



**ข้อเสนอเชิงนโยบาย
ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ
งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ งานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

● การอภิบาล ศักยภาพ และประสิทธิผล

ในการบริหารบสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ (PP Area Base) สปสช.สร้างความเป็นหุ้นส่วน (partnerships) กับบุคคล/หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขเขต (คปสช.) เครื่องมือหลักคือ กรอบความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) บางเขตกำหนดให้ภาคีถอดยุทธศาสตร์เขตออกมาเป็นแผนที่ยุทธศาสตร์ (strategic map) เพื่อใช้เป็นกรอบทำงานและเป็นเครื่องมือสื่อสารในแต่ละระดับจนถึงท้องถิ่น แต่ยังคงอยู่ในระยะสร้างความเข้าใจและพัฒนากระบวนการจัดทำ จึงยังไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง

ในการติดตามประเมินผลระดับเขต สปสช. ใช้กลไกตรวจราชการระดับเขตและระบบรายงานตรง แต่ยังขาดการบูรณาการผลการดำเนินงานระบบต่าง ๆ (จากตัวชี้วัด PPexpressed และ PPcom) ให้เป็นภาพเขต ทำให้การติดตามประเมินผลที่เป็นอยู่ไม่สะท้อนภาพเขต จึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์สุขภาพ และในการจัดทำ health need แต่ละปีจึงยังต้องใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง

เพราะ สปสช.พึ่งพากลไกราชการกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ระดับเขต แทนการใช้โครงสร้างกลไกที่ สปสช. สร้างขึ้นในระดับจังหวัดและ CUP ซึ่งในปัจจุบันโครงสร้างดังกล่าวจึงมีหน้าที่เพียงจัดสรรเงินระดับ CUP และหน่วยบริการใน CUP ตามลำดับ ปัจจัยความสำเร็จในการอภิบาลระบบของ สปสช. จึงขึ้นกับศักยภาพในการสร้างความร่วมมือ/ความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ตรวจราชการเขตเป็นสำคัญ และมีลักษณะรวมศูนย์เพื่อตอบสนองส่วนกลางทั้ง กสธ. และ สปสช. มากกว่า จะตอบสนองปัญหาของจังหวัด ลักษณะเช่นนี้ยังเกิดระหว่างจังหวัดกับ CUP ขณะที่กองทุนตำบลสามารถทำงานตอบสนองพื้นที่ได้ดีกว่าเพราะมีความเป็นอิสระจากระบบบังคับบัญชาแบบราชการ

สำหรับ สปสช. กรุงเทพมหานคร ด้วยกลไกการบริหารที่ต่างจากเขตอื่นประกอบกับไม่มี สสจ. ทำให้สามารถบริหารจัดการเพื่อตอบสนองพื้นที่ได้อย่างแท้จริงและคล่องตัวกว่าเขตอื่น แต่สภาพทางเศรษฐกิจสังคมทำให้มีความหลากหลายกว่า ทั้งในด้านคุณลักษณะและจำนวนของประชากรเป้าหมาย หน่วยบริการ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงบริหารจัดการยากกว่าเขตอื่นและยังต้องทำงานทั้งในบทบาทสำนักงานเขตและจังหวัดที่ประสานตรงกับภาคส่วนต่างๆ ความครอบคลุมของการดำเนินงานจึงเป็นปัญหาสำคัญของเขตนี้

ภาคสาธารณสุข

การนิเทศงานเป็นการตามตัวชี้วัดไม่มีคำแนะนำเชิงเทคนิควิชาการ จึงไม่เกิดการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหากระบวนการ PP ที่มีอยู่ของหน่วยงานที่รับการนิเทศ ทั้งการนิเทศ สสจ. โดยสำนักตรวจราชการเขต การนิเทศ CUP โดย สสจ. และการนิเทศ สอ./PCU โดย CUP ซึ่งเสมือนเป็นการติวข้อสอบให้สามารถสอบผ่านก่อนการประเมินแต่ละระดับ น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่ศึกษา หน่วยงานของกรมวิชาการในระดับเขตไม่ถูกเอ่ยถึงในการสนับสนุนเทคนิควิชาการ

จังหวัดขนาดใหญ่มักมีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม ปัญหาสุขภาพก็มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอในจังหวัดเดียวกันและระหว่างจังหวัดในเขตเดียวกัน กรอบยุทธศาสตร์เขตและจังหวัดจึงเป็นข้อจำกัดของจังหวัดและอำเภอ ตามลำดับ นั่นคือกรอบยุทธศาสตร์ระดับสูงกว่าเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการและดำเนินงานที่มุ่งตอบสนองปัญหาหลักของพื้นที่สวนทางกับแนวคิดกระจายอำนาจ

การอภิบาลระบบ PP ในแต่ละระดับใช้เครื่องมือ/กลไกราชการซึ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาที่เหนือกว่าและยึดกฎระเบียบข้อบังคับ มากกว่าจะเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ จึงไม่ส่งเสริมการสร้างความเป็นหุ้นส่วนและปฏิบัติการในแต่ละระดับ

ขาดการประเมินผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมจังหวัดและอำเภอ/CUP อีกทั้งแผนงานโครงการประเภทและความครอบคลุมการบริการส่วนบุคคล ก็มุ่งตอบสนองตามสายบังคับบัญชาและส่วนกลาง (เพื่อให้ผ่านตัวชี้วัดและได้งบประมาณโดยตรง) มากกว่าตอบสนองปัญหาของพื้นที่ในแต่ละระดับ

ระดับจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างตระหนักในบทบาทเจ้าภาพด้านสุขภาพระดับจังหวัด และความร่วมมือระหว่างส่วนราชการต่างๆ และท้องถิ่นในการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อที่ผ่านมา (เช่น ไข้เลือดออก ชิคุนกุนยา) เป็นประสบการณ์สำคัญและเป็นแนวทางในการจัดการกับโรคที่มีผลกระทบสูงในภายหลังเช่น หวัด 2009

ศักยภาพของ สสจ. ที่เด่นชัดในบริบทปัจจุบันคือ ความสามารถในการประสานงานและสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายในจังหวัดและเขต ซึ่งทำให้ได้รับการยอมรับ การบริหารงานราบรื่น และมีแหล่งทรัพยากรเพิ่มขึ้นในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ

ระดับอำเภอ/ CUP

ในภาพรวม CUP ส่วนใหญ่ยังคงพบความไม่สอดคล้องกันของการบริหารงบประมาณกับการบริหารงานคือ รพ. มีอำนาจอนุมัติงบประมาณ CUP แต่ความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) ต่อผลการดำเนินงานกลับอยู่ที่ สสอ. (เพราะการจะผ่านตัวชี้วัดขึ้นกับผลการดำเนินงานของ สอ. มากกว่าของ รพ.) สภาพการณ์เช่นนี้ เป็นมาตั้งแต่เริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนปัจจุบัน รพ.ต้องรับภาระค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ย่อมมี conflict of interest ระหว่างความอยู่รอดทางการเงินของ รพ. กับการจัดสรรงบประมาณให้ สอ.

แนวคิดของฝ่าย รพ. ในการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความขัดแย้งในการบริหารงบประมาณ CUP จำแนกได้ 2 รูปแบบแตกต่างกันคือ 1) ผนวก สอ. เข้าเป็นฝ่ายหนึ่งของ รพ.โดย สสอ.เป็นหัวหน้าฝ่าย 2) แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจากการบริหาร รพ. โดยจัดตั้งสำนักงาน

CUP ดำเนินงานภายใต้ CUP Board (รูปแบบของ CUP ฝ่าย เชียงใหม่) ข้อดีของรูปแบบนี้คือ สสอ. และ สอ. เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่แรก การบริหารจัดการ CUP จึงโปร่งใสตรวจสอบได้ง่ายขึ้นในมุมมองของ สสอ. และ สอ. และมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม เกิดความเป็นเอกภาพและยึดเป้าหมาย CUP ร่วมกัน

ด้าน สสอ. พบว่า ยังคงมีความภาคภูมิใจในบทบาทเจ้าภาพงานสาธารณสุขระดับอำเภอและพร้อมเป็นหน่วยติดตามประเมินระบบ PP ในระดับอำเภอรวมทั้งกองทุนตำบล หากได้รับงบประมาณดำเนินการพอเพียง สำหรับการบริหารจัดการ CUP สามารถจำแนกข้อเสนอของ สสอ. ได้ 3 รูปแบบที่แตกต่างกันคือ 1) แยกการบริหารจัดการ CUP ออกจาก รพ. ตามรูปแบบของ CUP ฝ่าย เชียงใหม่ 2) จัดสรรงบประมาณ PP และ OP ส่วนของ สอ. (จัดสรรตามจำนวนประชากรหรือปริมาณงานแล้วแต่กรณี) ให้ สสอ. บริหารจัดการโดยตรง 3) รวมกลุ่ม สอ. เป็น CUP และให้ สอ. ขนาดใหญ่เป็นสำนักงาน CUP (ตามรูปแบบของ CUP เมืองย่า อ.เมืองนครราชสีมา)

ภาคท้องถิ่น

อปท. รับรู้ถึงบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น ระดับเทศบาลตำบลมีการขยายบทบาทด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแม้บางแห่งจะยังไม่ได้เข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโครงสร้าง/กลไกการบริหารกองทุนตำบลของ อปท. พบว่ามีลักษณะตามหลักธรรมาภิบาลดังนี้

- โครงสร้างกลไกบริหารกองทุนตำบลถูกกำหนดจาก สปสช. (Legitimacy)
- มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนรวมทั้ง สอ. (Participation)
- มีโอกาสถูกตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) การเมืองฝ่ายตรงข้าม และชุมชนเอง (Checks & Balances, Accountability)
- ให้ความสำคัญกับโครงการภาคประชาชน (Responsibility) และในเทศบาลที่มีศูนย์บริการสาธารณสุขจะจัดบริการเอง มากกว่าจะจัดสรรให้สถานพยาบาลสังกัดอื่น
- ในเทศบาลเมือง/นคร หลายแห่งมีการตั้งคณะกรรมการเพิ่มเพื่อกลั่นกรองโครงการซึ่งนอกจากจะเป็นเวทีเรียนรู้การเสนอโครงการของผู้เสนอแล้วยังสร้างภาพลักษณ์ด้านความโปร่งใส (Legitimacy) ให้องค์กรด้วย
- การติดตามประเมินผลตามระบบงานปกติของภาคท้องถิ่น พิจารณาจากหลักฐานการใช้จ่ายเงินพร้อมภาพถ่ายกิจกรรม ยังขาดการประเมินประสิทธิผล/ผลลัพธ์ที่ได้เช่นเดียวกับภาคสาธารณสุขที่ยังคงเป็นการประเมินผลผลิต

ศักยภาพที่เด่นชัดของ อปท. คือ ความสามารถในการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะ อปท. ขนาดใหญ่ที่มีทรัพยากรมาก และทักษะในการเข้าถึงชุมชนซึ่งจำเป็นในการควบคุมโรคติดต่อ (จากประสบการณ์โรคซิกาซุนคุนยา) ที่สำคัญคือ แม้จะเป็นหน่วยงานที่มีข้อจำกัดทางเทคนิควิชาการสาธารณสุข และรับรู้ถึงข้อจำกัดนี้ แต่ไม่นำมาเป็นอุปสรรคต่อการขยายบทบาท เพราะมั่นใจว่าสามารถแสวงหาการสนับสนุนจาก สอ./สสอ./รพ. ได้ หรือจาก สสจ. ในกรณีจำเป็น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การปรับกระบวนทัศน์ “All for Health” และ “กระจายอำนาจ” ของระดับนโยบายและผู้บริหาร แต่ละระดับ จำเป็นต่อการสร้างศักยภาพองค์กรในมิติ responsibility และ accountability สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรต้องเพิ่มศักยภาพในการบริหารความเปลี่ยนแปลง (change management) เพื่อจัดทัศนคติด้านลบซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น และสามารถบริหารจัดการ ประสานงาน และอำนวยความสะดวกให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพ กรณี กทม. เป็น ตัวอย่างรูปธรรมของบริบททางเศรษฐกิจที่เติบโตสูงและมีความหลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมและ ประชากร รวมทั้งภาคท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อน สภาพการณ์เช่นนี้อาจเกิดขึ้นกับจังหวัดอื่นๆ ได้ในอนาคต การพัฒนาแนวทางเครื่องมือในการบริหารจัดการและอภิบาลเพื่อรองรับทิศทางความ เจริญดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่และบริการปฐมภูมิเพื่อมุ่งจัดการปัญหาสุขภาพ ของพื้นที่อย่างตอบสนองต่อประชาชน จำเป็นต้องกระจายอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร (งาน คน เงิน) ไปยังพื้นที่แต่ละระดับพร้อมความสำนึกรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้การกำหนดยุทธศาสตร์และแผน ของพื้นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ แทนการตอบสนอง KPI ของระดับที่สูงกว่าและส่วนกลาง

ตัวชี้วัดและระบบข้อมูล/รายงานที่ออกแบบจากส่วนกลางมักเป็นเครื่องมือการบริหารแบบรวม ศูนย์ซึ่งเมื่อใช้การบวก (sum) ข้อมูลจากแต่ละแห่งเข้าด้วยกันก็ต้องออกแบบระบบข้อมูลอย่างตายตัวให้ พื้นที่รายงานเข้ามา ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นการปิดโอกาสค้นพบปัญหาใหม่ๆ ของพื้นที่เองซึ่งหากได้รวบรวม ขึ้นมาระดับประเทศอาจให้ภาพที่ต่างไปจากที่เป็นอยู่ ดังนั้นหากต้องการสนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์ ปัญหาของพื้นที่ (เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการ) และผลลัพธ์การดำเนินงาน ตามปัญหาที่มี ควรต้องพัฒนานิ่ววิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบ meta analysis ในระดับประเทศและเขต

strategic map ซึ่งถูกคาดหวังให้เป็นเครื่องมือชี้ทิศและเป็นกรอบการทำงานและติดตามประเมิน อย่างบูรณาการในทุกระดับ ควรสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจเรียนรู้และพัฒนากระบวนการจัดทำ ให้ สามารถใช้งานได้จริง หากทำในระดับอำเภอ (แทนระดับตำบล) น่าจะช่วยให้การจัดทำแผนเป็น เอกภาพและแบ่งปันทรัพยากรระหว่าง อปท. และภาคสาธารณสุข (สอ. และ รพ.) มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบริหารจัดการ CUP เป็นปัจจัยกำหนดการดำเนินงาน PCU/ สอ. จึงควรเรียนรู้ประสบการณ์ จาก CUP ที่มีการบริหารจัดการรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาโครงสร้างกลไก CUP ให้เป็นอิสระจากการ ครอบงำของฝ่ายโรงพยาบาลและมีธรรมาภิบาลด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (เมื่อมีส่วนร่วม ย่อมโปร่งใส ตรวจสอบได้) แทนที่การตัดสินใจจะอยู่ที่ตัวบุคคล เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร งบประมาณ/งาน/และบุคคล แบบรับผิดชอบและสำนึกรับผิดชอบร่วมกัน และควรทบทวนปรับโครงสร้าง กลไกเดิมที่มีอยู่เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อน ภาพอนาคตของ CUP board ควรมีฐานความเป็นหุ้นส่วนจากทุก ภาคส่วน (รพ. สสอ. สอ. อปท. และภาคประชาชน) โดยมี strategic map ด้านสุขภาพ/สุขภาวะเป็น

กรอบการทำงาน เท่ากับ เป็นการรวมการบริหารจัดการระบบ PP และ OP ส่วนบริการปฐมภูมิ และ กองทุนตำบลเข้าด้วยกันภายใต้ CUP board โดยประธานต้องมีภาวะผู้นำที่คำนึงถึงภาพรวมของ CUP มากกว่า รพ.

สสอ.หรือทีมอำเภอควรมีบทบาทเป็นหน่วยติดตามประเมินผลในภาพรวมระดับอำเภอ รวมถึง กองทุนตำบล และควรพัฒนา KPI เชิงผลลัพธ์เพื่อการประเมินผลตามกรอบยุทธศาสตร์อำเภอ/CUP

พัฒนารูปแบบการนิเทศงานระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบลให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาที่ประสบ อาจด้วยกระบวนการจัดการความรู้หรือการวิจัยจากงานประจำโดยมีปัญหาคือ เป็นฐาน (problem based learning) ร่วมกับกรมหรือสถาบันวิชาการ

● **บัญชีรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 - 2552**

ประเทศไทยมีรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประมาณร้อยละ 9 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2549–2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 0.3-0.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยรายจ่ายจริงปีปัจจุบันมีมูลค่า 26,391 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 และลดลงเป็น 25,715 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2550 และกลับเพิ่มขึ้นเป็น 31,586 และ 34,774 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ กว่าร้อยละ 90 เป็นรายจ่ายภาครัฐ ทั้งนี้รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับประชาชนไทยเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 438 บาท/คน ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 506 และ 545 บาท/คนในปี พ.ศ. 2551 2552 ตามลำดับ หรือคิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี โดยในกลุ่มเด็กเล็กวัยก่อนเรียน (0-5 ปี) มีมูลค่าสูงสุด 615-1,150 บาท/คน/ปี ส่วนกลุ่มวัยอื่นๆนั้นอยู่ระหว่าง 326–570 บาท/คน/ปี

กระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นแหล่งการคลังหลักสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแบบบริการรวมหมู่ (Collective prevention) แม้ว่าจะมีแนวโน้มบทบาทลดลงก็ตาม (ร้อยละ 40-34) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแหล่งการคลังหลักสำหรับบริการส่วนบุคคล มีบทบาทประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายด้านนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแหล่งการคลังที่มีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในปีพ.ศ. 2552 จากงบเงินเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขและเงินอุดหนุนอสม. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอีกแหล่งที่มีบทบาทเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 9–10)

หากจำแนกรายจ่ายตามประเภทกิจกรรมหมวดใหญ่ๆ พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของรายจ่ายเป็นการจ่ายเพื่อบริการอนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน และการควบคุมโรคติดต่อ (HC.6.1-HC.6.3) แต่มีแนวโน้มบทบาทลดลง (ร้อยละ 32–27) กลุ่มกิจกรรมที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากอย่างเห็นได้ชัดคือ กิจกรรมอื่นๆ (HC.6.9) เพิ่มจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 32 ของรายจ่ายเพื่อการนี้ทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. 2549–2552 โดยรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นมากนั้นเป็นในกลุ่มเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและอาสาสมัคร รายจ่ายหมวดใหญ่อีกกลุ่มคือ รายจ่ายเพื่อการบริหาร พัฒนาระบบ จัดการความรู้ นิเทศ ติดตาม เฝ้าระวังข้อมูล (HC.7.) มีสัดส่วนประมาณหนึ่งในสี่แต่มีสัดส่วนลดลง (ร้อยละ 26–22) ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือรายจ่ายเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อมีมูลค่าหนึ่งในสี่แต่มีแนวโน้มสัดส่วนลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 22–19)

สำหรับรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Care Related) นั้นมีมูลค่าเพิ่มขึ้นประมาณสามเท่าตัวในช่วงเวลาดังกล่าว จาก 12,313 ล้านบาทเป็น 35,202 ล้านบาท โดยเป็นการเพิ่มในเกือบทุกหมวด แต่หมวดที่เพิ่มขึ้นสูงมากคือ HCR.7. ซึ่งเป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ มีมูลค่า

รวมคิดเป็นร้อยละ 34 – 63 ของรายจ่ายกลุ่มนี้ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในรายจ่ายด้านนี้ ร้อยละ 85-90 รองลงมาเป็นกระทรวงอื่นๆ ร้อยละ 9-14

สำหรับครัวเรือนมีรายจ่ายโดยตรงเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปีละ 1,700–2,100 ล้านบาท โดยเป็นรายจ่ายในสองหมวด หลักคือ การตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 43–51) และการวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 57–49) มีการบริโภคผลิตภัณฑ์นม ยารักษา และวิตามินตกปีละ 4.5–5.5 หมื่นล้านบาท มีค่าใช้จ่ายเพื่อการออกกำลังกายปีละ 1.9–2.8 พันล้านบาท นอกจากนั้นครัวเรือนยังมีการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพโดยเฉพาะบุหรี่ยาสูบ แอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มชูกำลัง ปีละกว่า 8 หมื่นล้านบาท หรือประมาณสองเท่าของการบริโภคผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเทียบกับภาระโรคในปี 2547 พบว่าค่าใช้จ่ายในกลุ่มโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก และอนามัยวัยเรียน คิดเป็นประมาณ 5 พันบาทต่อปีสุขภาพที่สูญเสียไปในปี 2547 ส่วนกลุ่มโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บมีการใช้จ่ายเพียง 1,730 และ 176 บาทต่อปีสุขภาพที่สูญเสียไปในปีดังกล่าว ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีสุขภาพที่สูญเสียไปเท่ากับ 3,230 บาท และเมื่อจำแนกค่าใช้จ่ายตามกลุ่มอายุที่สูญเสียปีสุขภาพ พบว่ากลุ่มวัยเด็ก (0-14 ปี) มีการใช้จ่ายเงินในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน ประมาณสามเท่าของกลุ่มอื่น (ประมาณ 10,000 บาทต่อปีสุขภาพที่สูญเสียในกลุ่มตน) ในขณะที่การใช้จ่ายในกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างน้อยกว่ากลุ่มอื่น (ประมาณหนึ่งพันบาทต่อปีสุขภาพที่สูญเสียไป)

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำบัญชีรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้นนับเป็นสิ่งจำเป็นในบริบทที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากการที่ภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้นมาก เพื่อใช้ในการวางแผนและกำกับติดตามการทำงานที่ผ่านมา และมีความเป็นไปได้ในการจัดทำ ดังนั้นควรมีการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
2. เพื่อให้ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภาครัฐให้มีความตรง ครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้นจำเป็นต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลรายจ่ายด้านนี้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สมบูรณ์พร้อมใช้งานมากขึ้น เนื่องจาก อปท. มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจและมีบทบาทเพิ่มขึ้นมากในปัจจุบัน
3. เพื่อให้ข้อมูลในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมีความตรงและสมบูรณ์มากขึ้นและไม่เหลื่อมล้ำกับบัญชีรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ควรมีการจัดทำบัญชีทั้งสองไปในคราวเดียวกันไม่ควรแยกกันทำ

4. การใช้จ่ายภาครัฐเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในด้านการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ทั้งในด้านบริการส่วนบุคคลและบริการรวมหมู่ควรได้รับการพัฒนาให้กว้างขวางและมีประสิทธิผลมากขึ้น เนื่องจากยังคงมีการลงทุนด้านนี้จำกัด
5. ควรมีการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนามาตรการในบริการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลสำหรับโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น