

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

รายจ่ายสุขภาพ (Health expenditure) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศเพราะเป็นดัชนีสำคัญที่แสดงทรัพยากรนำเข้าทั้งโดยภาครัฐและเอกชน แสดงภาวะของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรัฐบาล และสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรหรือรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ และเป็นดัชนีที่สำคัญอีกอันหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศหนึ่งๆ ได้ใช้ทรัพยากรของตนไปสู่กิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร อีกทั้งสามารถนำไปเปรียบเทียบกับนานาประเทศได้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534)

กองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รวบรวมและรายงานรายจ่ายสุขภาพโดยยึดแนวทางและระบบของ United Nations System of National Account (UN-SNA) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2503 ซึ่งคำนวณรายจ่ายสุขภาพจากรายจ่ายค่ายา และที่ไม่ใช่ค่ายา ซึ่งพบว่ายังมีปัญหาในเชิงวิธีการที่ใช้ประมาณการอยู่ค่อนข้างมาก (สถิกร พงศ์พานิช และคณะ, 2544) อีกทั้งยังไม่สามารถทำการจำแนกรายจ่ายสุขภาพตามประเภทกิจกรรม (การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ) และตามประเภทสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ จึงทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนนโยบายได้เท่าที่ควร เนื่องจากไม่สามารถนำไปวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของรายจ่ายสุขภาพแต่ละประเภทได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้มองเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มีการพัฒนาการจัดทำระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา

1.2 วิวัฒนาการของ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย

ระยะที่ 1 ในปี พ.ศ. 2538 สวรส. ได้ร่วมมือกับวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำโครงการวิจัย “บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 (National Health Account: NHA1)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทั้งนี้คณะวิจัยได้ประยุกต์หลักการจัดทำระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศในกลุ่มองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economics Cooperation and Development - OECD) มีการกำหนดคำนิยามรายจ่ายสุขภาพ และพัฒนาคู่มือระเบียบวิธีการเก็บข้อมูล การประมาณการรายจ่ายสุขภาพที่จ่ายโดยแหล่งการคลังสูงสุด (Ultimate Source of Finance) ไปยังหน่วยจ่ายแทน (Financing Agencies) ทั้งภาครัฐและเอกชน

และการกระจายรายจ่ายสุขภาพที่หน่วยจ่ายแทน จ่ายต่อไปยังประเภทสถานพยาบาล และประเภทของกิจกรรม (สถิกร พงศ์พานิช และคณะ ,2544)

แม้ว่า NHA1 จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการวิจัย แต่ก็มีข้อจำกัดในการแสดงการกระจายรายจ่ายสุขภาพจากหน่วยจ่ายแทน (Financing Agencies) ไปตามประเภทสถานพยาบาลและประเภทกิจกรรม โดยไม่สามารถแจกแจงรายละเอียดคล้ายแบบของ OECD ได้ กล่าวคือ ขาดรายละเอียดการจำแนกรายจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาออกจากบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน และรายจ่ายตามโครงการสาธารณสุขอื่น ๆ เนื่องจากฐานข้อมูลส่วนใหญ่ไม่อำนวย

ระยะที่ 2 เพื่อให้รายจ่ายสุขภาพของประเทศสามารถเปรียบเทียบกับนานาประเทศได้ อีกทั้งให้สอดคล้องต่อการใช้งานในประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งวิธีการประมาณและโครงสร้างพื้นฐาน ระบบฐานข้อมูลบัญชีสุขภาพให้มีความทันสมัย ถูกต้องและแม่นยำ และให้สามารถออกรายงานได้อย่างต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นในปี พ.ศ. 2542 สวรส. จึงได้สนับสนุนให้วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และ 2541 (National Health Account 1996,1998 - NHA2) เป็นโครงการต่อเนื่องจาก NHA1

ในการวิจัย NHA2 ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักไว้เป็นสองส่วน ส่วนแรกเป็นส่วนของวิชาการที่มีจุดมุ่งหมายในการค้นหา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงวิธีการคำนวณและประมาณค่ารายจ่ายสุขภาพแห่งชาติให้มีความถูกต้องและแม่นยำ ส่วนที่สองเป็นส่วนของการริเริ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบฐานข้อมูลบัญชีสุขภาพแห่งชาติ โดยอาศัยความร่วมมือจากคณะผู้ปฏิบัติการ (stakeholders) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานเจ้าของข้อมูลหลัก ในการจัดเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ในส่วนแรกนับว่าบรรลุผลมากพอสมควรแต่ วัตถุประสงค์ในส่วนที่สองนั้น ไม่ประสบผลสำเร็จมากนักเนื่องจากความไม่ต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ข้อมูลตลอดจนการประสานงานกันเองในหน่วยงานในการปรับฐานข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ

ผลจากการศึกษาในทั้งสองระยะ พบว่า ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่รวบรวมได้ในปี พ.ศ. 2537 2539 และ 2541 มีความแตกต่างจากตัวเลขค่าใช้จ่ายอนุกรมเดิมที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมรวบรวมรายงานมากกว่าร้อยละ 1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product-GDP) ซึ่งก่อให้เกิดข้อสงสัยว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยที่แท้จริงเป็นเท่าไร ความแตกต่างของข้อมูลจากสองแหล่งนี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขให้ความเห็นว่า น่าจะเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ แนวคิดที่แตกต่างกันในการจัดหาระบบบัญชีของทั้งสองระบบ และข้อมูลภาคเอกชนโดยเฉพาะในส่วนของครัวเรือนที่ใช้ข้อมูลจากการรายงานค่าใช้จ่ายของครัวเรือนจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นในการดำเนินโครงการจัดหาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในระยะที่ 3 สวรส.จึงได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) พัฒนาแนวทางการจัดเก็บข้อมูลรายจ่ายของครัวเรือนให้มีความถูกต้องใกล้เคียงความจริงมากที่สุด โดยได้ทำการสำรวจซ้ำครัวเรือนตัวอย่างบางส่วนของ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อ

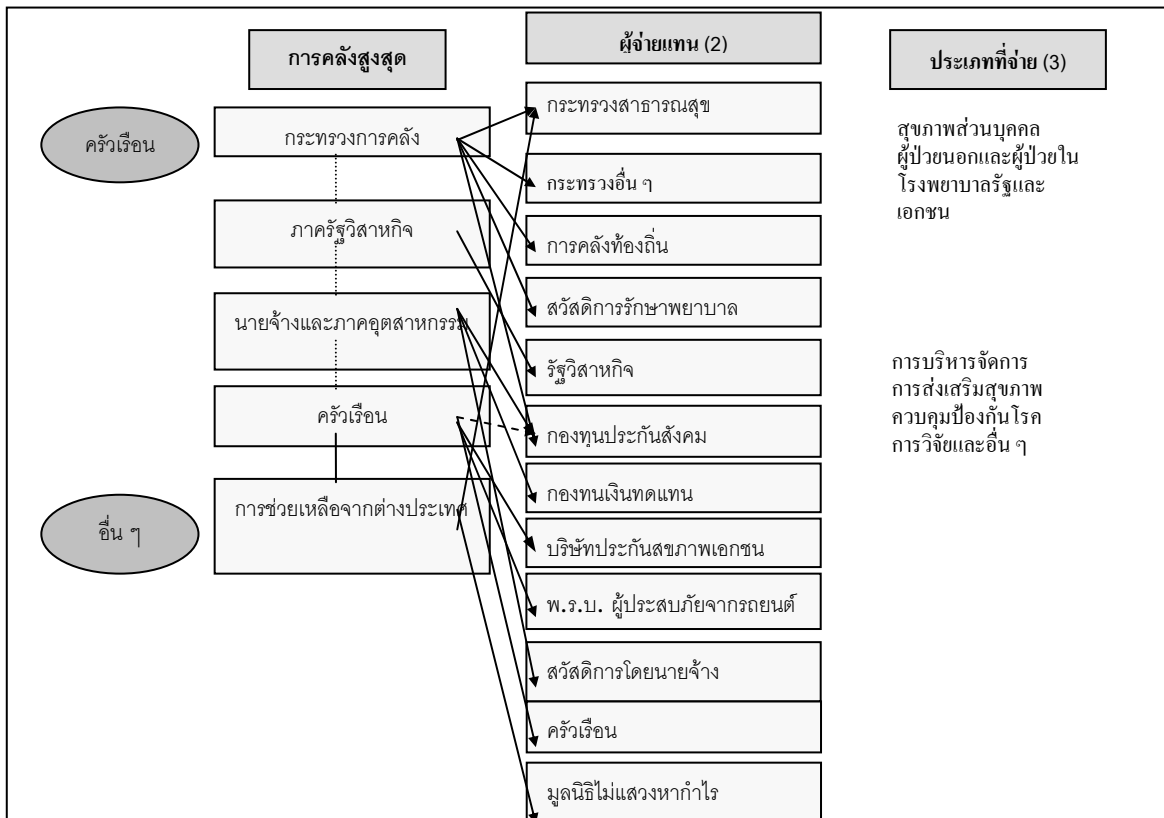
ทดสอบวิธีการสัมภาษณ์จากผู้ตอบสัมภาษณ์โดยตรง เพื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สัมภาษณ์โดยตามข้อมูลจากสมาชิกครัวเรือนคนใดคนหนึ่ง (proxy respondent)

พัฒนาการในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ ระยะที่ 3 นี้ ได้มีการปรับตารางนำเสนอข้อมูลโดยอ้างอิงจาก International Classification for Health Accounts (ICHA) ตามข้อเสนอแนะของ OECD ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดการไหลเวียนของรายจ่ายสุขภาพจากหน่วยจ่ายแทน (Financing Agencies) ไปยังประเภทของกิจกรรม (Function of Health Care) และประเภทของสถานพยาบาล (Health Care Provider) ได้ดีกว่าเดิม

1.3 กรอบแนวคิดของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

กรอบแนวคิดของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ เป็นการแสดงการไหลเวียนของการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพของประชากรในประเทศว่า มีแหล่งเงินทุนมาจากไหน จ่ายผ่านตัวกลางใด และทำไร เช่น จากที่ประชาชนจ่ายเป็นภาษีแล้วรัฐบาลนำมาจัดบริการเพื่อสุขภาพ จ่ายเพื่อการซื้อประกันสุขภาพ หรือจ่ายเพื่อการซื้อบริการสุขภาพโดยตรง และจ่ายไปเพื่อบริการด้านอะไรบ้าง ทำใด เช่น เพื่อการลงทุน การบริหารจัดการในระบบสุขภาพ และบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ เช่น รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ มากน้อยเท่าใด แนวคิดและการไหลเวียนของระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพจากแหล่งการคลังสูงสุด 5 หน่วย ไปยังหน่วยจ่ายแทนต่างๆ 12 แหล่ง ดังแสดงในรูปภาพที่ 1.1 และตารางที่ 1.1

แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ



ตารางที่ 1.1 กรอบแนวคิดการไหลเวียนของรายจ่ายสุขภาพจากแหล่งการคลังสูงสุด (Ultimate sources) ไปยังหน่วยจ่ายแทน (Financing Agencies)

Ultimate	Payment	Financing Agencies	Payment	Providers/Public Health Programmes
กระทรวงการคลัง	จัดสรรงบประมาณ	กระทรวงสาธารณสุข	Budgeting	บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐบาลและเอกชน
	จัดสรรงบประมาณ	กระทรวงอื่น ๆ	Budgeting	
	จัดสรรงบประมาณ	กระทรวงการคลัง (สวัสดิการรักษายาพยาบาล)	fee for services (ffs)	
	จัดสรรงบประมาณ	เทศบาลและสุขาภิบาล	Budgeting	
	จัดสรรงบประมาณ	กองทุนประกันสังคม	Capitation+ffs เล็กน้อย	
	จัดสรรงบประมาณ	กองทุนเงินทดแทน (ค่าบริหาร)	fee for services	
รัฐวิสาหกิจ	จัดสรรงบประมาณ	องค์กรสาธารณสุขประโยชน์	Budgeting	ดำเนินการกิจกรรมโดยตรง
	จัดสรรงบประมาณ	รัฐวิสาหกิจ	fee for services	บริการที่สถานพยาบาลรัฐบาลและเอกชนสำหรับพนักงานและเอกชน
นายจ้าง	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนประกันสังคม	Capitation + ffs	บริการที่ สถานพยาบาลรัฐบาล และ public health programme บางส่วนของ สวัสดิการจากนายจ้างดำเนินการกิจกรรมด้านสุขภาพเอง
	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนทดแทนแรงงาน	fee for services	
	Reimbursement	สวัสดิการรักษายาพยาบาลโดยนายจ้าง	fee for services	
	Premium	ประกันสุขภาพ	fee for services	
ครัวเรือน	Out of pocket	ครัวเรือน	fee for services	สถานพยาบาลรัฐและเอกชนและบริการ public health programmes
	Premium	ประกันสุขภาพเอกชน	fee for services	
	Premium	พ.ร.บ. คุ่มครองผู้ประสบภัย	fee for services	
	บริจาค	มูลนิธิ องค์กรสาธารณสุขประโยชน์	Budgeting	
	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนประกันสังคม	Capitation	
Donors	บริจาค	กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงอื่น ๆ	Budgeting	ดำเนินการกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสุขภาพ
			Budgeting	

ที่มา : อดิศวร หลายชูไทย และคณะ, 2540 บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537

ตารางที่ 1.2 ตารางการไหลเวียนเงินจากหน่วยจ่ายแทน (Financing Agency) ไปยังกิจกรรมและสถานพยาบาล ตามข้อแนะนำของ OECD ในระยะ ที่1 (พ.ศ. 2537 ปรับหน่วยจ่ายแทนให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย)

Use of Fund	● Financing Agencies												Total	Row percent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	MOPH	Other Ministry	MOF. CSMBS	Local gov't	State enterprise	Social Security	WCF	Private insurance	Employer benefit	Traffic insurance	Household	Non-profit		
0. BUDGET														
I OPERATING EXPENDITURE														
1. Administration														
II. PUBLIC INSTITUTION														
2. Sub district health station														
3. Municipal health center														
4. District hospital														
5. Provincial hospital														
6. Specialised hospital														
7. Psychiatric hospital														
8. University hospital														
9. Mother and child hospital														
III. PRIVATE INSTITUTION														
10. Traditional medicine														
11. Private clinic practitioner														
12. Private pharmacy														
13. Private hospital														
14. Private diagnostic services														
15. Private dental clinic / services														
16. Private eye vision / ophthalmic														
IV. PUBLIC HEALTH PROGRAMS														
17. Safe water program														
18. Sanitation program														
19. Disease control														
20. Immunization														
21. Health promotion program														
22. Rehabilitation services														
23. Health education														
24. Bio- Medical research														
25. Health system research														
26. Food and drug administration														
27. Other services														
28. TOTAL CONSUMPTION EXPENDITURE														
29. PERCENT CONSUMPTION EXPENDITURE														
30. CAPITAL FORMATION EXPENSES														
31. PERCENT CAPITAL EXPENSES														
32. TOTAL HEALTH EXPENSES (28+30)														
33. COLUMN PERCENT														
34. BALANCE (0-32)														
35. EXPENSES / BUDGET RATIO														

Source: Mach & Abel-Smith (1983)

note: MOPH: Ministry of Public Health, CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme, WCF: Workmen Compensation Fund

ตารางที่ 1.3 ตารางการไหลเวียนเงินจากหน่วยจ่ายแทน (Financing Agency) ไปยังกิจกรรมและสถานพยาบาล ตามข้อเสนอแนะของ OECD ในระยะ ที่ 2 (พ.ศ. 2539 และ 2541 ปรับหน่วยจ่ายแทนให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย)

Use of Fund	Public Financing Agencies							Private Financing Agencies					Total	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
	MOPH	Other mins	Local gov't	CSMBS	State enterprise	SSS	WCF	Private insurance	Traffic insurance	Employer benefit	Household	Non-profit			
I. Personal Health Care															
1. Inpatient care															
• Acute public hospital care															
• Acute private hospital care															
• Psychiatric hospitals															
• Other specialized hospital care															
2. Ambulatory care															
• Physicians services in public sector															
• Physicians services private sector															
• Dental services															
• Other professionals health services															
• Other non professionals services															
• Self prescribe drug															
• Therapeutic Appliance															
II Other Health Expenditures															
3. Investment on facility															
4. Administration															
5. Safe water Programme															
6. Sanitation Programme															
7. Communicable diseases control															
8. Health Promotion															
9. Immunisation															
10. Rehabilitation services															
11. Health education															
12. Manpower in services training															
13. Bio-medical Research															
14. Health System Research															
15. Consumer Protection in Health															
16. Other services															
Total Health Expenditure															
Percent															

สาเหตุที่จำเป็นต้องปรับปรุงตารางรายงานผล จาก OECD เนื่องจากการดำเนินการศึกษาในระยะที่ 2 นั้น ส่วนของการแจกจ่ายละเอียดรายจ่ายด้านยาออกจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกนั้นไม่สามารถทำได้เนื่องจากฐานข้อมูลในภาคส่วนต่างๆไม่อำนวย คณะวิจัยจึงได้ทำการปรับปรุง ตารางการไหลเวียนของแหล่งเงินเพื่อสุขภาพใหม่ ดังรายละเอียดใน ตาราง 1.3 ข้างต้น

จากประสบการณ์การจัดทำ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในระดับสากลที่ผ่านมา ในช่วง 2 ทศวรรษ เมื่อนำผลมาเปรียบเทียบในระดับนานาชาติ เพื่อวิเคราะห์นโยบายสุขภาพ พบว่า มีเนื้อหา (Contents) และขอบเขต (Boundaries) ของการใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกันระหว่างประเทศ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะให้ทำการศึกษา โดยแสดงมิติของการรายงานเป็นหลายมิติ (Multi-dimensional Process) ซึ่งมีความซับซ้อน ดังนั้นจึงมีการจัดทำชุดของตารางหลัก ในระบบบัญชีสุขภาพ (System of Health Accounts – SHA) เพื่อตอบคำถามพื้นฐาน 3 ประการที่สำคัญ ต่อไปนี้

1. เงินมาจากแหล่งใด (Source of funding)
2. จ่ายไปยังที่ใด (Provider of health care services and goods)
3. จ่ายเพื่อกิจกรรมใด และจ่ายเพื่อบริการใด (kind of functional services and type of goods purchase)

ทั้งนี้ SHA ได้สรุป ตารางการรายงานผลใหม่ในรูป 3 มิติ โดยอ้างอิงตาม International Classification for Health Accounts (ICHA) ดังนี้

1. Health care by function (ICHA-HC)
2. Health care service provider industries (ICHA-HP)
3. Sources of funding for health care (ICHA-HF)

ตารางมาตรฐานที่เสนอโดย SHA มีทั้งสิ้น 10 ตาราง ดังนี้

Table 1. Current expenditure on health by function of care, provider and source of funding (= total uses of resident unit of health care services and goods by functional of care, provider and source of funding; at current prices).

Table 2. Current expenditure on health by function of care and provider industry (= total uses of resident units of health care services and goods by function of care and provider industry; at current prices).

Table 3. Current expenditure on health by provider industry and source of funding (= total uses of residents of health care services and goods by provider industry and by source of funding; at current prices).

Table 4. Current expenditure on health by function of care and source of funding (= total uses of resident units of health care services and goods by function of care and source of funding; at current prices).

Table 5. Total expenditure on health including health-related functions.

Table 6. Personal expenditure on health by major ICD-categories.

Table 7. Personal expenditure on health by age and gender.

Table 8. Selected price indices for health care.

Table 9. International trades in health care.

Table 10. Total employment in health care industries.

การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ระยะที่ 3 ของประเทศไทย คณะวิจัยได้ยึดตามระบบ OECD-SHA นี้ แต่สามารถดำเนินการจัดทำตามตารางมาตรฐานได้เพียง 5 ตาราง คือ ตารางที่ 1-5 เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลในปัจจุบัน โดยได้ทำการศึกษาย้อนหลังไปจนถึง ปี พ.ศ. 2537 รวมทั้งสิ้น 8 ปี ให้อยู่ในรูปแบบรายงานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบ และศึกษาแนวโน้มของการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ในระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

1.4 องค์ประกอบของเอกสาร

รายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ แบ่งออกเป็น

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหา วิวัฒนาการของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย และกรอบแนวคิดของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 2 วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย คำนียามและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินการในครั้งนี้อย่างครบถ้วนเปรียบเทียบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพในระบบที่สำคัญในประเทศไทย

บทที่ 3 รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย นำเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ตอนที่ 1 รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวม เป็นการนำเสนอจำนวนรายจ่ายสุขภาพ การเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และ รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร ตอนที่ 2 การไหลเวียนของรายจ่ายสุขภาพ เพื่อแสดงให้เห็นว่า รายจ่ายสุขภาพมีที่มาจากแหล่งใด สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพไปสู่ผู้ให้บริการใดบ้าง แบบแผนรายจ่ายสุขภาพตามกิจกรรมเป็นอย่างไร และ ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบข้อมูลจาก National Health Accounts ของประเทศไทยกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาในกลุ่มอาเซียน

บทที่ 4 ประเด็นนำเสนอทางนโยบาย เกี่ยวกับทิศทางการเติบโตของรายจ่ายสุขภาพของประเทศ ตลอดจนข้อเสนอแนะ ในการพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพในอนาคต