัย เป็นต้น ซึ่งมีรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 10.1 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.1 ในปี พ.ศ. 2545 แต่ตรงกันข้าม การบริหารและการจัดทำโครงการด้านสาธารณสุข ตลอดจนการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และการประกันสุขภาพ มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 11.4 และ 6.5 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 3.5 และ 5.9 ในปี พ.ศ. 2551 ตามลำดับ



รูปที่ 3 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพตามรายการกิจกรรมต่อรายจ่ายสุขภาพรวม ปี พ.ศ. 2537-2551 ณ ราคาปัจจุบัน



รูปที่ 4 สัดส่วนรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพจำแนกตามประเภทผู้ให้บริการ ปี พ.ศ. 2545 และ 2551

**จ. รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ จำแนกตามประเภทกิจกรรมและผู้ให้บริการ**

ในปี พ.ศ. 2551 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในมีจำนวน 127, 395.4 ล้านบาท หรือร้อยละ 37.5 ของรายจ่ายดำเนินการ โรงพยาบาลมีส่วนแบ่งมากที่สุดถึงร้อยละ

99.6 ในจำนวนนี้ร้อยละ 78.0 เป็นบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ (รวมโรงพยาบาลเฉพาะทาง) อีกร้อยละ 21.6 เป็นบริการของโรงพยาบาลภาคเอกชน ส่วนที่เหลือเป็นบริการโดยสถานพยาบาลหรือสถานพักฟื้น สถานพยาบาลผู้ป่วยนอก และหน่วยงานอื่น ๆ สำหรับ

ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมีจำนวน 147, 456.6 ล้านบาท หรือร้อยละ 43.4 ของรายจ่ายดำเนินการ ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้น โรงพยาบาลรัฐมีส่วนแบ่งมากที่สุดถึงร้อยละ 69.6 โรงพยาบาลเอกชนมีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 13.0 สถานพยาบาลผู้ป่วยนอกมีส่วนแบ่งร้อยละ 17.2 และหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้บริการด้านสุขภาพมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.1 ส่วนรายจ่ายในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และการประกันสุขภาพมีจำนวน 29, 387.0 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของรายจ่ายดำเนินการ ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายเพื่อการบริหารงานสาธารณสุขทั่วไป ร้อยละ 62.6 และการบริหารในโรงพยาบาลของรัฐ (รวมโรงพยาบาลเฉพาะทาง) ร้อยละ 18.8

#### จ. รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามประเภทกิจกรรมและแหล่งการคลัง

ในปี พ.ศ. 2551 รายจ่ายภาครัฐใช้เพื่อการบริการสุขภาพส่วนบุคคลทั้งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการสนับสนุนการรักษาพยาบาล สูงถึง 218,164.3 ล้านบาท หรือร้อยละ 84.8 ของรายจ่ายดำเนินการภาครัฐ แต่รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมียังเพียง 17,371.3 ล้านบาทหรือร้อยละ 6.8 และใช้จ่ายเพื่อการบริหารจำนวน 19,949.6 ล้านบาทหรือร้อยละ 7.8 ในขณะที่ส่วนภาครัฐพบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนมากที่สุด โดยในปี 2551 มีการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชากรในคุ่มรวมจำนวน 81,901.4 ล้านบาท หรือร้อยละ 31.9 ของรายจ่ายภาครัฐ ในจำนวนนี้พบสัดส่วนการใช้จ่ายมากที่สุดในการบริการผู้ป่วยในและ น้อยที่สุดสำหรับการบริหารจัดการโครงการฯ คิดเป็น ร้อยละ 46.1 และ 1.0 ของรายจ่ายดำเนินการโครงการฯ ตามลำดับ

สำหรับสวัสดิการข้าราชการมีรายจ่ายในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 54,937.2 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 21.4 ของรายจ่ายภาครัฐ ในจำนวนนี้ เป็นรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมากที่สุดถึง ร้อยละ 70.6 และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในคิดเป็น ร้อยละ 29.3 นอก

นั้นเป็นค่าบริหารจัดการร้อยละ 0.1 สำหรับการจัดการบริการเบิกจ่ายตรงและการดำเนินการฐานข้อมูลผู้ป่วยในเมื่อมีการเบิกจ่ายตาม DRG และกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนมีสัดส่วนรายจ่ายร้อยละ 9.5 ของรายจ่ายภาครัฐ หรือ 24,543.7 ล้านบาท ส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 47.3 และ 45.1 ตามลำดับ กองทุนประกันสังคมมีรายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการร้อยละ 7.6 คิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าบริหารจัดการของสวัสดิการข้าราชการและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายจ่ายจากครัวเรือน ส่วนใหญ่เป็นค่าบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกถึงร้อยละ 51.4 ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 20.3 นอกจากนั้นครัวเรือนยังซื้อยาและเวชภัณฑ์อีกร้อยละ 24.6 และการประกันสุขภาพเอกชนรวมทั้ง พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสพภัยจากรถ มีรายจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสูงถึงร้อยละ 57.7 มีเพียงร้อยละ 2.4 เป็นรายจ่ายผู้ป่วยนอกที่โดดเด่นมากคือการบริหารจัดการมีรายจ่ายสูงถึงร้อยละ 39.9 สำหรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเพียง 0.3 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ในจำนวนนี้ถูกใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุขของประชาชนร้อยละ 74.8 เป็นรายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการร้อยละ 16.7 และรายจ่ายเพื่อการบริหารสุขภาพส่วนบุคคลร้อยละ 8.6

#### วิจารณ์

ข้อมูลสำหรับการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ต้องรวบรวมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ หลายแหล่ง ทั้งจากองค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รูปแบบของการจัดเก็บข้อมูลรวมทั้งความสมบูรณ์ของข้อมูลมีความแตกต่างกันมาก หน่วยงานต่าง ๆ มีวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการบริหารและประเมินผลของหน่วยงานของตน โดยไม่ได้แจกแจงรายละเอียดที่จะสามารถนำมากระจายลงในตารางบัญชีรายจ่ายสุขภาพได้โดยตรง คณะทำงานจำเป็นต้องกระจายข้อมูลราย



จ่ายสุขภาพตามประเภทกิจกรรมด้านสุขภาพและประเภทของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยอาศัยข้อมูลจากผลการสำรวจที่เกี่ยวข้อง เช่น การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการสำรวจอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้มีการทำงานร่วมกันกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อปรับปรุงข้อมูลโครงการดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด ถึงแม้การประมาณการรายจ่ายโดยวิธีดังกล่าวข้างต้น อาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง แต่ก็ เป็นวิธีการที่ช่วยให้ได้บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติตามตารางที่ต้องการ

ข้อสังเกตจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รายจ่ายของภาคครัวเรือนมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี เนื่องจากครัวเรือนหรือประชาชนไทยจะรับภาระด้านค่ารักษาพยาบาลน้อยลง นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการด้านสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการจัดเก็บข้อมูลที่ได้ละเอียดมากขึ้น และการที่รายจ่ายด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ปี พ.ศ. 2551 ลดลงจากปี พ.ศ. 2550 นั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการปรับระบบการบริหารจัดการในการโอนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในช่วงปีดังกล่าว นอกจากนี้การขยายความต้องการบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะระบบที่ยังไม่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพดีพอ คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ<sup>(8)</sup> ทำให้สัดส่วนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพต่อรายจ่ายรวมด้านสุขภาพลดลง<sup>(8)</sup> ทั้งนี้ จะสังเกตได้ว่าค่าบริหารจัดการด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ส่วนนี้อาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของต้นทุนค่าแรงอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2549

เป็นต้นมา ได้มีการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลของรัฐวิสาหกิจ และเพิ่มองค์การอิสระภาครัฐเข้ามาอยู่ในกระบวนการจัดเก็บข้อมูลด้วย<sup>(9)</sup>

ประสบการณ์การทำงานของคณะทำงาน มีส่วนทำให้การศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาก่อนๆ เนื่องจากทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ละเอียดมากขึ้น ประกอบกับการมีคำจำกัดความในการจัดเก็บข้อมูลด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคชัดเจนขึ้นอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยยังคงมีความแตกต่างกันระหว่างรายจ่ายสุขภาพที่รายงานโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และคณะทำงานฯ เนื่องจากการใช้ระเบียบวิธีในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน โดย สศช. เก็บข้อมูลตาม production approach ในขณะที่ NHA เก็บข้อมูลแบบ consumption approach ทั้งนี้กองบัญชีประชาชาติสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รวบรวมและรายงานรายจ่ายสุขภาพโดยยึดแนวทางและระบบของ United Nations System of National Account (UN-SNA) มาตั้งแต่พ.ศ. 2503 ซึ่งคำนวณรายจ่ายสุขภาพจากรายจ่ายค่ายา และที่ไม่ใช่ค่ายา ซึ่งพบว่ายังมีปัญหาอยู่ค่อนข้างมาก<sup>(3)</sup> อีกทั้งยังไม่สามารถทำการจำแนกรายจ่ายสุขภาพตามประเภทกิจกรรม (การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ) และตามประเภทสถานพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนได้ ซึ่งนับว่าเป็นจุดอ่อนอย่างมากสำหรับระบบฐานข้อมูลในลักษณะนี้ เนื่องจากไม่สามารถนำไปวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของรายจ่ายสุขภาพแต่ละประเภทได้

การดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องมายาวนาน และต้องการให้เกิดความยั่งยืน ต้องมีสิ่งสำคัญประการหนึ่ง นั่นคือบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักการการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งมีหลากหลายดังที่กล่าวมาแล้ว ความร่วมมือและความพยายามในการทำงานของคณะทำงาน

เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานสำเร็จลุล่วงได้ ที่สำคัญคือ การสร้างผลงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติที่เป็น ข้อมูลของไทย จัดทำโดยคนไทย เพื่อประโยชน์ของ ระบบสุขภาพไทย สิ่งสำคัญต่อมา คือ งบประมาณหรือ ทุนสนับสนุนการวิจัยอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ซึ่งแต่ เดิมได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นระยะ ๆ ตาม โครงการวิจัยที่เขียนของงบประมาณเป็นครั้ง ๆ แต่ใน ขณะนี้ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนให้เป็นหน่วยงาน กลาง ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศไทย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนเงินงบ- ปรมาณอย่างสม่ำเสมอเมื่อจะมีการจัดทำ ซึ่งนับว่า เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดความยั่งยืนของการจัดทำ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติได้ต่อไปในอนาคต สิ่ง ทำทนายสองประการ ประการแรก การถ่ายทอดองค์- ความรู้ไปสู่ผู้ที่ดำเนินการต่อไปในอนาคต การจัดทำ คู่มือ หรือการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีความ จำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดทำรายงาน ฉบับสมบูรณ์ที่ประกอบด้วยวิธีการและกระบวนการ จัด ทำโดยละเอียด เพื่อให้สามารถสืบค้นที่มาของการ จัด ทำข้อมูลในแต่ละครั้ง และเพื่อให้เป็นรากฐาน และ การพัฒนาวิธีการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในอนาคต ประการต่อมา คือการนำข้อมูลบัญชีรายจ่าย สุขภาพแห่งชาติไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ ได้มี นักวิชาการจากหลายหน่วยงานนำข้อมูลจากบัญชีราย จ่ายสุขภาพแห่งชาติไปใช้ต่อยอดในหลายด้านด้วยกัน เช่น การนำไปเป็นข้อมูลตั้งต้นเพื่อประมาณการราย จ่ายสุขภาพแห่งชาติในอนาคต การเปรียบเทียบราย จ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยกับประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคและนานาชาติ การประสานความร่วมมือกับ องค์การอนามัยโลกซึ่งทำหน้าที่รวบรวมบัญชีรายจ่าย สุขภาพแห่งชาติของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งการ ให้การนำข้อมูลไปใช้เพื่อสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ใน การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติแก่ประเทศต่าง ๆ ที่ยังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพจัดทำได้ด้วยตนเอง

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพควร กำหนดมาตรการในการติดตามและกำกับการใช้จ่ายค่า รักษาพยาบาลในส่วนของโครงการหลักประกันสุขภาพ- ถ้วนหน้าและสวัสดิการข้าราชการสุขภาพให้ เป็นไปอย่างเหมาะสม เนื่องจากค่าใช้จ่ายของทั้งสอง โครงการมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมากอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ การอนุมัติมาตรการเบิกจ่ายตรงของการรักษาแบบ ผู้ป่วยนอกของสวัสดิการข้าราชการ ในขณะที่การ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และโครงการ สาธารณสุขต่าง ๆ มีสัดส่วนรายจ่ายเป็นส่วนน้อย และ มีแนวโน้มลดลง ผู้บริหารระดับนโยบายควรให้ความ สนใจทั้งการจัดสรรงบประมาณ และการใช้จ่ายอย่างมี ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าที่สุด

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้ให้การ สนับสนุนทุนวิจัยมาตั้งแต่ระยะแรก ๆ และขอขอบคุณ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบ การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ขอขอบคุณ หน่วยงาน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและบุคลากรมาร่วมเป็น คณะทำงานในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณ เกียรติ- ภรณ์วิเศษ ปานน้อย ที่ให้การสนับสนุนเรียบเรียงและจัด ทำเอกสารชุดนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Tangcharoensathien V, Laixuthai A, Vasavit J, Tantigate N-A, Prajuabmoh-Ruffolo W, Vimolkiet D, et al. National health account development: lessons from Thailand. Health Policy and Planning 1999;14(4): 342-53.
2. อนุวัฒน์ สุภษุติกุล. การวิจัยและพัฒนาระบบบัญชีรายจ่าย

- สุขภาพแห่งชาติ (National Health Account-NHA). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
3. สติกร พงศ์พานิช, วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นวลอนันต์ ตันติเกศ, จิตพรภาณี วาศวิท. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541. (รายงานวิจัย) นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
  4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544 (รายงานวิจัย) นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
  5. Vasavit C, Janyapong S, Greetong T, Limpiyakorn K, Hempisut P, Tangcharoensathien V, et al. Thai National Health Accounts: sustainable updates of 2006 and 2007 and diversification: International Health Policy Program, Nonthaburi: The Graprico Systems; 2009.
  6. International Health Accounts Team, Organization for Economic Co-operation and Development. A system of health accounts (version 1.0) SHA expert advisory workshop headquarter of international energy agency. Paris: OECD; 2000.
  7. World Health Organization. Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries. Canada: WHO; 2003.
  8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
  9. จิตพรภาณี วาศวิท, พินทุสร เหมพิสุทธิ์, สมจิตต์ จรรย์พงษ์, กุลเศรษฐ์ ลิ้มปิยากร, ทวีศรี กรีทอง, รังสิมา ปรีชาชาติ และคณะ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2551. (รายงานวิจัย) นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2551.

**Abstract Thai National Health Accounts Part 1 Thai Health Expenditure 1994-2008**

**Part 1 Thai health expenditure 1994-2008**

**Chitpranee Vasavid\***, **Somjit Janyapong\*\***, **Pintusorn Hempisut<sup>†</sup>**, **Kulasake Limpiyakorn<sup>‡</sup>**, **Taweesri Greetong<sup>§</sup>**, **Pensri Trairat<sup>¶</sup>**, **Nuntachavee Hongnuson<sup>#</sup>**, **Vorrachaya Latthayaporn\*\*\***, **Natsuda Phetchnoon\*\***, **Boonyisa Augsonsiriopas\*\***, **Pensri Trameekhun<sup>†</sup>**, **Saichol Susuk<sup>†</sup>**, **Jarunee Chanphet<sup>†</sup>**, **Chaleamrat Ruangwarakom<sup>‡</sup>**, **Prathuangtip Dheravajcharoenchai<sup>‡</sup>**, **Chonlavit Suriyasophaphan<sup>‡</sup>**, **Rangsima Preechachard<sup>¶</sup>**, **Kanjana Tisayaticom\***, **Walaiporn Patcharanarumol\***, **Vuthiphan Vongmongkol\***, **Artidtaya Thiempriwan\***, **Shaheda Viriyathorn\***, **Viroj Tangcharoensathien\***

*Journal of Health Science* 2012; 21:1073-84.

International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 1 National Economic and Social Development Board, the Office of the Prime Minister, 2 Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 3 The Comptroller General's Department, Ministry of Finance, 4 National Health Security Office, 5 Social Security Office, Ministry of Labour, 6 National Statistical Office of Thailand, Ministry of Information, Communication and Technology, 7 State Enterprise Policy Office, Ministry of Finance 8

This report provided a systematic analysis of Thailand health expenditure from 1994 to 2008 to update the series of the National Health Accounts (NHA) and to strengthen the national capacity in term of procedure and methodology of conducting NHA. Thai NHA was classified by types of financing sources, health care functions and health care providers following the Organization of Economic Co-operation Development (OECD) System of Health Accounts (OECD SHA) in order to be consistent with and comparable to other countries.

The result showed that total health expenditure (THE) in 2008 including capital formation of Thailand was 360 billion baht at current year prices increased from 128 billion baht in 1994 (2.8 times). The ratio of THE to GDP was 3.5 percent in 1994 and reached 4.0 percent in 2008. THE per capita in 1994 at current year prices was 2,160 baht and, in 2008, increased over 15 years to 5,683 baht. In 2008, the share of public financing sources was 76.0 percent of THE, after Universal Health Care Coverage (UC) scheme was implemented in 2002. Since then the UC scheme became the major financing agent in 2007. The non-government sources shared 24.0 percent of THE, of which household out-of-pocket payments contributed the major share of 14.5 percent of THE, and other private sectors (e.g. private health insurance, traffic accident insurance, non-profit institutions and private corporations) represented 9.3 percent of THE. The rest came from others of which foreign assistances played a minor role in the Thai NHA, accounting for 0.3 percent of THE.

Thailand spent 80.5 percent of THE on personal medical services and goods but 5.6 percent on prevention in 2008. Hospital was the major health care provider and the personal health care service was the main function of care. In 2008, 258 billion baht, which accounted for 76.0 percent of the total recurrent expenditure on health, were spent on care provided by hospitals, which increased from 132 billion baht or 68.7 percent in 2002-the first year of UC scheme.

**Key words:** National Health Account, health expenditure, financing source, healthcare function, healthcare provider