

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# แนวโน้มการคลังด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2545-2555

วีรบุษ ว่องวรรณกุล ศ.บ., วท.ม. (เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)\*

ชาฮีดดา วิริยาทร ศ.บ., ศ.ม.\*

ภูษิต ประคองสาย พ.บ., อ.ว. (สาธารณสุขศาสตร์), ปร.ด. (นโยบายสาธารณสุข)\*, \*\*

\* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

\*\* สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ** ภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) มีขนาดของปัญหาที่ใหญ่มากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพรวมการป้องกันโรค NCDs ของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2555 และตอบคำถามว่างบประมาณเพื่อการป้องกันโรค NCDs สัมพันธ์กับขนาดของปัญหาของประเทศหรือไม่ โดยมีแหล่งข้อมูลหลักมาจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย และบัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2555 รวมถึงรายงานสำคัญอื่นๆ สำหรับการป้องกันโรค NCDs ของประเทศไทยมีการดำเนินการทั้งตามแนวทางการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา พบว่า รายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (total expenditure on prevention and promotion: TEPP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่ารายจ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2555 รายจ่าย TEPP มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12.3 ต่อปี) แต่เป็นไปในลักษณะที่ผันผวน มีข้อสังเกตว่า TEPP ที่เป็นรายจ่ายรวมและ TEPP สำหรับภาระโรค NCDs โดยส่วนใหญ่เป็นงบสำหรับการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับทุติยภูมิ) และการจัดการภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับตติยภูมิ) ส่วนงบสำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) กลับมีสัดส่วนที่ไม่สูงนัก ทั้งนี้ ต้นทุนผลกระทบทั้งจากภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs เท่าที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้นั้นมีมูลค่ามากกว่างบประมาณในการป้องกัน กล่าวได้ว่าต้นทุนผลกระทบจากโรค NCDs นั้นมากกว่า TEPP สำหรับภาระโรค NCDs ถึง 11 เท่า ดังนั้น ภาครัฐจึงควรยกระดับความสำคัญในการจัดการและการป้องกันโรค NCDs โดยภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ซึ่งอย่างน้อยควรเป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราเดียวกับ THE โดยควรเป็นงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อการป้องกันระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรบุคคล เพิ่มศักยภาพ รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพให้กับแนวทางการดำเนินการป้องกันโรค NCDs ที่เป็นไปในลักษณะของการบูรณาการร่วมกับมาตรการทางสาธารณสุขอื่นๆ รวมถึงการป้องกันปัญหาจากปัจจัยเสี่ยง NCDs

**คำสำคัญ:** โรค NCDs, การป้องกันโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การคลังด้านสุขภาพ

## บทนำ

ภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) มีขนาดของปัญหาที่ใหญ่มาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2542–2552 ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการศึกษาภาระโรค<sup>(1,2)</sup> พบว่าการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยสาเหตุจากโรค NCDs นั้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.2 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 73.0 ในปี พ.ศ. 2552 ทั้งนี้ ต้นทุนผลกระทบจากโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม-สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs นั้นมีมูลค่ามหาศาล โดยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ศึกษาต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs ของประชากรไทย<sup>(3)</sup> โดยพบว่าต้นทุนที่เกิดจากโรคใน 4 กลุ่มโรคหลัก (กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง) ในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ซึ่งคิดเป็นมูลค่าที่สูงมากอีกด้วย

โรค NCDs เป็นสาเหตุของการตายและทุพพลภาพของประชาชนไทย นับเป็นภาระโรคที่สำคัญ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงการลงทุนด้านการป้องกันและการรักษาพยาบาลสำหรับโรค NCDs ทั้งนี้ นอกเหนือจากข้อมูลรายจ่ายสุขภาพรวมและรายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ปรากฏอยู่ในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย (National Health Account) ในภาพรวมของประเทศไทยนั้น ไม่เคยมีการวิเคราะห์ภาพรวมของรายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับโรค NCDs กับข้อมูลบริบททางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจมาก่อน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพรวมการป้องกันโรค NCDs ของประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

งบประมาณและวิธีการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงเป็นการตอบคำถามสำคัญว่า งบประมาณเพื่อการป้องกันโรค NCDs สัมพันธ์กับขนาดของปัญหาของประเทศหรือไม่? สำหรับการเป็นข้อมูลเชิงวิชาการที่สำคัญต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณ

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสาร แหล่งข้อมูลหลักมาจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2537–2555<sup>(4,5)</sup> บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2555<sup>(6)</sup> รายงานบัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2549–2552<sup>(7)</sup> และรายงานภาระโรคและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรค NCDs<sup>(3)</sup> และปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs<sup>(8-11)</sup> รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศไทย<sup>(12)</sup> โดยการศึกษาเน้นดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม–กันยายน พ.ศ. 2558

ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติและบัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นข้อมูลรายจ่ายหรืองบประมาณจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐและเอกชน โดยในส่วนของข้อมูลรายจ่ายภาครัฐจะรวบรวมจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ สำหรับข้อมูลรายจ่ายนอกภาครัฐได้รวบรวมข้อมูลของครัวเรือนส่วนบุคคลและสถานประกอบการ (โดยใช้ข้อมูลการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพของภาคครัวเรือนที่จ่ายเพื่อสุขภาพของตนเอง และรายจ่ายของสถานประกอบการของเอกชนโดยเป็นสวัสดิการที่นายจ้างจ่ายให้ลูกจ้างในสถานประกอบการของตน) ดังนั้น แหล่งข้อมูลหลักดังกล่าวจึงสามารถสะท้อนภาพรวมที่ครอบคลุมรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ โดยการศึกษานี้เป็นมุมมองของสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการมองภาพรวมของแหล่งที่มาและการนำงบประมาณไปใช้ อย่างไรก็ตาม บทความนี้ยังไม่ได้วิเคราะห์ลงลึกใน ประ-

เห็นหลักตามมุมมองการคลังด้านสุขภาพ กล่าวคือ ความยั่งยืน ความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค ผลนิยามศัพท์ที่สำคัญสำหรับการศึกษานี้ ได้แก่

1) ใช้จ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) หมายถึง ยอดรวมรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (ได้แก่ ใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคล ใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนทั่วไป และรายจ่ายในการบริหารจัดการด้านสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) และรายจ่ายสะสมทุนหรือการลงทุนด้านสุขภาพของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (ได้แก่ ใช้จ่ายหมวดครุภัณฑ์ ค่าซื้อที่ดิน ค่าก่อสร้างสิ่งปลูกสร้างสถานพยาบาลในภาคสาธารณสุข)<sup>(4)</sup>

2) ใช้จ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (total expenditure on prevention and promotion: TEPP) เป็นผลรวมของรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และรายจ่ายที่ใช้ในการบริหารจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่ง TEPP คำนวณโดยอ้างอิงคู่มือการจัดทำรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ A System of Health Accounts 2000 (SHA 1.0) ทั้งนี้ บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 ได้ปรับเปลี่ยนมาใช้คู่มือการจัดทำรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ A System of Health Accounts 2011 (SHA 2011)<sup>(6)</sup> ในส่วนของ TEPP สำหรับโรค NCDs นั้นเป็นรายจ่ายของโครงการที่เกี่ยวข้องกับ NCDs เช่น รายจ่ายของโครงการที่เกี่ยวข้องกับ NCDs ของกรมอนามัย โครงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต เป็นต้น สำหรับค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจำแนกได้ตามรหัส เช่น ชุมชนเข้มแข็ง การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

3) ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product: GNP) เป็นมูลค่าสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่คนของประเทศนั้น ๆ เป็นเจ้าของ ซึ่งมีทั้งการผลิตในและนอกประเทศ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดย GNP เป็นค่าที่บอกว่าประเทศมีขนาดของ

เศรษฐกิจมวลรวมเป็นเท่าใด ซึ่งเป็นค่าที่สะท้อนขนาดของเศรษฐกิจของประเทศได้ดีกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในแง่ที่ GDP นับรวมมูลค่าสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศนั้น ๆ เป็นทั้งการผลิตโดยคนเจ้าของประเทศและการผลิตจากคนประเทศอื่นที่มาลงทุนในประเทศนั้น ซึ่ง GDP ที่สูงอาจมาจากการผลิตสินค้าและบริการจากคนประเทศอื่นที่มาใช้ทรัพยากรในประเทศนั้น ก็เป็นไปได้

4) ราคาปัจจุบัน (current market price) (หรือที่เรียกว่าราคาประจำปี) แสดงมูลค่าของสินค้าหรือบริการใดๆ ณ ราคาของปีนั้น ซึ่งเป็นมูลค่าที่เป็นตัวเงิน (nominal term) ที่ปรากฏต่อผู้บริโภค

## ผลการศึกษา

การป้องกันเป็นมาตรการที่คุ้มค่ากว่าการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ หลักการป้องกันล่วงหน้า (precautionary principle) เป็นแนวคิดที่สำคัญต่อทั้งประเด็นสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข หลักการนี้เป็นไปเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากสิ่งต่างๆ ที่หลักฐานทางวิชาการยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่เน้นดำเนินการป้องกันไว้ก่อนมากกว่าการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ด้วยความซับซ้อนของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในปัจจุบัน หลักการป้องกันไว้ก่อนสำหรับผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรทางสาธารณสุขจึงเป็นการพิจารณาถึงความซับซ้อนความไม่แน่นอนและการป้องกันการเกิดโรคภัยต่างๆ<sup>(13)</sup>

สำหรับการป้องกันโรค NCDs เป็นการป้องกันโรคที่สามารถจำแนกเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับทุติยภูมิ) และการจัดการภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับตติยภูมิ)<sup>(6)</sup> หากจำแนกตามระดับของนโยบาย สามารถแบ่งเป็นมาตรการระดับบุคคล (service-based/individual-based intervention) และมาตรการระดับประชากร (population-wide intervention)<sup>(14)</sup> สำหรับการป้องกันโรค NCDs ของประเทศไทย

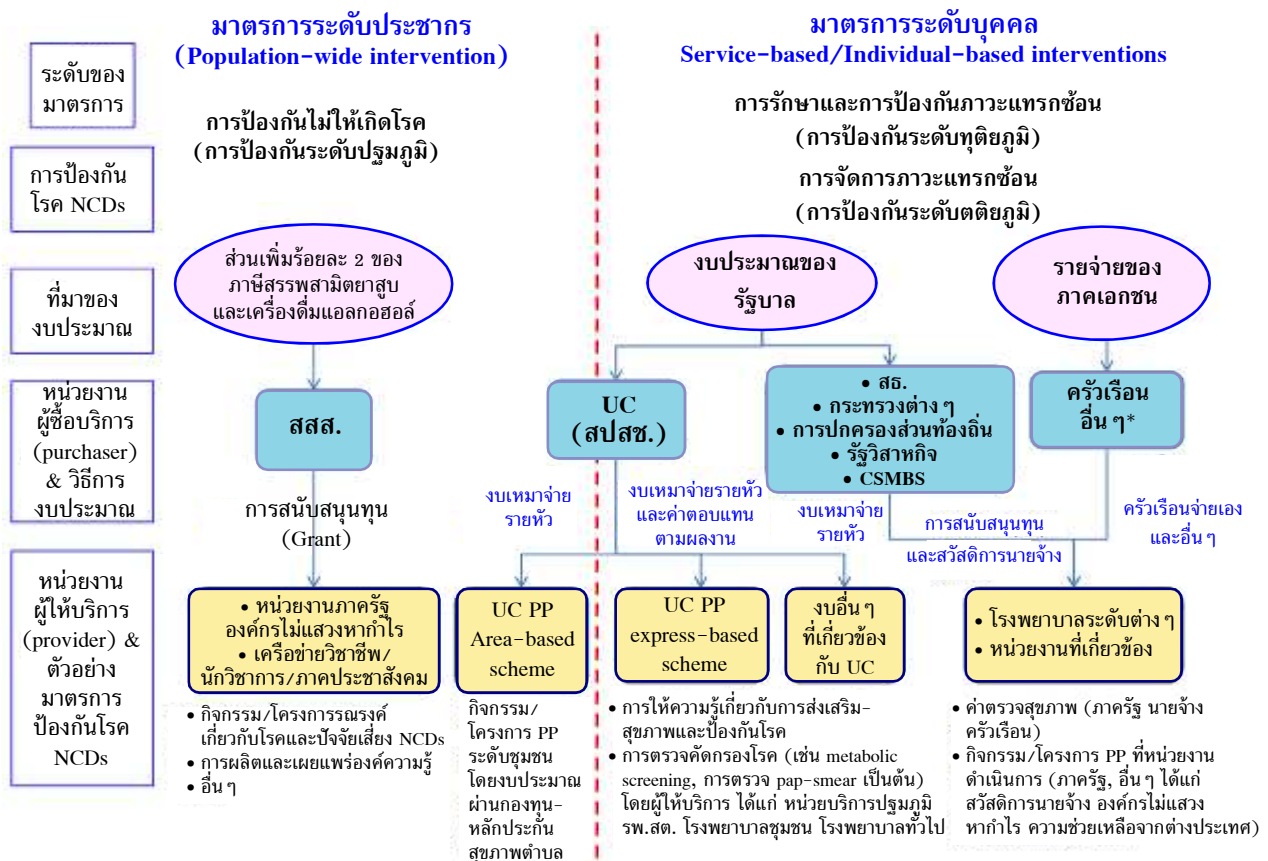
นั้น ดำเนินการทั้งตามแนวทางการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รายละเอียดแสดงในแผนภูมิที่ 1

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค NCDs ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเป็นมาตรการระดับปัจเจกบุคคล ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยแหล่งงบประมาณของการดำเนินงานดังกล่าวมาจากงบประมาณของรัฐบาล และรายจ่ายของภาคเอกชนโดยครัวเรือนเป็นผู้จ่าย (household out-of-pocket payments)

ในส่วนของมาตรการระดับบุคคลเพื่อการป้องกันโรค NCDs ที่มีแหล่งงบประมาณจากรัฐบาลนั้น สปสช. เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ (purchaser) สำหรับมาตรการระดับบุคคลเพื่อการป้องกันโรค NCDs ซึ่งเป็นบริการสร้าง-

เสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการสุขภาพที่มีการแสดงออกถึงอุปสงค์อย่างชัดเจน (promotion and prevention expressed-demand services: PPE) โดยใช้วิธีการงบประมาณ 2 แบบ แบบแรกเป็นงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล และแบบที่สองเป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (pay-for-performance) ทั้งนี้ หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป หน่วยงานเหล่านั้นเป็นผู้ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เช่น การตรวจคัดกรองโรค metabolic screening การตรวจ pap-smear เป็นต้น) รวมไปถึงดำเนินการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs

แผนภูมิที่ 1 ภาพรวมของการป้องกันโรค NCDs จำแนกตามระดับของมาตรการ ที่มาของงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ในส่วนของ การป้องกันระดับปฐมภูมิเป็นการดำเนินมาตรการระดับประชากร โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 หน่วยงานหลัก หน่วยงานแรกคือ สปสช. ซึ่งเป็น หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพของมาตรการระดับประชากร โดยแหล่งงบประมาณมาจากรัฐบาลในส่วนที่เป็นงบประมาณเกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (promotion and prevention area-based service: PPA) โดยจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งส่งผ่านไปที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตำบลเพื่อการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs ในระดับชุมชน (แผนภูมิที่ 1)

ส่วนอีกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแหล่งงบประมาณมาจากส่วนเพิ่มของภาษีสรรพสามิตยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (earmarked tax) โดย สสส. ให้การสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับมาตรการระดับประชากร โดยเป็นการสนับสนุนทุน (grant) ให้กับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรไม่แสวงหากำไร เครือข่ายวิชาชีพ เครือข่ายนักวิชาการ เครือข่ายภาคประชาสังคม (เช่น หน่วยงานรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน สถาบันวิจัยต่างๆ เป็นต้น) ตัวอย่างมาตรการระดับประชากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค NCDs เช่น กิจกรรมหรือโครงการรณรงค์สาธารณะเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง NCDs การสร้างจิตสำนึกสาธารณะ (อาทิ โครงการรณรงค์ปลอดเหล้า-บุหรี่ โฆษณารณรงค์ลด เลิกบุหรี่ยุติ/เหล้า การรณรงค์ลดการกินหวาน มัน เค็ม) การประสานความร่วมมือของหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ การผลิตและเผยแพร่องค์ความรู้ (อาทิ การวิจัยเพื่อผลิตหลักฐานทางวิชาการ การจัดประชุมหรือเวทีเสวนาเพื่อเผยแพร่ความรู้) เป็นต้น (แผนภูมิที่ 1)

สำหรับภาพรวมของงบประมาณรายจ่ายการป้องกันโรคและสาธารณสุขในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2537-2555) พบว่า รายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (total expenditure on prevention and promotion: TEPP) รายจ่ายสุขภาพรวม (total health expenditure: THE) รวมถึงผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย TEPP เพิ่มขึ้นจาก 9,086 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 32,476 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 (ราคาปีปัจจุบัน) ซึ่งเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 14.3 ต่อปี ในส่วนของ THE นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 513,213 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 (ราคาปีปัจจุบัน) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 16.8 ต่อปี ในส่วนของ GNP ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจาก 3,623,321 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2537 เป็น 11,848,794 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555 (ราคาปีปัจจุบัน) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.6 ต่อปี (รายละเอียดแสดงในภาพที่ 1)

หลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เมื่อพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลงของ TEPP พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (จาก 25,073 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 32,476 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 ราคาปีปัจจุบัน) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3.0 ต่อปี อย่างไรก็ตาม TEPP มีความผันผวนค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับอัตราการเปลี่ยนแปลงของ THE และ GNP กล่าวได้ว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา แม้ว่า TEPP มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่า THE (เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15.4 ต่อปี) และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (อัตราการเปลี่ยนแปลง GNP เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 11.3 ต่อปี) (ภาพที่ 1)

หากพิจารณาสัดส่วนของ TEPP และ THE พบว่า ช่วงเวลาหลังปี พ.ศ. 2545 นั้น สัดส่วนของ THE ต่อ GNP มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 3.4-4.3 โดยเฉลี่ยคือ ร้อยละ 3.7 สำหรับสัดส่วนของ TEPP ต่อ THE มีความผันผวนค่อนข้างมาก โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่างร้อยละ

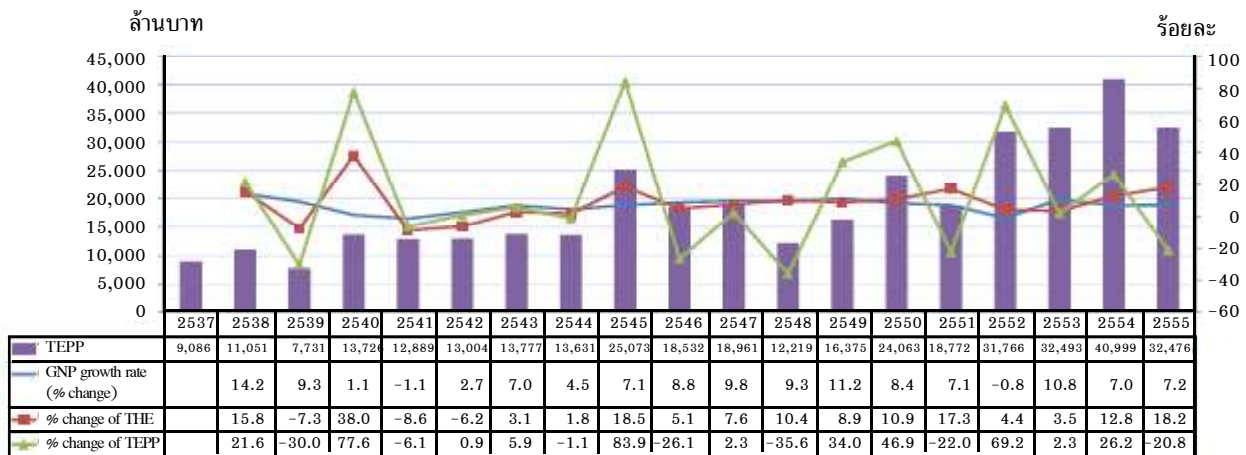
4.9–12.4 ทั้งนี้ สัดส่วนดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 7.8 อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของ TEPP ต่อ GNP นั้น มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 0.2–0.5 โดยเฉลี่ยคือร้อยละ 0.3 (รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2)

ในช่วงปี พ.ศ. 2549–2555 นั้น ใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (TEPP) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 19,484 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 เป็น 32,036 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 (ราคาปีปัจจุบัน) โดยรายจ่ายดังกล่าวในช่วงปี พ.ศ. 2549–2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12.3 ต่อปี) และหากจำแนกตามภาระโรคพบว่า เม็ดเงินงบประมาณรายจ่ายเพื่อการ

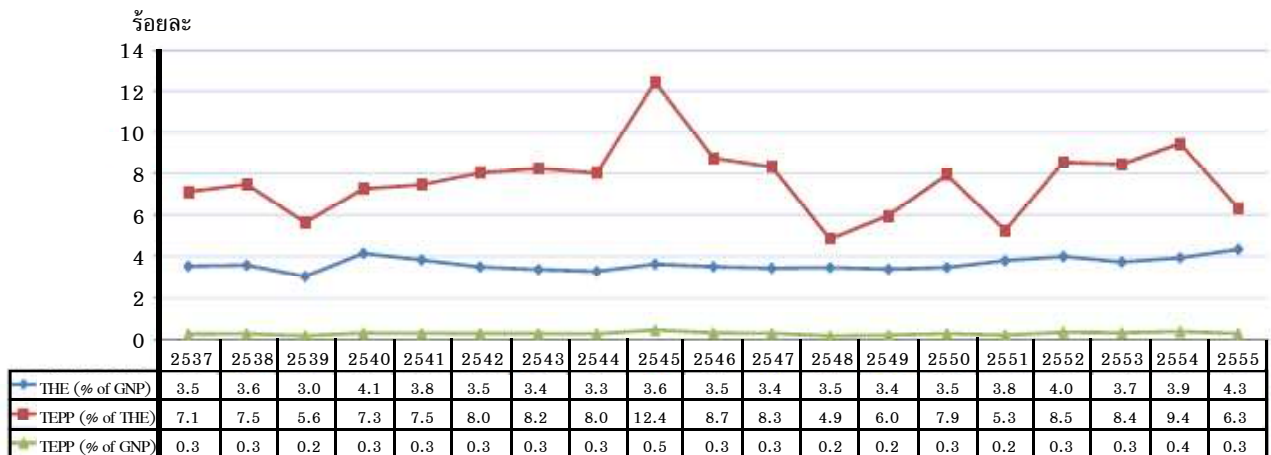
ป้องกันโรค NCDs เป็นไปในลักษณะที่ผันผวน อย่างไรก็ตาม รายจ่ายดังกล่าวเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ต่อปี โดยสัดส่วนของรายจ่ายเมื่อจำแนกตามภาระโรค NCDs นั้น เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคติดต่อและการบาดเจ็บ คิดเป็นร้อยละ 66.0–76.0 (เฉลี่ยร้อยละ 71.0) (รายละเอียดแสดงในภาพที่ 3)

นอกจากนี้ รายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Other health-related activities) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันในช่วงปี พ.ศ. 2549–2552 โดยเป็นการเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว (จาก 12,313 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 เป็น 35,202 ล้านบาทในปี พ.ศ.

ภาพที่ 1 รายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (หน่วย: ล้านบาท, ราคาปีปัจจุบัน) และอัตราการเปลี่ยนแปลงของ TEPP, รายจ่ายสุขภาพรวม, ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product: GNP)



ภาพที่ 2 สัดส่วนของ TEPP ต่อ THE, สัดส่วน TEPP ต่อ GNP, และ สัดส่วน THE ต่อ GNP



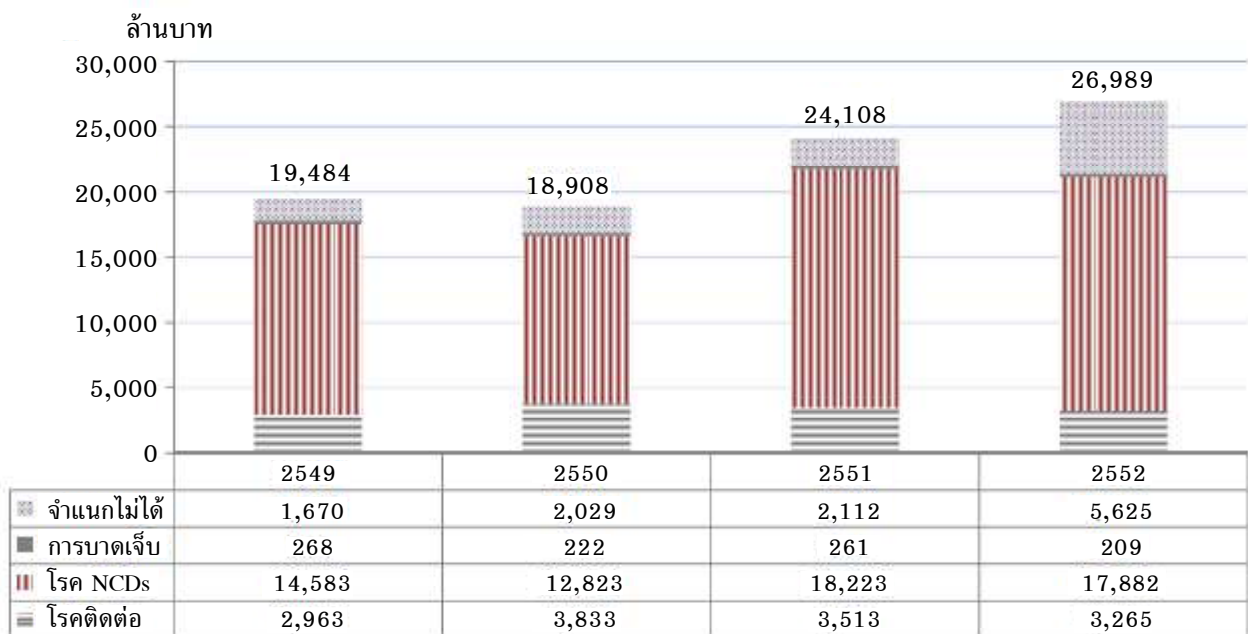
2552) อย่างไรก็ตาม หากจำแนกตาม Health care function ของรายจ่าย TEPP พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2552 มีสัดส่วนของรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค NCDs อยู่ที่ร้อยละ 23.4-29.0 ทั้งนี้ รายจ่ายดังกล่าว มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.6 ในปี พ.ศ. 2555 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ต้นทุนผลกระทบทั้งจากภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรค NCDs เท่าที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้นั้นมีมูลค่ามากกว่างบประมาณในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (primary prevention) การรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention) และการจัดการภาวะแทรกซ้อน (tertiary prevention)

ข้อมูลของปี พ.ศ. 2552 ระบุได้ว่า เมื่อรวมงบประมาณรายจ่าย TEPP (26,982 ล้านบาท) และรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (35,202 ล้านบาท) เข้าด้วยกัน คิดรวมเป็นร้อยละ 16.7 ของ THE หรือคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) หากพิจารณาเฉพาะ TEPP สำหรับ

ภาระโรค NCDs พบว่ามีมูลค่า 17,812 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.2 ของ GDP ในขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของกลุ่มโรค NCDs หลัก 4 กลุ่มโรค (กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคปอดเรื้อรัง) คือ 198,512 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของ GDP ทั้งนี้ กล่าวได้ว่า ต้นทุนผลกระทบ NCDs นั้นมากกว่า TEPP สำหรับภาระโรค NCDs ถึง 11 เท่า อย่างไรก็ตาม ต้นทุนผลกระทบดังกล่าวยังไม่ได้นับรวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของ 4 ปัจจัยเสี่ยง NCDs [ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(10)</sup> การบริโภคยาสูบ<sup>(11)</sup> การออกกำลังกายไม่เพียงพอ<sup>(11)</sup> และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีมูลค่ารวมกัน 184,451 ล้านบาท (อย่างไรก็ตาม มูลค่านี้อาจมีบางส่วน ที่ทับซ้อนกันจากการเผชิญมากกว่า 1 ปัจจัยเสี่ยง ตัวเลข ดังกล่าวเป็นการแสดงผลในเบื้องต้น ให้เห็นมูลค่าผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงหลักของโรค NCDs)] รายละเอียดแสดงในภาพที่ 4

ภาพที่ 3 รายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2549-2552 จำแนกตามภาระโรค (หน่วย: ล้านบาท) (ราคาปีปัจจุบัน)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2555, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ตัวเลขจากคำนวณโดยวิธี A System of Health Accounts 2000 (SHA 1.0)

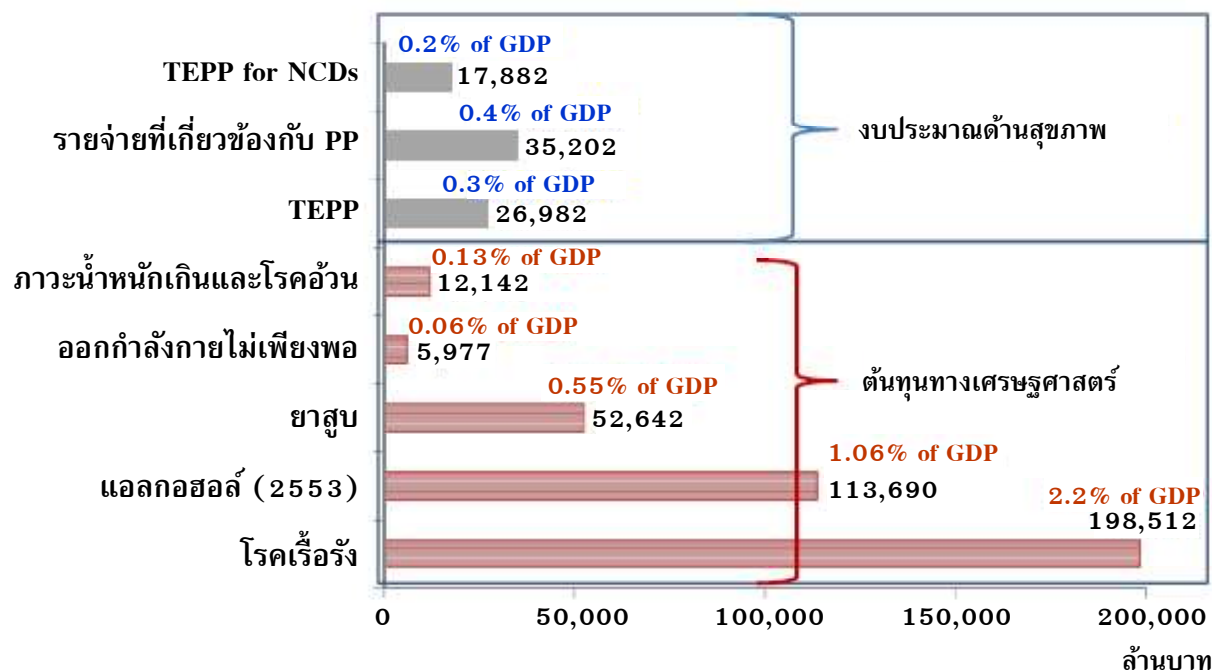


ตารางที่ 1 รายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and promotion) ปี 2549–2552 และปี 2555 (ราคาปีปัจจุบัน) จำแนกตาม health care function และรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

|   | 2549    |        | 2550    |        | 2551    |        | 2552    |        | 2555    |        |
|---|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
|   | ล้านบาท | ร้อยละ | ล้านบาท | ร้อยละ | ล้านบาท | ร้อยละ | ล้านบาท | ร้อยละ | ล้านบาท | ร้อยละ |
| รายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค             | 19,484  | 100.0  | 18,908  | 100.0  | 24,108  | 100.0  | 26,982  | 100.0  | 32,036  | 100.0  |
| HC.6.1 Maternal and child health                      | 4,779   | 24.5   | 3,191   | 16.9   | 6,992   | 29.0   | 5,028   | 18.6   | 5,709   | 17.8   |
| HC.6.2 School health program                          | 1,063   | 5.5    | 496     | 2.6    | 1,400   | 5.8    | 1,269   | 4.7    | 2,384   | 7.4    |
| HC6.3 Communicable disease Prevention                 | 2,536   | 13.0   | 3,762   | 19.9   | 3,481   | 14.4   | 3,037   | 11.3   | 2,387   | 7.5    |
| HC6.4. Non-communicable disease Prevention            | 5,778   | 29.7   | 5,722   | 30.3   | 5,631   | 23.4   | 6,475   | 24.0   | 18,444  | 57.6   |
| HC6.5 Occupational Health                             | 68      | 0.3    | 321     | 1.7    | 141     | 0.6    | 201     | 0.7    | 167     | 0.5    |
| HC6.9 Others  | 5,261   | 27.0   | 5,415   | 28.6   | 6,463   | 26.8   | 10,971  | 40.7   | 2,864   | 8.9    |
| รายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค | 12,313  | -      | 20,585  | -      | 21,464  | -      | 35,202  | -      | -       | -      |

ที่มา: บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2555, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
ตัวเลขจากคำนวณโดยวิธี A System of Health Accounts 2000 (SHA 1.0)

ภาพที่ 4 การเปรียบเทียบรายจ่ายรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายจ่าย TEPP รายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับต้นทุนผลกระทบจากโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงของ NCD ในปี 2552 (หน่วย: ล้านบาท) (ราคาปีปัจจุบัน)





## วิจารณ์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ภาระโรคจาก NCDs และปัจจัยเสี่ยง NCDs นั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม รายงานรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (TEPP) มีลักษณะที่ผันผวน โดยมีสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ของรายจ่ายสุขภาพรวม (THE) ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวเป็นสัดส่วนที่มากกว่าค่าเฉลี่ยสำหรับประเทศรายได้ปานกลางระดับบน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 7.0<sup>(14)</sup> ทั้งนี้ แม้ว่าทั้งรายจ่าย TEPP ที่เป็นรายจ่ายรวมและ TEPP สำหรับภาระโรค NCDs ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่เป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่าการเพิ่มขึ้นของ THE และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

TEPP มีสัดส่วนของงบประมาณสำหรับภาระโรคกลุ่มโรค NCDs โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 70.0 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภาระโรคกลุ่มโรคติดต่อและการบาดเจ็บ อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า TEPP รวมและ TEPP สำหรับภาระโรค NCDs โดยส่วนใหญ่เป็นงบสำหรับการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับทุติยภูมิ) และการจัดการภาวะแทรกซ้อน (การป้องกันระดับตติยภูมิ) ซึ่งแหล่งงบประมาณหลักมาจากรัฐบาล ส่วนงบสำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) กลับมีสัดส่วนที่ไม่สูงนัก โดยแหล่งที่มาของงบประมาณคือส่วนเพิ่มของภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (earmarked tax) ซึ่งมีนัยยะว่า การจัดการปัญหาจากโรค NCDs ยังเป็นไปในลักษณะของการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นมาตรการระดับบุคคลมากกว่า การป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งเป็นมาตรการระดับประชากร

ทั้งนี้ ความผันผวนของงบประมาณ TEPP มีข้อสังเกตว่า อาจขึ้นอยู่กับนโยบายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงนิยามของการเก็บข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงการจัดการข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (เช่น การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพจากปี 2549

มาปี 2550) รวมถึงการได้รับงบประมาณต่อหัวเพิ่มเติมในปี 2550 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นภาพรวมของรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ไม่ใช่เฉพาะเจาะจงแค่โรค NCDs

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นพบว่า ทรัพยากรที่ประเทศไทยลงทุนสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs ยังไม่สัมพันธ์กับขนาดปัญหา เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ประการแรก ในแง่จำนวนงบประมาณนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนผลกระทบแล้วพบว่า ต้นทุนผลกระทบมีขนาดใหญ่กว่างบประมาณเพื่อการป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงอย่างมาก หลักฐานทางวิชาการจากหลายการศึกษาชี้ว่า มูลค่าผลกระทบจากโรค NCDs ยังมีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศเพื่อการป้องกันโรค NCDs (การป้องกันไม่ให้เกิดโรค การรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อน) ถึง 11 เท่า อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวยังไม่สามารถสะท้อนได้ว่า งบประมาณการป้องกันโรค NCDs ของประเทศไทยสัมพันธ์กับขนาดของปัญหาหรือไม่ เนื่องจากอาจไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรงระหว่างค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค NCDs ในทุกโรค NCDs กับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรค NCDs 4 กลุ่มโรคหลัก ซึ่งต้นทุนดังกล่าวเป็นต้นทุนทางตรงจากค่ารักษาพยาบาล และต้นทุนทางอ้อมจากสูญเสียผลิตภาพ

ประการที่สอง แม้จำนวนงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ว่าอัตราการเปลี่ยนแปลง (percentage change) ของทั้ง TEPP รวมและ TEPP สำหรับ NCDs ที่เพิ่มขึ้นนั้น โดยเฉลี่ยแล้วยังน้อยกว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของ THE และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่า งบประมาณในส่วนนี้ยังเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ และประการที่สามคือ ในแง่ปฏิบัตินั้น ทั้งงบประมาณ TEPP รวมและ TEPP สำหรับ NCDs ในส่วนของภาคการศึกษานั้นยังผันผวนโดยความผันผวนนั้นเป็นทั้งระบบ และเกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณจากรัฐบาล ซึ่งความผันผวน

และไม่แน่นอนดังกล่าว อาจส่งผลถึงการวางแผนการดำเนินการระยะยาวเพื่อการป้องกันโรค NCDs

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาค่อนข้างจำกัด ทั้งการศึกษาของประเทศไทยและในระดับนานาชาติที่บ่งบอกถึงงบประมาณที่ควรจะเป็นสำหรับการป้องกันโรค NCDs ดังนั้น ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นทั้งช่องว่างในทางวิชาการ และนโยบายที่ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญ

เมื่อก้าวถึงข้อจำกัดของการศึกษากล่าวได้ว่า เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยมีแหล่งข้อมูลหลักจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมไปถึงรายงานภาระโรคและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรค ซึ่งผลการศึกษารายงานเหล่านี้ บอกเพียงค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค NCDs เท่าที่ข้อมูลสามารถจำแนกได้ นอกจากนี้ ยังไม่พบข้อมูลค่าใช้จ่ายที่จำแนกการป้องกันโรค NCDs รายโรค ด้วยเหตุที่การคำนวณรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความจำกัดพอสมควร เนื่องจากข้อมูลที่มีอาจมีความจำกัดในการลงรายละเอียดจำแนกตามเพศ อายุ หรือภาระโรค จึงต้องใช้สมมติฐานหลายประการ

แม้ว่าโรค NCDs ได้รับความสำคัญในการจัดการปัญหาเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ด้วยเหตุที่ต้นทุนผลกระทบของ NCDs นั้นมีมูลค่าสูงมาก ดังนั้น ภาครัฐจึงควรยกระดับความสำคัญในการจัดการและการป้องกันโรค NCDs ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการการป้องกันโรค NCDs ที่ดำเนินการอยู่

ในแง่ของการจัดสรรงบประมาณนั้น ควรได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเพิ่มขึ้น โดยอย่างน้อยควรเป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราเดียวกับ THE โดยรัฐควรจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อการป้องกันระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ จะเป็นผลดีอย่างมากต่อการบริหารจัดการปัญหา NCDs หากงบประมาณ THE และ TEPP ไม่ผันผวนดังที่เป็นมา นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรบุคคล เพิ่มศักยภาพ รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพให้กับแนวทางการ

ดำเนินการป้องกันโรค NCDs ที่เป็นไปในลักษณะของการบูรณาการร่วมกับมาตรการทางสาธารณสุขอื่น ๆ รวมถึงการป้องกันปัญหาจากปัจจัยเสี่ยงโรค NCDs ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ สำหรับการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายสุขภาพและรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย ขอขอบคุณข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเชิงวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิจากการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2558 ณ จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้ บทความฉบับนี้เป็นความคิดเห็นในทางวิชาการของผู้วิจัย ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัด

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
2. Ministry of Public Health of Thailand. Burden of disease and injuries in Thailand: priority setting for policy. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2002.
3. โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. รายงานฉบับย่อ เรื่อง การประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคเรื้อรัง (Economic burden of non-communicable diseases). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
4. สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; 2556.

5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. บัญชีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2558.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อตกลงเลขที่ สวรส.52-035. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ไม่ระบุปีที่พิมพ์.
8. มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษานายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, กรรณิการ์ จิตินุญสุวรรณ, และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551.
9. มนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบูรณ์, ไพบุลย์ พิทยาเฮียรอนันต์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.
10. ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, จุฬารณีย์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุปล ลิ้มวัฒนานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, สุรศักดิ์ ไชยสงค์. ต้นทุนของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2553. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2554.
11. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย. การประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ (บุหรี่/ยาสูบและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ไม่ระบุปีที่พิมพ์.
12. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สถิติบัญชีประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 มิ.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=94>
13. Martuzzi M, Tickner JA, editors. The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2004
14. Watabe A, Wongwatanakul W, Thamarangsi T, Prakongsai P, Yuasa M. Analysis of health promotion and prevention mechanism in Thailand, Health Promot Int. Forthcoming 2016.

**Abstract: Trend in Financing for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (NCDs) in Thailand, 2002–2012**

**Weranuch Wongwatanakul, B.Econ., M.Sc.\*; Shaheda Viriyathron B.Econ., M.Econ.\*, Phusit Prakongsai, M.D., Ph.D. (Public Health and Policy)\*, \*\***

*\* International Health Policy Program; \*\* Bureau of International Health, Permanent Secretary Office, the Ministry of Public Health of Thailand*

*Journal of Health Science 2016;25:571–82.*

Over the past decade, there has been a significant increase in burden of disease from non-communicable diseases (NCDs), which were attributed to extremely large amount of both mortality and DALYs loss, in Thailand and worldwide. This documentary research was aimed at exploring the overview of NCD prevention and control in Thailand during 2002–2012. Its objective was also to examine whether expenditure for NCD prevention and control matches with the magnitude of NCD burden. Main data sources were from the National Health Accounts (NHA) of Thailand as well as National Health Sub-accounts for Health Expenditure on Disease Prevention and Health Promotion in 2012. NCD prevention in Thailand has been implemented on both disease prevention and health promotion approaches. Since 2002, the total expenditure on prevention and promotion (TEPP) had been continuously in a rise; however, percentage change of its increasing trend was smaller than that of the total health expenditure (THE) and economic growth. During 2006–2012, though TEPP was increasing, on average, 12.3% per year; it was fluctuated. Both overall TEPP and TEPP for NCDs were mainly for secondary and tertiary preventions; while primary prevention share the minority in overall resources for NCD prevention. Furthermore, impacts from NCDs and their health risk factors were much higher, in terms of estimated cost, than NCD prevention. In addition, economic cost of NCDs was 11 times higher than TEPP for NCD. Therefore, it is extremely important for the Thai government to scale up its priority in NCD prevention and control. Government budget should be increased at least as high as an increasing percentage change in THE. It is also important to increase budget for primary prevention and public health interventions rather than secondary and tertiary prevention. Moreover, for better governance in NCD prevention, there should be a strong political support in re-allocation of health professionals and building specific capacity for them as well as boost up existing effective interventions and implementation. Additionally, NCD prevention in Thailand should be integrated with other public-health interventions and prevention of NCDs' risk factors.

**Key words:** NCDs, disease prevention, health promotion, health financing