

บรรณาธิการ

บทความทั้งสองเรื่องนี้ มีความเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับ “คน” อันเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาประเทศ เรื่องแรก คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคและการออมส่วนบุคคล เป็นการสะท้อนถึงพฤติกรรมผู้บริโภคโดยรวม ส่วนอีกเรื่องนำเสนอการบริโภคเฉพาะลงไปในเรื่องยารักษาโรค ซึ่งถือว่าสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคนและการพัฒนาประเทศโดยรวม ในขณะที่ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก

พร้อมนี้ ได้สรุปแนวทางการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติในภูมิภาคอาเซียนไว้ที่หน้าหลัง เพื่อแสดงถึงระดับการพัฒนาการจัดทำบัญชีประชาชาติของประเทศและเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน รวมทั้งแนวทางการพัฒนาต่อไปในอนาคต

ผู้อ่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้ตามที่อยู่ที่ได้รับไปหน้าหลัง เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตาม

Inside this issue:

- การบริโภคของครัวเรือน ๑
- ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคและการออมส่วนบุคคลใน ๑
- ศัพท์บัญชีประชาชาติ ๕
- แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติในภูมิภาคอาเซียน ๘

การบริโภคของครัวเรือน

จิตราภรณ์ เมฆกระจ่าง

บทนำ

ยา ในที่นี้หมายถึงยารักษาโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์และถือเป็นกลไกหลักสำหรับการพัฒนาประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกฉบับจึงได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งรวมถึงการสร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่ประชาชน โดยส่งเสริมการจัดการระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลการบริโภคนับเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่ใช้เป็นเครื่องชี้วัดหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยสามารถใช้ในการวิเคราะห์ได้ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การบริโภคยาเฉลี่ยต่อประชากรสามารถบ่งบอกได้ถึงสถานภาพด้านการรักษาสุขภาพอนามัยของบุคคลว่ามีมากน้อยเพียงใด สัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อการใช้จ่ายทั้งหมดสามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดเพื่อประกอบกรณีวิเคราะห์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ มูลค่าเพิ่มที่เกิดจากอุตสาหกรรมการผลิตยา นอกจากสะท้อนถึงค่าใช้จ่ายของประชาชนในด้านการบริโภคยาแล้ว ยังสามารถแสดงให้เห็นถึงขนาดของธุรกิจประเภทนี้ที่นับวันจะทวีความสำคัญและซับซ้อนมากขึ้นโดยลำดับ ทั้งในด้านขนาดของธุรกิจการผลิต กิจกรรมการตลาดซื้อขาย และขนาดของการค้าปลีกยาในประเทศ

สำนักบัญชีประชาชาติ สศช. จึงได้ศึกษาและพัฒนาวิธีการจัดทำมูลค่าการบริโภคของครัวเรือนเพื่อให้สามารถสะท้อนการใช้จ่ายที่แท้จริง โดยดำเนินงานร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ข้อมูลยาที่ปรากฏในสถิติบัญชีประชาชาติและบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมีความถูกต้องและสอดคล้องกัน

ต่อหน้า ๒

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคและการออมส่วนบุคคลในประเทศไทย

ณมัตถ์ นาคหลวง

ตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สำนักเคนส์ (Keynesian Economics) การบริโภคและการออมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับรายได้ กล่าวคือ เมื่อรายได้สุทธิส่วนบุคคล (Disposable Income: DI) เพิ่มขึ้น การบริโภคส่วนบุคคล (Personal Outlay) ย่อมเพิ่มขึ้นเช่นกัน และส่งผลให้การออมส่วนบุคคล (Personal Savings) ซึ่งเป็นรายได้ส่วนที่เหลือจากการบริโภคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าการบริโภคของแต่ละบุคคลขึ้นกับระดับรายได้สัมบูรณ์ (Absolute Income) ที่ได้รับในขณะนั้น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภค การออม และรายได้สุทธิส่วนบุคคลของประเทศไทย

	2527	2532	2538	2541	2543	2548	2550
การบริโภคส่วนบุคคล ¹ (พันล้านบาท)	668	1,258	2,295	2,573	2,812	4,129	4,664
การออมส่วนบุคคล ¹ (พันล้านบาท)	125	213	318	470	368	329	661
รายได้สุทธิส่วนบุคคล ¹ (พันล้านบาท)	792	1,471	2,613	3,043	3,180	4,458	5,325
ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย ² (APC)	0.84	0.86	0.88	0.85	0.88	0.93	0.88
ความโน้มเอียงในการออมเฉลี่ย ² (APS)	0.16	0.14	0.12	0.15	0.12	0.07	0.12
ความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย ² (MPC)	0.61	1.35	0.82	-1.56	1.47	0.97	0.45
ความโน้มเอียงในการออมหน่วยสุดท้าย ² (MPS)	0.39	-0.35	0.18	2.56	-0.47	0.03	0.55

- ที่มา: 1. สถิติรายได้ประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. คำนวณโดยผู้เขียน

ต่อหน้า ๖

ขอบเขตและข้อจำกัด

รายจ่ายเพื่อการบริโภคยาของครัวเรือน ปรากฏอยู่ในหมวด 6: สุขภาพ (Health) ตามการจัดจำแนกหมวดหมู่รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือน หรือ Private Consumption Expenditure (PCE) ที่เรียกว่า Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP) โดยการบริโภคยารอบคลุม ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้ในทางแพทย์ ภายใต้ พรบ.ที่เกี่ยวข้องกับยา ประกอบด้วย (1) พรบ.ยา (2) พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ (3) พรบ.ยาเสพติดให้โทษ ไม่รวมวิตามิน ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ และเวชภัณฑ์ที่มีขายา โดยคิดรวมทั้งที่ครัวเรือนใช้จ่ายซื้อหามาเองและที่ได้รับบริจาคจากรัฐบาล และองค์กรไม่แสวงหากำไร หรือรวมทั้งยาที่ซื้อจากร้านขายยาและสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

ข้อมูลทั้งด้านการผลิตและการใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายละเอียดที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ในระดับลึกและกว้างมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องไว้ในแหล่งเดียวกันและจัดทำรายงานอย่างเป็นระบบ โดยจัดเก็บไว้เพื่อใช้งานตามวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยงานเท่านั้น ส่งผลให้การติดตามและจัดเก็บข้อมูลเป็นไปได้ยากโดยเฉพาะการใช้จ่ายซื้อยาบริโภค เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีความหลากหลาย เช่น สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลในสังกัดของหน่วยราชการอื่นและรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนวิชาชีพแพทย์ คลินิก สถานพยาบาลและโรงพยาบาลของเอกชน และร้านขายปลีกยาทั่วประเทศ เป็นต้น

การประมาณค่า

จากข้อจำกัดด้านข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว จึงจำเป็นต้องประมาณมูลค่าการบริโภคยาทางอ้อม เรียกว่า “วิธีกระแสสินค้า” หรือ Commodity flow เพื่อแสดงการไหลเวียนของยาในระบบเศรษฐกิจ เริ่มตั้งแต่การผลิต การส่งออก การนำเข้า และยาชำรุด/สูญเสียในขั้นตอนต่าง ๆ จนกระทั่งไปสู่ผู้บริโภคในราคาผู้ซื้อหรือราคาผู้บริโภค โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ได้จัดเก็บไว้ใช้ตามวัตถุประสงค์ของแต่ละหน่วยงาน สอบถามผู้รู้หรือผู้ชำนาญการ โดยประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยขอนแก่น และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รวมทั้งศึกษาจากงานวิจัยและรวบรวมจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลงานวิจัยเรื่องมูลค่าการบริโภคยาในประเทศไทยปี 2543-2544¹

การคำนวณมูลค่าการบริโภคยาด้วยวิธีกระแสสินค้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1) ประมาณมูลค่าการบริโภคยา ณ ราคาผู้ประกอบการ โดย

$$\text{มูลค่าการบริโภคยา} = \text{มูลค่าการผลิต} + \text{มูลค่านำเข้า} - (\text{มูลค่าส่งออก} + \text{มูลค่ายาชำรุด/สูญเสีย})$$

2) กระจายมูลค่าการบริโภคยา ณ ราคาผู้ประกอบการ ไปยังช่องทางการจำหน่าย (Distribution channels) ต่างๆ ประกอบด้วย

- (1) โรงพยาบาล จำแนกออกเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล โดยพิจารณารายละเอียดการใช้จ่ายจากแหล่งจ่ายเงินหลัก ๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น และโรงพยาบาลเอกชน
- (2) ร้านขายยา
- (3) คลินิก
- (4) ช่องทางอื่น ๆ

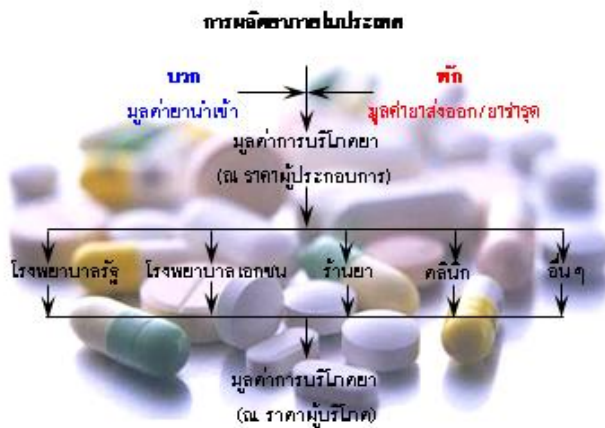
3) ปรับด้วยอัตราค่าการตลาดในช่องทางการจำหน่ายต่างๆ ตามข้อ 2) ให้เป็นมูลค่า ณ ราคาผู้บริโภค

ระบบบัญชีประชาชาติ ได้แบ่งแยกระหว่างราคา ณ โรงงานหรือราคาผู้ประกอบการ และราคาผู้ซื้อหรือราคาผู้บริโภค ส่วนต่างระหว่างราคาทั้งสอง คือ ส่วนเหลือมทางการตลาด (Trade margin) และค่าขนส่ง (Transportation cost)



¹งานวิจัยเรื่อง “มูลค่าการบริโภคยาในประเทศไทย พ.ศ.2543-2544” ศึกษาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ และคณะ และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (national Health Account) พ.ศ.2537-2544 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

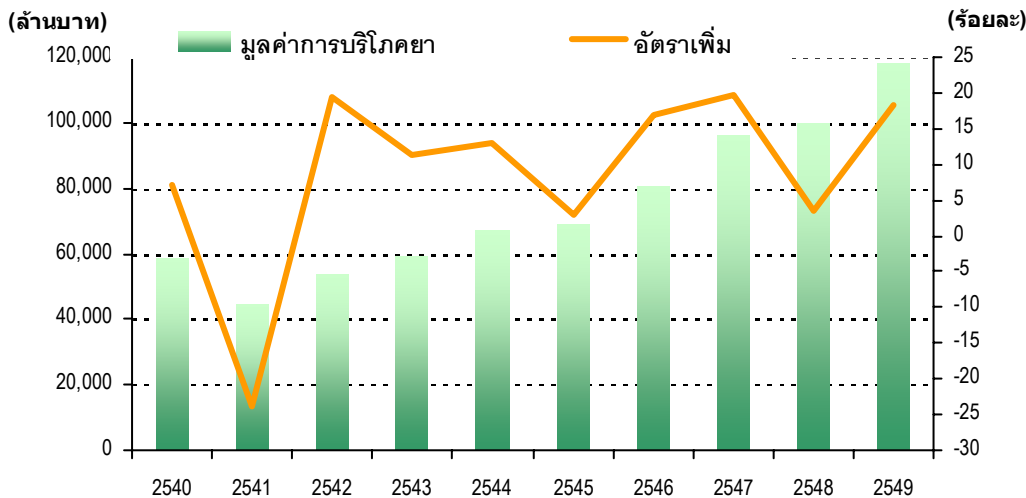
แผนภาพที่ 1: ขั้นตอนการคำนวณการบริโภทยา



ผลการปรับปรุง

ผลการปรับปรุงในเบื้องต้นตั้งแต่ปี 2540-2549 แสดงให้เห็นว่า ครัวเรือนไทยใช้จ่ายบริโภทยาซึ่งเป็นสินค้าที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนเพิ่มขึ้นโดยตลอด ยกเว้นในปี 2541 ที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ส่งผลให้ครัวเรือนลดการใช้จ่ายด้านต่างๆ ลงรวมทั้งค่ายา โดยเฉพาะการนำเข้ายาจากต่างประเทศลดลงมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อภาวะเศรษฐกิจเริ่มคลี่คลายลงตั้งแต่ปี 2542 การใช้จ่ายด้านยาได้ปรับตัวสูงขึ้นและขยายตัวต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

แผนภาพที่ 2: มูลค่าการบริโภทยา



มูลค่าการบริโภทยาหรือการใช้จ่ายด้านยาของครัวเรือนในปี 2540 เท่ากับ 58,518 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.3 ของการใช้จ่ายรวมหรือ PCE และมีสัดส่วนร้อยละ 1.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศหรือ GDP โดยในปี 2549 การบริโภทยาเพิ่มขึ้นเป็น 118,144 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.7 ต่อการใช้จ่ายรวม จะเห็นว่าการใช้จ่ายเพื่อการบริโภทยามีแนวโน้มปรับตัวเพิ่มขึ้นโดยตลอดหรือเฉลี่ยต่อปีในอัตราร้อยละ 11.4 เมื่อคิดเฉลี่ยต่อประชากรพบว่า การบริโภทยาเฉลี่ยต่อคนมีมูลค่า 966 บาท ในปี 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,802 บาท ในปี 2549 (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นถึงคนไทยบริโภทยาโดยเฉลี่ยต่อคนทั้งที่ซื้อเองและได้รับจากรัฐบาลและองค์กรไม่แสวงหากำไรมากขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัวภายในช่วงระยะเวลา 10 ปี ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการเร่งรัดการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพต่างๆ ตามมาตรการส่งเสริมการจัดระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นการให้บริการผ่านโรงพยาบาลรัฐบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาจากข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด(Life Expectancy at Birth)ของคนไทย พบว่าเพิ่มขึ้นโดยตลอดจาก 68.8 ปีในปี 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 72.25 ปีในปี 2549

ตารางที่ 1: มูลค่าการบริโภควา

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
1.การใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคโดยรวม (ล้านบาท)	2,586,956	2,505,312	2,595,113	2,762,925	2,941,012	3,119,979	3,385,602	3,711,286	4,060,414	4,376,585
อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)		-3.2	3.6	6.4	6.5	6.1	8.5	9.6	9.4	7.8
2.มูลค่าการบริโภควา (ล้านบาท)	58,518	44,625	53,328	59,325	66,975	68,855	80,586	96,529	99,927	118,144
อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)		-23.7	19.5	11.3	12.9	2.8	17.0	19.8	3.5	18.2
3.สัดส่วนการบริโภควาต่อการอุปโภคบริโภครวม (ร้อยละ)	2.3	1.8	2.1	2.2	2.3	2.2	2.4	2.6	2.5	2.7
4.การบริโภควาเฉลี่ยต่อคน (บาท)	966	729	863	953	1,066	1,086	1,260	1,496	1,535	1,802

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีทิศทางสอดคล้องกัน โดยร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในช่วงปี 2545-2549 หรือภายหลังจากการไ้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2545 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพในปี 2542 เท่ากับ 78.20 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.30 ในปี 2545 และร้อยละ 97.75 ในปี 2549 ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ยังไม่มีสิทธิหรือไม่ได้มีหลักประกันสุขภาพใดใด ลดลงจากร้อยละ 7.52 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 2.25 ในปี 2549

ตารางที่ 2: ความครอบคลุมการมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพ	78.20	78.20	78.20	92.30	93.73	95.42	96.32	97.75
ยังไม่มีสิทธิ/สิทธิว่าง				7.52	6.96	4.58	3.68	2.25

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนั้น การใช้จ่ายเพื่อการบริโภควาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของครัวเรือนโดยรวม โดยมีสัดส่วนร้อยละ 58.6 ในปี 2540 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.0 ในปี 2549 ส่วนที่เหลือคือค่าบริการรักษาพยาบาลที่ครัวเรือนจ่ายเอง อย่างไรก็ตาม การใช้จ่ายบริโภควาในที่นี้ได้รวมทั้งที่ครัวเรือนใช้จ่ายหรือซื้อเองและที่ได้รับจากรัฐบาลและองค์กรไม่แสวงหากำไร ในขณะที่ค่าบริการพยาบาลนั้นรวมเฉพาะที่ครัวเรือนและองค์กรไม่แสวงหากำไรจ่าย โดยไม่รวมส่วนที่รัฐบาลจ่ายให้ ซึ่งในระบบบัญชีประชาชาติถือเป็นรายจ่ายรัฐบาล

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ถึงระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วนทุกส่วนทั้งภาคครัวเรือน องค์กรไม่แสวงหากำไร และรัฐบาล



ตารางที่ 3: ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของครัวเรือน

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
บริการสุขภาพ (ล้านบาท)	99,879	88,893	105,170	114,541	126,570	133,794	146,307	163,959	168,667	187,598
• การบริโภคยา	58,518	44,625	53,328	59,325	66,975	68,855	80,586	96,529	99,927	118,144
• บริการรักษาพยาบาล	41,361	44,267	51,842	55,216	59,595	64,938	65,721	67,430	68,740	69,454
โครงสร้าง (ร้อยละ)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
• การบริโภคยา	58.6	50.2	50.7	51.8	52.9	51.5	55.1	58.9	59.2	63.0
• บริการรักษาพยาบาล	41.4	49.8	49.3	48.2	47.1	48.5	44.9	41.1	40.8	37.0

สรุป

การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาของครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด สะท้อนถึงภาระการใช้จ่ายในปัจจุบันที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะค่ายารักษาโรคซึ่งมีความสำคัญมากขึ้นโดยลำดับ นอกจากนี้จะเป็นผลส่วนหนึ่งมาจากการดำเนินนโยบายด้านบริการสุขภาพเพื่อให้บริการกับประชาชนอย่างทั่วถึงแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถพิจารณาจากสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายรวมที่เพิ่มขึ้นโดยตลอดเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ การวางแผน การกำหนดนโยบาย ตลอดจนการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาประเทศ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มีรายละเอียดเพียงพอ ถูกต้อง สะท้อนสถานการณ์ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ดีที่สุด โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ที่มีผลโดยตรงต่อการพัฒนาคนอันเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาประเทศ

ศัพท์บัญญัติประชาชาติ

การคำนวณรายได้ประชาชาติด้านการผลิต วัดผลผลิตโดยใช้ราคา ณ แหล่งผลิต (Producer Prices) ในกรณีสินค้าเกษตร เรียกว่า ราคาหน้าฟาร์ม (Ex-farm Prices) สินค้าอุตสาหกรรมเรียกว่า ราคาหน้าโรงงาน (Ex-factory Price) ในขณะที่การวัดรายได้ประชาชาติด้านการใช้จ่าย ใช้ราคาขายปลีก (Retail Prices) หรือราคาผู้ซื้อ (Purchaser's Prices) หรือราคาผู้บริโภค

ราคา ณ แหล่งผลิต หมายถึง จำนวนเงินหรือมูลค่าของสินค้าหนึ่งหน่วยที่ผู้ผลิตได้รับจากผู้ซื้อ โดยไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มหรือภาษีที่คล้ายกันและค่าขนส่ง

ราคาผู้ซื้อ หมายถึง จำนวนเงินหรือมูลค่าของสินค้าหนึ่งหน่วยที่ผู้ซื้อจ่าย โดยรวมภาษีมูลค่าเพิ่มที่ไม่สามารถหักได้และค่าขนส่ง

ดังนั้น ส่วนต่างระหว่างราคาผู้ผลิตและราคาผู้ซื้อ ประกอบด้วยสองส่วนคือ ภาษีมูลค่าเพิ่มที่หักไม่ได้และค่าขนส่ง เรียกโดยรวมว่าส่วนเหลือมทางการตลาด หรือ Trade Margin



นักเศรษฐศาสตร์สำนักเคนส์ต่างเชื่อว่า การจับจ่ายใช้สอยของประชาชนในการบริโภคสินค้าและบริการมักดำรงอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับรายได้ที่ได้รับ ขณะที่เงินออมเป็นเพียงเงินเหลือจ่ายเท่านั้น ความโน้มเอียงในการบริโภคสินค้าเฉลี่ย (Average Propensity to Consume: APC) ที่คำนวณจากสัดส่วนการบริโภคส่วนบุคคลต่อรายได้สุทธิส่วนบุคคลจึงมีค่าสูงและผกผันโดยตรงกับความโน้มเอียงในการออมเฉลี่ย (Average Propensity to Save: APS) จากข้อมูลสถิติรายได้ประชาชาติของประเทศไทยในช่วงทศวรรษ 1980-2000 (พ.ศ. 2523-2543) จะพบว่า สัดส่วนการบริโภคต่อรายได้มีค่า 0.87 โดยเฉลี่ย ข้อมูลดังกล่าวนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์การพัฒนา (Development Economics) ที่ว่าประเทศกำลังพัฒนาจะมีสัดส่วนการบริโภคต่อรายได้สูง ขณะที่สัดส่วนการออมต่อรายได้ต่ำ อันนำไปสู่ปัญหาช่องว่างระหว่างการออมและการลงทุน (Saving-Investment Gap) อย่างไรก็ตามนักเศรษฐศาสตร์สำนักเคนส์มีสมมติฐานว่า หากประเทศมีรายได้ประชาชาติเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC) ย่อมลดน้อยลง แต่ค่าความโน้มเอียงในการออมเฉลี่ย (APS) จะเพิ่มสูงขึ้น กล่าวได้ว่าประเทศพัฒนาแล้วจะมีอัตราการออมสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกับรายได้ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ แนวโน้มการบริโภคที่เปลี่ยนไปหากรายได้เปลี่ยนแปลง ตามทฤษฎีการบริโภคของเคนส์เรียกค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวนี้ว่า ความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (Marginal Propensity to Consume: MPC) นักเศรษฐศาสตร์สำนักเคนส์มีสมมติฐานว่า เมื่อรายได้สุทธิส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น (DY_d) การบริโภคจะเพิ่มขึ้น (DC) น้อยกว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้น ด้วยหลักการดังกล่าวความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) จึงมีค่าน้อยกว่า 1 หากพิสูจน์ด้วยสมการเอกลักษณ์ค่าความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) ยังเป็นปฏิกาคผกผันกับความโน้มเอียงในการออมหน่วยสุดท้าย (Marginal Propensity to Save: MPS) โดยที่ผลรวมของทั้งสองค่าย่อมเท่ากับ 1 ค่าแนวโน้มการบริโภคงกล่าวดังกล่าวยังมีความสำคัญในฐานะเครื่องมืออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการกระตุ้นอุปสงค์รวมกับอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ หากความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) มีค่าสูงหรือประชาชนมีแนวโน้มที่จะนำรายได้ที่เพิ่มไปจับจ่ายใช้สอยเพิ่มขึ้นแล้ว รายได้ประชาชาติก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นหลายเท่าด้วยผลของตัวคูณทวี (Multiplier Effect) แม้แนวคิดเหล่านี้จะเป็นหลักการพื้นฐานในการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์มหภาค แต่ความซับซ้อนของระบบการเงินตลอดจนพฤติกรรมกรบริโภคและการออมที่เกิดขึ้นจริงในหลายประเทศ อาจขัดแย้งกับแนวคิดดังกล่าวในบางประการ ดังเช่นข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศไทย

ตารางที่ 2 สัดส่วนการบริโภค สัดส่วนการออม การบริโภคหน่วยสุดท้าย และการออมหน่วยสุดท้าย

	2528-32	2533-37	2538-42	2543-47	2548-50	2530-40	2541-50
ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC)	0.82	0.86	0.88	0.92	0.91	0.86	0.90
ความโน้มเอียงในการออมเฉลี่ย (APS)	0.18	0.14	0.12	0.08	0.09	0.14	0.10
ความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC)	0.72	1.02	0.88	1.35	0.74	0.92	1.05
ความโน้มเอียงในการออมหน่วยสุดท้าย (MPS)	0.28	-0.02	0.12	-0.35	0.26	0.08	-0.05

ที่มา: คำนวณโดยผู้เขียน

หากพิจารณาข้อมูลช่วงยาวโดยเฉลี่ยระหว่างทศวรรษ 1980-2000 (พ.ศ. 2523-2543) จะพบว่า ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สวนทางกับความโน้มเอียงในการออมเฉลี่ย (APS) ที่มีแนวโน้มลดลง แม้ว่าการบริโภคจะเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น แต่มูลค่าการบริโภคที่เพิ่มขึ้นกลับเพิ่มมากกว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นในหลายช่วงเวลา ส่งผลให้ค่าความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC) เพิ่มขึ้นทั้งที่รายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้ค่าความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) มากกว่า 1 สิ่งเหล่านี้ล้วนต่างไปจากสมมติฐานของนักเศรษฐศาสตร์สำนักเคนส์ หากพิจารณาข้อมูลรายปีที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 จะพบว่า ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC) มีค่าผันผวนขึ้นลงในลักษณะจรรจุ่ม (Random Walk) ซึ่งบ่งชี้ว่าแท้จริงแล้ว การบริโภคมิได้ขึ้นกับรายได้สัมบูรณ์ ณ จุดเวลานั้น แต่กลับขึ้นกับรายได้ถาวรหรือรายได้เฉลี่ยที่คาดว่าจะได้รับตลอดช่วงชีวิต ตามทฤษฎีการบริโภคแบบรายได้ถาวรในวงจรชีวิต (Life-cycle Permanent Income Hypothesis) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Franco Modigliani และ Richard Brumberg รวมถึง Milton Friedman ในช่วงทศวรรษ 1960 ซึ่งมีแนวคิดว่าการตัดสินใจบริโภคขึ้นกับรายได้เฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตของผู้บริโภค เช่น ผู้บริโภคในวัยทำงานอาจกู้ยืมเงินมาใช้จ่ายบริโภคเพื่อชดเชยรายได้ที่ไม่เพียงพอ แต่เมื่อมีรายได้สูงขึ้นมากพอจะสามารถนำรายได้ส่วนที่เหลือมาชำระหนี้คืนและเก็บออมไว้ในยามเกษียณ



การศึกษาเชิงประจักษ์หลายชิ้นในประเทศไทยในระยะหลังล้วนสนับสนุนว่า พฤติกรรมการบริโภคและการออมส่วนบุคคลของคนไทยสอดคล้องกับทฤษฎีการบริโภคแบบรายได้ถาวรในวงจรชีวิตมากกว่าทฤษฎีของเคนส์ ดังเช่น การศึกษาของ Nuaitarane (1992) Thaicharoen et.al. (2004) Pootrakul et.al. (2005) รวมทั้ง สมประวิณ มั่นประเสริฐ และ วิฑูรย์ รุ่งเรืองสัมฤทธิ์ (2549)

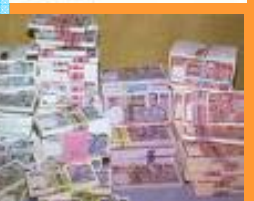
ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการบริโภคต่อรายได้ในช่วงทศวรรษ 1980 จนถึงก่อนวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ.1997(พ.ศ. 2540) เป็นผลจากการเติบโตทางเศรษฐกิจในอัตราสูงเกินกว่าเลขสองหลัก (Double Digits Growth) รวมถึงการเปิดเสรีทางการเงิน (Financial Liberalization) ในขณะนั้น ได้เร่งเร้าให้ระบบเศรษฐกิจไทยพึ่งพิงเงินกู้จากต่างประเทศ ขณะที่การออมภายในประเทศอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 1997(พ.ศ. 2540) ความโน้มเอียงในการบริโภคเฉลี่ย (APC) จึงปรับตัวลดลง ขณะที่ความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) มีค่าติดลบในปี ค.ศ.1998(พ.ศ. 2541) เนื่องจากมูลค่าการบริโภคส่วนบุคคลลดลงต่ำกว่าปี ค.ศ. 1997(พ.ศ. 2540) แม้รายได้สุทธิส่วนบุคคลยังคงเพิ่มขึ้น แต่ภายหลังวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะในช่วงปี ค.ศ. 2000-2004(พ.ศ. 2543-2547) ค่าความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) ปรับสูงขึ้นจนมีค่ามากกว่า 1 สะท้อนการเพิ่มการใช้จ่ายใช้สอยเกินกว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการเติบโตของสินเชื่อส่วนบุคคลในช่วงเวลาดังกล่าว

อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2007(พ.ศ. 2550) สัดส่วนการบริโภคต่อรายได้ได้ปรับตัวลดลงอีกครั้ง เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าความโน้มเอียงในการออมหน่วยสุดท้าย (MPS) ได้ปรับตัวเพิ่มขึ้นเป็น 0.55 จนมีค่าสูงกว่าความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) เป็นผลจากการปรับตัวสูงขึ้นอย่างมากของการออมส่วนบุคคล ขณะที่การบริโภคส่วนบุคคลชะลอตัวลงมาก เนื่องจากประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการบริโภค อันเป็นผลกระทบของสถานการณ์ความไม่แน่นอนทางการเมืองและแนวโน้มการชะลอตัวของเศรษฐกิจโลกจากวิกฤตหนี้ด้อยคุณภาพในภาคสังหาริมทรัพย์ (Subprime) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ขณะเดียวกันสถาบันการเงินต่างแข่งขันกันเพิ่มทางเลือกในการระดมเงินออมจากประชาชนทดแทนเงินฝาก การลดต่ำลงของค่าความโน้มเอียงในการบริโภคหน่วยสุดท้าย (MPC) ดังกล่าวถือเป็นสัญญาณการชะลอตัวของภาวะเศรษฐกิจไทยอย่างหนึ่ง โดยบ่งชี้ว่าการกระตุ้นอุปสงค์รวมอาจไม่สามารถขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่นัก เพราะตัวคูณทวี (Multiplier) อ่อนแรงลงมาก ขณะเดียวกันความโน้มเอียงในการออมหน่วยสุดท้าย (MPS) ที่เพิ่มขึ้น อาจลดทอนการขยายตัวทางเศรษฐกิจดังแนวคิดเรื่องบทขัดแย้งของการประหยัด (Paradox of Thrift) ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นความเสี่ยงที่อาจฉาโถมให้ระบบเศรษฐกิจไทยต้องเผชิญกับความยุ่งยากอีกครั้ง



เอกสารอ้างอิง

- สมประวิณ มั่นประเสริฐ และ วิฑูรย์ รุ่งเรืองสัมฤทธิ์ (2549) "การบริโภคภาคครัวเรือนของไทยภายใต้แบบจำลองรายได้ถาวรในวงจรชีวิตและข้อจำกัดด้านสภาพคล่อง" เอกสารรวบรวมบทความวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติของนักเศรษฐศาสตร์ ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Friedman, Milton. (1957) *A Theory of the Consumption Function*. New Jersey: Princeton University Press.
- Modigliani, Franco. and Brumberg, Richard. (1951) "Utility Analysis and the Consumption Function: An Interpretation of Cross-section Data" *Post Keynesian Economics*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Nuaitarane, June. (1992) "Household Consumption and Saving: Random Walk Hypothesis" *Master's Thesis, Faculty of Economics, Thammasat University*.
- Pootrakul, Kobsak. et. al. (2005) "Long-term Saving in Thailand" *Bank of Thailand Research Symposium*.
- Thaicharoen, Yanyong. et. al. (2004) "Rising Thai Household Debt: Assessing Risk and Policy Implication" *Bank of Thailand Research Symposium*.



แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติในภูมิภาคอาเซียน (ต่อ)

ดังนั้นเพื่อให้ระบบบัญชีประชาชาติของประเทศสมาชิกอาเซียน ได้รับการพัฒนาให้ทันสมัยและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความพร้อมและข้อจำกัดของแต่ละประเทศ รวมทั้งเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศสมาชิกและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก ที่ประชุมจึงมีความเห็นให้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามเกณฑ์การพัฒนา คือ กลุ่มการพัฒนาขั้นต่ำ หรือกลุ่มประเทศที่สามารถพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติได้ในระดับขั้น 1.C และขั้น 2 ประกอบด้วย พม่า บรูไน ลาว และกัมพูชา และกลุ่มประเทศก้าวหน้า หรือสามารถพัฒนาได้ในระดับขั้น 4 ประกอบด้วย ฟิลิปปินส์ ไทย เวียดนาม สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินโดนีเซีย โดยกำหนดให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างช้าภายในปี พ.ศ.2558 พร้อมทั้งจัดตั้งกลไกสำหรับช่วยเหลือประเทศต่างๆ คือ โครงการอาเซียนช่วยอาเซียน เพื่อช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการพัฒนาการจัดทำบัญชีประชาชาติระหว่างประเทศในอาเซียน โดยเฉพาะประเทศที่มีความก้าวหน้าสามารถช่วยเหลือประเทศอื่นๆ ได้ และการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญด้านบัญชีประชาชาติประจำอาเซียน

แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติในภูมิภาคอาเซียน

สำนักเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติในภูมิภาคอาเซียน (the ASEAN Catch-up Program on the System of National Accounts) ระหว่างวันที่ 16-17 ตุลาคม 2551 ณ ประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติของประเทศในภูมิภาคอาเซียน

สืบเนื่องจากการประชุมผู้นำหน่วยงานด้านสถิติของอาเซียน ได้ตกลงร่วมกันในการนำระบบบัญชีประชาชาติ ค.ศ.1993 มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาข้อมูลสถิติด้านเศรษฐกิจในภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติของประเทศให้มีความทันสมัยตามมาตรฐานสากล เนื่องจากเห็นว่าระบบบัญชีประชาชาติเป็นชุดข้อมูลสถิติที่ครอบคลุมภาคเศรษฐกิจต่างๆ ได้กว้างขวางมากที่สุด ประกอบด้วยตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจที่สำคัญๆ หลายประเภท โดยเฉพาะ GDP และ GNP ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดด้านเศรษฐกิจมหภาคที่นำไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายที่สุด

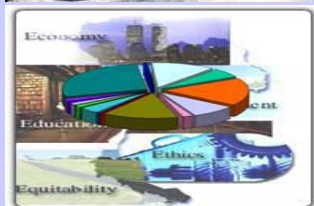
ปัจจุบันการพัฒนาระบบบัญชีประชาชาติของแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน 10 ประเทศ มีความแตกต่างกันตามระดับการพัฒนาดังนี้

ระดับการพัฒนา	ประเทศ
ขั้น 0	พม่า
ขั้น 1.A (GDP ด้านการผลิต)	ลาว บรูไน
ขั้น 1.B (GDP ด้านการผลิตและการใช้จ่าย)	กัมพูชา
ขั้น 1.C (ตารางอุปสงค์-อุปทาน ดุลการชำระเงิน บัญชีต่างประเทศ และสถิติรายไตรมาส)	อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และเวียดนาม
ขั้น 2 (รายได้ประชาชาติ รายได้พึงจ่ายใช้สอย การออม)	
ขั้น 3 (บัญชีการผลิตของทุกสถาบัน บัญชีการได้มาและใช้ไป บัญชีทุน และบัญชีการเงิน ของสถาบันรัฐบาล)	มาเลเซีย ไทย ฟิลิปปินส์
ขั้น 4 (บัญชีการผลิต บัญชีการได้มาและใช้ไป บัญชีทุน และบัญชีการเงิน ของทุกสถาบัน)	ฟิลิปปินส์ ไทย (เฉพาะครัวเรือน รัฐบาลและต่างประเทศ) อินโดนีเซีย (บัญชีสถาบันจัดทำทุก 5 ปี)

ต่อหน้า ๔๗

Office of the National
Economic and Social
Development Board :
National Accounts Office

สำนักบัญชีประชาชาติ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
962 ถนนกรุงเกษม
แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบฯ
กรุงเทพฯ 10100
☎: 02 280 4085
☎: 6166, 6186, 6180
☎: 02 281 2466
E-mail: nao@nesdb.go.th



ที่ปรึกษา

นายอำพน กิตติอำพน
เลขาธิการฯ
นายอาคม เติมพิทยาไพสิฐ
รองเลขาธิการฯ
นายปรเมธี วิมลศิริ
ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน
นายณพพร มนูญผล
ผ.อ. สำนักบัญชีประชาชาติ

คณะทำงาน

นางสมจิตต์ จรรย์พงษ์
นายอภิชัย ธรรมเสริมสุข
นางสาวณัฐสุดา เพชรหนู
นางสุชาดา แก้วมาดิ้งาม
นายสมบัติ กิจจารวงษ์
นางสาวอุดมสุข เขียวพงศ์
นายธรรมรงค์ จรัสศิริวงศ์วัฒน์
นายลมาคนัย มากนวล
นายพีรณัฐ แดงสกุล