

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ตอนที่ 2 การสร้างความเข้มแข็งในการจัดทำ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร* จิตปราณี วาศวิท* วลัยพร พัทธนฤมล*
กัญจนา ติชยาธิตม* จิตรภรณ์ เมฆกระจ่าง† พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข‡
ศุภกิจ ศิริลักษณ์§

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

†สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ §สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

§สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

รายงานนี้เป็นการทบทวนประสบการณ์ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพที่ผ่านมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ การก่อร่างสร้างตัว การพัฒนาศักยภาพ การสร้างสถาบันจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ และการต่อยอด โดยประเมินศักยภาพ 4 ด้าน คือ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ การสร้างบัญชีที่ใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติ การปรับปรุงความน่าเชื่อถือของบัญชี และการประยุกต์ใช้วิเคราะห์นโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญในการสร้างความมั่นคงและยั่งยืนของการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ คือ การสนับสนุนงบประมาณในระยะยาว ความมุ่งมั่นของคณะทำงาน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลรายจ่ายครัวเรือนในการรักษาพยาบาลซึ่งอาศัยความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์กับสำนักงานสถิติแห่งชาติในการพัฒนาแบบสำรวจข้อมูลรายจ่ายดังกล่าว ทำให้สามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและสามารถประเมินรายจ่ายดังกล่าวได้ดีขึ้น รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพเพื่อสนับสนุนนโยบายเฉพาะอื่น ๆ ทางสุขภาพ

สรุปได้ว่าบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติควรริเริ่มจัดทำภายในประเทศเอง โดยมีผู้เชี่ยวชาญภายนอกสนับสนุนในเรื่องเทคนิค ความมุ่งมั่นของคณะทำงานและปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการจัดทำที่ยั่งยืน จากประสบการณ์ในประเทศไทยพบว่าไม่มีบุคคลหรือองค์กรภายนอกใดสามารถทำให้เกิดความยั่งยืนในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศได้

คำสำคัญ: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ, ประเทศไทย, การสร้างสถาบัน

บทนำ

มีการศึกษาการประเมินรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยนั้น เมื่อย้อนหลังกลับไปในปี พ.ศ. 2526 โดยโครงการการเงินการคลังสุขภาพ (Health financing

program) ขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (United States Agency for International Development, USAID) และในปี พ.ศ. 2529 มีการศึกษาอีกหนึ่งครั้งโดย ดร. ดาว มงคลสมัย และ ดร. เบอร์

แมน⁽¹⁾ แต่การศึกษาทั้งสองครั้งเป็นการศึกษาเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีการจัดทำคู่มือการจัดการหรือการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบที่จะก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยได้มีการรายงานไว้ในรายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) ซึ่งเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นการประจำ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แต่อย่างไรก็ตาม รายจ่ายสุขภาพที่แสดงในรายงานนั้นเป็นรายจ่ายในภาพรวมโดยไม่มีรายละเอียดเหมือนบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account, NHA) ของประเทศไทย ได้ถูกจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกในพ.ศ. 2537 โดยกระทรวงสาธารณสุข และต่อมาได้มีการจัดการให้มีคณะทำงาน รวมทั้งกระบวนการสนับสนุนต่าง ๆ และตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ⁽²⁾ (International Health Policy Program, IHPP) ได้รับการมอบหมายจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานกลาง (focal point) ร่วมทำงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดทำและปรับปรุง NHA เป็นการประจำอย่างต่อเนื่อง

ในพ.ศ. 2550 IHPP และหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมกันปรับปรุงข้อมูล NHA ย้อนหลังตั้งแต่พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2548 โดยใช้ตารางบันทึกข้อมูล 3 มิติ ซึ่งอ้างอิงจากคู่มือในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development A System of Health Account, OECD SHA)⁽¹⁾ และนับจากนั้นเป็นต้นมา รายงาน NHA ของประเทศไทยใช้ตาราง 3 มิติของ OECD SHA ซึ่งแต่ละประเทศใน OECD (ประเทศไทยไม่ใช่สมาชิก OECD) ได้ดำเนินการจัดทำ NHA ของตนเอง รวมทั้งการหยั่งรากให้เป็นสถาบัน แต่สำหรับประเทศกำลัง

พัฒนานั้นมีจำนวนไม่มากนักที่มีการจัดทำ NHA และการหยั่งรากให้เป็นสถาบัน

บทความนี้จัดทำขึ้นจากความรู้และประสบการณ์ของคณะทำงาน NHA ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดทำ และการผลักดันให้มีสถาบันที่รับผิดชอบการจัดทำ NHA โดยเป็นการทบทวนและวิเคราะห์ ผู้มีบทบาทผู้เกี่ยวข้อง กลยุทธ์กระบวนการต่าง ๆ รวมถึงปัจจัยส่งเสริม ความท้าทายในการจัดทำ NHA และการหยั่งรากให้เป็นสถาบันของการจัดทำ NHA ในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทเรียนของ NHA ที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำข้อมูลที่สำคัญชุดต่างๆ ของประเทศไทยและการประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อไป รวมทั้งการพิจารณาข้อแข็ง ข้อด้อยของการสร้างสถาบันในการจัดทำ NHA เพื่อหาทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การทบทวนกระบวนการจัดทำ และการสร้างสถาบันรองรับการจัดทำ NHA

อ้างอิงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสถาบันรองรับการจัดทำ NHA⁽²⁻⁴⁾ บทความนี้ระบุขอบเขตของการสร้างสถาบันการจัดทำ NHA ไว้ด้วยศักยภาพ 4 ด้าน ได้แก่ (ก) การสร้างและพัฒนาฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศให้เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย และมีความน่าเชื่อถือ และการปรับปรุงระบบการรายงานข้อมูลให้สามารถตอบสนองตาราง NHA ได้อย่างสะดวก; (ข) การนำเสนอตาราง NHA ของประเทศเป็นการประจำสำหรับการใช้ประโยชน์ภายในประเทศ และการเปรียบเทียบข้อมูลกับนานาชาติได้; (ค) การใช้ข้อมูล NHA ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์และตัดสินใจเชิงนโยบาย; และ (ง) การปรับปรุงความน่าเชื่อถือของ NHA และขยายผล หรือ การต่อยอด NHA ที่ตอบสนองต่อนโยบายและความสำคัญต่าง ๆ ของประเทศ เช่น การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพตามรายโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

แรงจูงใจในการริเริ่มจัดทำ NHA ในประเทศไทย
มีคำถามและข้อสงสัยมาเป็นเวลานานเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

จ่ายทางสุขภาพแต่ละปีของประเทศไทย ดังนั้นในพ.ศ. 2536 จึงเริ่มมีการประเมินค่าใช้จ่ายดังกล่าวโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังและการสัมภาษณ์ผู้สันักตกรณี จากสำนักบัญชีประชาชาติซึ่งเป็นหน่วยงานในสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ซึ่งรับผิดชอบการจัดทำบัญชีประชาชาติโดยอ้างอิงระบบบัญชีประชาชาติสากล (United Nations - System of National Accounts, UN-SNA) ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 ทั้งนี้ข้อมูลบัญชีประชาชาติของประเทศไทยที่มีการเผยแพร่เป็นครั้งแรก คือ ข้อมูลพ.ศ. 2496

อย่างไรก็ตาม รายงานสุขภาพที่รายงานในบัญชีประชาชาติ เป็นตัวเลขโดยรวม ที่ไม่มีรายละเอียดของรายจ่ายสุขภาพจำแนกตามประเภทกิจกรรมบริการ เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบริการสนับสนุนทางการแพทย์ หรือ การให้บริการจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน หรือ รายงานตามหน่วยจ่ายแทน ทำให้ไม่สามารถเข้าใจรายละเอียดของรายจ่ายสุขภาพได้ นอกจากนี้ การประมาณรายจ่ายสุขภาพตามระบบบัญชีประชาชาติสากลด้วยวิธีการประมาณการ “ค่ายา และ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา” (drug and non-drug approaches) โดยการใช้ข้อมูลร้อยละของการคิดราคาขาย ที่เป็นข้อมูลเก่าตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ซึ่งคงไม่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมูลค่าผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตภายในประเทศและการนำเข้ายา เป็นข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และขาดความน่าเชื่อถือ ทำให้การประมาณการรายจ่ายสุขภาพด้วยวิธีนี้ขาดความน่าเชื่อถือ⁽⁵⁾

ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้อ้างอิงในการจัดทำรายจ่ายสุขภาพที่ทำให้ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพในบัญชีรายจ่ายประชาชาติขาดความน่าเชื่อถือ และการขาดรายละเอียดของข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ จึงมีการริเริ่มจัดทำ NHA ของประเทศไทย และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

กระบวนการสร้างความเข้มแข็งในการจัดทำ NHA
ทำการแบ่งระยะเวลาของการจัดทำ NHA ใน

ประเทศไทยออกเป็น 4 ระยะ ตามบทบาทและผลของงานในแต่ละช่วง ดังนี้

1. ระยะการก่อร่างสร้างตัว: NHA 2537

ในช่วงแรกตั้งแต่พ.ศ. 2533 การจัดทำ NHA ยังไม่เป็นที่สนใจมากนักในกลุ่มหรือองค์กรหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ การสืบค้นข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ยังไม่พัฒนาให้มีความสะดวกเท่าทุกวันนี้ ในขณะนั้นประเทศไทยจึงตัดสินใจที่จะจัดทำ NHA โดยการ “เปิดเอกสารและฝึกหัดทำด้วยตนเอง” เอกสารอ้างอิงที่มีอยู่ในขณะนั้นเป็นเอกสารที่ถูกพิมพ์เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) มานานแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2523 มีผู้แต่งคือ ดร. เอเบล สมิทท์^(6,7)

ในระยะแรก NHA ของประเทศไทยยังเป็นเพียงโครงการวิจัยซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมีเป้าหมายในการพัฒนา 2 ประการ คือ การพัฒนาระเบียบวิธีการจัดทำ NHA ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับประเทศไทย และการสร้างทีมงานในระยะนี้สิ่งที่โดดเด่น คือ การพัฒนาศักยภาพของทีมงานในขณะนั้น โดยประกอบด้วยนักวิจัยบางเวลาจำนวน 12 ท่าน ซึ่งถูกเชิญมาจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้ช่วยกันสร้าง NHA ที่มีความสำคัญต่อประเทศไทย ในรูปแบบตาราง NHA ที่ดูง่าย ไม่ยุ่งยาก และมีความเฉพาะเจาะจงต่อบริบทระบบสาธารณสุขไทย การมีส่วนร่วม ความผูกพันและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมงานนักวิจัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในระยะแรกนี้ และมีผลต่อเนื่องในระยะยาวต่อการพัฒนา NHA ในระยะต่อมา

หน่วยงานหลักที่เข้าร่วมเป็นทีมงานในระยะแรก
ได้แก่

1. **สำนักงานสถิติแห่งชาติ** รับผิดชอบสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio - Economic Survey: SES) ซึ่งเป็นการสำรวจรายได้และค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่เป็นตัวแทนประเทศไทย SES เป็นข้อมูลที่มีความครอบคลุมดีมาก โดยเฉพาะข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ซึ่งตรงกับความ

ต้องการใช้ข้อมูลของ NHA

2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรีรับผิดชอบในการจัดทำบัญชีประชาชาติ (SNA) ซึ่งมีข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของประเทศรวมอยู่ด้วย การร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดนี้จะเป็นการบ่งชี้ถึงความร่วมมือกันเพื่อให้เกิดการประสานกันระหว่างข้อมูลรายจ่ายสุขภาพจาก SNA และ NHA ในอนาคต

3. กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยจ่ายแทนภาครัฐที่สำคัญหน่วยหนึ่ง และเป็นหน่วยงานหลักที่จะใช้ข้อมูล NHA

4. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง รับผิดชอบในการบันทึกค่าใช้จ่ายของหน่วยงานภาครัฐทั้งหมดรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

NHA ของประเทศไทย พ.ศ. 2537 แสดงการไหลเวียนรายจ่ายสุขภาพ 3 มิติได้ถูกจัดทำขึ้น และตีพิมพ์เผยแพร่ในพ.ศ. 2537 รายจ่ายสุขภาพรวม (Total Health Expenditure: THE) ซึ่งรวมทั้งการบริโภคและการลงทุนคิดเป็นร้อยละ 3.56 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในขณะที่ สศช. ประมาณการรายจ่ายสุขภาพเฉพาะการบริโภคที่ร้อยละ 5.01 ของ GDP จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่ได้จากทั้ง 2 แหล่งมีความแตกต่างกันมากถึงร้อยละ 1.5 นอกจากนี้สัดส่วนระหว่างแหล่งการคลังภาครัฐและเอกชนที่นำเสนอข้อมูลจากทั้ง 2 บัญชียังแตกต่างกันมาก

ผลลัพธ์ที่สำคัญของการทำงานในระยะแรกคือ การได้ทีมนักวิจัยที่มีความเข้าใจ NHA การทำงานร่วมกันกับสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยความเข้าใจกันจนกลายมาเป็นหุ้นส่วนในการจัดทำ NHA อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน สำนักงานสถิติแห่งชาติเห็นด้วยกับข้อเสนอที่ให้มีการปรับปรุงข้อมูลในแบบสอบถามของการสำรวจ SES โดยแยกรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนออกเป็นรายจ่ายเพื่อการบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สำหรับสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดย

แบบสอบถามถูกปรับเปลี่ยนให้ผู้ตอบแจ้งรายจ่ายครัวเรือนสำหรับการบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในเดือนที่ผ่านมา และการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในในปีที่ผ่านมา จากเดิมที่เคยเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพรวมในเดือนที่ผ่านมาโดยไม่จำแนกการบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน การปรับปรุงแบบสอบถาม SES ทำให้สามารถเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนได้ดีขึ้น จากเหตุการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนักในรอบปีที่ผ่านมาแต่เป็นรายจ่ายที่สูง ความร่วมมือกับสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจต่าง ๆ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อเรื่องข้อมูลรายจ่ายสุขภาพเท่านั้น แต่ยังได้ประโยชน์กว้างขวางครอบคลุมถึงประเด็นอื่น ๆ เช่น การติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ⁽⁸⁾ เป็นต้น

2. ระยะการพัฒนาศักยภาพ: NHA พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541

ในระยะที่ 2 นี้ สวรส. ยังให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์ด้านวิชาการเพื่อพัฒนาระเบียบวิธีการในเชิงลึกมากขึ้น โดยมุ่งเน้นข้อมูลรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และการแสดง NHA ในตารางที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับนานาชาติได้ โดยการประยุกต์ใช้ตารางของ OECD SHA ซึ่งแสดงรายละเอียดของการไหลเวียนของรายจ่ายสุขภาพ 3 มิติ^(9,10) สำหรับวัตถุประสงค์ด้านการพัฒนา คือ การพัฒนาขีดความสามารถของทีมงานในการจัดทำ NHA สำหรับวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะนี้ คือ การทำงานร่วมกับ สศช. อย่างใกล้ชิดมากขึ้น เนื่องจาก สศช. เป็นหน่วยงานหลักที่ขาดมิได้^(11,12) ในการจัดทำ NHA สศช. มีบทบาทชัดเจนในการรายงานรายจ่ายทางสุขภาพของประเทศในบัญชีประชาชาติ

คณะกรรมการกำกับทิศทาง (Steering Committee) โดยมีเลขาธิการของ สศช. เป็นประธานคณะกรรมการฯ ช่วยให้การดำเนินงานของทีมงาน

ในภาพกว้าง ทีมงาน NHA ทำการรายงานให้คณะกรรมการทราบดีเป็นระยะ ๆ จุดประสงค์ประการหนึ่ง คือ การพยายามปรับปรุงระเบียบวิธีประมาณการรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนระหว่าง NHA และ UN-SNA และการพยายามชี้ชวนให้ สศช. เป็นเจ้าภาพในการจัดทำ NHA อย่างต่อเนื่องต่อไป แต่ด้วยภาระงานประจำที่ค่อนข้างมากของ สศช. เช่น การประมาณการผล GDP เป็นรายไตรมาส ทำให้ทาง สศช. ยังไม่ตกลงในข้อเสนอดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การทำงานในระยะนี้ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้มีอำนาจเชิงนโยบายระดับสูง

ผลการดำเนินงานในระยะนี้ คือ NHA ฉบับพ.ศ. 2539 และ 2541 และมีการปรับปรุงข้อมูลของ NHA ฉบับพ.ศ. 2537 ให้สอดคล้องกับ OECD SHA⁽¹³⁾ ทีมงานยังคงเป็นชุดเดิมจากระยะที่แล้ว ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนซึ่งแยกเป็นผู้ป่วยนอกและในนั้นมีที่น่าเชื่อถือมากขึ้น จากการปรับให้ระยะเวลาอ้างอิงในการเก็บข้อมูลของแต่ละครัวเรือน คือ ระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาสำหรับผู้ป่วยนอก และระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาสำหรับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

อย่างไรก็ตามยังคงมีความแตกต่างค่อนข้างมากในการรายงานรายจ่ายทางสุขภาพระหว่าง 2 บัญชี โดยรายจ่ายสุขภาพรวมที่รายงานใน NHA ฉบับพ.ศ. 2539 และพ.ศ. 2541 คือ ร้อยละ 3.72 และ 3.74 ของ GDP ตามลำดับ ซึ่งไม่ตรงกับของ สศช. ที่รายงานไว้ร้อยละ 5.08 และ 5.34 ของ GDP ตามลำดับ⁽¹⁴⁾ ยิ่งไป

กว่านั้นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมจากภาครัฐต่อเอกชนของทั้ง 2 บัญชีมีความแตกต่างกันมาก โดย NHA รายงาน ณ พ.ศ. 2539 และ 2542 ไว้ที่ 53:47 และ 61:39 ตามลำดับ ในขณะที่ทาง สศช. รายงานไว้ที่ 26:74 และ 31:69 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ในระยะที่ 2 นี้ พบจุดอ่อนที่ไม่ประสบผลสำเร็จสองประการ ประการแรก การที่ไม่สามารถโน้มน้าวให้ สศช. เป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อการจัดทำ NHA ประการที่สอง คือ การที่ไม่ประสบความสำเร็จในการชักชวนให้หน่วยจ่ายแทนภาครัฐปรับปรุงรูปแบบการรายงานเพื่อให้ความสอดคล้องกับตารางรายงานข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ NHA

สิ่งที่ประสบความสำเร็จในระยะที่สอง คือ การได้รับความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งทำให้สามารถแจกแจงข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลงในสดมภ์ในตารางของ NHA ซึ่งแบ่งออกเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน และการใช้รูปแบบตารางของ OECD SHA ในการจัดทำ NHA ของประเทศไทย ทำให้สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลกับประเทศต่าง ๆ ได้ และได้รับความสนใจจากองค์การอนามัยโลกและนานาชาติ

3. การสร้างสถาบันในการจัดทำ NHA: NHA ฉบับปรับปรุงข้อมูลพ.ศ. 2537 ถึงพ.ศ. 2544

ในการจัดทำ NHA ระยะที่ 3 นี้ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สวรส. อย่างต่อเนื่อง ในระยะที่ 3 นี้เป็นการมุ่งเน้นการสร้างสถาบันเพื่อหยั่งรากการจัดทำ

ตารางที่ 1 แหล่งการเงินในบัญชีรายจ่ายสุขภาพเปรียบเทียบ 2 บัญชีปีพ.ศ. 2537, 2539 และ 2551

แหล่งข้อมูล	ร้อยละ					
	ภาครัฐ			ภาคเอกชน		
	2537	2539	2551	2537	2539	2551
NHA (IHPP)	49	53	61	51	47	39
UN-SNA (สศช.)	23	26	31	77	74	69

NHA ในประเทศไทย ด้วยการมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบจัดทำงานได้ NHA ฉบับพ.ศ. 2537 ถึงพ.ศ. 2544⁽¹⁵⁾ ในส่วนเนื้อหาและระเบียบวิธียังคงใช้หลักการและแนวทางของ OECD SHA เช่นเดิม

หลังจากการปรึกษาหารือกันร่วมกันระหว่างหน่วยงานแล้ว รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรงได้มอบหมายให้ IHPP เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบ NHA ของประเทศไทย (National focal point) ทั้งนี้ด้วยความรู้ ทักษะความชำนาญการด้านวิชาการ และความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นทีมงานร่วมกันเพื่อร่วมกันจัดทำ NHA ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านการเงินในการจัดทำ NHA เป็นการประจำ

ในระยะที่ 3 นี้ได้มีความพยายามปรับปรุงความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ซึ่งเป็นสัดส่วนหลักในรายจ่ายสุขภาพรวม ที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลรายจ่ายจากครัวเรือนที่อ้างอิงจาก SES อาจมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการสำรวจอนุญาตให้มีการตอบแทนเจ้าตัว (proxy respondents) กล่าวคือ หัวหน้าครัวเรือนหรือบุคคลที่รู้ดีที่สุดเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของสมาชิกครัวเรือนอื่นที่ไม่อยู่ในขณะสำรวจซึ่งผู้ตอบแทนอาจไม่ทราบเรื่องการเงินป่วย การเลือกใช้บริการสุขภาพ และรายจ่ายสุขภาพของสมาชิกครัวเรือนอย่างละเอียด ในระยะที่ 3 นี้จึงได้นำวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพของการสำรวจครัวเรือนขนาดใหญ่ มาทำการศึกษา นั่นคือ การสำรวจภายหลังการแจกจ่าย (Post Enumeration Survey: PES) เลือกตัวอย่างบางส่วนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของ SES เมื่อเจ้าหน้าที่สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เข้าทำการสำรวจครัวเรือนนั้นๆแล้ว อีกสองสัปดาห์ถัดไปนักสำรวจอีกชุดภายใต้การกำกับของ IHPP จะเข้าไปถามข้อมูลด้านสุขภาพชุดเดียวกันซ้ำในครัวเรือนนั้น วิธีนี้จะทำให้ทราบถึงขนาดความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนระหว่างการเก็บข้อมูลจาก SES ที่อนุญาตให้

มีการตอบแทนได้ เปรียบเทียบกับที่ได้จาก PES ซึ่งไม่อนุญาตให้มีการตอบแทน ต้องเป็นการตอบจากเจ้าตัวเท่านั้น ว่ามีความแปรปรวนมากน้อยเพียงใด การทำ PES ได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. อย่างไรก็ตาม การทำ PES ครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดตัวอย่างที่ไม่เพียงพอเนื่องจากงบประมาณสนับสนุนที่จำกัด และ ความยากในวิธีการสำรวจเนื่องจากต้องติดตามสมาชิกของครัวเรือนให้ตอบคำถามโดยเจ้าตัวเท่านั้น ตอบแทนโดยผู้อื่นไม่ได้ ข้อมูลตัวแปรความแตกต่าง (Correcting factor) ที่ได้จากการสำรวจสองครั้งจึงมีข้อจำกัดอย่างมาก คณะทำงานตัดสินใจไม่นำ correcting factor มาปรับตัวเลขรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน ประสพการณ์ที่ได้จากการทำ PES ครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อทั้ง IHPP และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการพึงระวังการอนุญาตให้ตอบแทนได้โดยผู้อื่น (proxy respondents) ว่าอาจมีผลต่อข้อมูลการสำรวจครัวเรือนได้ โดยเฉพาะข้อมูลด้านรายจ่ายที่เจ้าตัวเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด

รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยที่ได้จาก NHA และ UN-SNA ยังคงมีความแตกต่างกัน มีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวเลขจากทั้ง 2 แหล่งให้มีความใกล้เคียง (reconciliation) ในอนาคต ระเบียบวิธีที่ทั้ง สคช. ใช้ในการประมาณการรายจ่ายสุขภาพใน UN-SNA และที่คณะทำงานใช้ในการทำ NHA อยู่ในปัจจุบัน มีความแตกต่างกันทั้งหลักการ วิธีการ และกระบวนการ โดยเฉพาะการแยกประเภทรายการหมวดจ่ายในบัญชีทั้ง 2 มีความแตกต่างกัน เช่น UN-SNA อาจจำแนกรายจ่ายหรือสวัสดิการบางอย่างอยู่ในหมวดรายได้หรือสวัสดิการแต่ไม่นับเป็นรายจ่ายทางด้านสุขภาพ เป็นต้น จึงเป็นไปได้ยากที่ตัวเลขจากทั้ง 2 บัญชีจะสอดคล้องกัน เห็นควรว่าน่าจะทบทวนและประเมินวิธีการของทั้งสองบัญชีอย่างเป็นระบบ เพื่อทราบและเข้าใจสาเหตุของความแตกต่างที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงระเบียบวิธีเพื่อให้ความแตกต่างของข้อมูลเกิดน้อยที่สุดทั้ง สคช. และ IHPP ได้ทำงานเพื่อปรับปรุงระเบียบวิธีร่วมกันมาโดยตลอด และมีการทำอย่างจริงจัง

ในเรื่องนี้ ใน พ.ศ. 2552

4. ระยะการต่อยอด: NHA 2537 - 2551

ในระยะที่ 4 ดูเหมือนว่าเป็นระยะคงตัว มีการจัดทำ NHA ต่อยอดต่อไปเป็นงานประจำ โดย IHPP เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ทั้งการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางและคณะทำงานอย่างเป็นทางการ จัดประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อระดมกำลังในการจัดทำ NHA ทุกสองปี ข้อมูลที่ได้ที่มีความล่าช้าของเวลาสองปี เช่น กระบวนการจัดทำในพ.ศ. 2554 จะได้ข้อมูล NHA พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่สนับสนุนเงินทุนแก่ IHPP และหน่วยงานที่เป็นคณะทำงานร่วม มีการพัฒนาข้อมูลของ NHA อย่างต่อเนื่อง และมีการนำเสนอรายงานไว้บนเว็บไซต์ของ IHPP (www.ihpp.thaigov.net) ซึ่งทำให้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงได้ ลักษณะของข้อมูลที่น่าเสนอจะเป็นอนุกรมเวลาต่อเนื่องกัน เช่น ปลายพ.ศ. 2549 จะเป็นการรวบรวมข้อมูลในช่วงพ.ศ. 2545 ถึงพ.ศ. 2548 และปลายพ.ศ. 2551 จะเป็นการรวบรวมข้อมูล พ.ศ. 2549 ถึง พ.ศ. 2550 และฉบับนี้มีการปรับปรุงข้อมูลตั้งแต่ พ.ศ. 2537-2550

การพัฒนา NHA เป็นการปรับปรุงตาราง วิธีการเก็บ และการรวบรวมข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศที่เปลี่ยนไป เช่น การกระจายอำนาจ การเกิดขึ้นขององค์กรอิสระใหม่ ๆ ที่มีการบริหารจัดการเป็นของตนเองรวมทั้งสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพนักงาน เป็นต้น

มีข้อสังเกต คือ ในพ.ศ. 2545 ประเทศไทยประสบความสำเร็จตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) โดยมีแหล่งเงินจากภาษีอากรเป็นหลักผ่านการบริหารจัดการโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เห็นได้ชัดจากรายจ่ายสุขภาพโดยตรงจากรัฐเรือนลดลง ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพจากรัฐเรือนต่อรายจ่ายสุขภาพรวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพจากรัฐมีสัดส่วนสูงมากขึ้น เป็นผลให้ข้อมูล NHA มีความถูก

ต้องมากขึ้น ทั้งนี้เพราะรายจ่ายของภาครัฐมักมีความถูกต้องตามกฎหมายเป็นสำคัญ ทั้งนี้ต้องมีการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบภายนอกเป็นการประจำ

งานพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับ NHA ต่าง ๆ เช่น การทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพเฉพาะเอชไอวีเอดส์ (National AIDS Account) การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพตามโรค กลุ่มอายุ และ หลักประกันสุขภาพ (National Health Account by disease categories, age groups and health insurance coverage) ในพ.ศ. 2547 ทาง IHPP และคณะทำงานร่วมได้จัดทำบัญชีรายจ่ายสำหรับโรคเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Account: NAA) ภายใต้การสนับสนุนโดย UNAIDS โดยเก็บข้อมูลระหว่างพ.ศ. 2543 ถึงพ.ศ. 2546 โดยอ้างอิงแนวคิดพื้นฐานจากการจัดทำ NHA⁽¹⁶⁾ IHPP ได้รับผิดชอบจัดทำ NAA อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการประมาณการสำหรับ 2008 UNGASS report⁽¹⁷⁾ IHPP ได้ถ่ายทอดความรู้ทักษะ และเทคนิคในการพัฒนาการประเมินรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์แห่งชาติ ให้แก่ 5 ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกภายใต้การสนับสนุนของ UNAIDS โดยเก็บข้อมูล 5 ปีตั้งแต่พ.ศ. 2543 ถึงพ.ศ. 2547 โดยการแสดงรายจ่ายใน 2 มิติ คือ กิจกรรมด้านสุขภาพและหน่วยจ่ายแทน⁽¹⁸⁾

ภายหลังจากการเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการปรับปรุงข้อมูลของโรงพยาบาลอย่างมาก โดยเฉพาะข้อมูลด้านงานคลินิก เช่น การลงรหัสโรคที่ใช้ระบบ ICD-10 สำหรับผู้ป่วยใน และข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับงานบริการทางคลินิกต่าง ๆ ทำให้สามารถนำฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่มีการบันทึกโดยโรงพยาบาลและส่งเข้ามารวบรวมไว้ที่ส่วนกลางเป็นข้อมูลระดับประเทศมาใช้ในการประมาณการรายจ่ายเพื่อการรักษายาบาลผู้ป่วยในตามกลุ่มโรคต่าง ๆ รวมทั้งกลุ่มอายุ เพศ และ หลักประกันสุขภาพ

นอกจากนี้ งานอื่น ๆ ที่ติดตามมาเนื่องจาก IHPP เป็น national focal point ของ NHA ประเทศไทย เช่น

- การตรวจสอบข้อมูลการเงินการคลังและ NHA

ให้แก่องค์การอนามัยโลกเป็นการประจำทุกปี

- การติดต่อสอบถามการจัดทำ NHA จากองค์กรอื่น ๆ เช่น การปรับปรุงและพัฒนา SHA
- การศึกษาดูงานการจัดทำ NHA จากประเทศต่าง ๆ เช่น ประเทศบังกลาเทศ มัลดีฟส์ ปาเลสไตน์
- การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ประเทศต่าง ๆ ใน

การจัดทำ NHA ซึ่ง IHPP จะทำควบคู่กันไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในประเทศนั้น ๆ ด้วย เพื่อให้ประเทศสามารถจัดทำ NHA ได้ด้วยตนเองในอนาคต เช่น การไปให้คำแนะนำ ปรึกษา และถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้แก่บุคลากรสุขภาพของประเทศมัลดีฟส์ เมื่อวันที่ 7-11 กุมภาพันธ์ 2554 และประเทศภูฏาน เมื่อวันที่ 2-6 เมษายน 2554

ตารางที่ 2 ยุทธศาสตร์ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพในแต่ละระยะ

ระยะที่	ยุทธศาสตร์		
	ด้านการพัฒนา	ด้านวิชาการ	ด้านทรัพยากรบุคคล
1. ระยะการก่อสร้าง สร้างตัว: NHA 2537	<ol style="list-style-type: none"> 1. การริเริ่มจัดทำโดยหน่วยงานในกระทรวง ในลักษณะโครงการวิจัย 2. เงินทุนสนับสนุนจากสถาบันในประเทศ (สวรรส.) 3. เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่มีพันธกิจในการจัดทำร่วมกัน 4. ยังไม่มีการนำไปใช้ในเชิงนโยบายเนื่องจากความไม่สอดคล้องของข้อมูลจาก NHA และ UN-SNA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างระเบียบวิธีในการจัดทำของประเทศไทย 2. กำหนดนิยามและขอบเขตของรายจ่ายทางสุขภาพในบริบทระบบสุขภาพไทย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสร้างคณะทำงาน แรงบ้นดาลใจความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม และ ความมุ่งมั่นในระยะยาว
2. ระยะการพัฒนา ศักยภาพ: NHA พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541	<ol style="list-style-type: none"> 1. สวรรส. เป็นผู้สนับสนุนเงินทุน 2. สศช. เข้ามาเป็นคณะกรรมการจัดทำ 3. ความร่วมมือเชิงยุทธศาสตร์กับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการปรับปรุงแบบสอบถามของการสำรวจ SES 4. ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในเชิงนโยบายจากความไม่สอดคล้องของข้อมูลจาก NHA และ UN-SNA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำตาม OECD SHA เพื่อให้เทียบเคียงได้กับมาตรฐานสากล 2. ปรับปรุงความถูกต้องของข้อมูลรายจ่ายสุขภาพครัวเรือนใน SES 3. การขอข้อมูลรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ โดยแยกประเภทข้อมูลตาม NHA ยังไม่ประสบความสำเร็จ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนการสร้างทีม 2. คณะทำงานมากกว่าร้อยละ 90 เป็นคณะทำงานชุดเดิมจากครั้งที่แล้ว
3. การสร้างสถาบัน ในการจัดทำ NHA	<ol style="list-style-type: none"> 1. สวรรส. เป็นผู้สนับสนุนแหล่งทุน 2. แต่งตั้ง IHPP เป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำ 3. มีการนำ NHA มาใช้วิเคราะห์นโยบายอย่างเต็มรูปแบบ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้ PES เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน ที่ได้จากการสำรวจ SES 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะทำงานของ NHA ทุกคนดำเนินการจัดทำตามภาระมอบหมายจากกระทรวงอย่างเป็นทางการ 2. มีการสร้างความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง
4. ระยะการต่อยอด: NHA 2537 - 2551	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขในการปรับปรุง NHA เป็นการประจำ 2. การใช้ NHA ในด้านต่าง ๆ เช่น MTEF การประมาณการรายจ่ายสุขภาพระยะยาว 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้ NHA เป็นต้นแบบในการทำ NAA 2. การจัดทำ NHA ตามรายโรค กลุ่มอายุ และหลักประกันสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะทำงานของ NHA ทุกคนดำเนินการจัดทำตามภาระมอบหมายจากกระทรวงอย่างเป็นทางการ

ประโยชน์ของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายสาธารณสุขของประเทศที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายสุขภาพของประเทศ เช่น การประมาณการเกี่ยวกับความจำเป็นทางการเงินระยะยาวสำหรับค่าใช้จ่ายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์ถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวัดรายจ่ายของโครงการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสัดส่วนต่อรายจ่ายทางสุขภาพรวม (THE) จะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจว่าประเทศสามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้หรือไม่

ถึงแม้ว่า NHA เป็นเครื่องมือสำคัญที่นักวิชาการใช้ในการวินิจฉัยระบบสาธารณสุข ที่มีประโยชน์อย่างมากในการวิเคราะห์เชิงนโยบาย การปฏิรูประบบสุขภาพในบริบทตามความเป็นจริงนั้นจำเป็นต้องใช้เครื่องมือสำคัญหลายประการ รวมทั้ง NHA ด้วย แม้ว่ารายจ่ายสุขภาพจากบัญชี NHA จะมีความแตกต่างจากบัญชี UN-SNA แต่องค์การอนามัยโลกใช้ตัวเลขจากบัญชี NHA ในการรายงานรายจ่ายสุขภาพและดัชนีชี้วัดต่าง ๆ ในรายงานขององค์การอนามัยโลก

การจัดทำ NHA ในประเทศไทยมีพัฒนาการเป็นลำดับ จนกระทั่ง NHA ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในหลายด้าน เช่น ข้อมูลใน NHA ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญได้ถูกนำมาใช้การวางรูปแบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลรายจ่ายทางสุขภาพของครัวเรือนใน NHA มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น การประยุกต์ใช้ NHA ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายย่อยของโรคต่าง ๆ และค่าใช้จ่ายที่แบ่งกลุ่มตามประเภทของโรค รวมทั้งการประมาณการรายจ่ายสุขภาพในระยะยาว ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นการประมาณการที่ต้องใช้ฐานข้อมูล NHA เป็นสำคัญ การประมาณการจัดทำขึ้นสองครั้ง ครั้งแรกเป็นการศึกษาร่วมระหว่างองค์การแรงงานระหว่างประเทศและ IHPP (ILO-IHPP project)⁽¹⁹⁾ ในปี 2546 และครั้งที่สอง เป็นการศึกษาภายใต้ EU Health Care Reform

Project⁽²⁰⁾ ในปี 2551 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการติดตามภาวะการเงินการคลังระบบสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ NHA ยังได้ถูกนำไปเป็นฐานข้อมูลใช้ในการจัดทำ Medium Term Economic Framework สำหรับด้านสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554)⁽²¹⁾ ซึ่งหากไม่มีการจัดทำ NHA มาอย่างต่อเนื่องการประมาณการดังกล่าวคงไม่สามารถกระทำได้

สรุป

การสร้างเสริมความเข้มแข็งในการจัดทำ NHA อย่างยั่งยืนจนกระทั่งถูกหยั่งรากจนเป็นสถาบันที่รับผิดชอบ NHA ด้วยการวัดศักยภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างและพัฒนาฐานข้อมูลสำหรับ NHA การรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลผลเป็นตาราง NHA เป็นการประจำอย่างต่อเนื่อง การนำ NHA ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และการพัฒนาความน่าเชื่อถือของ NHA ซึ่งกระบวนการจัดทำ NHA ของประเทศไทย มีคุณสมบัติครบทั้ง 4 ประการดังกล่าว จึงกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการสร้างสถาบันเพื่อจัดทำ NHA โดยกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้ IHPP เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักเรื่อง NHA ของประเทศไทย (National focal point) ยุทธศาสตร์ 3 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาด้านวิชาการ และด้านบุคลากร ของการดำเนินงาน NHA ได้ถูกสรุปไว้ในตารางที่ 2

ปัจจัยประการสำคัญในการจัดทำ NHA ของประเทศไทยได้สำเร็จนั้น คือ ความตระหนัก การให้ความสนใจ และความสำคัญของประเทศ เป็นที่น่าสังเกตว่า แหล่งสนับสนุนการจัดทำ NHA ของประเทศไทยนั้นมาจากเงินภายในประเทศทั้งสิ้น การจัดทำ NHA ก็เป็นการจัดทำด้วยตนเองจากการศึกษาตำรา เอกสารอ้างอิงต่าง ๆ เมื่อทำเสร็จแล้วมีการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญมากของความเป็นเจ้าของ NHA และความต่อเนื่อง ยั่งยืนของการจัดทำ NHA ในขณะที่การเทียบเคียง NHA ของประเทศ

ไทยกับประเทศอื่นในระดับสากลนั้นเป็นสิ่งที่ตามมา เมื่อมีการพัฒนาศักยภาพมากขึ้น การสร้างเสริมศักยภาพของทีมงานเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและใช้เวลานาน⁽²²⁾ ปัจจัยที่จะช่วยสนับสนุนในเรื่องนี้ คือ

1. ความมุ่งมั่นของคณะทำงาน NHA ความสำคัญคือ การรักษาความสนใจอย่างต่อเนื่องและความมุ่งมั่นในการทำงานระยะยาว รวมถึงการถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น ซึ่งจะช่วยยืนยันความต่อเนื่องของประสบการณ์และความทรงจำต่าง ๆ

2. การสร้างแรงบันดาลใจ ในการพัฒนา NHA อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ขึ้นกับความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมใน NHA และความต้องการทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม

3. การนำ NHA ไปประยุกต์ใช้ คณะทำงาน NHA ไม่ได้รับผิดชอบเพียงแค่การจัดทำ NHA เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการนำ NHA ไปประยุกต์ใช้ในงานด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังด้านสุขภาพและระบบสุขภาพ

4. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการเข้าถึงฐานข้อมูลในระดับชาติ เป็นสิ่งสำคัญในการได้มาซึ่งข้อมูลที่จำเป็นต่อการทำ NHA โดยเฉพาะจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงแบบสอบถามในการสำรวจครัวเรือนที่จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของ NHA

การสร้างและพัฒนาความเข้มแข็งในการจัดทำ NHA ควรเป็นการริเริ่มตามความต้องการของประเทศจัดทำโดยหน่วยงานในประเทศ และเพื่อประโยชน์ใช้สอยของประเทศ การสนับสนุนด้านวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกจะเป็นแรงเสริมให้การจัดทำเป็นไปอย่างง่ายดายมากขึ้น ซึ่งบทบาทการให้ความช่วยเหลือนั้นเป็นบทบาทที่องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศต่าง ๆ สามารถให้การสนับสนุนได้มาก ทั้งนี้ต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาบุคลากรของประเทศนั้นด้วย การจะประสบความสำเร็จถึงขั้นของการสร้างความเข้มแข็งในการจัดทำ NHA จนกระทั่งหยั่งรากเป็นสถาบันที่รับผิดชอบโดยตรงนั้น ต้องอาศัย

ความมุ่งมั่นในระดับประเทศและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ อีกมาก ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดว่า NHA ของประเทศนั้น ๆ จะก้าวหน้าไปได้ไกลเพียงใด จากประสบการณ์ทั้งหมดแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ หรือผู้ให้คำปรึกษาจากนอกประเทศนั้น ไม่ใช่วิถีทางที่จะทำให้เกิดการพัฒนาในการจัดทำ NHA ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำและพัฒนาบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการเมื่อพ.ศ.2537 และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งสนับสนุนเงินทุนในการพัฒนาบัญชีรายจ่ายสุขภาพในระยะต่อมา ทั้งหมดจะเกิดขึ้นมิได้หากปราศจากความร่วมมือของหน่วยงานทุกหน่วยงานที่มาร่วมเป็นคณะทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.อดิศวร์ หลายชูไทย ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช ดร.โสภณ ตติยานันทพงศ์ และผู้ร่วมงานจากหน่วยงานอื่น ๆ ทุกท่านที่ได้มาร่วมเป็นคณะทำงานตั้งแต่พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา ขอขอบคุณ เกียรติกรธนะวิชช์ ปานน้อย ในการช่วยเรียบเรียงและจัดทำเอกสารชุดนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Organization for Economic Cooperation and Development. A systems of health accounts. version 1.0. Paris: OECD; 2000.
2. Leticia AB, Lucero CH, Ricardo PN, Belkis AG, Patricia HP. The health accounts system: Development, Progress and Challenges: The Mexican Case, Centre for Health System Research. [online] [cited 2008, Dec 16]; Available from: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/Health%20Accounts_Mexico_EN.pdf; URL:
3. Merino MF. Institutionalization of country health accounts: conceptual framework, working paper. Bethesda: Health Systems; 2008.
4. WHO-WPRO. Framework for the development and institutionalization of national health accounts in the Pacific and Island countries. Manila: World Health

- Organization Western Pacific Region; 2008.
5. Tangcharoensathien V, Laixuthai A, Vasavit J, Tuntigate NA, Ruffolo WP, Vimolkiet D, et al. National health accounts development: lessons from Thailand. *Health Policy and Planning* 1999;14(4):342-53.
 6. Griffiths A, Mills M. Money for health: a manual for surveys in developing countries. Geneva: Sandoz Institute for Health and Socio-Economics Studies and the Ministry of Health of the Republic of Botswana; 1982.
 7. Mach EP, Abel-Smith B. Planning the finances of the health sector, A manual for developing countries. Geneva: World Health Organization; 1983.
 8. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Prakongsai P. Improving health-related information systems to monitor equity in health: lessons from Thailand. Section 5 Lessons from individual countries; Chapter 11: In: McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University Press; 2007. p. 544-55.
 9. Berman P. National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. Data for decision making project. Boston: Harvard University; 1996.
 10. Berman P. National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. *Health Economics* 1997;6:11-30.
 11. Varvasovszky Z, Brugha R. How to do (or not to do)...a stakeholder analysis. *Health Policy and Planning* 2000; 15:338-45.
 12. Brugha R, Varvasovszky Z. A stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning* 2000;15:239-46.
 13. Pongpanich S, Tantigate N, Srithamrongsawat S. National Health Accounts for 1996 and 1998. A research report. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2000.
 14. National Account Division. National income of Thailand, 1988 edition. Bangkok: National Economic and Social Development Board. Office of the Prime Minister; 1988.
 15. Thai working group. National Health Account 1994-2001, Final report. Nonthaburi: International Health Policy Program Thailand and Health Systems Research Institute; 2003.
 16. Teokul W, Patcharanarumol W, Vasavid C, Cheewacheun P, Tangcharoensathien V. National AIDS Account 1994-2001, Final report. Nonthaburi: International Health Policy Program Thailand / Health Systems Research Institute; 2005.
 17. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. Thailand UNGASS country progress report, reporting period January 2006-December 2007. Nonthaburi : Ministry of Public Health; 2008.
 18. Tangcharoensathien V, Chokchaicharn H, Tisayaticom K, Teokul W, Patcharanarumol W. Asia Pacific Regional Report on national AIDS spending assessment 2000-2004. Nonthaburi : Ministry of Public Health, International Health Policy Program; 2006.
 19. International Labour Organization. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. *Issues in Social Protection; Discussion Paper 19*. Geneva : International Labour Office; 2007.
 20. Sakulpanich T, Scholz W, Hennicot JC. Preliminary findings of the long term financial project, Thailand 2009-2026. Nonthaburi: Health Care Reform Project-Thailand; 2008.
 21. International Health Policy Program. Investment in health in the 10th National Economic and Social Development Plan 2007-2011 (B.E. 2550-2554). Nonthaburi: Graphico System; 2009.
 22. Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V. Sustaining capacity in health policy and systems research in Thailand. *The Bulletin of World Health Organization* 2009; 87:72-4.

Abstract Thai National Health Accounts Part 2 Institutionalizing National Health Account in Thailand

Viroj Tangcharoensathien*, **Chitpranee Vasavid***, **Walaiporn Patcharanarumol***, **Kanjana Tisayathikom***, **Jittraporn Mekkrang†**, **Pongpisut Jongudomsuk‡**, **Supakit Siriluk§**

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, †National Economic and Social Development Board, ‡Health System Research Institute, §Bureau of Planning and Strategy, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2012; 21:1240-51.

The Thai National Health Account (NHA) was locally initiated in 1994, institutionalized by 2000 and sustained to date. This paper reviewed experiences in institutionalizing NHA divided into 4 phases: incubation, capacity consolidation, institutionalization, and diversification and assessed four dimensions of capacity, namely capacities to generate routine reliable expenditure data, produce regular NHA matrices which facilitate international comparisons, use NHA for policy analyses, and improve the reliability and diversify NHA to respond to other national priorities.

Results indicated that national interest and policy utility were fundamental in ensuring ownership and sustainability. A number of enabling factors were identified: continued local funding support in longer term; commitment of NHA team members though turn-over was unavoidable but continuity of lead agency was vital. Intersectoral collaboration, availability of and access to national household health expenditure datasets, involvement by and recognition of strategic partners in particular of National Statistical Office helped improvement of national household survey tools which accommodated NHA matrices and better assessment of household health spending. Capacity led to diversification of NHA to support specific health policies. Key messages are: NHA should be locally initiated with technical supports from outside expertise. Long term commitment by local partners and working in enabling environment are basis for institutionalization. There is no quick-fix solution for institutionalization by outsiders.

Key words: Thailand, National Health Account, institutionalization