

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา งานวิจัยครั้งนี้ได้มีการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็นหัวข้อต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 1.2 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน
 - 2.2 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

1. แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.1 ความหมายและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นสิ่งที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน แต่เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี "สุขภาพดี" หรือมี "สุขภาพะ" ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี "สุขภาพดี" ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ (อำพร จันทรักษา, 2540; ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541; คงเดช ลีโทขวลิต, 2544; ประเวศ วะสี, 2545; WHO., 1986)

การสร้างเสริมสุขภาพหรือภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า "health promotion" นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้เช่น

บวร งามศิริอุดม (2544) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้คนหรือชุมชนมีขีดความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อไม่ให้โรคร้ายมาเบียดเบียน และ

สามารถพัฒนาดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นหรือเต็มประสิทธิภาพตลอดเวลา ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงเปรียบเสมือนกุญแจไขไปสู่การมีสุขภาพดีของคน

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2544) ได้ระบุว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการใด ๆ ที่เพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลในทางการสร้างสุขภาพ สร้างความรู้ และค่านิยมในทางบวกต่อการมีสุขภาพดีในหมู่ประชาชน และสังคม รวมไปถึงการจัดบริการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพดีด้วย

องค์การอนามัยโลก (WHO., 1986) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุม และปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

น็อก (Noack, 1987) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความพยายามอันใดที่มุ่งต่อการปกป้อง การดำรงไว้ และการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพอันจะทำให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ

กรีน และ ครูเตอ์ (Green and Kreuter, 1991) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษา และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์ดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และชุมชนโดยรวม

แคปแลน, แซลลิส และ แพทเทอร์สัน (Kaplan, Sallis and Patheron, 1993) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชากรมีสุขภาพดี ต้องมีการป้องกันโรค และได้รับการส่งเสริมสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต

จากคำจำกัดความหรือการให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ สรุปได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาที่ทำให้คนหรือชุมชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อันมีผลต่อการมีสุขภาพดีในแบบแผนการดำรงชีวิต รวมไปถึงการจัดบริการที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพดีด้วย

1.2 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากคำจำกัดความหรือการให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพได้ขยายจุดเน้นของกระบวนการสร้างกรอบแนวคิด และการให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพในมุมมองด้านปรัชญา และยุทธวิธีหรือกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก (WHO., 1986) ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตกว้างขวางไปนอกกรอบของการรักษาพยาบาล เรื่องของสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ฟังอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขา และทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่จะเกิดจากการตัดสินใจของเขา และให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้อง และสนับสนุนกัน โดยอาศัยวิถีทางนิติบัญญัติ การเงินการคลัง การภาษีอากร และการเปลี่ยนแปลงการจตุรปกครอง การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายต่าง ๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมรวมเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดบริการและสินค้าต่าง ๆ ที่ปลอดภัย และเสริมสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณะที่ถูกสุขลักษณะมากขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่ารื่นรมย์กว่าเดิมด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพจำต้องมีการค้นหาอุปสรรคที่กีดขวางการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในองค์กรภาคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่องค์กรในภาคสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายให้ผู้กำหนดนโยบายในองค์กรอื่น ๆ ตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายดายขึ้นกว่าเดิมด้วย จากการศึกษาวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ (2546) ที่ได้ศึกษาระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย-คำถามวิจัยที่สำคัญ พบว่า การกำหนดและปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบรรลุวัตถุประสงค์มีความจำเป็นจะต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยสนับสนุนอย่างกว้างขวางและรอบด้าน การนำเสนอและอภิปรายประเด็นโจทย์คำถามการวิจัยที่สำคัญ 6 ด้าน ซึ่งการตอบคำถามวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิผลของการดำเนินโครงการพัฒนาให้มีกลไกเชื่อมต่อระหว่างผลการศึกษารวบรวมกับการตัดสินใจเชิงนโยบายมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าความพยายามตอบคำถามการวิจัยเหล่านี้ จากการศึกษาวิจัยของอินเฟลด์ และ ไวท์ลอ (Infeld and Whitelaw, 2002) ที่ได้ศึกษานโยบายการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า นโยบายหลักจะมีผลกระทบและเงื่อนไขที่เป็นไปได้ในการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการด้านสุขภาพรวมไปถึงชนกลุ่มน้อยซึ่งกลุ่มเหล่านี้มักจะถูกมองข้ามในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) สังคมของเรามีความสลับซับซ้อน และเชื่อมโยงกัน เป้าหมายด้านสุขภาพจึงมีอาจแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่น ๆ โยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์เรา และสิ่งแวดล้อมจึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางด้านสังคม และนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้นำในภาพรวมต่อโลก ประเทศต่าง ๆ ภูมิภาคทั้งหลาย ตลอดจนชุมชนต่าง ๆ ในแนวทางเดียวกัน คือความจำเป็นในการส่งเสริมงานอนุรักษ์ระหว่างกันและกัน ช่วยเหลือดูแลกันและกันทั้งชุมชน และสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อน มีผลกระทบต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนควรจะเป็นปัจจัยประการหนึ่งที่ส่งผลไปถึงสุขภาพของมวลมนุษย์ วิธีที่สังคมจัดระบบการงานอาจช่วยเสริมสร้างสังคมสุขภาพดีได้ งานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟุ้งพ้อใจ และสนุกสนาน การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การปฏิบัติงาน พลังงาน การผลิต และการเติบโตของเขตเมือง เป็นมาตรการที่จำเป็น และต้องตามมาด้วยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลบวกต่อสุขภาพอนามัยของสาธารณชน การปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ และสร้างสรรค์ขึ้นรวมทั้งอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติควรจะผนวกอยู่ในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพในทุกกรณี (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของเพทเทอร์สัน, แอ็ทวูด และเยทส์ (Peterson, Atwood and Yates, 2002) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าบริบทในการประสบผลสำเร็จของโปรแกรมพื้นฐานนั้น จะต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพของชุมชน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และความต้องการทางด้านสุขภาพ (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2544)

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดกลวิธีต่าง ๆ และการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้นเพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินงานตามกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การทำให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของ และควบคุมงานที่ตนเองริเริ่ม รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายในชุมชนเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้ และการสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของสาธารณชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) และการชี้แนะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสต่าง ๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของอัมพล จินดาวัฒนะ (2541) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบบริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าสถานบริการด้านสุขภาพควรมีสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับชุมชน โดยจัดบริการเน้นชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และสถานบริการด้านสุขภาพต้องเป็นองค์กรทางด้านสุขภาพที่เป็นตัวอย่างแก่ชุมชนได้ จากการศึกษาวิจัยของอะเคอแมน และคณะ (Akerman et al., 2002) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการนำมาใช้จะเป็นเครื่องมือในการสร้างความสามารถของชุมชน จากการศึกษาวิจัยของจิลแลม และ แชมรอก

(Gillam and Schamroth, 2002) ที่ได้ศึกษาการให้คำแนะนำในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้น ในสหราชอาณาจักร พบว่า การบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรได้มีโปรแกรมสุขภาพในการดูแลเบื้องต้น โดยมีความพยายามที่จะส่งเสริมรูปแบบการดูแลตนเองของชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานการปฏิบัติทั่ว ๆ ไปของประชาชน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพช่วยในการพัฒนาบุคคลและสังคมโดยการให้ข้อมูลข่าวสารการศึกษาเพื่อสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ในการกระทำเช่นนี้จำเป็นต้องเพิ่มทางเลือกต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนในการที่จะสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น และสามารถเลือกทางเลือกที่จะเกื้อหนุนด้านสุขภาพ การให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่าง ๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรังและบาดเจ็บต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการนี้จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ในโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชนเอง ทั้งนี้โดยเรียกกร้องให้องค์กรต่าง ๆ ทางด้านการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ และองค์กรอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และจัดกิจกรรมภายในองค์กรเองด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนิทน์ ศิริโชติรัตน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดและพยาบาลมีส่วนร่วมสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้ และแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้การรณรงค์ทางสื่ออย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพก็จะช่วยให้ประชาชนตื่นตัวในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จากการศึกษาวิจัยของแดลลีย์ และคณะ (Dally et al., 2002) ที่ได้ศึกษาผลกระทบโปรแกรมด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีอัตราการเยี่ยมสูง โดยการบริหารจัดการขององค์กร พบว่า ประชาชนอายุ 18-64 ปี ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ จากการศึกษาวิจัยของไกเลนท์ และคณะ (Gielen et al., 2002) ที่ได้ศึกษาผลกระทบในการปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาที่ปลอดภัย ผลผลิต และการเยี่ยมบ้านด้วยการปฏิบัติที่ปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า การให้คำปรึกษาที่นำเชื่อถือจะนำไปสู่การลดต้นทุนการผลิต โดยการใช้กลยุทธ์อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาวิจัยของชเนลเดอร์ และคณะ (Schneider et al., 2002) ที่ได้ศึกษาการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุด้วยระบบดั้งเดิม พบว่า การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์จะช่วยส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุด้วยระบบดั้งเดิม การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติในการป้องกันซึ่งจะมีความเป็นไปได้ของต้นทุนที่มีประสิทธิภาพ

5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพในการจัดบริการสาธารณสุขเป็นภาระร่วมระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ และรัฐบาล บุคคลและองค์กรดังกล่าวจะต้อง

ร่วมกันคิดหาระบบการรักษาริบาลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ บทบาทขององค์กรสุขภาพจะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากความรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย บริการสุขภาพจะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น โดยคำนึงถึงงานที่เฝ้าต่อการตอบสนองของความต้องการ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมงานในหน้าที่ ควรสามารถตอบสนองของความต้องการของปัจเจกบุคคล และชุมชน ซึ่งต้องการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคสุขภาพกับองค์กรอื่น ๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้กว้างขวางขึ้น การปรับบริการสุขภาพจำต้องมีรากฐานความใส่ใจเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการศึกษา (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) และฝึกอบรมในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานดังกล่าวนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการจัดบริการสุขภาพซึ่งจะเน้นหนักความต้องการเบ็ดเสร็จของปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นคนทั้งคนโดยสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนิทสัน ศิริโชติรัตน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ถ้าหากผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ที่มีอิทธิพลตัดสินใจมีความเข้าใจในหลักการของการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริงก็จะทำให้การปรับเปลี่ยนระบบการบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การระดมสมองระหว่างนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งในภาครัฐ และเอกชนจะช่วยให้แนวทางในการปรับเปลี่ยนระบบการบริการสาธารณสุขเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาวิจัยของยุพา วงศ์ไชย (2541) ที่ได้ศึกษาบทบาทภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามจากผู้รับผิดชอบองค์กรจำนวน 513 แห่ง และแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า องค์กรที่ทำกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลหรือกลุ่มความสนใจเฉพาะ แต่การส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนหรือกิจกรรมระดับชุมชนยังมีน้อย ส่วนการสนับสนุนขององค์กรภาคเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากภายนอก องค์กรที่ได้รับการสนับสนุนได้จากภาครัฐเป็นหลัก แต่ถ้าพิจารณาขอยอดเงินองค์กรระหว่างประเทศให้การสนับสนุนเป็นยอดเงินที่สูงกว่า จากการศึกษารายชื่อของอำพล จินดาวัฒน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาบริการที่เฝ้าต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและการประชุมปรึกษาหารือผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เฝ้าต่อการส่งเสริมสุขภาพควรเป็นระบบบริการหรือสถานบริการหรือการจัดบริการด้านสุขภาพที่อยู่บนฐานความรู้จริง คือมีความสามารถตรวจสอบ สร้างและพัฒนาองค์ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ควรเป็นระบบที่เน้นการจัดบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง องค์กรรวมหลากหลาย และเสมอภาค ซึ่งจะเฝ้าต่อการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการจัดบริการแบบแยกส่วน

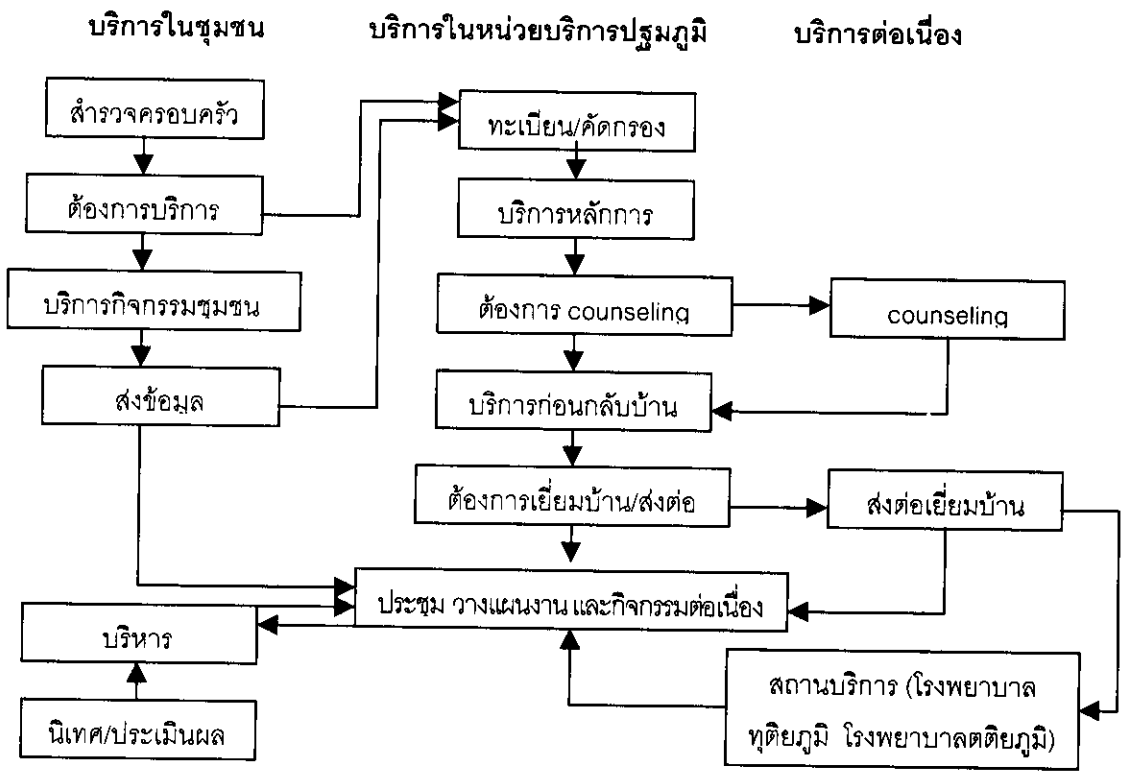
บริการมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ชัดเจน มีการเชื่อมโยงกับสถานบริการอื่นในระบบสุขภาพ และมีข้อมูลที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ คือมีข้อมูลทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่สามารถถ่ายทอดถึงกันได้ตลอดระบบ ควรมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ อิสระ และตรวจสอบได้ ควรมีกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัย และพัฒนาอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง มีการพัฒนามาตรฐานและเครื่องชี้วัดงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และมีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและพัฒนาวิชาการ เพราะการจัดบริการเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้ ตลอดจนรูปแบบการจัดบริการตลอดเวลา (ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ, 2544)

จากการวิจัยและการศึกษาทั่วโลกนั้นได้มีการใช้ยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาซึ่งเน้นกลยุทธ์ 5 ประการ (การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุรเกียรติ์ อชานานานภาพ (2541) ที่ได้ศึกษาการทบทวนวิวัฒนาการนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ประเทศแคนาดานั้นถือว่าเป็นผู้นำในการพัฒนาแนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามประเทศแคนาดาก็ยังมีปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ คืองบประมาณด้านนี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด ระบบบริการยังให้ความสำคัญในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนประเทศออสเตรเลียซึ่งมีพื้นฐานในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิมก็ได้ปรับแนวคิด และโครงสร้างให้สอดคล้องกับแนวคิดและกลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตรออกตาวา รวมทั้งมีการส่งเสริมบทบาทขององค์กรวิชาชีพและภาคต่าง ๆ ของสังคมในการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพในออสเตรเลียก็ยังมีจุดอ่อนที่สำคัญ คือขาดภาวะผู้นำและโครงสร้างที่เข้มแข็ง ขาดการสนับสนุนงบประมาณ ชุมชน และนักวิชาชีพยังขาดความเข้าใจต่อความหมายของสุขภาพ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของการปฏิบัติงานก็ยังขาดความรู้ เจตคติ และทักษะ รวมทั้งกลไกสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับประเทศไทย ซึ่งยังมีความล่าช้าในการส่งเสริมสุขภาพ (แม้แต่ในแบบดั้งเดิม) นับว่ามีพื้นฐานที่ดีหลายประการสำหรับการพัฒนาในเรื่องนี้ กล่าวคือมีการดำเนินยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐานในขอบเขตทั่วประเทศมานานสองทศวรรษ และประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง เช่นการวางแผนครอบครัว การรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันภาวะการขาดอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามกิจกรรมเหล่านี้มักดำเนินการโดยภาคสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ในลักษณะแยกส่วน และเป็นการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม ภาคอื่น ๆ ของสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรวิชาชีพมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ที่สำคัญชุมชนและนักวิชาชีพยังขาดความเข้าใจในแนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ

การบริการปฐมภูมิมีชื่อเรียกที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นความหมายในเชิงปรัชญา หลักการ จัดบริการ หรือลักษณะบริการ ได้แก่ สถานบริการด่านแรก สถานบริการปฐมภูมิ สถานบริการ เวชปฏิบัติครอบครัว สถานบริการครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งชื่อนี้มีความหมายตรงกับ สถานบริการที่มีอยู่ในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยเวชปฏิบัติครอบครัว ของโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ฯลฯ เพียงแต่ว่าสถานบริการเหล่านี้�าจยังจัดไม่ครบถ้วนตามปรัชญา แนวคิด (สำเริง แหยงกระโทก, 2544ข) สถานีอนามัยได้มีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ ปีพุทธศักราช 2456 จนกระทั่งปีพุทธศักราช 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนา สถานีอนามัย จึงได้มีการจัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทศอ.) โดยมีการ กำหนดเป้าหมายในภาพรวม ได้แก่ การเพิ่มงบประมาณทุกด้านให้แก่สถานีอนามัย การให้บริการ ของสถานีอนามัยต้องเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน การขยายการศึกษาต่อเนื่องให้เป็นระดับ ปริญญาตรี และการแบ่งระดับและประเภทของสถานีอนามัยตามขนาดของประชากรที่รับผิดชอบ โดยได้กำหนดสถานีอนามัยเป็น 2 ประเภท คือสถานีอนามัยทั่วไป หมายถึง สถานีอนามัยส่วนใหญ่ ของประเทศ มีบทบาทและความรับผิดชอบ 4 งาน ได้แก่ การบริการสาธารณสุขผสมผสาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชุมชน งานบริหาร งานวิชาการ งานศึกษาและ ประชาสัมพันธ์ มีกรอบอัตรากำลังและบ้านพัก ตลอดจนครุภัณฑ์ตามที่กำหนด และสถานีอนามัย ขนาดใหญ่ หมายถึง สถานีอนามัยทั่วไปจำนวนหนึ่งซึ่งถูกคัดเลือกให้พัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัย ขนาดใหญ่ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ซึ่งจะพิจารณาสถานีอนามัยจำนวน 1 ใน 5 ของสถานีอนามัยทั่วประเทศโดยคัดเลือกจากสถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชนทั้ง ทางด้านการคมนาคม สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อันจะทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ กว้างขวางกว่าสถานีอนามัยทั่วไป สถานีอนามัยขนาดใหญ่มีบทบาทเช่นเดียวกับสถานีอนามัยทั่วไป แต่จะมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่า เช่นงานทันตกรรมพื้นฐานซึ่งยังไม่มี ในสถานีอนามัยทั่วไป นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นที่เลี้ยงสนับสนุนสถานีอนามัยทั่วไปที่ กำหนดเป็นสถานีอนามัยลูกข่ายทั้งในด้านบริการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การบริหาร และวิชาการ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2539; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542; <http://www.mohanamai.com>, 2546)

ดังนั้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็น "บริการด่านแรก" ในมุมมองของสถานพยาบาล ในขณะที่ถ้ามองถึงเนื้อหาของศาสตร์ที่ใช้ใน การบริการสุขภาพ บริการแบบปฐมภูมิจัดเป็นการดูแลปัญหาสุขภาพที่ไม่มีความซับซ้อนมากใน ด้านการแพทย์ แต่มีความลึกซึ้งในเชิงความเข้าใจความเป็นคน โดยเป้าหมายของบริการด่านแรก/ หน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นบริการที่ผสมผสานในการให้บริการพื้นฐานเป็นบริการที่ดูแลประชาชน

อย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดี และเป็นงานที่บูรณาการโครงการเฉพาะต่าง ๆ โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีขีดความสามารถ ซึ่งมีระยะเวลาในการให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีมาตรฐานในการจัดหน่วยบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชากรอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ และมีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 1,250 โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 : 5,000 คน และสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2544; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544; สำนักงานปฏิรูปบริการสาธารณสุข, 2544) ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ที่มา: สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา ช่างคละศิริ, 2545

จากการศึกษาวิจัยของพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ (2543) ที่ได้ศึกษาการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคต ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ พบว่า ความรับผิดชอบในกระบวนการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐาน ควรอยู่ในระดับอำเภอ/เขตสาธารณสุข

หรือเทศบาลในการกำหนดนโยบาย และสนับสนุนเงินให้สถานบริการทางการแพทย์ในระดับตำบล/เทศบาลให้เป็นหน่วยจัดบริการ หากหน่วยงานให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปฏิบัติงานน้อย ประชาชนจะต้องมารับบริการด้านรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพมากขึ้นทำให้ต้องจ่ายงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์เพื่อประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณ จากการศึกษาวิจัยของสายพิณ ลามหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรักษาพยาบาลและการเยี่ยมบ้านในทางปริมาณงานเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือร้อยละ 51.5 และ 61.4 ตามลำดับ จากการศึกษาวิจัยของสมชาติ ทองหิน (2543) ที่ได้ศึกษาการประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีอนามัยในจังหวัดยโสธร พบว่า ปริมาณผลงานการให้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตร สปร. ที่มารับบริการในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปริมาณงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนัก จากการศึกษาวิจัยของอมร นนทสุด (2545) ที่ได้ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสุขภาพ พบว่า แก่นของยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพที่ดีอยู่ที่ลักษณะของกระบวนการที่มีประสิทธิผลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และองค์กรชุมชนสามารถสนับสนุนให้บุคคลแสดงบทบาทดังกล่าว รวมทั้งดำเนินมาตรการทางสังคมเพื่อควบคุมสภาวะแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาสุขภาพ

สรุป แนวทางการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นผู้ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นการดำเนินการสร้างสุขภาพ โดยใช้ยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา

2. การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

2.1 ความหมายและแนวคิดการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

คำว่า “งบประมาณ” ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “budget” นั้นมีผู้กล่าวว่ามีมาจากคำภาษาฝรั่งเศสโบราณว่า “bougett” แต่ตามรากศัพท์เดิมในประเทศอังกฤษ budget หมายถึง กระเป๋าหรือถุงของรัฐบาลซึ่งเสนาบดีคลัง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง) ของกษัตริย์ใช้บรรจุเอกสารต่าง ๆ ที่แสดงถึงความต้องการของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่ ปัจจุบันความหมายได้เปลี่ยนแปลงไปได้หลายความหมาย (ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์, 2538; นางลักษณีย์ สุทธิวัฒนพันธ์, 2538; ทาวร สกกุลพานิชย์, 2541; เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม, 2543; อนงค์นุช เทียนทอง, 2543) สามารถพิจารณาได้ดังนี้

1. งบประมาณในฐานะที่เป็นเครื่องมือของรัฐบาล สามารถพิจารณาได้ 2 กรณี ดังนี้

1.1 งบประมาณเป็นเครื่องมือทางการบริหารของประเทศ กล่าวคือการพิจารณาร่างงบประมาณเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารของประเทศทั้งในด้านการวางแผนและการควบคุมการบริหาร ซึ่งความหมายในแง่นี้เป็นความหมายทางด้านการบริหาร มีผู้ให้ความหมายไว้ เช่น

เบิร์นสไตน์ และ ฮารา (Bernstein and Hara, 1979) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง สิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ทำให้แผนและนโยบายเปลี่ยนมาเป็นการกระทำหรือกิจกรรม และงบประมาณยังเป็นเทคนิคของนโยบายรัฐบาล ซึ่งเปรียบเสมือนเชื้อเพลิงที่แจกจ่ายไปยังส่วนต่าง ๆ

ลินช์ (Lynch, 1979) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง แผนที่จัดทำขึ้น เพื่อให้โครงการต่าง ๆ (program) ที่กำหนดขึ้นมีการประมาณทรัพยากรที่มีค่าและต้องการที่จะนำมาใช้ และมีการเปรียบเทียบการกระทำในอดีต และความต้องการที่จะทำในอนาคต

จากคำจำกัดความหรือการให้ความหมายงบประมาณเป็นเครื่องมือทางการบริหารประเทศ สรุปได้ว่างบประมาณเป็นเครื่องมือที่ทำให้แผนและนโยบายที่จัดทำขึ้นเปลี่ยนมาเป็นการกระทำต่าง ๆ โดยมีการประมาณทรัพยากรที่ต้องการนำมาใช้

1.2 งบประมาณเป็นเครื่องมือทางการคลังของประเทศ กล่าวคืองบประมาณจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการคลังที่รัฐบาลใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งความหมายนี้เป็นความหมายที่แคบกว่าความหมายแรก มีผู้ให้ความหมายไว้ เช่น

โคห์เลอร์ (Kohler, 1956) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง แผนการคลังที่จะนำมาใช้ในการควบคุมการปฏิบัติการและจะต้องมีการประมาณต้นทุนในอนาคต และแผนการคลังต้องมีลักษณะเป็นระบบเพื่อต้องการให้การใช้จ่ายกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากรอื่น ๆ ให้เกิดอรรถประโยชน์

เชอร์วูด (Sherwood, 1964) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง แผนเบ็ดเสร็จซึ่งแสดงออกมาในรูปตัวเงิน แสดงโครงการดำเนินงานทั้งหมดในระยะเวลาหนึ่ง แผนนี้จะรวมถึงการกะประมาณบริการ กิจกรรม โครงการ และค่าใช้จ่าย ตลอดจนทรัพยากรที่จำเป็นในการสนับสนุน และการดำเนินการที่ให้บรรลุตามแผนเบ็ดเสร็จโดยประกอบด้วยการกระทำ 3 ขั้นตอน คือการจัดเตรียมการอนุมัติ และการบริหาร

เทอร์นบูล (Turnbull, 1970) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง แผนการเงินขององค์การที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ และงบประมาณจะต้องเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเงินโดยเฉพาะ เป็นการวางแผนล่วงหน้าสำหรับการใช้จ่ายเงิน การบอกให้ทราบว่าจะวางแผนใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนเท่าใด การกำหนดเวลาจะใช้จ่ายเงินเมื่อไร การบอกให้ทราบว่าจะใช้จ่ายเงินเพื่ออะไร และการอ้างอิงถึงองค์การ ซึ่งเป็นเจ้าของงบประมาณนั้น

จากคำจำกัดความหรือการให้ความหมายงบประมาณเป็นเครื่องมือทางการคลังของประเทศ สรุปได้ว่างบประมาณเป็นแผนการคลังขององค์การที่กำหนดขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร แผนการคลังต้องมีลักษณะเป็นระบบ เพื่อต้องการใช้ทรัพยากรให้เกิดอรรถประโยชน์

2. งบประมาณในฐานะที่เป็นเรื่องการเมือง การพิจารณางบประมาณในแง่ที่เป็นเรื่องทางการเมือง มีผู้ให้ความหมายไว้ เช่น

วิลดาฟสกี (Wildavsky, 1964) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง การจัดสรรทรัพยากรและอำนาจให้แก่กลุ่มทางการเมืองต่าง ๆ

งบประมาณในฐานะที่เป็นเรื่องการเมืองจะเป็นกระบวนการทางการเมืองที่จะต้องมีการต่อสู้ ต่อรองหรือการประนีประนอมระหว่างกลุ่มทางการเมืองต่าง ๆ เพื่อให้ได้งบประมาณมาตามที่ฝ่ายของตนต้องการ

3. งบประมาณในฐานะที่เป็นเอกสารแสดงความต้องการของรัฐบาลหรือหน่วยงาน ได้มีนักวิชาการอธิบายเกี่ยวกับประเด็นนี้ไว้ เช่น

เอกสไตน์ (Eckstein, 1964) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง คำกล่าวในรายละเอียดที่รัฐบาลคาดหวังว่าจะใช้จ่ายอะไรบ้าง และสามารถหารายได้จากอะไรในระยะเวลา 1 ปี

ลี และ จอห์นสัน (Lee and Johnson, 1977) ได้ระบุว่างบประมาณ หมายถึง เอกสารหรือที่รวมของเอกสาร ซึ่งแสดงถึงฐานะทางการคลังขององค์การ รวมถึงข่าวสารเกี่ยวกับรายรับ รายจ่าย กิจกรรม และเป้าประสงค์หรือเป้าหมาย

จากคำจำกัดความหรือการให้ความหมายงบประมาณในฐานะที่เป็นเอกสารแสดงความต้องการของรัฐบาลหรือหน่วยงาน สรุปได้ว่างบประมาณเป็นคำกล่าวในรายละเอียดของรัฐบาลหรือเอกสาร ซึ่งแสดงฐานะการคลังขององค์การ รวมทั้งข่าวสารเกี่ยวกับรายรับ รายจ่าย กิจกรรม และเป้าหมาย

ดังนั้นงบประมาณจะมีความสำคัญต่อการบริหารงานของภาครัฐบาลทั้งในทางเศรษฐกิจและทางการเมือง เนื่องจากรัฐบาลใช้งบประมาณเป็นเครื่องมือในการบริหารราชการแผ่นดินตามที่รัฐบาลได้แถลงนโยบายไว้ โดยจัดสรรงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545 เป็นเงิน 48,095.20 ล้านบาท (ปาน พึ่งสุจริต, 2545) และงบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร (เฉพาะประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านคน) ทั้งนี้แยกเป็นงบประมาณสำหรับการรักษายาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี (ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษายาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25

บาทต่อคนต่อปี) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี และงบลงทุน (คิด 10% ของงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล) 93.40 บาทต่อคนต่อปี (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ภูษิต ประคองสาย, 2544) สำหรับอัตราการเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2546 จะมีวิธีการคำนวณและรายละเอียดที่มากกว่าปีงบประมาณ 2545 (ภูษิต ประคองสาย และคณะ, 2545; วลัยพร พัชรนฤมล และคณะ, 2545) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบรายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2545 และ 2546

ที่	รายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว	ปีงบประมาณ 2545	ปีงบประมาณ 2546	อัตราการเพิ่มของ งบประมาณ (ร้อยละ)
1.	การรักษาพยาบาล - ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน	574 303	618 469	}
2.	การรักษาพยาบาลที่มีอัตราการเหมาจ่ายสูง งานทันตกรรมประดิษฐ์	32 na**	na** 2.31	
3.	การรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	25	na**	}
4.	การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล	175	206	
5.	การพัฒนาาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน	10	10	0
6.	การลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง - อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อคนต่อปี) - ความแตกต่างจากปีงบประมาณ 2545 (บาทต่อคนต่อปี) - งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ) - ยอดรวมของงบประมาณต่อประชากร 45 ล้านคน (ล้านบาท) งบประมาณที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2545 (ล้านบาท)	93.4-10=83.4* 1,202 15 54,090	109 1,414 15 63,630	30.7 17.64 9,540

หมายเหตุ * ในปีงบประมาณ 2545 งบประมาณเพื่อการพัฒนาาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากร หักจากงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

** na = non available

แนวคิดในการจัดสรรเงินให้กับพื้นที่ (นงลักษณ์ สุทธิวัฒน์พันธ์, 2538; ปภาวดี ดุลยจินดา และ ธงชัย ลำดับวงศ์, 2538; สำนักงบประมาณ, 2542; เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม, 2543; อนงค์นุช เทียนทอง, 2543; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544; ปาน พึ่งสุจริต, 2545) มีดังนี้

1. ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (cost containment system) (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ภูษิต ประคองสาย, 2545) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธุ์ และ จเด็จ ธรรมธัชอารี, 2546) กลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จุดแข็ง และจุดอ่อนของงบประมาณแบบแสดงผลงาน

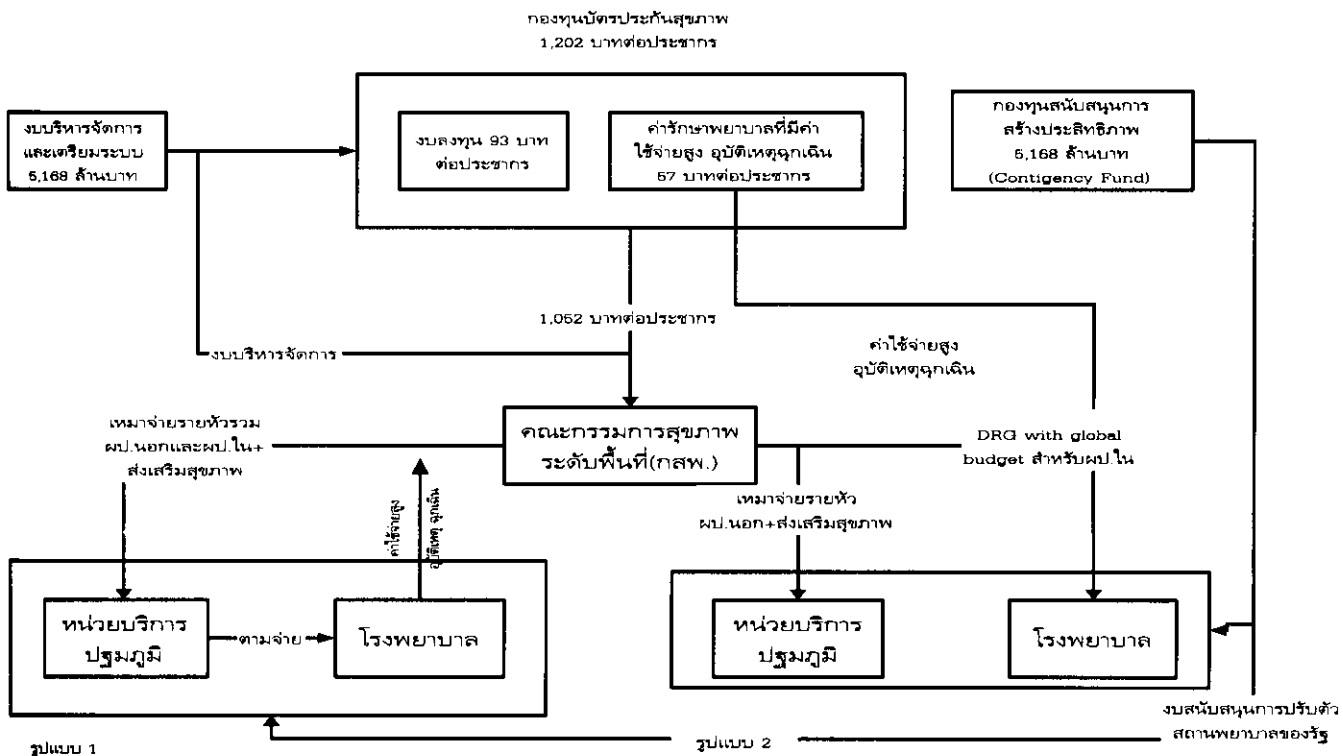
งบประมาณ	จุดแข็ง (strength)	จุดอ่อน (weakness)
งบประมาณแบบแสดงผลงาน (performance budget)	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถแสดงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างผลงานที่ได้รับ และค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปสำหรับโครงการ หรือกิจกรรมได้ รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงานได้ทุกระยะ และในทุกระดับงานของรัฐ หากมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงาน ก็สามารถทราบ และแก้ไขปัญหาได้ - ช่วยให้หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำงบประมาณได้ง่ายขึ้น โดยมีการดำเนินการตามเป้าหมายหลักที่ได้มีการกำหนดไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการใช้จ่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมหรืองานของรัฐบาลบางอย่างไม่สามารถวัดผลงานต่อหน่วยได้ชัดเจนในเชิงปริมาณ การกำหนดค่าใช้จ่ายต่อหน่วยจึงเป็นไปได้ยาก เพราะหากแต่ละหน่วยงานกำหนดค่าใช้จ่ายต่อหน่วยด้วยวิธีการต่างกัน อาจมีผลให้เกิดการเบี่ยงเบนในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณได้ - ระบบบัญชีรัฐบาลจะต้องสอดคล้องกับการนำงบประมาณแบบแสดงรายการมาใช้ด้วย

ที่มา : นงลักษณ์ สุทธิวัฒน์พันธ์, 2538; ปภาวดี ดุลยจินดา และ ธงชัย ลำดับวงศ์, 2538

2. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือก (วิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, 2544; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544; นุศราพร เกษสมบุรณ์, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ และ กรแก้ว จันทภาษา, 2546) ได้แก่

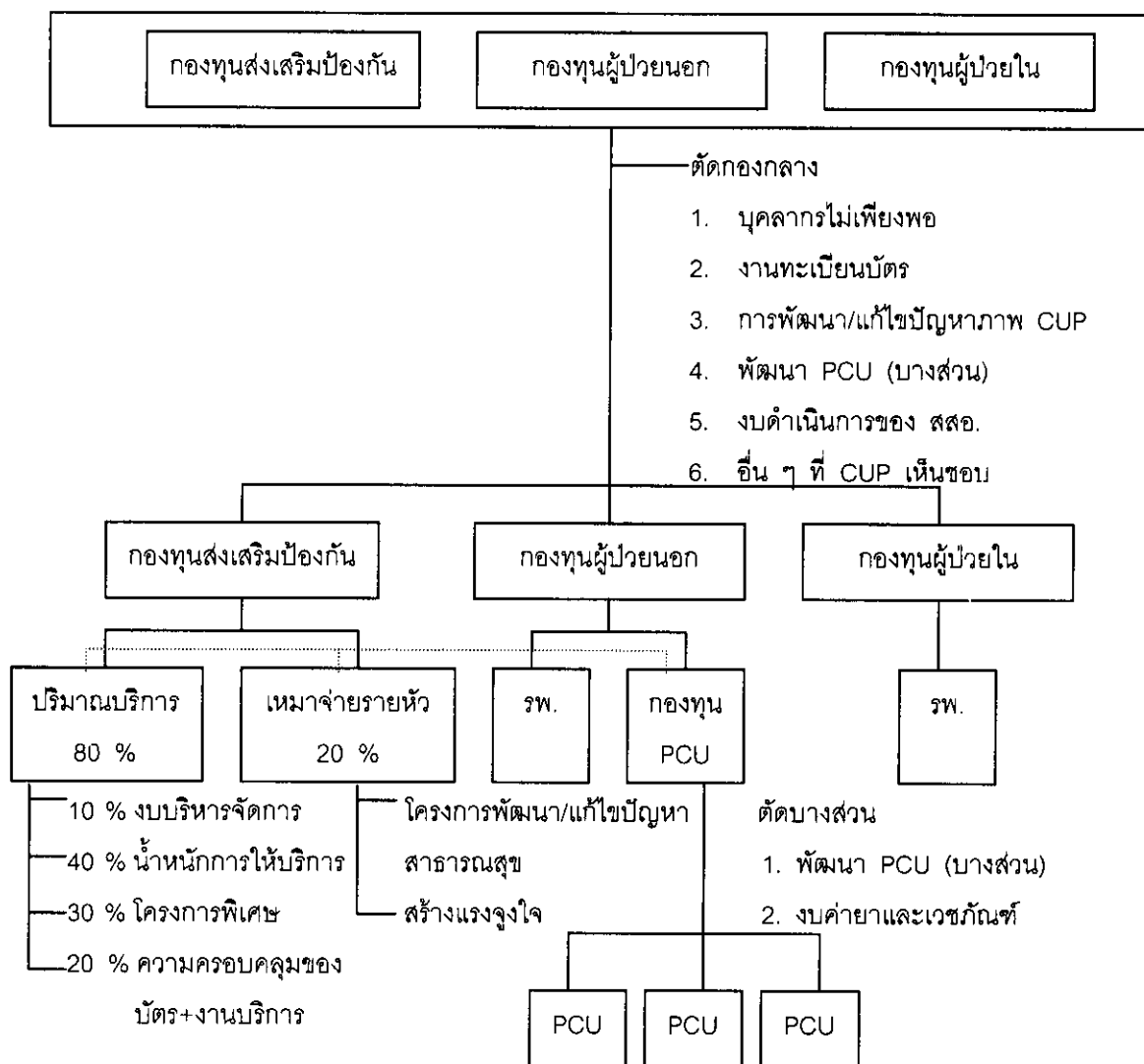
รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (inclusive capitation) โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) และบริการผู้ป่วยในให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย แต่กรณีมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง และการตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ กสพ.กำหนด กรณีผู้ป่วยในจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกรงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยบริการระดับต้น (capitation for ambulatory care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่ กสพ. โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs with global budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง (ธีระชัย คงเอี่ยมตระกูล, 2546; อุสาร์ เพ็งภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ, 2546) ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ระบบงบประมาณและทางเลือกกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล
ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2544

สำหรับการดำเนินการตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดสงขลา ได้ใช้รูปแบบที่ 2 ในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อนำไปสู่การมีมาตรฐานกลไกการจ่ายเงินของสถานพยาบาล (standardized payment mechanism) และเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) นอกจากนี้ยังเน้นประสิทธิภาพการจ่ายเงินตามผลผลิต ผลลัพธ์ของงาน โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) ของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก ถึงแม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาได้วางแนวทางการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันไว้ให้เครือข่าย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2544; อูสาห์ เฟิงภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ, 2546) ดังภาพประกอบ 4 แต่การจัดสรรจริงขึ้นอยู่กับแต่ละเครือข่ายสถานพยาบาล ในการตกลงและหาเกณฑ์ร่วมกันระหว่าง CUP ว่าจะจัดสรรให้เท่าไรในลักษณะไหน



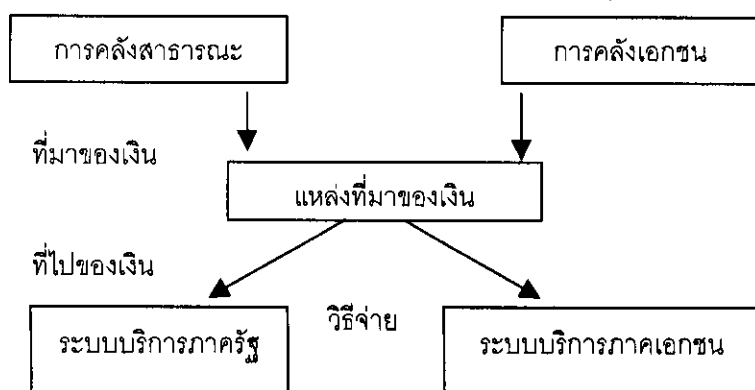
ภาพประกอบ 4 การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2544

2.2 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกัน

ในช่วงระยะเวลากว่า 20 ปีของการสร้างความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ด้วยระบบประกันสุขภาพที่มีรูปแบบหลากหลายและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้ส่งผลต่อพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพไทย แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าปัจเจกบุคคลไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เมื่อมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสูงถึงระดับหนึ่ง แต่ด้วยหน้าที่ของรัฐในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดี ทำให้รัฐต้องเข้ามามีส่วนในการจัดระบบในส่วนนี้โดยอาศัยกลไกของการคลังสุขภาพด้วย ซึ่งการศึกษาการคลังสุขภาพจะทำให้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดของการไหลเวียนทางการเงินที่มีอยู่ในระบบสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543)

ระบบการคลังสุขภาพ หมายถึง แหล่งที่มาของเงินว่ามีมาจากคลังสาธารณะมากน้อยเพียงใด และเมื่อเทียบกับกับแหล่งคลังจากเอกชนจะเป็นสัดส่วนเท่าไรของการคลังทั้งหมด แหล่งเงินเหล่านี้มีเพียงพอต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพเพียงใด และเมื่อได้มาแล้วจะสามารถสร้างกลไกต่อรองด้วยอำนาจทางการคลังมากน้อยเพียงใด (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 การศึกษาระบบการคลังสุขภาพ

ที่มา : ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544

ระบบการคลังสาธารณสุข หมายถึง กระบวนการในการสนับสนุนด้านการเงินให้แก่ระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีความหมายรวมไปถึงแหล่งของเงิน การบริหารจัดการ การไหลเวียนของเงิน และวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ และระบบโครงสร้างการจัดบริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544)

1. แหล่งของเงิน (source of finance) เงินหรืองบประมาณมาจากไหน โดยที่รัฐมีกระบวนการทางกฎหมายอันชอบธรรมที่จะหาเงินเพื่อเป็นรายได้ไว้ใช้จ่ายในกิจการต่าง ๆ ในแต่ละ

ปีงบประมาณ แหล่งย่อยของรายได้รัฐที่นำมาใช้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาษีอากร (general tax revenue) การประกันสุขภาพภาคบังคับ (compulsory health insurance)

2. การบริหารจัดการ (management of finance) หน่วยงาน/องค์กรตัวกลางในการบริหารจัดการเงินก่อนที่จะไปถึงผู้ให้บริการในกรณีที่เป็นระบบการคลังรวมหมู่ วิธีการได้มาซึ่งเงิน การกระจาย รวมถึงวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล

3. การไหลเวียนของเงินและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ (money flows and provider payment mechanism method) วิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีดังนี้

3.1 การจ่ายตามปริมาณบริการ (fee for service) หมายถึง การจ่ายตามปริมาณรายกิจกรรมที่ให้บริการ (payment per item of service) รวมเข้าด้วยกันแล้วเรียกเก็บ

3.2 การจ่ายแบบราคาเดียวเป็นโบนัส (flat rate or bonus payment) หมายถึง เป็นการจ่ายโดยตรงตามอัตราที่ตกลงกัน และมักเป็นยอดรวมสำหรับบริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรค

3.3 การจ่ายแบบเหมาจ่าย (capitation) หมายถึง เป็นการเหมาจ่ายแบบเหมารวมในการให้บริการแก่รายชื่อคนที่มาขึ้นทะเบียนซึ่งมักเป็นรายปี อัตราการเหมาจ่ายอาจแตกต่างกันตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย เช่น สำหรับผู้สูงอายุ

3.4 การจ่ายแบบยอดรวม (global budget) หมายถึง การจ่ายงบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมด (รวมทั้งหมวดค่าแรง และค่าดำเนินการทั้งหมด) ซึ่งจะถูกกำหนดล่วงหน้า แต่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในการใช้ภายใต้ยอดที่กำหนด

วิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีจุดแข็งและจุดอ่อน ดังตาราง 3

ตาราง 3 จุดแข็ง และจุดอ่อนของรูปแบบหรือวิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในแต่ละวิธี

วิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism)	จุดแข็ง (strength)	จุดอ่อน (weakness)
1. ปริมาณบริการ (fee for service)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการรับผิดชอบแทนตามผลงานที่ตนทำ - ง่ายในการวิเคราะห์ผลงานของผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์ - ทำให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่มากเกินไป และไม่จำเป็น
2. อัตราเดียวเป็นโบนัส (flat rate/bonus)	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ - ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ต้องการส่งเสริม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสมกับบริการที่มีความซับซ้อน

ตาราง 3 (ต่อ)

วิธีการจ่ายเงิน (payment mechanism)	จุดแข็ง (strength)	จุดอ่อน (weakness)
3. เหมาค่า (capitation)	<ul style="list-style-type: none"> - ง่ายต่อการบริหารจัดการ - สนับสนุนให้เกิดการจัดทำงบประมาณแบบล่วงหน้า - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดต้นทุนของการจัดบริการ - เพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชน ถ้าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์เวชปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสมกับบริการที่มีความซับซ้อนมาก - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ และปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นในกลุ่มที่มาขึ้นทะเบียน - ยากในการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ให้บริการ
4. ยอดรวม (global budget)	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการง่าย - ส่งเสริมให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ - เป็นการจัดทำงบประมาณล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดจำนวนผู้ป่วยและปริมาณบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544; WHO., 1993

วิธีการจ่ายแต่ละวิธีนั้นจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ สามารถสรุปได้ดังตาราง 4

ตาราง 4 วิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆ ที่มีผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการของผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายเงิน	ปริมาณบริการ		โครงสร้างองค์ประกอบบริการ	
	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนบริการที่เรียกเก็บเงินได้	ปริมาณบริการที่ให้บริการแต่ละครั้ง	บริการทดแทนที่มีราคาแพง
1. ปริมาณบริการ	+	+	+	+
2. อัตราเดียวเป็นโบนัส	+	0	-	0
3. เหมาค่า	+	0	-	-
4. ยอดรวม	-	0	-	-

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544; WHO., 1993

+ : ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเพิ่มปริมาณบริการ/โครงสร้างองค์ประกอบบริการให้ได้สูงสุด

- : ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณบริการ/โครงสร้างองค์ประกอบบริการให้ได้สูงสุด

0 : ดัชนีดังกล่าวไม่เหมาะสมกับวิธีการจ่ายแบบนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ทราบ

ตาราง 5 วิธีการประยุกต์ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ

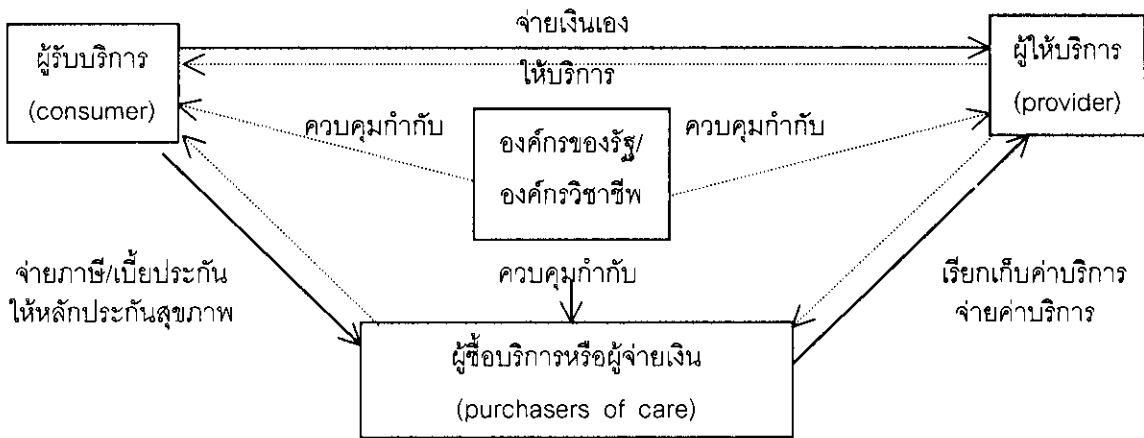
วิธีการจ่ายเงิน	หน่วยของบริการที่จ่าย	สถานพยาบาล (หน่วยบริการปฐมภูมิ)
1. ปริมาณบริการ	- แต่ละกิจกรรมหรือแต่ละราย	/
2. อัตราเดียวเป็นโบนัส	- การลงทุนหรือบริการเฉพาะ เช่นบริการ ด้านการส่งเสริม-ป้องกันโรค	/
3. เหม่าจ่าย	- บริการทุกอย่างสำหรับผู้ขึ้นทะเบียน ภายในเวลาที่กำหนด	/
4. ยอดรวม	- บริการทุกอย่างของสถานพยาบาล ภายในระยะเวลาที่กำหนด	/

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541; ศุภสิทธิ์ พรธนาภูโณทัย, 2544; WHO., 1993

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในรูปแบบของความสัมพันธ์ไตรภาคีระหว่างผู้ป่วย (consumer/patient) ผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายที่สาม (purchaser/third party) ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการจัดสรรงบประมาณไปสู่ผู้ให้บริการและบริการประเภทต่าง ๆ จะมีผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ และส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบการคลังสาธารณสุขโดยรวม

4. ระบบและโครงสร้างการจัดการบริการ (system and service structure) ประเภทลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการ รวมไปถึงความครอบคลุมในการให้บริการ

ความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบบริการหรือการคลังสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 กลุ่มคือ ผู้รับบริการ (consumers) หรือผู้ป่วยมีหน้าที่รับบริการ และเสียค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายอยู่ 2 วิธี คือกรณีแรกจะจ่ายโดยตรงให้กับสถานบริการ (provider) ประกอบด้วยทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย อีกกรณีหนึ่ง คือจ่ายผ่านผู้จ่ายที่สามหรือผู้ซื้อบริการ (purchasers or third party) สำหรับในภาครัฐของประเทศไทย ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการไม่ได้แยกหน้าที่กันอย่างชัดเจน คือเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการไปพร้อม ๆ กัน จึงทำให้เป็นการผูกขาดในบริการสุขภาพ โดยมีกลุ่มองค์กรของรัฐและองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ทำหน้าที่ควบคุมกำกับหน่วยงานผู้ให้บริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541) ดังภาพประกอบ 6

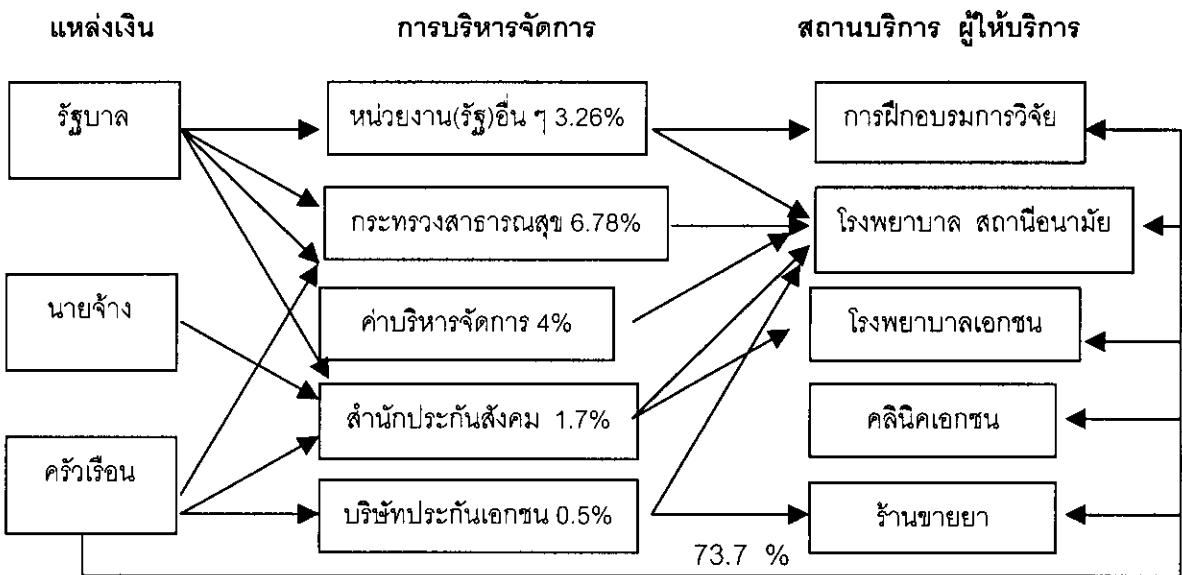


ภาพประกอบ 6 ความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบการคลังสาธารณสุข

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541

การคลังเอกชน หมายถึง แหล่งเงินที่ไม่เกี่ยวข้องกับงบประมาณหรือรายจ่ายของรัฐ แหล่งที่มาของการคลังเอกชนเพื่อการดูแลสุขภาพมีได้หลายประการ ได้แก่ การคลังชุมชน (community financing) เป็นวิธีระดมเงินในชุมชนด้วยการตั้งกองทุน และเป็นกระบวนการการสมัครใจของประชาชนในแต่ละชุมชน การบริจาค (donation)

จากการศึกษาของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2535) โดยเป็นการศึกษาถึงแหล่งของเงิน และการไหลเวียนของตัวเงินไปสู่สถานบริการต่างๆหรือกลุ่มผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐ และเอกชนในประเทศไทย พบว่า รายจ่ายจากครัวเรือนสูงถึง 73.7% เมื่อเทียบกับรัฐบาลและนายจ้างคิดเป็น 26.3 % ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 การไหลเวียนของเงินไปสู่สถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศไทย

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535

สำหรับรูปแบบในการปฏิรูปการคลังสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศ ในแถบทวีปยุโรป และสหรัฐอเมริกาที่ดำเนินการปฏิรูปด้านภาคสาธารณสุขของประเทศอย่าง ได้ผล โดยพิจารณาถึงวิธีการจัดสรรเงินและการจัดบริการ (คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540) ดังตาราง 6

ตาราง 6 วิธีการจัดสรรเงิน และการจัดบริการ

แหล่งเงิน	วิธีการจัดสรรเงิน	การจัดบริการ
- กลไกการแข่งขันระหว่างบริษัทประกัน เอกชน (เช่น Health Maintenance Organization (HMO))	- การทำสัญญาจ้างเหมาบริการ (negotiated contracting)	- โรงพยาบาลเป็นอิสระในการบริหารจัดการ (quasi-autonomous management of public hospitals)
- การเพิ่มประกันสุขภาพเอกชนแบบสมัครใจ	- การเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน (fee for service with capping)	- ให้มีการแข่งขันในการจัดบริการระหว่าง แพทย์ และโรงพยาบาล (competition service between provider)
- การเพิ่มประกันสุขภาพแบบบังคับ	- ให้สถานพยาบาลระดับต้น หรือมี กรรมการถือเงินในการจ่ายให้แก่ โรงพยาบาล (GP fund holder)	- การกระจายอำนาจการบริหารจัดการ (decentralization service delivery)
	- จ่ายแบบเหมาจ่ายผสมกับวิธีอื่นให้แก่ GP	- ให้ GP เป็น gatekeeper
	- กำหนดราคาขาย (reference pricing)	- privatizing service provider
	- กำหนดบัญชียา (positive lists)	- เพิ่มการประสานงานระหว่างบริการ สาธารณสุข และบริการทางสังคม เช่นในกลุ่มผู้สูงอายุ
	- การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยในการใช้ บริการ (co-payment and deductibles)	- การเพิ่มคุณภาพของการจัดบริการ (quality improvement)
การพัฒนาระบบข้อมูล (improved information systems) เน้นการจัดบริการด้านการป้องกันโรค (enhanced preventive services) สิทธิผู้ป่วย (patient rights)		

ที่มา : คณะกรรมการดำเนินงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2540; Saltman, 1995

จากการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบุรณ์, ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัด ขอนแก่น โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ 4 ประเทศ พบว่า ระบบ สหราชอาณาจักรมีระบบการจัดสรรงบประมาณแบบระบบบริการสุขภาพแห่งชาติซึ่งใช้เงินจากภาษี

อากรเป็นหลัก มีคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (regional health authority) คล้ายกับ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ. หรือ area health board) ของไทยเป็นผู้ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณในระดับพื้นที่ให้แก่ผู้ให้บริการได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งถือว่าเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระทำสัญญารับเงินจากรัฐบาลในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่มากขึ้นทะเบียน (capitation) บวกด้วยเงินจูงใจตามผลงาน (bonus) เพื่อให้บริการแก่ประชาชนที่มากขึ้นทะเบียน

ระบบแคนาดา มีระบบการเงินเป็นแบบระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งบริหารโดยรัฐบาลท้องถิ่นในระดับจังหวัดอย่างอิสระภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลาง ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะเป็นผู้ทำสัญญากับรัฐบาลท้องถิ่น เพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน รัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละจังหวัดจะเป็นผู้จ่ายเงินให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวตามปริมาณให้บริการ (fee for service)

ระบบสหพันธรัฐเยอรมนีมีการจัดการการเงินเป็นระบบประกันสุขภาพโดยเอกชนมีกองทุนประกันการเจ็บป่วย (sickness fund) หลายกองทุน ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลจากรัฐบาลกลางอย่างเข้มงวดผ่านทางกฎหมาย ส่วนการให้บริการเป็นระบบผสมระหว่างการดำเนินการของภาครัฐ ภาคเอกชนที่มุ่งกำไรและไม่มุ่งกำไรโดยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในแต่ละรัฐจะเป็นผู้ทำสัญญากับกองทุนประกันการเจ็บป่วยให้บริการแก่ประชาชนโดยไม่มีระบบการขึ้นทะเบียน สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในแต่ละรัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปตามปริมาณการให้บริการในอัตราที่ตกลงร่วมกัน

ระบบสหรัฐอเมริกา มีการจัดการการเงินส่วนใหญ่จะเป็นระบบประกันสุขภาพโดยธุรกิจเอกชน และการจ่ายเองของผู้ที่ไม่ประกันใด ๆ ส่วนการให้บริการเป็นระบบผสมระหว่างการดำเนินการของภาครัฐ ภาคเอกชนที่มุ่งกำไรและไม่มุ่งกำไร รัฐบาลไม่ได้ทำหน้าที่ในการควบคุมดูแลการให้บริการและการบริหารระบบการเงินในภาพรวม แต่มีบทบาทบางส่วนผ่านโครงการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คนจน ทหารผ่านศึก เป็นต้น และการจัดสรรงบประมาณที่เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ดังเช่นประเทศสหราชอาณาจักร และบริษัทประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าควบคุมรายจ่ายในภาพรวมได้ดี สำหรับการจัดสรรงบประมาณในประเทศไทย พบว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการดีพอ จึงมีความพยายามในการปฏิรูประบบการจัดสรรงบประมาณด้านบริการสุขภาพ

จากการศึกษาวิจัยของจางกล เดิศเธียรดำรง และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ภาพรวมการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2535 มีค่าใช้จ่าย 49,951 ล้านบาท ร้อยละ 57 หรือ 28,735 ล้านบาทเป็นการควบคุมป้องกันโรค ในขณะที่มีรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 17,774 ล้านบาท หรือร้อยละ 35 เป็นงบดำเนินการ 47,724 ล้านบาท

และงบลงทุนโดยภาครัฐ 2,227 ล้านบาท ในปี 2537 และ 2539 ตัวเลข "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" เป็น 65,873 ล้านบาท และ 81,245 ล้านบาทตามลำดับ ในจำนวนนี้ครัวเรือนรับภาระ ในรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรครวม 44,291 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 67 ในปี 2537 และ 51,301 ล้านบาท หรือร้อยละ 63 ในปี 2539 ส่วนที่เหลือเป็นภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข 13,205 ล้านบาท ในปี 2535 และ 19,480 ล้านบาท ในปี 2539 กระทรวงอื่น กทม. และเทศบาลมีส่วน 8,376 ล้านบาท ซึ่งในปี 2537 ค่อนข้างสูงเนื่องจากเริ่มโครงการอาหารกลางวันเด็กนักเรียนของกระทรวงศึกษา และในส่วนของเทศบาลรับภาระค่อนข้างมากในเรื่องควบคุมป้องกันโรค คือประมาณ 2,532 ล้านบาท ใน 4,594 ล้านบาทที่เป็นค่าใช้จ่าย ส่วนที่เป็นเทศบาลทั้งหมด สำหรับปี 2539 กระทรวงอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค 5,131 ล้านบาท เทศบาลต่าง ๆ รวม กทม. 5,531 ล้านบาท นอกจากนี้การศึกษานี้ได้กำหนดว่างบที่จัดสรรในงานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขศึกษา งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ งานให้ภูมิคุ้มกันโรค งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เหล่านี้ถือเป็นงบเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ที่เหลือนอกจากนี้ถือเป็นงบประมาณที่ภาครัฐจัดสรรแล้วก่อให้เกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางอ้อม

จากการศึกษาวิจัยของอำพล จินดาวัฒน์ (2541) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ควรมีระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่นจัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน ถ้าเป็นระบบประกันสุขภาพก็ต้องเป็นระบบที่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน จากการศึกษาวิจัยของคณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ที่ได้เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เพราะเมื่อมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์แล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดเก็บภาษีจากประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นในอนาคตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรเป็นผู้รับผิดชอบและสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วินัย ลีสmith (2543) ที่ได้ศึกษาการกระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น พบว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ควรรับผิดชอบการคลังสุขภาพในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลก่อน เพื่อขยายเป็นการรับผิดชอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนทั้งจังหวัดต่อไปในอนาคต ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลรับผิดชอบการคลังสุขภาพของการดูแลขั้นปฐมภูมิเพียงบางส่วน ทั้งนี้ต้องขึ้นกับศักยภาพทางการเงินและการบริหาร ซึ่งปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คืองบประมาณไม่เพียงพอ (วินัย ลีสmith และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2546)

ปัญหาการคลังสุขภาพโดยทั่วไป ทั้งประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา คือแหล่งเงินไม่เพียงพอในการดำเนินการบริการสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) สาเหตุหลักเป็นเพราะ

1. ทรัพยากรขาดแคลน เป็นการขาดแคลนอย่างสมบูรณ์ (absolute deficiencies) ปริมาณเงินที่มีอยู่ไม่สามารถจัดหาทรัพยากรอย่างเพียงพอ สาเหตุในกลุ่มทรัพยากรขาดแคลนนี้ได้แก่ การที่ต้นทุนสูงขึ้น (rising cost) ปริมาณเงินที่อยู่น้อยลง จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ได้น้อยลง หรือความคาดหวังมากขึ้น (rising expectations) เช่นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 กำหนดว่า ทุกคนต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพจะทำให้ความคาดหวังด้านคุณภาพสูงขึ้น ปริมาณเงินที่มีอยู่จะไม่เพียงพอ และผู้สูงอายุมากขึ้น (aging population) ทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงระบบสุขภาพ ทรัพยากรที่เคยมีอย่างเพียงพอก็กลับขาดแคลน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ภูษิต ประคองสาย (2544) ที่ได้ศึกษางบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า : 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน พบว่า อัตราการเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มอายุ เนื่องจากโครงสร้างอายุจะมีความแตกต่างของอัตราการเจ็บป่วย การใช้บริการ และค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน การกำหนดให้มีหลายอัตราจำแนกตามกลุ่มอายุ จะเกิดความเป็นธรรมแก่สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนประชากรผู้สูงอายุ และป้องกันปัญหาการกีดกันไม่รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ อัตราการเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มอายุต่อไปนี้ 0-4 5-9 10-14 15-24 25-44 45-59 60-69 และ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราเหมาจ่ายเท่ากับ 529 327 257 182 340 922 1,781 และ 2,132 บาทต่อคนต่อปี เฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ 574 บาท

2. ใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการขาดแคลนแบบสัมพัทธ์ (relative deficiencies) นั่นคือมีทรัพยากรอย่างเพียงพอแต่ใช้ไม่ถูกประโยชน์ เช่นทรัพยากรบุคคล ศักยภาพของคนไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ จึงไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มกำลังศักยภาพที่ควรเป็นหรือเทคโนโลยีไม่เหมาะสม อาจใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไปหรือด้อยเกินไป ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรโดยใช่เหตุ และทรัพยากรกระจายไม่เหมาะสม เป็นปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข (health care system) สถานพยาบาลและบุคลากรกระจุกอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครหรือเมืองใหญ่ เขตชนบทขาดแคลนทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบูรณ์, บัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า การจัดสรรงบประมาณในประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการที่ดีพอ จากการศึกษาวิจัยของสุชาติ ตังทางธรรม (2541) ที่ได้ศึกษาการทบทวนนโยบายเศรษฐศาสตร์ด้านสุขภาพ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้นได้ โดยให้ความสำคัญกับการลงทุนตามแนวคิดบริการ

พื้นฐานที่จำเป็น (basic essential package) ธนาคารโลกได้เสนอแผนงานที่รัฐจำเป็นต้องเข้าดำเนินการ ได้แก่ แผนงานการให้วัคซีนรวมทั้งการให้อาหารเสริมแก่เด็ก การบริการสุขภาพในโรงเรียน การให้ความรู้แก่สาธารณชนเรื่องการวางแผนครอบครัว โภชนาการ การดูแลสุขภาพของตนเองและการเฝ้าระวังโรค แผนงานเพื่อลดการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาเสพติดอื่น ๆ และแผนงานการป้องกันโรคเอดส์และกามโรค ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการลงทุนในบริการเหล่านี้จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลงได้มาก เนื่องจากเป็นงานที่ให้ผลตอบแทนสูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย

จากการศึกษาวิจัยของสายพิณ ลามหลาย (2544) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณหมวดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แบบใหม่ที่มีต่อผู้ให้บริการในด้านปริมาณงานประจำ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ผู้ให้บริการขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร.แบบใหม่ ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน นโยบายของผู้บริหารไม่ชัดเจน นอกจากนี้แล้วประชาชนยังไม่รับทราบและมองไม่เห็นความสำคัญของการใช้สิทธิ สปร. และผู้ให้บริการได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ คือควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานอนามัยโดยตรงทุกคน จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้บริการทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจะกล่าวในสิ่งที่เหมือนกัน คือผู้ให้บริการขาดความรู้ไม่เข้าใจขั้นตอนของการจัดสรรเงิน สปร. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม่ชี้แจงระบบการจัดสรรเงิน สปร. ให้ผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานที่สถานอนามัยทราบนโยบายหรือการชี้แจงเรื่องการจัดสรรงบประมาณ สปร. แบบใหม่ยังไม่ชัดเจน

จากการศึกษาวิจัยของนุศราพร เกษสมบุรณ์, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ และ กรแก้ว จันทภาษา (2546) ที่ได้ศึกษาข้อเสนอรูปแบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริหาร และบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นต่อแนวทางการจัดสรรงบประมาณบริการสาธารณสุขในระยะที่ผ่านมา ก่อนมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 30 ราย และนำเสนอต่อตัวแทนผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรงบประมาณทุกระดับของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ (24 ใน 30) เห็นว่าแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณของผู้มีอำนาจหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณปัจจุบันมีความเหมาะสมเนื่องจากการจัดสรรในรูปแบบของคณะกรรมการซึ่งมีตัวแทนจากหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ (2 ใน 3) เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณจากจังหวัดไปอำเภอในปัจจุบันมีความเหมาะสมเป็นระบบและชัดเจน แต่ยังคงอาจพบปัญหาบางประการในรายละเอียด เช่นการจัดสรรงบประมาณดำเนินการยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนกระบวนการในการจัดสรรงบประมาณ ผู้บริหารส่วนใหญ่ (9 ใน 10) มีความเห็นว่าระบบการแบ่ง

งบประมาณแบบแยกเป็นหมวดต่าง ๆ ในปัจจุบันคืออยู่แล้ว อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังมีปัญหาบางประการ เช่น กฎระเบียบการใช้จ่ายเงินแบบงบประมาณทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้จ่าย ส่วนเรื่องการจัดให้มีระบบการติดตามประเมินผลการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ (29 ใน 30) เห็นว่ามีความจำเป็น ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อบกพร่องรวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสามารถนำมาประยุกต์และปรับปรุงพัฒนาระบบให้ดีขึ้น ส่วนเรื่องปัญหาและแนวทางการแก้ไขในการจัดสรรงบประมาณ ผู้บริหารส่วนใหญ่ (8 ใน 10) มีความคิดเห็นว่ระยะเวลาในการดำเนินงานจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้า ข้อมูลข่าวสารที่นำมาใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณไม่มีความทันสมัย แนวทางแก้ไข คือสถานบริการควรขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสำรวจข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และปัญหาความล่าช้าในการส่งข้อมูล ซึ่งพบบางอำเภอเท่านั้น

จากการศึกษาวิจัยของอุสาร์ เฟิงภารา, นงนิตย์ จงจิระศิริ และ เปรมจิต หงษ์อำไพ (2546) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดปัตตานี โดยการประเมินผลปัจจัยนำเข้า พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านนโยบายขององค์กรในระดับผู้บริหารงานยังขาดการวิเคราะห์นโยบายเพื่อแปลงไปสู่การปฏิบัติทำให้ในระดับพื้นที่ไม่มีการวางแผนเพื่อกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานจะรอให้มีการสั่งการจาก คปสอ. หรือ สสอ. และยังขาดกรอบแนวคิดในการดำเนินงานที่ชัดเจนทำให้ขาดทิศทางแก่ผู้ปฏิบัติ การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังเป็นแบบเดิม หลักการที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพราะ PCU เกือบทั้งหมดมุ่งเน้นการปรับรูปแบบการรักษาพยาบาลของสถานอนามัยที่เป็น PCU เท่านั้น ขาดการวิเคราะห์ปัญหาในชุมชนเพื่อวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจของโครงการ ส่วนการถ่ายทอดนโยบายในระดับอำเภอยังทำในลักษณะแยกส่วนไม่ได้ อยู่ในรูปแบบ คปสอ. กล่าวคือโรงพยาบาลจะจัดประชุมเฉพาะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ชี้แจงในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานอนามัย ด้านโครงสร้างขององค์กร พบว่า โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักได้มีการเคลื่อนไหวบ้างในเชิงการจัดตั้งองค์กรเพื่อรับผิดชอบโครงการ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเฉพาะของโรงพยาบาลเองไม่ได้ใช้ คปสอ. เป็นหน่วยบริหารจัดการในภาพรวม มีหลายอำเภอที่จัดตั้งคณะทำงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นอีกคณะหนึ่ง ซึ่งบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานได้ล้อตามคณะทำงาน 8 คณะของระดับจังหวัด แต่ยังไม่ได้กำหนดแผนการปฏิบัติงานให้ชัดเจน ด้านบุคลากร พบว่า การกระจายตัวของบุคลากรในหลายพื้นที่ยังไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายคนยังมีความต้องการฝึกอบรมหรือชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านงบประมาณ พบว่า ในระดับสถานอนามัยยังไม่มี ความชัดเจนในการปฏิบัติ รวมถึงด้านรายจ่ายตอบแทนโบนัสต่าง ๆ และหลายพื้นที่มีความเห็นว่าจังหวัดจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริม

ป้องกันให้ระดับสถานีอนามัยน้อยเกินไป และวิธีการเบิกจ่ายเงินงบประมาณไม่ชัดเจน มิได้กำหนดขอบเขตความแตกต่างระหว่างสถานีอนามัยที่เป็น PCU และเครือข่ายโดยคำนึงถึงความเป็นธรรมชาติการพิจารณาหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินในระดับพื้นที่ค่อนข้างจะล่าช้า ความเหมาะสมของการจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานที่ PCU ยังไม่กำหนดรูปแบบและเงื่อนไข ขาดการให้ข้อมูลที่ถูกต้องจากระดับอำเภอ ทำให้เกิดความวุ่นวายในระดับสถานีอนามัยส่งผลต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งขาดการวางแผนการใช้งบประมาณของแต่ละ CUP โดย คปสอ. เพราะไม่ทราบหลักการใช้งบประมาณ

สรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกติดตาม 5 ประการ คือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข เนื่องจากเป็นยุทธวิธีที่ยอมรับกันทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทยก็ได้นำยุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอันเป็นจุดมุ่งหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งได้ใช้แนวคิดการจัดสรรเงินหมวดส่งเสริม-ป้องกันภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) คือระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และสิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน