

การคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย

โสภิตา ขวนิชกุล*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร**

*สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

มาตรการทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การควบคุมการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จัดเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งสามารถลดภาระโรค (burden of diseases) ที่สำคัญลงได้ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อประเมินสถานการณ์การลงทุนด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพใน ๒ บริบท ได้แก่ บริบทสากลและบริบทประเทศไทย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๘ - มีนาคม ๒๕๕๙

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของประเทศในกลุ่มความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development - OECD) เปรียบเทียบกับประเทศไทยพบว่า ประเทศไทยมีการลงทุนทางด้านสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ ๘.๕ ของรายจ่ายด้านสุขภาพโดยร้อยละ ๕๕.๔๒ มาจากภาครัฐแต่ไม่มีส่วนของประกันสังคม ในขณะที่ประเทศสมาชิก OECD ๑๕ ประเทศ มีการลงทุนทางด้านนี้เฉลี่ยเพียงร้อยละ ๓.๕ ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด และร้อยละ ๗๓.๕ มาจากภาครัฐ อัตราส่วนจากประกันสังคมเป็นร้อยละ ๑๒ แม้ประเทศไทยมีการลงทุนทางด้านสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนของรายจ่ายสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนเงินต่อหัวประชากรแล้วยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าการประกันสังคมในประเทศไทยไม่มีการลงทุนทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น ประเทศไทยควรมหาแหล่งทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น จากกองทุนประกันสังคมโดยขยายสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการลงทุนในภาคเอกชนโดยมาตรการลดหย่อนภาษีแก่ธุรกิจที่มีโครงการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การเก็บภาษีสิ่งแวดล้อมจากโรงงานอุตสาหกรรมหรือภาคธุรกิจที่ทำลายสิ่งแวดล้อมและเป็นพิษต่อสุขภาพ รวมทั้งการปรับปรุงประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดภาระโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: การคลัง, การสร้างเสริมสุขภาพ, ประเทศไทย

บทนำ

เป็นที่ยอมรับว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การกินอาหารไขมันสูง เค็มจัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มี

คุณค่าทางโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาระโรค^(๑) ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยง

เหล่านี้ลงได้โดยการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และมีความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรที่จำกัด

ในทุกกลุ่มประเทศนั้นจะเห็นได้ชัดว่าทุกวันนี้มีปัจจัยเสี่ยงสร้างภาระโรคอย่างชัดเจน (ตารางที่ ๑) พบว่าในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและมีอัตราการตายสูง อาทิ ในภูมิภาคแอฟริกาและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั้น ปัจจัยเสี่ยงอันดับแรก ๆ เกิดจากการขาดสารอาหารและโรคติดต่อซึ่งทำให้เกิดภาระโรคถึงร้อยละ ๕๐ ขณะเดียวกันในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนามากกว่า เช่น จีน อเมริกากลางและใต้ มีอัตราการตายต่ำลง และพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคแอลกอฮอล์ และยาสูบ แต่ก็ยังมีปัญหาทางด้าน การขาดสารอาหารและโรคติดต่อบ้าง และท้ายสุดในกลุ่ม

ประเทศที่พัฒนาแล้ว มากกว่าร้อยละ ๕๐ ของภาระโรคมีผลจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมทั้งสิ้น^(๑)

มาตรการสาธารณสุขชุมชน (community public health interventions) ที่เหมาะสมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีผลทำให้ภาระโรคของโลกลดลงได้ ในปี ๒๕๓๗ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาถึงยุทธศาสตร์สาธารณสุขในระดับประชากร ใน ๖ ประเด็น ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจขาดเลือด การบาดเจ็บจากการทำงานซึ่งอาจจะทำให้เสียชีวิตหรือไม่เสียชีวิต อุบัติเหตุจากรถยนต์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และการบาดเจ็บจากการใช้ปืน (gun-shot wound) พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ๖๙,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี ๒๕๔๓ หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของค่ารักษาพยาบาล^(๒,๓) อย่างไรก็ตามการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถ

ตารางที่ ๑ ปัจจัยเสี่ยง ๑๐ อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน ๓ กลุ่มประเทศ)

อันดับ	กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายสูง	ร้อยละ	กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายต่ำ	ร้อยละ	กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว	ร้อยละ
๑	น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	๑๔.๕	แอลกอฮอล์	๖.๒	ยาสูบ	๑๒.๒
๒	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	๑๐.๒	ความดันโลหิตสูง	๕.๐	ความดันโลหิต	๑๐.๕
๓	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	๕.๕	ยาสูบ	๔.๐	แอลกอฮอล์	๕.๒
๔	กลุ่มควันภายในอาคารจากการเผาถ่าน	๓.๖	น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	๓.๑	ไขมันในเลือด	๓.๖
๕	การขาดธาตุสังกะสี	๓.๒	น้ำหนักตัวเกิน	๒.๗	น้ำหนักตัวเกิน	๓.๔
๖	การขาดธาตุเหล็ก	๓.๑	ไขมันในเลือด	๒.๑	การบริโภคผักและผลไม้ น้อย	๓.๕
๗	การขาดวิตามินเอ	๓.๐	การบริโภคผักและผลไม้ น้อย	๑.๕	กิจกรรมทางกาย	๓.๑
๘	ความดันโลหิต	๒.๕	กลุ่มควันภายในอาคารจากการเผาถ่าน	๑.๕	สารฝึคกฎหมาย	๑.๘
๙	ยาสูบ	๒.๐	การขาดธาตุเหล็ก	๑.๘	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	๑.๘
๑๐	ไขมันในเลือด	๑.๕	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	๑.๘	การขาดธาตุเหล็ก	๑.๗
	ปัจจัยเสี่ยง ๑๐ อันดับแรก	๔๕.๕		๓๐.๕		๕๗.๘

ที่มา: WHO^(๑)

ดำเนินการได้โดยอาศัยแผนงาน กิจกรรมต่าง ๆ ที่มีค่าใช้จายน้อยแต่มีประสิทธิภาพสูง ตามที่นำเสนอไว้ในกรอบที่ ๑ จะประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมายและการคลังอย่างจริงจัง

Nutbeam^(๔) รายงานว่าถึงมาตรการสาธารณสุขชุมชนที่ต่อเนื่องและครบวงจรจะลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงจำเป็นต้องมีมาตรการเสริมด้วย เช่น การสนับสนุนทางการเงิน การให้ความรู้ การพัฒนาให้ชุมชนมีส่วนร่วม และมาตรการทางกฎหมาย จะช่วยให้ประสบความสำเร็จมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

สำหรับประเทศไทย คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของคนไทยได้ศึกษาในปี ๒๕๔๒ พบว่าคนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น ๙.๕ ล้าน (Dis-

ability Adjusted Life Years-DALYs) โดยที่เพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ ๑.๕ เท่า และเมื่อจำแนกกลุ่มโรคเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ จะมีสัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะดังนี้ กลุ่มโรคติดต่อร้อยละ ๒๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ ๕๔ และกลุ่มการบาดเจ็บ ร้อยละ ๑๔ การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยง ๑๓ ปัจจัย เป็นสาเหตุของการสูญเสียถึง ๔.๗ ล้าน DALYs หรือ ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถเรียงลำดับจากการเกิดภาระโรคมากไปหาน้อย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย บุหรี่ แอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกและคาดเข็มขัดนิรภัย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การใช้สารเสพติด ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ฯลฯ^(๕) (ตารางที่ ๒)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่

กรอบที่ ๑ ตัวอย่างมาตรการทางด้านสาธารณสุขที่มีค่าใช้จายน้อยแต่ประสิทธิภาพสูง

รายจ่าย ๑ เหรียญสหรัฐที่ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนอกในเรื่องโรคเบาหวาน สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลได้ ๒-๓ เหรียญสหรัฐ

การตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้หญิงที่มีรายได้ต่ำจะสามารถช่วยเพิ่มชีวิตได้ ๓.๗ ปี และการตรวจ Pap Smear ๑๐๐ ครั้งสามารถประหยัดเงินในการรักษาพยาบาลได้ ๕,๕๐๗ เหรียญสหรัฐ

ทุก ๑ เหรียญสหรัฐอเมริกาก็ใช้ในโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน สามารถประหยัดได้ ๑.๘๖ เหรียญสหรัฐในการป้องกันความผิดปกติหลังคลอด

ผู้ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรช่วยตัวเองจากภาวะไขข้ออักเสบ (arthritis) สามารถลดความเจ็บปวดได้ร้อยละ ๑๘ และประหยัดรายจ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ๒๖๗ เหรียญสหรัฐ ภายในระยะเวลา ๔ ปี

Tengs และคณะ^(๖) ได้ประเมินปฏิบัติการ ๕๐๐ แบบที่สามารถช่วยชีวิตคนได้ พบว่ามาตรการเหล่านี้หลายแบบมีรายจ่ายต่ำและให้ประโยชน์คุ้มค่า เช่น การออกกฎหมายและบังคับใช้ การลดสารตะกั่วในน้ำมัน การฝากครรภ์ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค

ในปี ๒๕๓๗ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาได้ศึกษายุทธศาสตร์สาธารณสุขในระดับประชากร ใน ๖ ประเด็น ได้แก่ โรคหัวใจ หัวใจขาดเลือด การบาดเจ็บจากการทำงานซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตหรือไม่เสียชีวิต อุบัติเหตุจากรถยนต์ น้ำหนักหลังคลอดต่ำ และการบาดเจ็บจากการใช้ปืน พบว่าสามารถลดรายจ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ๖๕,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี ๒๕๔๓ หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๑ ของค่ารักษาพยาบาล

ที่มา: Bennett J^(๖), Tengs TO และคณะ^(๖)

ของคนไทยมาจากโรคภัยและปัญหาปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลสรุปในตารางที่ ๑ ที่พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้วปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาระโรคนั้นมากกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม ซึ่งสามารถควบคุมและป้องกันได้ด้วยมาตรการส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขที่เหมาะสม

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินสถานการณ์การคลังด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบสถานการณ์ในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเสนอแนวทางการสนับสนุนการคลังและหาช่องทางในการเพิ่มการลงทุนในด้านดังกล่าว

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม และใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก กลุ่มประเทศความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนา คณะทำงานบัญชีสุขภาพแห่งชาติของไทย ศึกษาแบบแผนรายจ่ายสุขภาพในประเทศต่าง ๆ แยกตามภูมิภาคของโลกตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ทบทวนรายจ่ายสุขภาพ และรายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย รายจ่ายสุขภาพและรายจ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพของประเทศในกลุ่มความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนา

ตารางที่ ๒ ภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง ๑๕ อันดับแรก ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

ปัจจัยเสี่ยง	ชาย		หญิง		
	ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years- DALYs) (x ๑๐๐,๐๐๐)	ร้อยละ	ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years- DALYs) (x ๑๐๐,๐๐๐)	ร้อยละ	
เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	๘.๖	๑๕.๕	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	๔.๕	๑๑.๓
แอลกอฮอล์	๕.๑	๙.๒	โรคอ้วน	๒.๔	๖.๑
ยาสูบ	๔.๔	๗.๕	ความดันโลหิต	๒.๓	๕.๗
ยาเสพติด	๓.๓	๕.๕	ไขมันในเส้นเลือด	๑.๑	๒.๗
ไม่สวมหมวกนิรภัย	๓.๓	๕.๕	ไม่สวมหมวกนิรภัย	๐.๗	๑.๖
ความดันโลหิต	๒.๖	๔.๖	มลภาวะทางอากาศ	๐.๗	๑.๗
โรคอ้วน	๑.๓	๒.๔	การขาดกิจกรรมทางกาย	๐.๖	๑.๕
ไขมันในเส้นเลือด	๑.๑	๒.๐	ขาดการบริโภคผักและผลไม้	๐.๕	๑.๓
ขาดการบริโภคผักและผลไม้	๐.๕	๑.๖	ยาสูบ	๐.๕	๑.๒
มลภาวะทางอากาศ	๐.๖	๑.๒	แอลกอฮอล์	๐.๔	๑.๐
การขาดกิจกรรมทางกาย	๐.๕	๑.๕	ยาเสพติด	๐.๔	๑.๐
ภาวะทุพโภชนาการ-มาตรฐานสากล	๐.๔	๑.๑	น้ำและสุขอนามัย	๐.๓	๑.๐
การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	๐.๓	๑.๑	ภาวะทุพโภชนาการ-มาตรฐานสากล	๐.๓	๑.๐
น้ำและสุขอนามัย	๐.๓	๑.๑	ภาวะทุพโภชนาการ-มาตรฐานไทย	๐.๑	๐.๓
ภาวะทุพโภชนาการ-มาตรฐานไทย	๐.๒	๑.๑	การไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	๐.๑	๐.๒

ที่มา: ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒^(๕)

๑๔ ประเทศเฉลี่ยแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน นอกจากนี้ยังพิจารณาว่าแหล่งเงินที่สนับสนุนรายจ่ายด้านสุขภาพ และการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพมาจากแหล่งใดบ้าง จากนั้นนำมาคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างบริบทสากล และบริบทประเทศไทย รวบรวมประสบการณ์จากประเทศต่าง ๆ ที่มีนวัตกรรมทางการคลังเพื่อนำเงินงบประมาณมาเพิ่มเติมและสนับสนุนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะ รวมทั้งการทบทวนการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลจากอัตราส่วนร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ๒๕๔๔ - มีนาคม ๒๕๔๙

ผลการศึกษา

การคลังสุขภาพ

จากการศึกษาบัญชีสุขภาพแห่งชาติแยกตามภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก (ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก) พบว่า ในภูมิภาคยุโรป อเมริกา และแปซิฟิกตะวันตก มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ เป็นร้อยละ ๖.๘, ๖.๗ และ ๖.๓ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมตามลำดับ ซึ่งรายจ่ายเหล่านี้มาจากภาครัฐเป็นหลัก ในภูมิภาคยุโรปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๖๙.๖ ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีรายจ่ายด้านสุขภาพในอัตราต่ำที่สุดเป็นร้อยละ ๓.๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม และเป็นรายจ่ายภาครัฐเพียงร้อยละ ๔๔.๘ เท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐกับรายจ่ายภาครัฐทั้งหมดพบว่า ในภูมิภาคอเมริกา ยุโรป และแปซิฟิกตะวันตก มีสัดส่วนที่สูงมากเป็นร้อยละ ๑๓.๒, ๑๒.๔ และ ๑๐.๐ ตามลำดับ ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รัฐให้การสนับสนุนรายจ่ายด้านสุขภาพเพียงร้อยละ ๖.๗ ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด^(๑) (ตารางที่ ๓)

ในภูมิภาคแอฟริกา แหล่งการคลังสุขภาพจาก

ภายนอกประเทศ มีความสำคัญอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๙ ของรายจ่ายด้านสุขภาพ และระบบประกันสังคมสำหรับแรงงานในภาคเอกชนมีการพัฒนาน้อยมาก ในภูมิภาคแอฟริกา รายจ่ายด้านสุขภาพจากประกันสังคมคิดเป็นร้อยละ ๑.๘ ของรายจ่ายทั่วไปด้านสุขภาพของรัฐเท่านั้น ในขณะที่ภูมิภาคยุโรป สัดส่วนของระบบประกันสังคมสูงมากเป็นร้อยละ ๔๓.๕ ของรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

จากข้อมูลการคลังสุขภาพของประเทศไทย รายจ่ายด้านสุขภาพในปี ๒๕๔๔ คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๓ และในปี ๒๕๔๕ ร้อยละ ๔.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม โดยที่รัฐมีบทบาทในการสนับสนุนรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นอย่างมากซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยที่พบในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในปี ๒๕๔๔ รายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๘๗ และในปี ๒๕๔๕ คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๖๙ ของรายจ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม^(๒,๔) ในขณะเดียวกันรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเมื่อเทียบกับรายจ่ายของภาครัฐทั้งหมดค่อนข้างสูงคิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔๖ ในปี ๒๕๔๔ และร้อยละ ๑๗.๑๔ ในปี ๒๕๔๕ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยในภูมิภาคยุโรปและสหรัฐอเมริกาในปี ๒๕๔๔ อยู่ที่ร้อยละ ๑๒.๔ และร้อยละ ๑๓.๒ ตามลำดับ สำหรับรายจ่ายด้านสุขภาพในส่วนของการประกันสังคมนั้นคิดเป็นร้อยละ ๓๐.๙๙ ในปี ๒๕๔๔ และร้อยละ ๒๑.๗๘ ในปี ๒๕๔๕ ของรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ (ตารางที่ ๔)

การคลังเพื่อการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ

กลุ่มประเทศความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจเพื่อการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development- OECD) ได้รวบรวม และรายงานรายจ่ายในด้านการป้องกันและสาธารณสุขในกลุ่มประเทศ พบว่าจากสมาชิกทั้งหมด ๓๐ ประเทศ มีเพียง ๔ ประเทศเท่านั้นที่มีข้อมูลสมบูรณ์ ได้แก่ ออสเตรเลีย ออสเตรีย เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี สหรัฐอเมริกา แคนาดา และเกาหลีใต้^(๒) จากข้อมูลของ OECD^(๔) พบว่า รายจ่ายด้านการป้องกันและสาธารณสุข

ตารางที่ ๓ คำนวณจากบัญชีสุขภาพแห่งชาติ แยกตามประเทศในภูมิภาคองค์การอนามัยโลก ๒๕๔๔

ภูมิภาคขององค์กร อนามัยโลก	รายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมดคิดเทียบ เป็นร้อยละ ของผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่ายด้านสุขภาพ ของภาครัฐคิดเทียบ เป็นร้อยละของ รายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่ายด้านสุขภาพ ของภาครัฐคิดเทียบ เป็นร้อยละของ รายจ่ายภาครัฐ ทั้งหมด	แหล่งเงินสนับสนุน ภายนอกคิดเทียบ เป็นร้อยละของ รายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่ายด้านสุขภาพ ของประกันสังคม ภายนอกคิดเทียบ กับร้อยละของ ของรายจ่ายด้าน สุขภาพของภาครัฐ	รายจ่ายครัวเรือน ที่ต้องชำระเองคิดเป็น ร้อยละรายจ่าย ทางด้านสุขภาพ ภาคเอกชน	การประกันสุขภาพ เอกชนคิดเป็น ร้อยละของ รายจ่ายด้านสุขภาพ ภาคเอกชน
แอฟริกา	๔.๖	๕๕.๕	๕.๕	๒๑.๕	๑.๘	๘๒.๘	๗.๒
อเมริกา	๖.๗	๕๖.๗	๑๓.๒	๓.๖	๒๖.๓	๘๐.๐	๑๖.๖
เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	๔.๕	๕๒.๔	๕.๓	๓.๒	๑๐.๗	๘๐.๓	๗.๔
ยุโรป	๖.๘	๖๕.๖	๑๒.๔	๑.๔	๔๓.๕	๘๕.๖	๘.๕
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	๓.๕	๕๘.๘	๖.๗	๗.๓	๔.๐	๕๕.๘	๒.๑
แปซิฟิกตะวันตก	๖.๓	๖๕.๕	๑๐.๑	๑๒.๗	๑๑.๘	๘๓.๘	๔.๑

ที่มา: WHO^(๖).

ตารางที่ ๔ บัญชีสุขภาพแห่งชาติ: ประเทศไทย ปี ๒๕๔๓-๒๕๔๕

ปี	รายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมดคิดเทียบ เป็นร้อยละ ของผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่ายภาค เอกชนคิดเป็น ร้อยละของรายจ่าย ด้านสุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่ายทางด้าน สุขภาพของภาครัฐ คิดเป็นร้อยละของ รายจ่ายภาครัฐ ทั้งหมด	แหล่งเงินสนับสนุน จากภายนอกคิด เป็นร้อยละของ รายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่ายด้านสุขภาพ ของประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ ของรายจ่ายด้าน สุขภาพของภาครัฐ	รายจ่ายที่ครัวเรือน ต้องชำระเองคิดเมื่อ เทียบกับรายจ่าย ด้านสุขภาพ ของภาคเอกชน	การประกันสุขภาพ เอกชนคิดเป็น ร้อยละของ รายจ่ายด้านสุขภาพ ภาคเอกชน
๒๕๔๓	๓.๕๘	๕๘.๖๘	๑๑.๘๐	๐.๑๔	๒๗.๖๓	๗๖.๘๑	๑๒.๗๖
๒๕๔๔	๓.๕๓	๕๘.๑๓	๑๑.๔๖	๐.๑๘	๓๐.๕๕	๗๕.๗๑	๑๓.๖๒
๒๕๔๕	๔.๔๔	๖๕.๖๕	๑๗.๑๔	๐.๒๒	๒๑.๗๘	๗๕.๗๖	๑๔.๒๓

ที่มา: WHO : National Health Expenditure -Thailand^(๖)
World Health Report

การคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ในปี ๒๕๕๐ ในแต่ละประเทศมีค่าแตกต่างกันมาก เช่น
 ๐.๑ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม ฝรั่งเศสและเกาหลีใต้ร้อยละ
 ๐.๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม เยอรมนีร้อยละ ๐.๔,
 แคนาดาและสหรัฐอเมริการ้อยละ ๐.๕
 จากการศึกษาข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพ

แห่งชาติของ ๑๔ ประเทศในกลุ่ม OECD ซึ่งคัดเลือก
 จากการกระจายตัวตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก ในตารางที่
 ๕^(๔-๑๑) พบว่าในปี ๒๕๕๕ รายจ่ายในการป้องกันโรค
 และสร้างเสริมสุขภาพต่อประชากรในแต่ละประเทศ
 มีความแตกต่างกันอย่างมาก เริ่มจาก ๔ เหรียญสหรัฐ
 ต่อประชากรในตุรกี ถึง ๑๖๑ เหรียญสหรัฐต่อประชากร

ตารางที่ ๕ ประมาณการรายจ่ายในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่ม OECD ๑๔ ประเทศ : ๒๕๕๕

ประเทศ	รายจ่ายด้าน สุขภาพทั้งหมด คิดเทียบเป็น ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์ มวลรวม	รายจ่าย ด้านสุขภาพ ต่อหัว ประชากร (เหรียญสหรัฐ)	รายจ่ายด้าน ป้องกันและ สร้างเสริม สุขภาพต่อ หัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)	รายจ่ายด้าน ป้องกันและ สร้างเสริม สุขภาพต่อ หัวประชากร (เหรียญสหรัฐ) ซึ่งสนับสนุนโดย ภาครัฐ (ไม่รวม ประกันสังคม)	รายจ่ายด้าน ป้องกันและ สร้างเสริม สุขภาพต่อ หัวประชากร (เหรียญสหรัฐ) ซึ่งสนับสนุน โดย ประกันสังคม	รายจ่ายด้าน ป้องกันและ สร้างเสริม สุขภาพคิด เป็นร้อยละ ของรายจ่าย ด้านสุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่ายด้าน ป้องกันและ สร้างเสริม สุขภาพ คิดเป็น ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์ มวลรวม
๑. ออสเตรเลีย	๕.๕	๑,๕๕๕	๑๐๓	๑๐๓	๐	๕.๒	๐.๔๕
๒. แคนาดา	๕.๖	๒,๒๒๒	๑๖๑	๑๕๗	๔	๗.๒	๐.๗๐
๓. เดนมาร์ก	๘.๘	๒,๘๓๕	๖๗	๖๖	๐	๒.๔	๐.๒๑
๔. เยอรมนี	๑๐.๕	๒,๖๓๑	๑๒๓	๒๒	๖๐	๔.๗	๐.๕๑
๕. ฮังการี	๗.๘	๔๕๖	๒๕	๘	๕	๕.๐	๐.๓๕
๖. ญี่ปุ่น	๗.๕	๒,๔๗๖	๗๗	๕	๒๕	๓.๑	๐.๒๕
๗. เกาหลีใต้	๕.๐	๕๗๗	๘	๖	๒	๑.๔	๐.๐๗
๘. เม็กซิโก	๖.๑	๓๗๕	๑๑	๑๑	๐	๒.๕	๐.๑๘
๙. เนเธอร์แลนด์	๘.๘	๒,๒๕๘	๑๒๐	๐	๐	๕.๒	๐.๔๖
๑๐. โปแลนด์	๖.๑	๓๐๓	๑๑	๑๐	๐	๓.๖	๐.๒๒
๑๑. โปรตุเกส	๕.๓	๑,๐๕๒	๑๕	๐	๐	๑.๗	๐.๑๖
๑๒. สเปน	๗.๖	๑,๑๕๒	๑๗	๑๗	๐	๑.๔	๐.๑๑
๑๓. สวิตเซอร์แลนด์	๑๑.๒	๔,๒๑๕	๕๗	๓๕	๒๕	๒.๓	๐.๒๖
๑๔. ตุรกี	๖.๕	๑๗๒	๔	๔	๐	๒.๓	๐.๑๕
ค่าเฉลี่ย ๑๔ ประเทศ	๘.๒	๑,๖๓๕	๖๐	๓๒	๕	๓.๕	๐.๓๐
มัธยฐาน	๘.๔	๑,๕๕๔	๔๖	๑๑	๐	๓	๐.๒๕

ที่มา: ๑. WHO^(๔)
 ๒. OECD^(๕)
 ๓. UNDP^(๑๐)

ในประเทศแคนาดา ค่าเฉลี่ยใน ๑๔ ประเทศเหล่านี้เท่ากับ ๖๐ เหรียญสหรัฐต่อประชากร (มัธยฐาน ๔๖ เหรียญสหรัฐต่อประชากร) และส่วนมากสนับสนุนโดยภาครัฐ โดยเฉลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายภาครัฐ ถึง ๓๒ เหรียญสหรัฐต่อประชากรและเป็นค่าใช้จ่ายของประกันสังคมเพียง ๙ เหรียญสหรัฐต่อประชากร

จากตารางที่ ๖ อัตราส่วนของรายจ่ายทางด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพค่าเฉลี่ยทั้ง ๑๔

ตารางที่ ๖ ประมาณการรายจ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ ๑๔ ประเทศ ปี ๒๕๔๕

การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละของรายจ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด)	๓.๕
- ภาครัฐ	๑๓.๕
- ประกันสังคม	๑๒.๐
- ประกันเอกชน	๐.๑
- ภาคครัวเรือน	๒.๓
- แหล่งผู้บริจาค	๑๒.๑
รวมยอด	๑๐๐.๐

ที่มา: Tangcharoensathien และคณะ^(๑๑)

ประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๓.๕ ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด หรือร้อยละ ๐.๓ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม จากจำนวนนี้พบว่าร้อยละ ๗๓.๕ เป็นเงินที่ได้จากระบบประกันสังคมของรัฐบาล ร้อยละ ๑๒ จากระบบประกันสังคม และที่เหลือมาจากภาคเอกชนและผู้บริจาค^(๑๑)

จากตารางค่าใช้จ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย (ตารางที่ ๗) เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD ทั้ง ๑๔ ประเทศ (ตารางที่ ๕) รายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเป็น เหรียญสหรัฐ/ประชากร/ปี ในปี ๒๕๔๕ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ๖๐ เหรียญสหรัฐต่อประชากรมาก แต่หากคิดเป็นร้อยละของรายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดแล้ว กลับสูงถึงร้อยละ ๔.๙ และเมื่อคิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมก็สูงถึงร้อยละ ๐.๓๙ รายจ่ายด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐทั้งหมด และไม่มีส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจากระบบประกันสังคม

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งเงินที่สนับสนุนกิจกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ตารางที่ ๗ ประมาณการรายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย ๒๕๔๓-๒๕๔๕

ปี	รายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม	รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)	รายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพต่อหัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)	รายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพต่อหัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)	รายจ่ายทางด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนโดยประกันสังคม	รายจ่ายด้านสุขภาพเกิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายทางด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพทั้งหมด	รายจ่ายทางด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเกิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวม
๒๕๔๓	๓.๕๘	๑๒.๐๔	๕.๕๓	๕.๕๐	๐	๘.๒๔	๐.๒๘
๒๕๔๔	๓.๕๓	๖๖.๐๕	๔.๕๑	๔.๘๘	๐	๘.๐๑	๐.๒๗
๒๕๔๕	๔.๔๔	๕๐.๒๔	๘.๐๐	๘.๐๐	๐	๘.๕	๐.๓๕

ที่มา: WHO: National Health Expenditure-Thailand^(๑๒)

จากรายงานคณะทำงานบัญชีสุขภาพแห่งชาติของ ไทย^(๑๑) (ตารางที่ ๘) พบว่า ร้อยละ ๙๙.๔๒ มาจาก ภาครัฐ และส่วนน้อยมาจากองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร และจากประเทศผู้บริจาค โดยไม่มีส่วนจากประกัน สังคมเลย

นวัตกรรมทางการคลังในการป้องกันและ สร้างเสริมสุขภาพ

การหาแหล่งเงินสนับสนุนกิจกรรมทางด้าน ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้น เรื่อย ๆ ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จึงได้จัดทำนวัตกรรม ทางการคลังเพื่อหารายได้สนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว เช่น กองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติของประเทศจาไมก้า ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาษียาสูบและภาษีเงิน เดือน ในขณะที่รัฐบาลก็ให้การสนับสนุนงบประมาณ ปรกติบางส่วน^(๑๒)

จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ ที่ได้จัดทำมีนวัตกรรมทางการคลังด้านสร้างเสริมสุขภาพ (ตารางที่ ๙) แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ของแต่ละ ประเทศด้านภาษีเฉพาะเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มี เพียงไม่กี่ประเทศในโลกนี้ที่มีนวัตกรรมดังกล่าว พบว่า กองทุนสร้างเสริมสุขภาพในเอสโตเนีย, เกาหลีใต้, ไทย,

ตารางที่ ๘ แหล่งเงินสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ ประเทศไทย, ๒๕๔๔

รายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริม สุขภาพ (ร้อยละของรายจ่าย ด้านสุขภาพทั้งหมด)	๙.๐๑
- ภาครัฐ	๙๙.๔๒
- ประกันสังคม	๐.๐๐
- ประกันภาคเอกชน	๐.๐๐
- ส่วนที่ตัวเองชำระ	๐.๐๐
- องค์กรไม่หวังผลกำไร	๐.๔๐
- แหล่งผู้บริจาค	๐.๑๘
ยอดรวมร้อยละ	๑๐๐.๐๐

ที่มา: คณะทำงานบัญชีสุขภาพแห่งชาติ^(๑๒)

สหรัฐ (มลรัฐอริโซนา), ได้รับเงินงบประมาณจากสรรพ- สามีตยาสูบ สุรา ออสเตรเลีย (รัฐวิกตอเรีย) และ ไอร์แลนด์ หักจากยอดขายยาสูบในขณะที่สวีตเซอร์- แลนด์หักจากบางส่วนของเบี้ยประกันสุขภาพ และ กองทุนทั้งหมดนี้รองรับด้วยกรอบกฎหมายอย่าง ชัดเจน^(๑๔-๒๐)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำหรับประเทศไทย ในปี ๒๕๔๔ รัฐบาลไทย ได้ออกกฎหมาย จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้น โดยที่กำหนดให้ สสส. เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ อยู่ภายใต้การ กำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารโดยมีนายกร ัฐมนตรีเป็นประธาน อาศัยพระราชบัญญัติกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกฎหมายรองรับ สสส. เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๔๔ แหล่งเงิน ทุนหลักของกองทุน สสส. มาจากเงินที่รัฐจัดเก็บจาก ผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ ๒ ของภาษีที่ต้องชำระ โดยรายได้ของ สสส. ไม่ต้องส่งเข้า คลัง^(๑๔) สสส. มีรายได้รวมปีละ ๑,๙๐๐ ล้านบาท คิดเป็น งบประมาณร้อยละ ๐.๗๕ ของรายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งหมด หรือราวร้อยละ ๐.๐๗ ของงบประมาณแผ่นดิน ในปี ๒๕๔๗ สสส. ได้เบิกจ่ายงบประมาณในการ สนับสนุนทุนโครงการในลักษณะต่าง ๆ เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๘๒๕ ล้านบาท ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ คือ ๖๔๔ ล้านบาท ประมาณ ๒.๗ เท่า ทั้งนี้เนื่องจาก มีการเพิ่มงบประมาณให้แก่ประเด็นที่สำคัญ และ ตอบสนองต่อนโยบายชาติเพิ่มมากขึ้น เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย และอุบัติเหตุ^(๒๐)

วิจารณ์

จากข้อมูลบัญชีสุขภาพแห่งชาติขององค์การ อนามัยโลก^(๑) รัฐบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งอยู่ใน ภูมิภาคต่าง ๆ เช่น ยุโรป อเมริกา และแปซิฟิกตะวันตก สนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพมากกว่าประเทศ

ตารางที่ ๕ ตัวอย่างประเทศที่มีการจัดสรรรายได้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเทศ/รัฐ	สถาบัน/องค์กร	กรอบทางด้าน กฎหมาย	แหล่งเงิน สนับสนุน	รายรับประจำปี (เหรียญสหรัฐ)	จำนวน ประชากรที่ ครอบคลุม (ล้านคน)
ออสเตรเลีย, รัฐวิกตอเรีย	VicHealth	Tobacco Control Act 1987	ร้อยละ ๕ จาก ยอดขายยาสูบ	๒๕ ล้าน	๔.๖
เอสโตเนีย	คณะกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ	Tobacco Tax Act 1994, Alcohol Tax Act 2000, Health Insurance Tax Act 2002	ร้อยละ ๓.๕ จาก ภาษียาสูบภาษี แอลกอฮอล์และ กองทุนประกันสุขภาพ	ไม่มีข้อมูล	๑.๔
ไอซ์แลนด์	คณะกรรมการควบคุมยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข	Act 15.1 Act 101/1996	ร้อยละ ๐.๕ จาก ยอดขายยาสูบ	ไม่มีข้อมูล	๐.๒๘
สาธารณรัฐ เกาหลีใต้	กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ แห่งชาติ	National Health Promotion Act 1995	ร้อยละ ๓ ของภาษียาสูบ	๘ ล้าน สำหรับการล้าน สร้างเสริมสุขภาพ	๔.๒๔
สวิตเซอร์แลนด์	Health Promotion Switzerland	มาตรา ๑๕ ใน พ.ร.บ. ประกันสุขภาพปี ๒๕๓๕ กำหนดให้บริษัทประกัน ดำเนินกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพด้วย	จากเบี้ยประกัน และภาษีรัฐบาล ท้องถิ่น	๑.๕ เหรียญสหรัฐ ต่อผู้ประกันคน, ๑๒ ล้าน ในปี ๒๕๔๖	ทั้งประเทศ
ไทย	กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	พ.ร.บ. การสร้างเสริม สุขภาพ ๒๕๔๔	ร้อยละ ๒ จากภาษี ยาสูบ และแอลกอฮอล์	๕๐	๖๔
สหรัฐอเมริกา, รัฐอริโซนา	Department of Health Services	Tobacco Tax and Healthcare Act 36-772	ร้อยละ ๒๓ จาก ภาษียาสูบ	๓๐ ล้าน	ไม่มีข้อมูล

ที่กำลังพัฒนาซึ่งกระจายอยู่ในภูมิภาคแอฟริกา เอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ เป็นส่วนใหญ่ สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะจัดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา แต่จากข้อมูลการคลังสุขภาพของประเทศไทยรวบรวมโดยองค์การอนามัยโลก ระหว่างปี ๒๕๔๓-๒๕๔๕^(๗,๘) รัฐบาลไทยให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงเท่าเทียมประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างปี ๒๕๔๖-๒๕๔๘ ที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินงานเต็มรูป-

แบบ รายจ่ายภาครัฐด้านสาธารณสุข ยิ่งเพิ่มสัดส่วนมากขึ้น^(๙) อย่างไรก็ตามในส่วนของการประกันสังคมทางด้านสุขภาพยังต่ำอยู่เมื่อเทียบกับภูมิภาคยุโรปและอเมริกา ซึ่งอาจมาจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกัน กล่าวคือประเทศไทยยังเป็นลักษณะผสมของเกษตรกรรม-อุตสาหกรรม ขณะที่ประเทศในกลุ่มพัฒนาแล้วมีโครงสร้างเป็นแบบสังคมอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ เป็นผลให้กองทุนประกันสังคมในประเทศเหล่านี้มีการพัฒนาไปอย่างมากและมีบทบาท

ทางด้านสุขภาพสูง^(๖) แต่อย่างไรก็ตามถ้ามองในแง่ อัตราส่วนของเงินจากกองทุนประกันสังคมที่ใช้จ่ายในด้านสุขภาพแล้ว ประเทศไทยยังมีโอกาสที่จะเพิ่ม อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากกองทุนประกันสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้^(๗)

สำหรับการคลังเพื่อการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพนั้น จากการทบทวนบัญชีรายจ่ายสุขภาพของ ประเทศในกลุ่มประเทศ OECD^(๘) พบว่าร้อยละของรายจ่ายด้านป้องกันและสาธารณสุขต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม ในปี ๒๕๕๐ ค่อนข้างต่ำและมีข้อสังเกตว่าอัตราดังกล่าวนี้ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมากนักนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๘ ในบางประเทศไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๓

จากการคำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละของรายจ่ายด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD ที่คัดเลือกมา ๑๔ ประเทศ^(๙-๑๑) เปรียบเทียบกับประเทศไทยแล้ว ประเทศไทยสูงกว่ามาก^(๑๒) ซึ่งแสดงว่าไทยให้ความสำคัญทางด้านนี้ แต่เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายจ่ายต่อหัวประชากรต่อปีแล้ว ค่าเงินในส่วนของประเทศไทยค่อนข้างต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม OECD ๑๔ ประเทศ เนื่องจากประเทศที่คัดเลือกมานั้น เป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลาง การเปรียบเทียบรายจ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพกับประเทศที่มีรายได้ต่ำกว่าเช่นไทย หากเป็นเม็ดเงินที่แท้จริงจึงน้อยกว่ามาก นอกจากนี้ยังพบว่า รัฐเป็นตัวหลักในการสนับสนุนรายจ่ายทางด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ โดยในกลุ่มประเทศ OECD ๑๔ ประเทศ ประกันสังคมสนับสนุนเป็นบางส่วน^(๑๓) แต่สำหรับประเทศไทยแล้วไม่มีส่วนของประกันสังคม^(๑๔) เนื่องจากยังให้ความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันว่าประกันสังคมในประเทศไทยไม่มีบทบาทในการสนับสนุนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นรัฐบาลไทยควรจะต้องผลักดันให้ระบบประกันสังคมเข้ามามีส่วนลงทุนในการป้องกัน

และสร้างเสริมสุขภาพได้

อนึ่งการเพิ่มงบประมาณทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีความจำเป็นมากขึ้น เพื่อลดงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และเนื่องจากอิทธิพลทางด้านการเมืองมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณในภาครัฐจากภาษีเฉพาะ (dedicated tax) โดยอาจจะมีการตัดหรือปรับลดได้ ดังนั้นมาตรการระดมทรัพยากรและจัดสรรเพื่อการนี้โดยตรงอย่างถาวรไม่ถูกปรับเปลี่ยนได้จึงมีความสำคัญมากขึ้น มีประสบการณ์จากหลายประเทศซึ่งส่วนมากเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว^(๑๕-๒๐) หักบางส่วนจากภาษียาสูบ แอลกอฮอล์ น้ำมัน อาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ (พลังงานสูง ไขมันสูง) ในอัตราส่วนที่แน่นอน (earmarked tax) มาเป็นกองทุนเพื่อการสนับสนุนป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพได้ ถ้าหากไม่มีการจัดสรรที่ชัดเจน รายได้จากภาษีสรรพสามิตดังกล่าวจะถูกจัดส่งไปยังภาษีทั่วไป (general tax revenue) ของรัฐบาล ดังนั้นมาตรการทางด้านกฎหมายและเจตจำนงทางการเมืองที่เข้มแข็งในการออกกฎหมายเพื่อกันรายได้บางส่วนจากสินค้าทำลายสุขภาพดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มีทรัพยากรที่เพียงพอในการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ในส่วนของประเทศไทยการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นพันธะสัญญาและการแสดงเจตนารมณ์ของรัฐบาลไทยในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน โดยหลักการแล้วสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีหน้าที่ในการสนับสนุนและเติมช่องว่างในกิจกรรมด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะจากการทำงานร่วมกับภาคประชาชนและหน่วยงานเอกชน เพื่อการพัฒนาต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างคล่องตัวนัก โดยระบบของภาครัฐ สสส. ดำเนินงานมาแล้วเป็นระยะเวลา ๕ ปี^(๒๑) ดังนั้นจึงควรจะต้องมีการประเมินและศึกษาต่อไปว่า การดำเนินงานของ สสส. ได้สร้างผลกระทบในเชิงบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนไทยได้มากน้อยเพียงไร

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลทีกล่าวก่อนหน้านี้ ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญแก่ระบบสุขภาพอย่างมาก ไม่น้อยหน้ากลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วแต่อย่างใด ดังจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีรายจ่ายของระบบสุขภาพเป็นร้อยละ ๔.๔๔ ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (ปี ๒๕๔๕) รัฐบาลใช้จ่ายงบประมาณร้อยละ ๑๗.๑๔ ของงบประมาณทั้งหมดเพื่อดูแลด้านสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ยุโรป มีรายจ่ายระบบสุขภาพคิดเป็นร้อยละ ๑๒.๔ ของงบประมาณทั้งหมด (ปี ๒๕๔๔) และในส่วนของรายจ่ายสุขภาพดังกล่าว ประเทศไทยได้นำมาจัดสรรให้กับมาตรการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ ๔.๙ ของรายจ่ายสุขภาพ ซึ่งนับว่าสูงกว่ากลุ่มประเทศ OECD ๑๔ ประเทศที่มีอัตราส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๓.๕ ของรายจ่ายสุขภาพ

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในภาครัฐค่อนข้างสูงซึ่งเป็นผลมาจากการที่รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค และค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ดังนั้นหากรัฐบาลต้องการจะลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการรักษาพยาบาล ก็จะต้องอาศัยการลงทุนในกิจกรรมการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่งงบประมาณในการสนับสนุนอาจจะมาจากงบประมาณปกติ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจจะเป็นไปได้ยาก ดังนั้นต้องหาแหล่งเงินสนับสนุนจากแหล่งอื่นเพื่อการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอและมีความมั่นคงระยะยาว

จากการทบทวนข้อมูลพบว่า กองทุนประกันสังคมมีศักยภาพทางการเงินที่จะสนับสนุนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วย แต่ขณะนี้ประกันสังคมยังไม่ได้ลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพเลย การสนับสนุนนั้นอาจจะเป็นทางตรงคือการเพิ่มงบประมาณผ่านโครงการหรือมาตรการต่าง ๆ เช่น โครงการตรวจคัดกรองมารดาที่เป็นเบาหวาน หรือการสนับสนุนทางอ้อม ซึ่ง

สามารถทำได้โดยการเพิ่มการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สมาชิกในระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ (ประกันสังคม, ชำราชการ, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ให้มากขึ้น เช่น การเพิ่มสิทธิประโยชน์ การจัดการให้มีกฎหมายและแผนงานงบประมาณที่เอื้อต่อการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน โรงงานอุตสาหกรรม รวมทั้งการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ถึงบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้การกำหนดมาตรการการลดหย่อนภาษี (tax incentive) ให้กับภาคธุรกิจที่มีการลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานประกอบการที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน กำหนดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายแก่พนักงาน มีการรณรงค์ให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย จัดทาหมวกนิรภัยให้แก่พนักงานที่ต้องขับขี่รถจักรยานยนต์ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี จะเป็นแรงจูงใจให้ภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ และผลักดันให้กองทุนประกันสังคมลงทุนทางด้านนี้มากยิ่งขึ้น แต่ถึงจะมีการดำเนินการตามที่กล่าวข้างต้นก็ตาม ระบบประกันสังคมยังมีข้อจำกัดในตัวคือ กองทุนประกันสังคมจะดูแลได้แค่ผู้ที่อยู่ในระบบเท่านั้น แต่กลุ่มประชาชนในภาคไม่เป็นทางการ (informal sector) ซึ่งขณะนี้อยู่ในความรับผิดชอบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็จะไม่สามารถได้รับประโยชน์จากการลงทุนของประกันสังคม

แนวทางที่รัฐกำลังดำเนินการอยู่และได้ผลอย่างชัดเจนและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มคือ การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดย การตัดภาษีสรรพสามิตจากยาสูบและแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๒ เป็นการเฉพาะ (dedicated tax) ให้แก่กองทุน ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญ มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกดำเนินการอยู่ เพราะต้องมีเจตจำนงทางการเมืองที่เข้มแข็ง และมีกฎหมายรองรับชัดเจน เพื่อที่จะทำให้เกิดความมั่นใจว่า มีงบประมาณสนับสนุนที่

แน่นอนและเพียงพอ และจากพันธะสัญญาที่เข้มแข็งของรัฐบาลไทยดังกล่าว จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีการเพิ่มเติมงบประมาณสนับสนุน สสส. โดยรัฐบาลอาจจะมีมาตรการเพิ่ม เช่น การกำหนดอัตราส่วนของภาษีมาให้กับ สสส. มากขึ้น หรือการออกกฎหมายปันส่วนภาษีในกลุ่มอุตสาหกรรมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ มาช่วยเพิ่มเติม เช่น ภาษีสิ่งแวดลอมเรียกเก็บจากอุตสาหกรรมเคมีกลั่นน้ำมัน พลาสติก ซึ่งทำลายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

อย่างไรก็ตามก่อนที่จะนำมามาตรการเหล่านี้มาใช้เพื่อเพิ่มงบประมาณให้กับ สสส. ควรจะต้องมีการประเมินความต้องการงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งศึกษาผลการดำเนินงาน การจัดสรรทุนให้แก่โครงการต่าง ๆ และประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณของ สสส. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศได้ในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันระดับปฐมภูมิเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

เนื่องจากการติดตามและประเมินผลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรจะมีการจัดทำบัญชีสุขภาพแห่งชาติที่สามารถแสดงค่าใช้จ่ายทางการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน เพื่อที่จะสามารถติดตามการใช้จ่ายเงินทางด้านนี้จากแหล่งเงินต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Report 2002. Geneva: WHO; 2002.

2. Bennett J. Investment in population health in five OECD countries. OECD Health Working Paper No. 2. Paris: OECD; 2003.
3. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC, et al. Five hundred life saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Analysis 1995; 15: 389-90.
4. Nutbeam D. Evaluating health promotion- progresses, problems and solutions. Health Promot Int 1998; 13:27-44.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒. คณะทำงานภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. กรุงเทพมหานคร: Bask Digital; ๒๕๔๗.
6. World Health Organization. Changing the history. World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.
๗. World Health Organization. National expenditure on health -Thailand. [cited 2006 Jan 9]; Available from : <http://www.who.int/nha/country/THA.xls>
8. World Health Organization. Make every mother and child count. World Health Report 2005. Geneva: WHO; 2005.
๘. OECD. A system of health accounts : implementation. [cited 2005 Jun 10]; Available from : URL : http://oecd.org/document/49/0,2340,en_2649_34631_32411121_1_1_1_1,00.html
๑๐. United Nations Development Program. The 2004 human development report, Cultural Liberty in Today's Diverse World. New York: UNDP; 2004.
๑๑. Tangcharoensathein V, Somaini B, Moodie R, Schremmer J, Tang KC. Sustainable financing for prevention and health promotion: issues and challenges. Paper presented at the 6th Global Conference on Health Promotion. 6 Aug 2005; UNCC. Bangkok: International Health Policy Program; 2005.
๑๒. Thai Working Group on NHA. The National Health Account, Thailand 1994-2001. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2004.
๑๓. Barrett R, Lalta S. Health financing innovations in the caribbean: EHPO and the National Health Fund of Jamaica. A joint paper of Regional Department and the Sustainable Development Department, Inter-American Development Bank. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2004.
๑๔. VicHealth. The story of VicHealth. A world first in health promotion. [cited 2006 Mar 17]; Available from : <http://www.vichealth.vic.gov.au>
๑๕. Ministry of Finance Estonia. Alcohol, Tobacco and Fuel Excise Duty Act. [cited 2006 March 17]; Available from : <http://www.legaltext.ee/text/en/>
๑๖. Ministry of Health Iceland. Tobacco Control Act 2002

- no.6, 31 January. [cited 2006 Mar 1]; Available from: http://ministryofhealth.is/media/Reglugerdir-enska/Tobacco_Control_Act_revised_2003.pdf
๑๗. Health Guide Korea. National Health Promotion Act 1995. [cited 2006 Mar 1]; Available from : http://healthguide.kihasa.re.kr/eng/sub_frame5.html
๑๘. Health Promotion Switzerland. Our mission: financing. [cited 2006 Mar 2]; Available from : <http://gesundheitsfoerderung.ch/en/about/mission/default.asp>
๑๙. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. รู้จัก สสส. : ที่มาของกองทุน. [cited 2006 Feb 15]; Available from : <http://www.thaihealth.or.th./mr21.php>
๒๐. Department of Health Services. Morbidity and mortality weekly report: tobacco use among adults-Ari zona, 1998 and 1999-Statistics. [cited 2006 Mar 2]; Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0900/is_20_50/ai_75713568
๒๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี ๒๕๔๗. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ประสานพลังแห่งสุขภาพเพื่อลดการบริโภคสุราและยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; ๒๕๔๗.

Abstract Financing Health Promotion in Thailand

Sopida Chavanichkul*, Viroj Tangcharoensathien**

*Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, **International Health Policy Program Thailand, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2006; 15:201-14.

Burden of diseases caused by several risk factors could be greatly reduced through effective public health interventions, prevention and health promotion measures, for example, the promotion of safe sex, alcohol and tobacco consumption control, promotion of physical fitness and exercise. The objective of this comparative study was to assess the financing of health promotion between 2 different country-contexts: Thailand and OECD members based on analysis of secondary data. The duration of the study was between August 2005 and March 2006.

It was found that Thailand spent 8.9 percent of the total health expenditure on prevention and health promotion (PHP). Of the total spending on PHP, 99.42 percent came from the government funding sources and none from social health insurance. Whereas in the 14 selected members of OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), the average investment in PHP was lower than that of Thailand, 3.5 percent of the total health expenditure, and 73.5 percent came from the government, 12 percent from social health insurance. It is, therefore, concluded that, Thailand invested quite heavily in PHP in terms of proportion of total health expenditure, though in per capita spending on PHP, it was still small. The Thai government plays the leading role in PHP, whereas social health insurance plays very minor role.

It is recommended that diversification of funding sources for PHP by encouraging social health insurance to include PHP in its benefit package to the beneficiaries, promoting investment by private sector through tax incentive for firms which implement health promotion activities in the workplace and collecting additional tax from industries which polluted the environment and jeopardized human health by introducing environmental tax and levies.

Key words: finance, health promotion, Thailand