

รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง
 การบริหารจัดการการเงินการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ
 : แนวคิดและประสบการณ์จากต่างประเทศ
 A Synthesis of International Experiences on Community Health Care Financing

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พบ. สม. Msc.
 สำนักงานประกันสุขภาพ



สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
 และบริหารจัดการโดย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

พ
 74
 ส619ร
 2542

เลขหมู่	
เลขทะเบียน	HS 0696
วันที่	เดือน.....ปี.....

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	1
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	2
1. บทนำ	4
1.1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา	4
1.2. วัตถุประสงค์	5
1.3. ขอบเขตของการศึกษา	5
2. ระบบสาธารณสุขและระบบการคลังสาธารณสุข	6
3. การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ	14
3.1 ความหมาย	14
3.2 ที่มาและปรัชญา	17
3.3 เป้าหมายและขอบเขต	18
3.4 บริบทของการคลังระดับชุมชน	21
3.5 รูปแบบการคลังระดับชุมชน	24
3.6 วิวัฒนาการ โครงสร้าง การบริหารจัดการ และบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้อง	29
3.7 สัมฤทธิ์ผลของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ	35
3.8 เปรียบเทียบการคลังระดับชุมชนกับการคลังรูปแบบอื่น	37
4. การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ: บทสรุปและบทเรียนสำหรับประเทศไทย	41
4.1 บทเรียนจากประสบการณ์ต่างประเทศ	41
4.2 การคลังระดับชุมชน: ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม	43
4.3 การคลังระดับชุมชนกับการกระจายอำนาจ	44
4.4 การคลังระดับชุมชนกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45
4.5 เป้าประสงค์ของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพในบริบทของไทย	47
4.6 การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ : บทเรียนสำหรับประเทศไทย	48
4.7 ประเด็นการพัฒนาและการศึกษาวิจัยต่อไป	49
บรรณานุกรม	50

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

แนวคิดเรื่องการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพกลับมาได้รับความสนใจจากองค์กรต่างๆ มากขึ้น เนื่องจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่กำลังประสบอยู่ในปัจจุบันทำให้ต้องทบทวนแนวคิดเรื่องเศรษฐกิจแบบพอเพียง เศรษฐกิจชุมชนมากขึ้น ประกอบกับนโยบายด้านการเงินการคลังที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน บริบทของการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการในปัจจุบัน กระแสดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขและบทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการจะเปลี่ยนไป การทบทวนประสบการณ์ของนานาชาติในเรื่องการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพทั้งในด้านแนวคิดและกระบวนการทัศน์และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทเรียนในการประยุกต์แนวคิดเรื่องดังกล่าวในบริบทที่เป็นจริงจะเป็นประโยชน์ในการนำแนวคิดเรื่องนี้มาดำเนินการในบริบทของประเทศไทย

การคลังระดับชุมชนเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในแต่ละชุมชนมานานแล้วแต่ขาดการจัดการอย่างเป็นระบบ และเกิดขึ้นแบบครั้งคราวมากน้อยในแต่ละชุมชนแตกต่างกันไปขึ้นกับปัจจัยของแต่ละชุมชน องค์ประกอบสำคัญของการคลังระดับชุมชนสำหรับบริการสุขภาพประกอบด้วย การระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อการจัดบริการให้กับประชาชนภายในชุมชนนั้นๆ และต้องมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรและบริการ ทั้งนี้ปรัชญาสำคัญคือ การพึ่งพาตนเองของชุมชน บริบทของการคลังระดับชุมชนนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาที่รัฐบาลขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการขยายบริการให้กับประชาชนโดยทั่วหน้า ดำเนินการได้ทั้งในชุมชนชนบทที่ห่างไกลและในเมือง รูปแบบของการโครงการจะแตกต่างกันตามลักษณะของชุมชนและการพัฒนาไปถึงความครอบคลุมของบริการ แรงผลักดันของแนวคิดนี้มาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ ปัจจัยภายนอกคือ นโยบายสุขภาพดีทั่วหน้าปี 2000 ด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน นโยบายการช่วยเหลือขององค์กรต่างประเทศ ภาวะเศรษฐกิจโลก ตลอดจนประสบการณ์ที่เรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จในเรื่องดังกล่าว สำหรับปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ การขาดแคลนทรัพยากรของรัฐบาลในการที่จะสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนในทุกชุมชน วัฒนธรรมและศักยภาพของชุมชนในการที่จะพึ่งพาตนเอง และการสนับสนุนจากภายนอก

วัตถุประสงค์หลักของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพส่วนใหญ่เพื่อระดมทรัพยากรเพิ่มให้กับระบบบริการสาธารณสุขโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบมิใช่เป้าประสงค์หลัก รูปแบบการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อการจัดบริการสุขภาพนั้นมีด้วยกันได้หลายรูปแบบ ทั้งการจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคลและการจำหน่ายยา การจ่ายล่วงหน้าในลักษณะปัจเจกชนหรือกลุ่มสำหรับการรับบริการ การหารายได้ของกลุ่ม และรูปแบบการระดมทุนอื่นๆ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน สำหรับวิวัฒนาการและการริเริ่มของโครงการอาจเกิดขึ้นจากการผลักดันของหน่วยงาน รัฐ องค์กรเอกชน หรือชุมชนเอง การที่ชุมชนจะมีบทบาทร่วมมากน้อยเท่าใดขึ้นอยู่กับ นโยบายของรัฐในการสนับสนุน ลักษณะของ

ชุมชนและองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้อง ขอบเขตของโครงการอาจครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพอย่างเดียว เช่น กองทุนยา การจัดบริการปฐมภูมิในชุมชน หรือบริการในสถานพยาบาลที่อยู่ในชุมชน จนถึงบริการในโรงพยาบาล สำหรับโครงการบางแห่งจะครอบคลุมกิจกรรมด้านอื่นด้วยนอกเหนือจากบริการสุขภาพ เช่นกิจกรรมในการสร้างรายได้ให้กับกองทุนหรือสมาชิกเอง กิจกรรมในการออม และการพัฒนาอื่นๆ โครงการที่มีความมั่นคงยั่งยืนส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมที่ครอบคลุมด้านอื่นๆด้วย

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการขึ้นกับทั้งปัจจัยภายนอก ตัวโครงการและชุมชนเอง ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ นโยบายของรัฐในการสนับสนุนการคลังระดับชุมชน นโยบายด้านการกระจายอำนาจในการจัดบริการและการคลังสาธารณสุข ระเบียบการปกครอง การสนับสนุนด้านการเงินจากขององค์กรภายนอก เทคนิคและวิชาการ รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัจจัยภายในได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชน ลักษณะของผู้นำ ลักษณะของชุมชน ค่านิยม วัฒนธรรมและเจตคติของคนในชุมชนในเรื่อง การพึ่งพาตนเอง บทบาทและหน้าที่ของรัฐ ประชาชน ชุมชน และความผูกพันและความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่มคนในชุมชน (Social Solidarity) เป็นต้น สำหรับปัจจัยตัวโครงการ คือการวางแผน การบริหารจัดการและรูปแบบโครงการที่เหมาะสม

การคลังระดับชุมชนสามารถระดมทรัพยากรให้กับระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นได้ระดับหนึ่ง ทำให้สามารถพัฒนาคุณภาพบริการได้ดีขึ้นและใช้ทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่มีข้อจำกัดหลายประการคือ ขาดความสามารถในการสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนด้วยของจำกัดของชุมชน ครอบคลุมได้เฉพาะบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ ประเด็นสำคัญคือการขาดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายระหว่างชุมชนและผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ข้อเด่นของแนวคิดนี้คือการพัฒนาการพึ่งพาตนเองและศักยภาพของชุมชน อันเป็นกระบวนการที่สำคัญในการรองรับการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นในบริบทของประเทศไทย นอกจากนั้นก็สามารถเสริมระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่อาจมีข้อจำกัดในการให้หลักประกันสำหรับประชาชนในชนบทได้

จากบริบทด้านการเมือง การปกครอง ระบบบริการสุขภาพของไทย และแนวนโยบายแห่งรัฐในปัจจุบัน เป้าประสงค์หลักของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพควรเป็นไปเพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้ามามีบทบาทด้านการจัดการและควบคุมกำกับตรวจสอบระบบบริการสาธารณสุข (Participation as an end) ไม่ใช่เพื่อการระดมทุนเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนทุกคน แต่อาจเสริมในระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนโดยเฉพาะในชนบท และช่วงของการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพจะเป็นกระบวนการในการพัฒนาประชาชนและชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีความมั่นใจในตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นการสร้างเจตคติและค่านิยมที่ดีในการะหน้าที่ของตนเองต่อสุขภาพและชุมชนโดยรวม

บทนำ
Introduction

1

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการในปัจจุบันกำลังได้รับการผลักดันให้เป็นจริงมากขึ้น ประกอบกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่ประเทศกำลังประสบอยู่ในปัจจุบันได้เริ่มมีการทบทวนแนวคิดเรื่องเศรษฐกิจแบบพอเพียง เศรษฐกิจชุมชนมากขึ้น ประกอบกับในขณะนี้รัฐบาลกำลังยกร่างพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พระราชบัญญัตินี้จะเป็นแผนแม่บทสำหรับการปรับโฉมหน้าองค์กรของรัฐให้เป็นอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ในแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมของกระทรวงการคลังมีหลักการและเป้าหมายในการใช้มาตรการด้านการเงินการคลังเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน พัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน พัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคมให้ทั่วถึง กระแสดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขอย่างแน่นอน บทบาทของชุมชนต่อการจัดบริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนไป เช่นเดียวกับบทบาทของรัฐก็จะเปลี่ยนไป ทิศทางการเปลี่ยนแปลงจะเกิดคุณภาพการต่อประชาชนมากขึ้นน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุข

หลังจากที่ประสบความล้มเหลวมาแล้วในอดีตที่รัฐเป็นผู้ริเริ่มและผลักดันภายใต้ระบบรวมศูนย์อำนาจรัฐ ในยุคการกระจายอำนาจแนวคิดเรื่องการคลังระดับชุมชน(Community financing) กำลังเป็นที่สนใจขึ้นมาใหม่ บทเรียนเฉพาะจากบางชุมชนในชนบทเช่น กลุ่มออมทรัพย์ที่ตำบลคลองเปี่ยน๊ะ อำเภอนะ จังหวัดสงขลา กำลังเป็นที่สนใจของนักวิชาการและนักพัฒนาในด้านการจัดการทางการเงินการคลังระดับชุมชน บทเรียนเบื้องต้นสอนได้ว่าชุมชนมีศักยภาพในระดับหนึ่งในการระดมทุนและจัดซื้อบริการสุขภาพให้กับสมาชิกและเป็นการระดมทุนที่อาจยั่งยืน อย่างไรก็ตามมีคำถามมากมายว่ารูปแบบดังกล่าวจะบรรลุเป้าหมายการจัดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เป็นธรรมและสอดคล้องกับปัญหาของชุมชนได้จริงหรือ ขอบเขตการพึ่งตนเองของชุมชนควรจะอยู่ตรงไหน รัฐควรยื่นมือเข้ามาสนับสนุนเมื่อใดและอย่างไร การคลังระดับชุมชนจะเป็นทางออกให้กับการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยได้ร้อยละเท่าใด ฯลฯ คำถามเหล่านี้สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่ต้องนำความรู้และประสบการณ์จากสากลเข้ามาร่วมพิจารณาเพื่อเสริมกระบวนการทัศน์ให้สมบูรณ์ขึ้น ในประเทศแถบแอฟริกาและเอเชียมีบทเรียนมากมายที่น่าเรียนรู้ เช่น The Bamako initiative นอกจากนี้นักคิดหลายท่านได้ทบทวนองค์ความรู้และเสนอทางออกที่น่ารับฟังเช่น Cooperative financing ของ William Hsiao, Community financing ของ Abel Smith เป็นต้น

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบททวนองค์ความรู้ระดับสากลเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ
2. เพื่อสรุปบทเรียนสำหรับประเทศไทยในการนำการคลังระดับชุมชนมาใช้ในการขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนรวมทั้งประเด็นคำถามการวิจัย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

ทำการศึกษาบททวนทั้งในด้านแนวคิดหรือกระบวนการทัศน์ว่าด้วยการเงินการคลังระดับชุมชน และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทเรียนในการประยุกต์แนวคิดดังกล่าวในบริบทที่เป็นจริง โดยขอบเขตและประเด็นที่ศึกษาประกอบด้วย

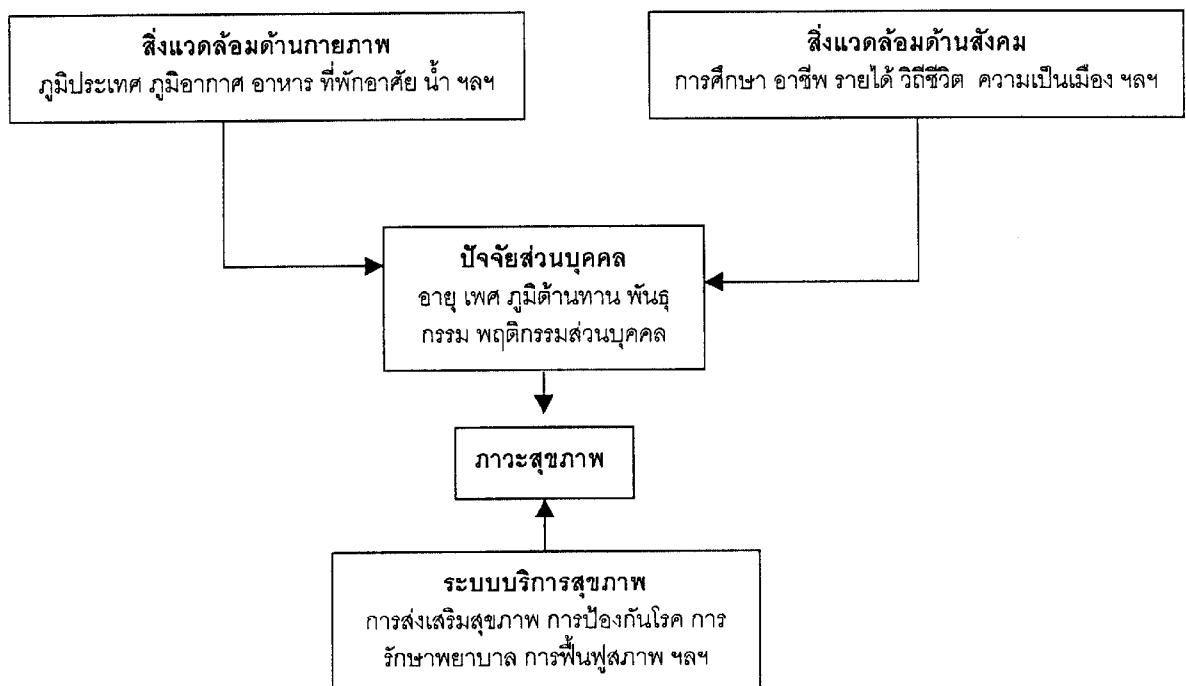
- ที่มาหรือปรัชญาแนวคิดของการคลังในระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ
- เป้าหมายและขอบเขต
- บริบท (การเมือง เศรษฐกิจ โครงสร้างและระบบบริการสาธารณสุข และความสัมพันธ์ของการคลังชุมชนสำหรับบริการสาธารณสุขกับกิจกรรมพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ)
- รูปแบบของการคลังชุมชนสำหรับบริการสาธารณสุข
- วิวัฒนาการ โครงสร้างและการบริหารจัดการ
- บทบาทของภาคีที่เกี่ยวข้อง
- สมฤทธิ์ผลหรือความล้มเหลว ปัญหาอุปสรรค (ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม ความพึงพอใจ ความยั่งยืน)
- การสรุปบทเรียน : เงื่อนไขแห่งผลลัพธ์ ก้าวต่อไปในอนาคต ข้อควรปฏิบัติ ข้อควรระวัง/หลีกเลี่ยง

ระบบสาธารณสุข และระบบการคลังสาธารณสุข Health System and Health Care Financing System

2

เพื่อให้มีความเข้าใจในระบบการคลังชุมชนเพื่อบริการสุขภาพดีขึ้นจำเป็นต้องทำความเข้าใจในระบบสาธารณสุขและระบบการคลังสาธารณสุขในภาพรวมก่อน ทั้งนี้วัตถุประสงค์หลักของระบบสาธารณสุขนั้นเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี หรือให้กลับมามีสุขภาพดีเช่นเดิมอีกครั้งหากมีการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บเกิดขึ้น ทั้งนี้วัตถุประสงค์ดังกล่าวอาจไม่ใช่เป้าหมายสุดท้ายของสังคมแต่เป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานเพื่อไปสนับสนุนการพัฒนาความเป็นอยู่ของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ความเจริญของประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจ ความเข้มแข็งของประเทศ เป็นต้น (การมีสุขภาพดีเป็นเป้าหมายสูงสุด หรือเป็นหนทางบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายอื่น เช่น การมีความสุขในชีวิต การเพิ่มผลผลิต ความมั่นคงของประเทศชาติ) หากเป้าหมายคือการให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สิ่งที่ต้องตระหนักต่อมาก็คือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมิใช่เป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Determinants of health) นั้นส่วนมากอยู่นอกขอบเขตของระบบบริการสุขภาพและมีความสำคัญมากกว่าระบบบริการสุขภาพเสียอีก ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับรายได้ การศึกษา ภาวะโภชนาการ สภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน วิธีการดำรงชีวิต ฯลฯ เป็นต้น

แผนภูมิที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน

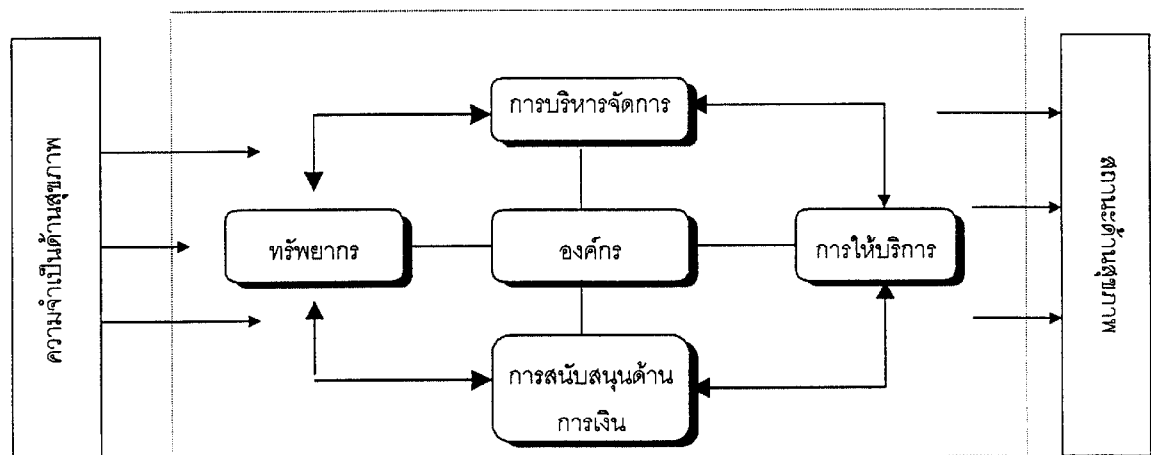


แหล่งที่มา : Roemer M.I. (1991) National Health Systems of the World.

องค์ประกอบหลักภายในระบบบริการสุขภาพมีดังต่อไปนี้

- (1) การผลิตทรัพยากรด้านสาธารณสุข (Production of resources) ซึ่งรวมไปถึง การผลิตบุคลากรสาธารณสุข จำนวนสถานพยาบาล วิทยาการ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค เป็นต้น
- (2) การจัดโครงสร้างองค์ประกอบของโครงการต่างๆ (Organization of programs) โครงสร้างองค์กรในระบบสาธารณสุข เช่น กระทรวงสาธารณสุขระดับต่างๆ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ หน่วยงานเอกชน รัฐวิสาหกิจ และโครงสร้างตลาดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- (3) กลไกการสนับสนุนด้านการเงิน (Economic support mechanisms) แหล่งที่มาของเงิน กลไกการเก็บ การจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ เช่น ระบบภาษี ระบบประกันสังคม ประกันเอกชน หรือจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน
- (4) วิธีการในการบริหารจัดการ (Management methods) การวางแผน การจัดการ การควบคุม กำกับ และการดำเนินการตามกฎหมาย
- (5) การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Service delivery) เช่น บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

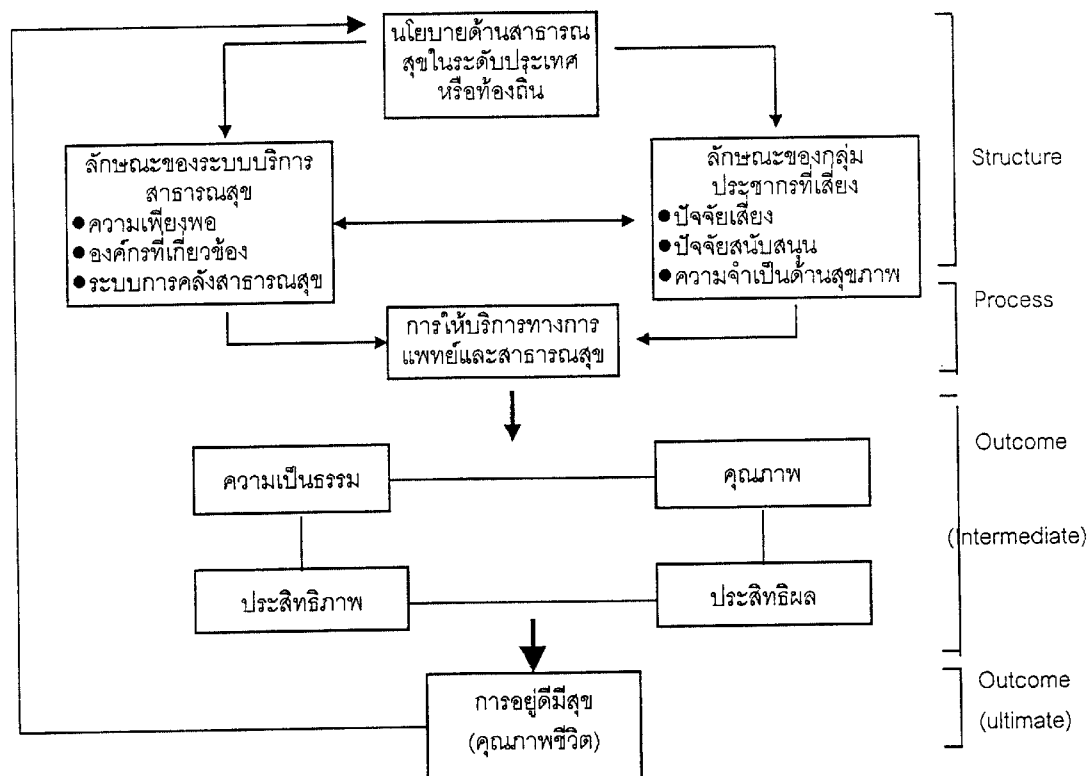
แผนภูมิที่ 2 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์ในระบบบริการสาธารณสุข



แหล่งที่มา : Roemer M.I. (1991) National Health Systems of the World.

ทั้งนี้สัมฤทธิ์ผลของระบบบริการสุขภาพในการที่จะทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นได้มากน้อยเท่าใด ใช้ทรัพยากรมากน้อยเท่าใด ตลอดจนการกระจายของภาวะสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆ นั้นก็ขึ้นกับประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเป็นธรรมในการกระจายขององค์ประกอบย่อยหลักทั้งห้าองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น

แผนภูมิที่ 3 แสดงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุข



นโยบายของรัฐทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่นจะเป็นตัวกำหนดถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมด้านสังคมและเศรษฐกิจ โครงสร้างประชากร สภาพความเป็นอยู่และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในสังคม ต่างก็มีผลต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพว่าจะมีการกระจายของบริการและภาระด้านเศรษฐกิจสำหรับประชาชนในแต่ละท้องถิ่น แต่ละกลุ่ม อย่างไร ตลอดจน คุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการจัดบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการสนับสนุนด้านการเงินและระบบบริการสุขภาพนั้นจะเป็นไปได้ใน 4 รูปแบบ (แผนภูมิที่ 4) กล่าวคือแบบแรกรัฐเป็นทั้งผู้สนับสนุนด้านการเงินให้กับระบบบริการและเป็นผู้จัดบริการเอง แบบนี้จะพบเห็นได้ในประเทศกำลังพัฒนาเป็นส่วนใหญ่หรือในประเทศสังคมนิยม แบบที่สองนั้นรัฐเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินและผู้ให้บริการนั้นไม่ใช่ภาครัฐ เช่น ระบบในประเทศอังกฤษ ใช้เงินจากภาษีในการจัดบริการให้กับประชาชนทุกคนแต่สถานพยาบาลไม่ใช่ของรัฐ แบบที่สาม คือ รัฐเป็นผู้จัดบริการเองแต่แหล่งเงินนั้นมาจากเอกชน เช่น การเรียกเก็บค่ารักษาในสถานพยาบาลของรัฐ และแบบสุดท้ายนั้นทั้งผู้สนับสนุนด้านการเงินและผู้ให้บริการเป็นเอกชน เช่น ระบบบริการในโรงพยาบาลเอกชน หรือระบบในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นการผสมผสานของระบบต่างๆ เหล่านี้มากกว่าที่จะเป็นระบบเดียวโดด ๆ

แผนภูมิที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการคลังสาธารณสุขและการจัดบริการด้านสาธารณสุข

แหล่งของเงิน	ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
ภาครัฐ	A	B
ภาคเอกชน	C	D

ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อระบบบริการด้านสุขภาพของแต่ละประเทศนั้นขึ้นมามีหลายประการ ได้แก่

(1) **ด้านการเมือง** เนื่องจากนโยบายทางการเมืองของรัฐบาลมีผลต่อบทบาทของรัฐในการแทรกแซงตลาดบริการด้านสุขภาพทั้งในด้านการสนับสนุนด้านเศรษฐศาสตร์หรือการจัดการ นอกจากนี้พัฒนาการทางการเมืองของแต่ละประเทศก็ยังเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละประเทศ

(2) **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ** เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศมีผลต่อ ลักษณะการเจ็บป่วยและปัญหาสาธารณสุขของประเทศ (3) **อุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply)** ของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรด้านสาธารณสุข (จำนวนแพทย์ หรือนุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ จำนวนสถานพยาบาล จำนวนเตียง รวมไปถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่น ๆ) ตลาดบริการด้านสุขภาพภาคเอกชน ทรัพยากรที่จะมาลงทุนเพื่อบริการด้านสุขภาพ (Health expenditure per capita or as % of GNP) และ (4) **ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม** (การพัฒนาด้านเทคโนโลยี ศาสนา โครงสร้างองค์กรชุมชน ภาษา วัฒนธรรม ฯลฯ)

ระบบการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing System)

เมื่อพูดถึงการคลังสาธารณสุข (Health care financing) จะหมายถึงกระบวนการในการให้ทุนสนับสนุนแก่ระบบบริการสาธารณสุข (Process of funding health services) ซึ่งจะรวมถึงตั้งแต่แหล่งทุนว่ามาจากไหน วิธีการได้มาของเงินสู่ระบบ การบริหารจัดการเงินทุนที่ได้มา การไหลของเงินและวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ตลอดจนระบบบริการและบริการที่ครอบคลุมให้ว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง ดังนั้นเมื่อพูดถึงระบบการคลังสาธารณสุขจึงต้องพิจารณาองค์ประกอบรวมต่าง ๆ ข้างต้น ในการพิจารณาว่าระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ เป็นอย่างไร หรือในระบบหลักประกันสุขภาพย่อยแต่ละระบบ จึงต้องพิจารณาในองค์ประกอบดังกล่าวว่าสามารถจะระดมเงินมาสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้มากน้อยเพียงใด มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลลัพธ์ที่ได้รับ อย่างไรก็ตามแหล่งที่มาของเงินก็แสดงถึงความแตกต่างของระบบที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากแหล่งเงินที่ต่างกันมากจะมีการบริหารจัดการที่ต่างกัน

แผนภูมิที่ 5 แสดงรูปแบบของกระบวนการคลังสาธารณสุขในระบบสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ

แหล่งเงิน	การจัดสรรเงินไปยังหน่วย งานที่ทำหน้าที่ในการจ่าย เงินให้สถานพยาบาล	องค์กรที่ทำหน้าที่ในการ จ่ายเงินให้กับสถาน พยาบาล	วิธีการจ่ายเงินให้ กับสถาน พยาบาลและผู้ ให้บริการ	ผู้ให้บริการ
- ระบบภาษีอากร - นายจ้างและลูกจ้าง - ประชาชนและครัวเรือน - องค์กรที่สนับสนุนเงิน	- อาศัยประสบการณ์ในอดีต - ตามจำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนักตามสูตร - สัดส่วนของเงินเดือน - เบี้ยประกันตามอัตราเสี่ยงหรืออัตรารวมของชุมชน	- หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในท้องถิ่น หรือรัฐบาลท้องถิ่น หรือคณะกรรมการในพื้นที่ - กองทุนประกันสุขภาพ - บริษัทประกันเอกชน - กลุ่มผู้ให้บริการที่ถือเงิน (Fundholding providers)	- จ่ายล่วงหน้า (งบประมาณเหมาจ่าย) - เรียกเก็บค่าบริการย้อนหลัง - ผสมผสาน	- หน่วยงานรัฐ เอกชน หรือ องค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหากำไร - โรงพยาบาล คลินิก ร้านยา
ระบบการสนับสนุนระบบสาธารณสุข การบริหารเวชภัณฑ์ การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และการบริหารจัดการ ระเบียบในการควบคุมกำกับและมาตรฐานบริการ				
ชุดบริการที่ครอบคลุมและวิธีการเข้าถึงบริการ ชุดบริการที่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ คำรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง บริการด้านการอำนวยความสะดวก ขั้นตอนการใช้บริการ บทบาทในการต้องมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย				

แหล่งที่มา : Kutzin J (1998) Enhancing The Insurance Function of Health System: A Proposed Conceptual Framework

แหล่งเงินและวิธีการได้มาซึ่งเงินสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขนั้นอาจได้มาจากหลายแหล่งและหลายรูปแบบ หลัก ๆ คือเงินจากระบบภาษีอากรหรือเงินงบประมาณ จากระบบประกันสุขภาพทั้งที่เป็นแบบบังคับและสมัครใจ เงินจากที่ครัวเรือนจ่ายเมื่อไปใช้บริการ และเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ การคลังสาธารณสุขที่มาจาก *ระบบภาษีอากร* ซึ่งอาจเป็นระบบภาษีรวมหรือมีการจัดเก็บภาษีเฉพาะสำหรับบริการสุขภาพ (Tax-based system) มีการใช้กันอย่างกว้างขวางทุกประเทศแต่จะมากหรือน้อยขึ้นกับระบบหลักของแต่ละประเทศ แต่อย่างน้อยที่สุดในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายส่วนใหญ่อีกต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐด้วยระบบภาษี ข้อดีของแหล่งเงินนี้คือมีค่าบริหารจัดการต่ำเนื่องจากอาศัยระบบการจัดเก็บภาษี แต่การบริหารจัดการเงินงบประมาณที่ได้มาก็จะต่างกัน หากเป็นภาษีรวมมักมีปัญหาด้านการขาดความแน่นอนของงบประมาณและมักต้องมีการแข่งขันกับบริการหรือกระทรวงต่างๆ และมักถูกแทรกแซงจากทางการเมือง แต่ข้อเด่นของระบบการคลังจากระบบภาษี คือ มักมีความเป็นธรรม

มากกว่าระบบอื่น เนื่องจากระบบภาษีรายได้นั้นส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะอัตราก้าวหน้า (ทั้งนี้ขึ้นกับโครงสร้างรายได้จากระบบภาษีของรัฐบาลด้วยว่ามีสัดส่วนของรายได้จากภาษีโดยตรงมากน้อยเท่าใด)

ระบบประกันภาคบังคับหรือประกันสังคม (Compulsory Insurance, Social Insurance) จะต้องมีการกำหนดอัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกัน จากประชาชนกลุ่มต่างๆ และมีการจัดการเงินกองทุน และจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการ รวมไปถึงต้องมีการกำหนดระบบและบริการต่างๆ ที่ให้การคุ้มครอง ข้อเด่นของระบบนี้ คือ มักมีความแน่นอนในรายได้ที่จะนำมาใช้ในการจัดบริการและปลอดจากการแทรกแซงทางการเมือง ประชาชนเองก็ทราบชัดเจนว่าเงินที่เก็บไปเพื่อวัตถุประสงค์อะไร แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบ คือ หากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้มีรายได้เป็นเงินเดือนประจำจะมีความยุ่งยากในการจัดเก็บเงินมาก (โครงสร้างแรงงานในประเทศ) และมีข้อด้อย คือ มักมีค่าบริหารจัดการสูงกว่าระบบภาษี และจะมีความสิ้นเปลือง หากภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี เนื่องจากระบบดังกล่าวเงินมาจากการจัดเก็บเบี้ยประกันจากประชาชนเป็นหลัก และในสังคมที่มีประชาชนสูงอายุมากก็จะเป็นภาระกับประชาชนวัยทำงานที่ต้องแบกรับภาระ

ระบบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) รูปแบบนี้ประชาชนต้องมีการซื้อประกันจากผู้ให้ประกันและจะได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่กำหนด ผู้จัดหลักประกันให้ อาจเป็นหน่วยงานของรัฐ เอกชน ชุมชน หรือแม้แต่สถานพยาบาลเอง ในรูปแบบดังกล่าวจะมีค่าบริหารจัดการสูง เนื่องจากต้องมีการตลาดและการขาย นอกจากนี้ก็มักมีปัญหาด้านการขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดีหากกำหนดอัตราเบี้ยประกันแบบอัตราเดียว หรือหากกำหนดตามความเสี่ยงของผู้ซื้อประกันก็จะมีปัญหาว่าคนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากจะถูกกีดกันออกจากระบบ เช่น ผู้สูงอายุ หรือเบี้ยประกันจะสูงมากสำหรับคนที่มีความเสี่ยงสุขภาพแล้วต้องการทำประกัน

ระบบการคลังสาธารณสุขที่มาจากรายจ่ายของครัวเรือนเองเมื่อไปใช้บริการ (User Fees, User Charges) จะมีวิธีการบริหารจัดการที่ซับซ้อนน้อยกว่าเนื่องจากไม่มีตัวกลางในการเก็บและจ่ายเงินมาเกี่ยวข้อง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการโดยตรง อย่างไรก็ตามอำนาจต่อรองของผู้ใช้บริการจะลดลง และมีปัญหาด้านความเป็นธรรมค่อนข้างมาก เนื่องจากการจ่ายค่าบริการจะไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนแต่เป็นไปตามปริมาณบริการที่ใช้ ใครป่วยมากก็จ่ายมาก และจะมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการของประชาชนคนที่มีรายได้น้อย ดังนั้นหากใช้เป็นหลักของการคลังสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบการให้การช่วยเหลือกับผู้ที่มีรายได้น้อยเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้วย อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบนี้มักจะมีเสริมอยู่ในทุกระบบเพื่อป้องกันการให้บริการที่เกินจำเป็นจากการมีหลักประกันในลักษณะของรูปแบบการมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งอาจเป็นในลักษณะของสัดส่วนของค่าบริการ (Cost Sharing) อัตราคงที่ (Flat rate co-payment) หรือรูปแบบอื่นๆ

ระบบการคลังที่มาจากความช่วยเหลือต่างประเทศ ในประเทศกำลังพัฒนามักต้องได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศในการจัดบริการด้านสุขภาพ เช่น ประเทศในแอฟริกา และเอเชียหลาย ๆ ประเทศ ระบบนี้มักมีข้อจำกัดคือมักขาดความแน่นอนและมั่นคง และถูกแทรกแซงจากต่างประเทศได้ง่าย และมักไม่มีอิสระในการกำหนดของตนเอง เนื่องจากความช่วยเหลือที่ได้ส่วนใหญ่มักไม่ได้เป็นตัวเงินแต่ได้เป็นยา วัสดุ หรือสิ่งก่อสร้างแทน และมักต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขของการช่วยเหลือ

นอกจากแหล่งเงินหลัก ๆ ข้างต้นแล้วนั้นในปัจจุบันวิวัฒนาการของระบบการคลังสาธารณสุขรูปแบบใหม่ได้เกิดขึ้น คือ ระบบบัญชีการออมเพื่อสุขภาพ (Medical Saving Account) รูปแบบนี้จะต้องมีบัญชีการออมของประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือนเพื่อการใช้จ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน แต่ความจำเป็นด้านสุขภาพก็ใช่ว่าจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ทั้งหมด ปกติความจำเป็นด้านสุขภาพของคนจะสูงขึ้นเมื่อวัยมากขึ้นดังนั้นการออมเพื่อบริการด้านสุขภาพจึงเป็นการวางแผนตั้งแต่ในวันนี้ที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ ระบบนี้มีข้อดีอยู่ที่ว่าการที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการจากบัญชีการออมของตนเองจะช่วยทำให้ประชาชนตระหนักในหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามการออมอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการได้หากประสบกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก ดังนั้นการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ถึงกับล้มละลาย (Catastrophic insurance) จึงมีความจำเป็นต้องมีเสริม ระบบนี้คาดว่าจะระบบนี้จะแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับประกันสังคมเมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น สำหรับในกรณีของประชาชนที่มีฐานะยากจนที่ไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการจ่ายค่าบริการ รัฐต้องเข้าไปช่วยเหลือโดยอาศัยระบบภาษีเข้ามาช่วย

หากยึดเป้าหมายคือการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน นั้นหมายความว่าจำเป็นต้องมีการกำหนดเป็นกฎหมายและเป็นการบังคับ ทั้งนี้เนื่องจากหากไม่ได้มีการบังคับคงเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพนอกเสียจากที่รัฐบาลจะต้องเป็นผู้จัดให้เองโดยใช้ระบบภาษีเข้ามาสนับสนุน ดังนั้นหากพิจารณาในแง่แหล่งเงินที่มีศักยภาพในการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวคือ เงินจากภาษี (Tax-based System) ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ (Social Insurance) และระบบบังคับออมเพื่อบริการสุขภาพ (Medical Saving Account) แต่ทั้งนี้ในหลาย ๆ ประเทศอาจมีหลายระบบปะปนกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นแหล่งเงินประเภทใดต่างก็มีจุดอ่อนและแข็งต่างกันทุกประเภท

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นต่างของแหล่งเงินสำหรับบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านขนาดและความเพียงพอ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม การยอมรับจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้เงินจากระบบภาษีอาจมีจุดเด่นด้านความเป็นธรรม แต่ก็ขึ้นกับโครงสร้างภาษีของประเทศและประสิทธิผลของการจัดเก็บ ระบบประกันสังคมดูจะมีความชัดเจนในการจัดเก็บและวัตถุประสงค์ของการใช้เงินมากกว่า แต่ก็มีจุดอ่อนตรงมีค่าบริหารจัดการที่สูง และขึ้นกับโครงสร้างของแรงงานของประเทศ และภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ช่วงที่มีภาวะเศรษฐกิจตกต่ำประชาชนจะมีความสามารถในการจ่ายลดลงในขณะที่

มีคนตกงานมากขึ้นทำให้มีคนที่ย้ายเงินน้อยลงในขณะที่ในภาวะดังกล่าวคนจะมีความจำเป็นด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนระบบอื่น ๆ นั้นกล่าวได้ว่าโดยลำพังตัวเอชนั้นไม่มีศักยภาพในการที่จะให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนได้ แต่แหล่งเงินเหล่านี้มักเป็นระบบเสริมกับแหล่งเงินหลัก คือ ระบบภาษีหรือการประกันสังคม สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพนั้นไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละระบบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบภาคคลังสาธารณะสุขภาพจากแหล่งต่างๆ

	ภาษี	ประกันสังคม	ประกันแบบสมัครใจ	ครัวเรือนจ่ายเอง	เงินต่างประเทศ
ขนาดและความเพียงพอ	มีจำกัดและมักต้องแข่งกับกระทรวงอื่นๆ	- สามารถเพิ่มทรัพยากรให้กับระบบบริการสาธารณสุขได้ - จำกัดการใช้เฉพาะในระบบได้	- เพิ่มทรัพยากรให้กับระบบได้ - ไม่มีศักยภาพในการที่จะให้บริการกับประชาชนทุกคนได้	สามารถเพิ่มทรัพยากรให้กับระบบได้ในกรณีที่งบประมาณของรัฐไม่เพียงพอ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน	มีจำกัดและมักไม่เพียงพอ
ประสิทธิภาพ	- ค่าบริหารจัดการต่ำ มักขาดประสิทธิภาพในการจัดสรรและการใช้ - ไม่ตอบสนองต่อความต้องการประชาชน	- ค่าบริหารจัดการสูงกว่าภาษี - ตอบสนองความต้องการของประชาชน - มักใช้ไปในบริการด้านการรักษาพยาบาล	- ค่าบริหารจัดการสูงเนื่องจากมีค่าการตลาด - มีปัญหาเรื่องการขาดการกระจายความเสี่ยงและการคัดเลือกรูปแบบประชากร	- มีค่าบริหารจัดการสูง - ทำให้ประชาชนมีการยังคิดในการใช้บริการ	มีประสิทธิภาพทั้งการจัดสรรและเชิงการจัดบริการเนื่องจากมักเป็นเงื่อนไขของการช่วยเหลือ
ความเป็นธรรม	มีความเป็นธรรมสูงกว่าระบบอื่นๆ	มีความเป็นธรรมระดับหนึ่ง	มักขาดความเป็นธรรมเนื่องจากสนองให้กับประชาชนกลุ่มที่มีอำนาจซื้อบริการและมีสุขภาพดีเท่านั้น	ขาดความเป็นธรรมเนื่องจากประชาชนที่ไม่มีอำนาจจ่ายไม่สามารถเข้าถึงบริการ	ขึ้นกับโครงการ
ความเป็นไปได้	ขึ้นกับความสามารถในการจัดเก็บภาษีได้รับการยอมรับจากนักการเมืองและประชาชนได้ดี	ขึ้นกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศและโครงสร้างแรงงาน	มีความเป็นไปได้	มีการใช้กันอยู่ในทุกประเทศ ถึงแม้จะมีระบบให้หลักประกันอยู่แล้ว	ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ให้ทุน
ผลกระทบต่อสุขภาพ	Na	na	na	na	Na

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ Community Financing for Health Care

3

3.1 ความหมาย (Definition)

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการระดมทรัพยากรสำหรับบริการสุขภาพที่มีมิติของชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยที่รูปแบบของการระดมทรัพยากรไม่ต่างจากระบบการคลังโดยรวมมากนักแต่ที่ต่างคือรูปแบบและองค์กรในการบริหารจัดการ สิ่งแรกที่จะต้องทำความเข้าใจจึงเป็นเรื่อง ชุมชนและองค์กรชุมชน ชุมชน ในที่นี้หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน มีการติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ อันเนื่องมาจากการอยู่ในพื้นที่ร่วมกัน หรือการมีอาชีพ วัฒนธรรมความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน เป็นต้น สำหรับ องค์กรชุมชน ก็หมายถึงองค์กรหรือกลไกการจัดการในชุมชนที่จัดตั้งขึ้นในรูปแบบต่างๆทั้งที่เป็นนิติบุคคลและไม่เป็นนิติบุคคลเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการเรียนรู้ การจัดการ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน องค์กรชุมชนบางประเภทอาจรวมกลุ่มกันในลักษณะที่ไม่เป็นนิติบุคคลแต่เพื่อการได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายบางประการทำให้มีการจัดรูปแบบเป็นนิติบุคคลขึ้นได้ด้วย องค์กรชุมชนมีทั้งที่ดำเนินงานทางธุรกิจเพื่อการเลี้ยงชีพ และเป็นองค์กรเพื่อการพัฒนา เช่น กลุ่ม ชมรม สหกรณ์ องค์กรชาวบ้าน บริษัท เครือข่าย เป็นต้น

รูปแบบของชุมชนและองค์กรชุมชนมีลักษณะเป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสังคม และแตกต่างกันอย่างชัดเจนในลักษณะของชุมชนเขตเมืองและชนบท หรือแม้แต่ในเขตเดียวกันก็จะมี ความแตกต่างกันไปตามสภาพภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ในเขตชนบทนั้นความสัมพันธ์ของคนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของเครือญาติ ส่วนใหญ่รู้จักกัน ไปมาหาสู่กันใกล้ชิด การรวมกลุ่มจะเป็นลักษณะที่ไม่เป็นทางการ ส่วนชุมชนในเขตเมืองนั้นมีลักษณะปัจเจกชนสูง ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกัน การรวมกลุ่มจะผันแปรไปตามความสนใจ อาจเป็นการรวมกลุ่มกันในลักษณะของความสนใจ หรือกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากกว่าการอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน มีระเบียบกฎเกณฑ์เข้ามาเกี่ยวข้องกันมากขึ้นในลักษณะของนิติบุคคล เช่น การรวมกลุ่มในลักษณะของชมรม สมาคม หรือนิติบุคคลอื่นๆ เป็นต้น

สำหรับความหมายของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้นได้มีผู้ให้คำจำกัดความที่หลากหลายและมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน Stinson (1982) ได้ให้ความหมายของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพว่า

“ การร่วมระดมทุน(จ่าย)สนับสนุนของประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ทั้งในลักษณะของรายบุคคลและรวมหมู่เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพของรัฐ ทั้งนี้การร่วมสนับสนุนนี้อาจเป็นในรูปของตัวเงิน แรงงาน หรือสิ่งของเช่นที่ดินหรือผลผลิต เป็นต้น ”

โดยนัยของความหมายนี้อย่างน้อยจะต้องมีการบริหารจัดการแหล่งเงินดังกล่าวในระดับชุมชนอยู่ด้วยเป็นบางส่วน

McPake. B และคณะ (1993) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

“ ระบบที่ประกอบด้วยการจ่ายเงินของผู้ใช้บริการไม่ว่าจะเป็นลักษณะของค่าธรรมเนียมการใช้บริการ รูปแบบวิธีการจ่ายเงินล่วงหน้า หรือค่าธรรมเนียมอื่นๆ เพื่อบริการสุขภาพที่ระดับชุมชน และเงินที่ได้มาต้องจัดเก็บไว้เพื่อการจัดบริการภายในระบบบริการสุขภาพและบริหารจัดการที่ระดับท้องถิ่นนั้น ”

ส่วน Parker. D และ Knippenberg. R (1991) ได้ให้ความหมายของคำว่า Community Cost-Sharing ไว้ดังนี้

“ เป็นระบบสำหรับการเคลื่อนย้ายทรัพยากรเพิ่มเติมให้กับบริการสาธารณสุขพื้นฐานซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารทรัพยากรและบริการ ”

การร่วมรับภาระค่าใช้จ่ายสะท้อนถึงการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาล ชุมชน และกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นในความหมายนี้ชุมชนจะต้องมีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การเคลื่อนย้ายทรัพยากรและการบริหารบริการสาธารณสุขพื้นฐานในชุมชนด้วย

จากคำจำกัดความข้างต้นจะเห็นว่าแต่ละท่านได้ให้น้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบที่ต่างกันในขณะที่ Stinson เน้นที่แหล่งที่มาและวิธีการได้มาของทุน McPake และคณะเน้นการเก็บรวบรวม ใช้จ่าย และการจัดการของแหล่งเงินที่ระดับท้องถิ่น ส่วน Parker เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการแหล่งเงินดังกล่าว การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีความหมายค่อนข้างกว้างและมีภาษาอังกฤษที่มีความหมายใกล้เคียงกันสองคำคือ participation และ involvement คำว่า participation ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายตั้งแต่ การช่วยเหลือตนเอง (self-help) การพึ่งพาความสามารถของตนเอง (self-reliance) การร่วมกันดำเนินงาน (cooperation) และการเป็นตัวของตัวเอง (local autonomy) ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะมีหลายระดับ อาจเพียงตั้งแต่การร่วมกิจกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผนและดำเนินการ จนถึงร่วมบริหารจัดการและการบริหารจัดการด้วยตนเอง ส่วนคำว่า community involvement

นั้นองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่มีการร่วมมือระหว่างภาครัฐและชุมชนในการวางแผน ดำเนินการ และการใช้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนเกิดการพึ่งพาตนเอง จัดหาและควบคุมของสังคมต่อการให้บริการและการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในที่นี้หมายถึง ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องร่วมมือกันในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ต้องมีความรับผิดชอบในการประเมินความจำเป็นทางด้านสุขภาพของชุมชน การระดมทรัพยากรในชุมชน และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ขณะเดียวกันก็ร่วมมือกันก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมของชุมชน

ในการนำแนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนไปสู่การปฏิบัตินั้นสามารถจำแนกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่คือ กลุ่มแรกมองว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลวิธีในการนำไปสู่ความสำเร็จ (Participation as a means) ในกลุ่มนี้มองการมีส่วนร่วมเป็นเพียงกลวิธีอย่างหนึ่งในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการ เป็นเทคนิคการบริหารอย่างหนึ่ง ให้ความสำคัญกับผลที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง กลุ่มที่สองมองว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเป้าหมายหลักของโครงการ (Participation as an end) ในมุมมองนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนคือเป้าหมายหลักที่ต้องการ เป็นกระบวนการที่จะสร้างให้ชุมชนเกิดความเชื่อมั่นตนเอง มีการรวมตัวอย่างปึกแผ่น เป็นกระบวนการที่มีพลวัต ในลักษณะนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนมากกว่ากลุ่มแรก ถึงแม้ตัวโครงการจะจบลงแล้วแต่กระบวนการนี้ยังคงอยู่ องค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการนี้คือ การกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวและมีการรวมตัวกันก่อตั้งองค์กรในชุมชนขึ้น

หากพิจารณาจากความหมายต่างๆข้างต้นแล้ว การคลังระดับชุมชนสำหรับบริการสุขภาพจึงหมายถึงกระบวนการในการให้ทุนสนับสนุนบางส่วนหรือทั้งหมดแก่ระบบบริการสาธารณสุขจากแหล่งทุนที่มาจากภายในชุมชนนั่นเองทั้งในลักษณะของรายบุคคลหรือรวมหมู่ และมีการบริหารจัดการที่ระดับชุมชนเพื่อการจัดบริการให้แก่คนในชุมชนเป็นหลัก ดังนั้นการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสาธารณสุขจึงมีลักษณะสำคัญ 3 ประการด้วยกันคือ

1. มีการระดมทุนจากภายในชุมชนในรูปแบบต่างๆสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งในลักษณะที่เป็นทุนทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน
2. ทุนที่ได้นั้นต้องนำมาใช้สำหรับการจัดบริการให้แก่ประชาชนในชุมชนนั้นๆ
3. นอกเหนือจากการร่วมจ่ายแล้วชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการกำหนด วางแผน บริหารจัดการ หรือควบคุมกำกับด้วย

ในการนำแนวคิดเรื่องการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพไปสู่การปฏิบัตินั้นขึ้นกับเป้าหมายของแต่ละประเทศและชุมชนว่าคืออะไร หากเพื่อระดมทรัพยากรเพิ่มให้กับการจัดบริการสาธารณสุข

องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นก็ก็เป็นเพียงกลวิธีในการนำไปสู่ความสำเร็จมิใช่เป้าหมายหลัก แต่หากเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งให้กับชุมชนและให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการและแก้ปัญหาของตนเองแล้ว องค์ประกอบด้านการระดมทุนก็เป็นเพียงการรูปแบบหนึ่งที่เป็นรูปธรรมในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและศักยภาพของชุมชน จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศที่นำแนวคิดนี้ไปใช้ส่วนใหญ่เป็นในลักษณะแรก

3.2 ที่มาและปรัชญาของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการด้านสุขภาพ

การคลังระดับชุมชนเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในสังคมมาช้านานแล้วในทุกประเทศ เช่น การระดมแรงงานของคนในชุมชนเพื่อมาช่วยกันทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง สำหรับในด้านบริการสุขภาพ เช่น การระดมแรงงานช่วยก่อสร้างอาคารสถานพยาบาลในชุมชน การบริจาคสิ่งของหรือที่ดินสำหรับการก่อสร้างโรงพยาบาลเพื่อให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพในห้องถิ่นของตนเองเป็นต้น หากมองในภาพนี้ ปรัชญาและแนวคิดของการคลังระดับชุมชนจึงเป็นเรื่องการพึ่งพาตนเองของคนในชุมชนเป็นสำคัญ (Self-reliance) การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการด้านสุขภาพนั้นจะมีบทบาทมากขึ้นในบริบทที่ภาครัฐไม่ความสามารถที่จะกระจายการจัดบริการไปสู่พื้นที่ในชนบทได้ทำให้ประชาชนและชุมชนต้องพึ่งตนเองโดยการระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อจัดให้มีบริการด้านสุขภาพขึ้น แนวคิดนี้ได้รับความสนใจมากขึ้นและมีการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกได้มีการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน หรือ บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Health Care) ขึ้นที่เมือง Alma Ata ในปี ค.ศ. 1978 และได้มีประกาศย้าว่า

“ การมีสุขภาพดีซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะการไม่มีโรคแต่หมายรวมถึงการมีสถานะด้านสุขภาพทั้งทางกาย จิตและความเป็นอยู่ในสังคมที่สมบูรณ์ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับและการรักษาคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของประชาชนคือเป้าหมายสำคัญของทุกสังคมทั่วโลก ซึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องมีการร่วมมือกันดำเนินงานของทุกส่วนทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข.... การไม่เท่าเทียมกันในสถานะด้านสุขภาพของคนระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งภายในประเทศเดียวกันเองเป็นสิ่งที่มิอาจยอมรับได้ทั้งในเชิงการเมือง สังคม และเศรษฐศาสตร์.....”

ทั้งนี้ที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุขมูลฐานก็เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันว่าบริการดังกล่าวเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตายและทำให้สถานะสุขภาพดีขึ้น หากสามารถให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ทั้งนี้กลวิธีหลักประการหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการระดมทรัพยากรและจัดบริการให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง การที่

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการสุขภาพได้รับความสนใจนั้นก็เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่

- (1) การยอมรับและตระหนักว่าประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการร่วมมือกันในกิจกรรมสาธารณะและกิจกรรมของชุมชน รวมถึงบริการสุขภาพ
- (2) บริการด้านสุขภาพในสถานพยาบาลไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพได้ทั่วถึง
- (3) ตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงของสังคมด้านสุขภาพจะสำเร็จได้ต้องเปลี่ยนศูนย์รวมไปที่ชุมชน
- (4) ลดความเชื่อมั่นต่อนโยบายที่ถูกกำหนดเฉพาะจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ และผู้บริหาร โดยชุมชนขาดการมีส่วนร่วม
- (5) ตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพที่สูงขึ้นและทางเลือกที่ดีกว่าในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
- (6) มีทรัพยากรในชุมชนทั้งในลักษณะของบุคคลและเงินที่ยังไม่ถูกนำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในชุมชน

นโยบายดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกทำให้การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นจากประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายเนื่องจากประเทศเหล่านี้ล้วนมี ปัญหาการขาดทรัพยากร สำหรับการกระจายการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ในราคาที่ชุมชนและประเทศสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้กลวิธีในการ กระจายบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานดังกล่าว ก็ต้องอาศัยและส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมมากที่สุดเพื่อให้มีการใช้ ทรัพยากรของชุมชน ประเทศ และจากแหล่งอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการเคลื่อนย้ายทรัพยากรใน หองถิ่นที่ยังไม่ได้ถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพมาใช้ไม่ว่าจะเป็น ทักษะขององค์กร ทรัพยากรบุคคล และเงิน ขณะเดียวกันก็ให้มีการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับท้องถิ่นที่มีราคาไม่แพงเพื่อให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการได้ นโยบายดังกล่าวจึงเน้นการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเองของชุมชนเป็นองค์ ประกอบสำคัญ การให้องค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทหรือร่วมในการจัดการจะทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีความรับผิดชอบและตอบสนองต่อชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้ขอบเขตของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นขึ้นกับบริบทและประสบการณ์ของแต่ละประเทศและท้องถิ่น หากเป้าหมายเพื่อการสร้างความ เข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน การเข้ามามีบทบาทของชุมชนในเรื่องดังกล่าวต้องประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมและตรวจสอบทรัพยากร การจัดสรร และการบริหารจัดการ

3.3 เป้าหมายและขอบเขต

เป้าหมายของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพขึ้นกับการให้ความสำคัญขององค์ประกอบสำคัญที่กล่าวข้างต้น จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศต่างๆพบว่า ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการเพิ่มทรัพยากรให้กับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน เพื่อให้มีการใช้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (effective health services) และลดการป่วยและตายจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้คาดหวังว่าทรัพยากรเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพที่ได้จากการคลังระดับชุมชนจะทำให้มีปัจจัยนำเข้าที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการ เช่น ยา บุคลากร เครื่องมือ และวัสดุต่างๆ ทำให้สามารถขยายความครอบคลุมของการจัดบริการให้กับประชาชนได้ทั่วถึงขึ้นและจะทำให้คุณภาพของบริการดีขึ้น มีการใช้บริการและทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพขึ้น

แผนภูมิที่ 6 แสดงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ

ปัจจัยนำเข้า

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ

ผลที่ได้

เพิ่มทรัพยากรให้กับบริการสาธารณสุข
เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยให้เป็นการบริการในท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

เพิ่มการเข้าถึงบริการ
คุณภาพบริการดีขึ้น
ราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้
ประชาชนได้มีการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขดีขึ้น

เป้าหมาย

เพิ่มการใช้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ
ลดการป่วยและการตายของประชาชน

ที่มา Parker.D และ Knippenberg.R (1991)

นอกจากนั้นการคลังระดับชุมชนยังเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนด้วยการทำให้มีระบบการตรวจสอบของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และผลักดันให้ชุมชนต้องรับผิดชอบต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของตนเอง ด้วยการที่ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของในบริการ และทำการตัดสินใจดำเนินการตามความรู้และข้อมูลที่มีเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้การคลังระดับชุมชนมีความแตกต่างจากการเก็บค่าบริการของสถานพยาบาลที่กำหนดโดยหน่วยงานของรัฐเอง เนื่องจากจะมีตัวแทนของชุมชนเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและการกำหนดรูปแบบบริการ ผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากการมีทรัพยากรเพิ่มและชุมชนมีส่วนร่วมคือ จะทำให้การเข้าถึงบริการพื้นฐานและคุณภาพบริการที่รับรู้ได้โดยชาวบ้านดีขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนดีขึ้น และบริการที่จัดนั้นมีราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ เนื่องจากต้นทุนในการจัดบริการในระดับชุมชนจะถูกกว่าขณะเดียวกันก็ไม่ได้แสวงหากำไร เป็นการส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรของครัวเรือนที่มีประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการเพิ่มระบบการตรวจสอบและการบริหารจัดการที่ระดับท้องถิ่น

นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าความร่วมมือของประชาชนผู้ได้รับประโยชน์ในลักษณะต่อไปนี้ แม้ว่าจะมีการจ่ายรายบุคคลหรือจ่ายรวมกันก็ไม่จำเป็นว่าเป็นการคลังระดับชุมชน คือ การเสียภาษี (แล้วมีการนำเงินภาษีมาจัดบริการ) เงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม เงินกู้ยืมของรัฐบาล เงินบริจาคต่างประเทศ และการซื้อบริการของประชาชนจากสถานพยาบาลเอกชนในระบบตลาดเสรี ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะสำคัญที่บอกว่าเป็นการคลังระดับชุมชนนั้น ต้องมีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาจัดการ และการใช้ทรัพยากรในระดับชุมชนนั้น ซึ่งการคลังตัวอย่างข้างต้นนั้นมิได้มีลักษณะเช่นนี้ การซื้อบริการจากภาคเอกชนและการดูแลตนเองก็ไม่ถือเป็นการคลังชุมชน

การมารวมกันของคนในชุมชนอาจไม่ได้เป็นไปโดยความสมัครใจก็ได้ เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการได้หรือไม่ได้รับบริการสุขภาพหลายอย่างมีผลกระทบต่อคนอื่นๆในชุมชนด้วย (Externalities) เช่นการป่วยด้วยโรคติดต่อหากไม่ได้รับการบริการจะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นในสังคมได้ หรือการได้หรือไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคผู้ที่ได้รับประโยชน์หรือเสียประโยชน์ไม่ได้จำกัดอยู่ในเฉพาะคนที่ได้หรือไม่ได้รับบริการเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันของชุมชนโดยรวมด้วย ดังนั้นถึงแม้จะเป็นการถูกบังคับให้ต้องมาร่วมก็ถือเป็นการคลังระดับชุมชนได้

ขอบเขตบริการของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของชุมชน สังคม และประเทศ ทั้งนี้ในประเทศยากจนหรือชุมชนชนบทห่างไกลเป้าหมายหลักอาจเพียงเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการพื้นฐานที่จำเป็น การมียาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย ครอบคลุมเฉพาะบริการที่จัดภายในชุมชน เป็นต้น ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลของรัฐตั้งอยู่ก็จะครอบคลุมไปถึงบริการของสถานพยาบาลด้วย เช่น บริการของสถานอนามัยทั้งในด้านบริการรักษาพยาบาลและอื่น ๆ ในชุมชนที่มีการพัฒนามากขึ้น เช่น ชุมชนเขตกึ่งเมืองหรือเมือง ขอบเขตบริการจะครอบคลุมไปถึงบริการการรักษาในโรงพยาบาลอาจครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในหรือทั้งสองอย่าง ในฟิลิปปินส์มีการจ้าง

หมอเอกชนไปให้บริการในจุดที่ตั้งของโครงการเป็นบางวันด้วย แต่องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทดังกล่าวอาจลดลงเนื่องจากลักษณะบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น กว่าครึ่งของโครงการที่ Stinson ทำการทบทวนใช้จ่ายเงินเพื่อชดเชยค่าแรงให้กับคนที่ให้บริการด้านสุขภาพในชุมชนและเพื่อให้มีเงินหมุนเวียนสำหรับการจัดหายาเพื่อให้มียาไว้ใช้ในการให้บริการหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง (Health worker compensation and/or drug costs) ประมาณหนึ่งในสามของโครงการใช้เพื่อเป็นการหารายได้ มีเพียงส่วนน้อยของโครงการเท่านั้นที่มีวัตถุประสงค์สำหรับการสนับสนุนการจัดบริการของโรงพยาบาล (8.3%) หรือการฝึกอบรม (2.8%) และไม่มีโครงการใดเลยที่ใช้การคลังระดับชุมชนในการที่จะจ่ายค่าตอบแทนให้กับแพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้นิเทศงาน หรือผู้บริหารโครงการ

3.4 บริบทของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้นส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองจากประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีความขัดสนด้านเศรษฐกิจ มีปัญหาด้านการกระจายบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างทั่วถึง ขณะเดียวกันก็ตระหนักว่าประชาชนควรต้องมีหน้าที่ในการช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการด้วยส่วนหนึ่ง ส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นการระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้นให้กับระบบบริการเป็นสำคัญ และส่วนใหญ่ก็ดำเนินการในชุมชนชนบทที่ห่างไกล อาจมีบ้างในบางประเทศที่มีนโยบายชัดเจนในการกระจายอำนาจและมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชน

แรงผลักดันหลักภายในของการคลังระดับชุมชนนั้น เกิดจาก (1) การขาดแคลนทรัพยากรและความสามารถของรัฐบาลในการที่จะขยายบริการสุขภาพให้ทั่วถึงในประชาชนทุกกลุ่มและภูมิภาค ขณะเดียวกันชุมชนเองมีความต้องการให้ต้องช่วยเหลือตนเอง จึงทำให้มีการระดมทุนเกิดขึ้นในชุมชนเพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพ (2) วัฒนธรรมและศักยภาพขององค์กรชุมชนที่มีความสมัครใจและร่วมมือกันในการพึ่งพาตนเองเพียงใด ตลอดจนศักยภาพในการบริหารจัดการ ทั้งนี้โดยปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญของรัฐคือ (3) นโยบายด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและการสนับสนุนให้ท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการทรัพยากรในท้องถิ่นของตนเอง

แรงผลักดันภายนอกที่สำคัญคือ (4) นโยบายการมีสุขภาพดีทั่วหน้าในปี 2543 ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้วยการจัดให้มีบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในชุมชนและให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ นโยบายดังกล่าวได้รับการตอบสนองจากประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายซึ่งสอดคล้องกับการมีปัญหาด้านการขาดแคลนทรัพยากรในการขยายและจัดบริการพอดี แรงผลักดันเสริมที่สำคัญอีกประการคือ ภายหลังการประกาศนโยบาย กลวิธีและตัวชี้วัดต่างๆ ขององค์การอนามัยโลกได้สองปี ในปี 1981 (5) เกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจที่แผ่ขยายไปทั่วโลก ประเทศต่างๆ ทั้งในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาต่างก็ได้รับผลกระทบโดยทั่วหน้า มีภาวะ

วิกฤติต้องบประมาณในการจัดบริการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ประเทศกำลังพัฒนาที่พึ่งพิงเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศมากก็ประสบกับปัญหาการขาดแคลนเนื่องจากประเทศที่เคยให้การช่วยเหลือก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน กองทุนการเงินระหว่างประเทศต้องเข้าไปช่วยเหลือและกำหนดให้ต้องมีการปรับโครงสร้างทั้งในด้านระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่ขอรับการช่วยเหลือ (Structural Adjustment Policy) ประเทศต่างๆ ต้องแสวงหาแหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพเพิ่มเติม หลายประเทศเริ่มนำการเพิ่มการเก็บค่าบริการส่วนบุคคล มีการระดมทุนในระดับท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และบางประเทศก็เริ่มนำระบบประกันสุขภาพแบบบังคับมาใช้ รูปแบบการคลังระดับชุมชนได้รับความสนใจจากองค์กรช่วยเหลือระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และได้สนับสนุนประเทศในแอฟริกาในการพัฒนารูปแบบการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพดังที่รู้จักกันในนาม Bamako Initiative นอกจากนั้น (6) *ประสบการณ์ที่เรียนรู้จากต่างประเทศ* ก็เป็นแรงสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวให้ได้รับความสนใจมากขึ้น จากการที่ประเทศจีนค่อนข้างประสบความสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศด้วยค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างต่ำโดยระดมคนและทรัพยากรในท้องถิ่น จึงเป็นจุดกระตุ้นให้ประเทศกำลังพัฒนาเริ่มสนใจศักยภาพของการคลังระดับชุมชน

เหตุผลหลักของผู้ที่สนับสนุนแนวคิดเรื่องนี้มองว่าครัวเรือนส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศที่ยากจนได้มีการใช้จ่ายเงินซื้อบริการของภาคเอกชนจำนวนค่อนข้างมากอยู่แล้วทั้งบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณจากภาคเอกชน การนำแนวคิดเรื่องการคลังชุมชนมาใช้จึงเป็นเพียงการปรับทิศทางการใช้จ่ายเงินไปยังบริการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากเท่านั้นมิได้เป็นการเพิ่มภาระให้แก่ครัวเรือนในด้านค่าใช้จ่าย และด้วยวิธีการดังกล่าวจะช่วยทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นอย่างคุ้มค่ามิฉะนั้นก็จะถูกปล่อยให้เสียเปล่าไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบแรงงานหรือที่ดิน นอกจากนั้นรูปแบบดังกล่าวสามารถแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและเพิ่มการใช้บริการทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้สิทธิกับชุมชนทำให้มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ประชาชนและชุมชนยอมรับและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชน การคลังระดับชุมชนนี้ยังสามารถช่วยเสริมระบบประกันสังคมซึ่งปกติดำเนินการได้เฉพาะกลุ่มคนทำงานที่มีเงินเดือนประจำ ทำให้สามารถระดมเงินจากคนที่ทำงานอิสระได้โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบท

ในบริบทของประเทศที่มีการพัฒนาขึ้นมาระดับหนึ่งและมีนโยบายในการกระจายอำนาจชัดเจน เป้าประสงค์ของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพอาจเปลี่ยนไปเพื่อการสร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของชุมชน เพื่อรองรับการกระจายบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในระบบบริการสุขภาพให้กับท้องถิ่น ในบริบทของประเทศกลุ่มนี้ประชาชนมีความคาดหวังต่อบริการเพิ่มขึ้น ไม่ได้ต้องการเฉพาะบริการสาธารณสุขพื้นฐานแต่คาดหวังได้รับบริการที่มากขึ้นมีคุณภาพมากขึ้นของสถานพยาบาลและโรงพยาบาลของรัฐ เช่น บริบทของประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งชุมชนในที่นี้จะไม่ใช่เฉพาะชุมชนในชนบทเท่านั้นแต่ยังขยาย

มาถึงชุมชนในเขตเมืองมากขึ้น จะมีรูปแบบของการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้นโดยคนที่มีความรู้และอาจมีการว่าจ้างมืออาชีพเข้ามาบริหารจัดการโครงการ

ในการที่เป้าประสงค์เป็นไปเพื่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นบริบทที่สำคัญจะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มีความยั่งยืนที่สำคัญมีทั้งบรรยากาศด้านการเมือง สังคม วัฒนธรรม และตัวชุมชนเองดังนี้

- มีบรรยากาศทางการเมืองที่ยอมรับและสนับสนุนการความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในทุกระดับของการพัฒนาโครงการ การดำเนินการและการประเมินผล
- มีบริบทด้านการเมืองที่คำนึงถึงสภาพของความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของภูมิภาค และท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นการกำหนด นโยบาย กฎหมาย และการจัดสรรทรัพยากร
- บริบทด้านสังคม วัฒนธรรม และการเมืองที่สนับสนุน ความตื่นตัวในลักษณะของปัจเจกชนและกลุ่ม การแสวงหาความรู้ และการอภิปรายปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัจเจกชนและชุมชน
- ระบบการเมือง การบริหารที่ส่งเสริมและยอมรับการกระจายอำนาจ และการตัดสินใจของภูมิภาคและท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข จัดสรรทรัพยากรและการกำหนดโครงการ
- การยอมรับว่าบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานนั้นต้องจัดให้มีและเข้าถึงสำหรับประชาชนทุกคน
- ระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์และยอมรับการที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง เช่น การมีตัวแทนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการที่ปรึกษา กรรมการบริหารของสถานพยาบาล เป็นต้น บุคลากรและผู้บริหารมีความยืดหยุ่น ยอมรับ และสนับสนุน และมีประสบการณ์ในการพยายามตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน และมีประสบการณ์ด้านความร่วมมือกับชุมชน และหน่วยงานอื่นในการจัดกิจกรรมบางอย่าง
- ประชาชนตื่นตัว มีความรู้และทักษะในเรื่อง องค์การในสังคมและประเด็นในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ
- ชุมชนที่เห็นว่าเรื่องสุขภาพมีลำดับความสำคัญสูง มีความสนใจในเรื่องสุขภาพ มีความตั้งใจของกลุ่มที่จะรับผิดชอบและยืนยันที่จะแก้ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน
- ชุมชนที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน
- หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีการรับผิดชอบและตอบสนองต่อแนวคิดดังกล่าว ตลอดจนมีการเผยแพร่และถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างชุมชนและกับภาครัฐระดับต่างๆ
- และท้ายสุดต้องเห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนาในระยะยาว

3.5 รูปแบบของการคลังระดับชุมชน (Methods of community financing)

Stinson ได้ทบทวนโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศต่าง ๆ มากกว่าร้อยโครงการที่มีการใช้รูปแบบของการคลังในระดับชุมชนสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการในระดับชุมชนขึ้น โดยโครงการส่วนใหญ่เริ่มดำเนินการในช่วงทศวรรษ 1970s มีบ้างบางโครงการที่ดำเนินการในช่วงก่อนหน้านี้แต่ไม่มากนัก ทั้งนี้วัตถุประสงค์หลักของการคลังในระดับชุมชนนั้นส่วนใหญ่เป็นการระดมทุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพโดยตรงในระดับชุมชน รูปแบบของการระดมทุนในชุมชนเพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพนั้นสามารถสรุปได้เป็น 5 ประเภทใหญ่คือ

- ❑ การจำหน่าย/คืดค่ายา (Drug sales)
- ❑ การจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคล (Personal service fees)
- ❑ การจ่ายล่วงหน้าในลักษณะของบุคคลหรือกลุ่มการผลิต (Prepayment, either personal or production-based)
- ❑ การใช้แรงงานของชุมชนหรือบุคคล (Community or individual labor)
- ❑ การจัดหาเงินเป็นครั้งคราว (Ad hoc contributions and fund raising)

3.5.1 การจำหน่าย/คืดค่ายา (Drug sales)

การจำหน่ายยาของกองทุนในชุมชนหรือการคืดค่ายาในสถานพยาบาลเป็นรูปแบบที่พบเห็นได้บ่อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากยาเป็นต้นทุนดำเนินการหลักของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในชุมชนและเป็นที่สิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ในกรณีที่ชาวบ้านก็ต้องการและยินดีที่จะจ่าย การจำหน่ายยาในที่นี้จะต่างจากการจำหน่ายยาในตลาดทั่วไปเนื่องจากจะกำหนดให้มีและการจำหน่ายยาเฉพาะที่จำเป็น (Essential Drugs) และมีไม่มากนักตลอดจนราคาที่จำหน่ายก็จะต่ำกว่าราคาตามท้องตลาดทั่วไปเนื่องจากได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากรัฐบาลและไม่แสวงหากำไรและจะมีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนหมุนเวียน กล่าวคือรายได้จากการจำหน่ายยานำมาใช้ในการจัดซื้อยาเพื่อสำรองต่อไป และมักจะได้รับการสนับสนุนในการประเดิมก่อตั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชนที่บริจาคให้ หรือองค์กรระหว่างประเทศ การบริหารจัดการด้านการขายอาจเป็นในรูปแบบการขายโดยอาสาสมัครหรือคนงานที่ให้บริการแต่ละคน ขายผ่านร้านยาที่ดำเนินการโดยชุมชน ขายในสถานพยาบาล และขายผ่านพ่อค้าที่เป็นตัวแทนในตลาด เป็นต้น รูปแบบการบริหารการขายผ่านร้านยาที่ดำเนินการโดยชุมชนจะสามารถควบคุมโดยชุมชนได้ดีกว่ารูปแบบอื่น การยกเว้นหรือการลดค่ายาให้แก่บุคคลบางกลุ่มสามารถดำเนินการได้ลำบากเนื่องจากราคาที่จำหน่ายต่ำและไม่ค่อยมีกำไรอยู่แล้วและต้องนำรายได้จากการจำหน่ายไปซื้อยามาทดแทน

3.5.2 การจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคล (Personal service fees)

เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีความนิยม เป็นการจัดเก็บค่าบริการเพื่อชดเชยต้นทุนทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับบริการที่จัดโดยสถานพยาบาลซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของชุมชนหรือสถานพยาบาล ค่าบริการนี้อาจเป็นค่าธรรมเนียมซึ่งอาจชดเชยได้เพียงค่าแรงของผู้ให้บริการหรือต้นทุนยา ในรูปแบบของการคลังระดับชุมชนที่จัดบริการภายในชุมชนโดยอาสาสมัคร ค่าบริการนี้อาจใช้เพื่อการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการ ในรูปแบบที่อาศัยสถานพยาบาลของรัฐในการให้บริการจะนำไปใช้เป็นค่าดำเนินการของสถานพยาบาลหรือจ่ายค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามการเก็บค่าบริการและอัตราที่จัดเก็บนี้ต้องผ่านความเห็นชอบของชุมชนมิใช่เกิดขึ้นตามกลไกของตลาดหรือการต่อรองกันเองระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การเก็บรักษาเงินที่ได้อาจจัดเก็บและบริหารโดยผู้ให้บริการเอง หรือในลักษณะกรรมกรของสถานพยาบาล หรือกรรมกรของชุมชน ปัจจุบันกำหนดอัตราค่าบริการที่จะจัดเก็บก็ขึ้นกับความสามารถและความยินดีของประชาชนในชุมชนในการจ่าย นอกจากนี้ก็ต้องมีการปรับหรือยกเว้นเพื่อความเหมาะสมตามประเภทบริการหรือผู้ป่วย (Sliding scales and exemptions) ทั้งนี้เพื่อให้คนจนหรือผู้ที่ด้อยโอกาสได้มีโอกาสในการใช้บริการดังกล่าวได้และเพื่อกระตุ้นให้มีการใช้บริการด้านการป้องกันโรคและบริการที่ส่งผลดีต่อชุมชนและสังคมในภาพรวม(positive externalities) การมีส่วนร่วมของชุมชนอาจจำเป็นในการตัดสินใจว่าควรยกเว้นการจัดเก็บค่าบริการสำหรับคนกลุ่มใด

3.5.3 การจ่ายล่วงหน้าของรายบุคคลหรือกลุ่ม (Personal and production-based prepayment)

รูปแบบการสนับสนุนด้านการคลังระดับชุมชนที่กล่าวมาข้างต้นทั้งสองแบบนี้ผู้ที่จ่ายคือผู้ที่ใช้บริการและผู้ป่วยดังนั้นคนที่จะต้องจ่ายมากก็คือคนที่ป่วยมากและใช้บริการมาก ในขณะที่ผู้ที่ไม่ป่วยและไม่ได้ใช้บริการก็ไม่ต้องจ่าย ทางเลือกอีกแบบหนึ่งคือการจ่ายล่วงหน้าแบบสมัครใจก่อนที่จะมีความจำเป็นในการใช้บริการ เป็นการกระจายภาระค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในชุมชนโดยมิได้สนใจว่าจะมีการใช้บริการหรือไม่ อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้จะเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากประชาชนส่วนใหญ่ต้องมีประสบการณ์ในการที่ต้องมีการจ่ายค่าบริการในการใช้บริการก่อน หากประชาชนคุ้นเคยกับการได้รับบริการฟรีมาตลอดการเริ่มต้นของรูปแบบนี้จะยาก การจ่ายเงินแบบนี้ก็คือระบบการประกันสุขภาพหรือระบบการจ่ายเฉลี่ยแบบล่วงหน้า(Community Cost Sharing Scheme, Health Card) ทั้งนี้อัตราที่จ่ายอาจอิงกับรายได้ ผลผลิตของครัวเรือน หรือเป็นอัตราเดียวกันสำหรับสมาชิกทุกคน(community rating) ทั้งนี้ในระบบกระจายความเสี่ยงแบบนี้ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่อัตราเบี้ยประกันที่เก็บจะไม่ได้คำนวณให้ชดเชยต้นทุนทั้งหมดแต่จะทำให้มีการจ่ายค่าธรรมเนียมและค่ายาร่วมด้วยตอนใช้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีอำนาจจ่ายน้อย ระบบนี้จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ประชาชนจะต้องจ่ายโดยตรงเวลาไปใช้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นในลักษณะของการจ่ายของแต่ละบุคคลหรือแต่ละครัวเรือน (Personal

prepayment) หรือการจ่ายจากการหักจากผลผลิตรวมหรือผลกำไรของกลุ่มการผลิต (Production-based prepayment) ในระบบของการจ่ายล่วงหน้าในลักษณะของรายบุคคลหรือครัวเรือนปัญหาหลักที่จะพบคือการขาดการกระจายความเสี่ยงของกองทุนเนื่องจากการเข้าร่วมแบบสมัครใจและคนที่มีแรงจูงใจในการเข้าเป็นสมาชิกคือคนที่มีความเสี่ยงสูงในขณะที่คนไม่ป่วยไม่เข้าเป็นสมาชิกดังนั้นก็ต้องมีมาตรการในการแก้ปัญหาเช่นการกำหนดให้มีช่วงระยะห่างหลังการเป็นสมาชิกกับการได้รับสิทธิคุ้มครอง หรือการกำหนดความครอบคลุมขั้นต่ำที่ต้องได้ก่อนที่จะเปิดดำเนินการในชุมชนนั้นๆ เช่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของครัวเรือนต้องเป็นสมาชิก เป็นต้น

ระบบการจ่ายล่วงหน้าจากผลผลิตของครัวเรือนหรือผลผลิตรวมของกลุ่มการผลิต(Production-based prepayment, Cooperative scheme) ที่เป็นที่รู้จักกันดีและทำให้แนวคิดเรื่องการคลังระดับชุมชนได้รับความสนใจคือ ระบบคอมมูนในอดีตของประเทศจีน และระบบที่ประสบความสำเร็จในระยะแรก ๆ คือระบบของประเทศญี่ปุ่นซึ่งชุมชนต่าง ๆ ได้รวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือกันโดยได้รวมกันทำสัญญาว่าจ้างแพทย์ให้เข้าไปให้บริการกับประชาชนในชนบท กลุ่มเกษตรสหกรณ์ได้จัดให้มีบริการด้านสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 และในปี 1940 มากกว่าล้านครอบครัวในชนบทได้เป็นสมาชิกของระบบนี้ และในปี 1958 รัฐบาลได้รวมการคลังระดับชุมชนดังกล่าวเข้ากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาล ซึ่งหลังจากได้มีการถอนการมีส่วนร่วมของชุมชนออกไปและค่าใช้จ่ายของโครงการก็ได้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

3.5.4 การใช้แรงงานของชุมชน (Community labor)

แรงงานของคนในชุมชนเป็นวัตถุดิบทางธรรมชาติที่มีอยู่เหลือเฟือโดยเฉพาะในชนบทช่วงฤดูการที่ประชาชนว่างจากงานด้านเกษตรกรรม รูปแบบของการสนับสนุนการคลังระดับชุมชนด้วยแรงงาน เช่น การระดมแรงกันในการก่อสร้างอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพ แรงงานอาสาสมัครในการจัดบริการเช่นอาสาสมัครสาธารณสุข หรืออาสาสมัครในการจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนแรงงานกับการได้รับบริการด้านสุขภาพ รูปแบบการใช้แรงงานดังกล่าวนี้มีได้เป็นตัวเงินดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการนำมาใช้และความยั่งยืนของโครงการ ดังนั้นจึงมีรูปแบบทางเลือกในการใช้แรงงานในชุมชนในลักษณะที่จะก่อให้เกิดรายได้แทน เช่น การประกอบธุรกิจของชุมชนเองโดยอาศัยแรงงานของประชาชนในชุมชนทั้งในลักษณะอาสาสมัครและการจ่ายค่าตอบแทน เช่น การมีร้านค้า การจำหน่ายผลิตผลของชุมชน การให้ชาวบ้านกู้ยืมเงิน เป็นต้น

3.5.5 การจัดกิจกรรมเพื่อจัดหาเงินเป็นครั้งคราว

เป็นลักษณะที่พบเห็นได้ทั่วไป เช่น การเชิญชวนให้มีการบริจาค การจัดงานรื่นเริงหรือกิจกรรมพิเศษ การออกสลากรางวัล เป็นต้น

ตารางที่ 2 และ 3 เปรียบเทียบข้อเด่นและด้อยของรูปแบบการจ่ายเงินแต่ละประเภทในการคลังระดับชุมชน รวมทั้งการใช้ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่มีสนับสนุนในแต่ละรูปแบบ การปรับตามความสามารถในการจ่าย และการกระจายความเสี่ยง กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่ารูปแบบวิธีการจ่ายเงินมีผลต่อประเภทของบริการที่จะจัดให้เนื่องจากความยินดีที่จะจ่ายของประชาชนต่อบริการแต่ละประเภทแตกต่างกัน การจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชนไม่อาจใช้รูปแบบการจ่ายตามบริการได้ สำหรับรูปแบบวิธีการจ่ายที่จะมีความแน่นอนสำหรับการจัดบริการสุขภาพคือรูปแบบการจ่ายเงินสี่ประเภทแรกคือ การจ่ายค่าบริการ (services fee) การจ่ายค่ายา (drug sale) การจ่ายล่วงหน้าของบุคคล ครีวเรือน (individual or household prepayment scheme) หรือกลุ่มการผลิต (production based prepayment scheme) ทั้งนี้เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บที่ชัดเจนตลอดจนมีความสม่ำเสมอและแน่นอน ตามปริมาณการใช้บริการหรือต้องมีการคิดคำนวณตามความจำเป็น สำหรับวิธีการอื่น ๆ นั้นส่วนใหญ่จะสามารถใช้ได้เป็นครั้งคราวและขาดความแน่นอน สำหรับกิจกรรมในการหารายได้ของชุมชนจากกิจกรรมอื่น เช่น การประกอบธุรกิจนั้นก็ขึ้นกับความสามารถในการสร้างรายได้ การจ่ายค่าธรรมเนียมการใช้บริการ การจ่ายค่ายา และการใช้แรงงานรายบุคคลจะไม่มีกระจายความเสี่ยง นอกนั้นมีความเป็นไปได้ในการกระจายความเสี่ยง อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นลักษณะกิจกรรมประเภทใดก็ตามสิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในการสนับสนุนบริการบางอย่างที่ประชาชนอาจมีความยินดีในการจ่ายน้อยและกลุ่มคนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น คนจน และก็ต้องมีระบบการสนับสนุนหรือก็ยังต้องอาศัยการสนับสนุนจากภายนอกพอสมควร

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวิธีการร่วมจ่ายสนับสนุนในระบบการคลังระดับชุมชนสำหรับบริการด้านสุขภาพ

วิธีการจ่าย	จุดแข็ง	จุดอ่อน	การใช้ประโยชน์	สิ่งที่ต้องมีเพิ่มเติม	ปัญหาที่พบบ่อย
จ่ายค่าบริการ	เป็นสิ่งที่คุ้นเคย, อาจดึงเงินที่เคยไหลไปสู่ภาคเอกชนให้กลับมาสู่ภาครัฐมากขึ้น	มุ่งด้านรักษาของผู้ที่สามารถจ่ายได้เป็นหลัก, ไม่มีการกระจายความเสี่ยง	ใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการหากมีความยืดหยุ่นได้	ต้องมีงบประมาณสนับสนุนบริการด้านป้องกันโรคและงานในชุมชน	มักไม่ได้รับความสนใจเมื่อมีผู้ให้บริการเอกชนหรือแผนโบราณอยู่แล้ว
การจำหน่ายยา	ทำให้มีรายจ่ายเป็นใช้ มีความปลอดภัย และราคาถูกลง	มุ่งด้านรักษาของผู้ที่สามารถจ่ายได้เป็นหลัก, ไม่มีการกระจายความเสี่ยง	เป็นรูปแบบที่มีการใช้มากที่สุด ครอบคลุมเฉพาะยาที่จำเป็น	มาตรการช่วยเหลือคนจน, การช่วยเหลือจากต่างประเทศในส่วนของการนำเข้า, การสนับสนุนงานด้านป้องกันและชุมชน	การขาดช่วงของการจัดหา, การล้มเลิกกิจการ; การลักลอบนำยาของกองทุนไปจำหน่าย
การจ่ายล่วงหน้ารายบุคคล/ครัวเรือน	เป็นการกระจายภาระค่าใช้จ่ายระหว่างคนที่สุขภาพดีและคนป่วย	มักไม่ได้รับความสนใจเข้าร่วมยกเว้นเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ	เหมาะสำหรับชุดเซตต้นทุนคงที่ (fixed cost) ถ้ามีการปรับตามระดับรายได้ครัวเรือน	ต้องมีแหล่งทุนสนับสนุนเพิ่มเติมในต้นทุนดำเนินการ	ชาวบ้านชอบจ่ายเมื่อใช้บริการมากกว่าหากเลือกได้, มีปัญหาเรื่องการกระจายความเสี่ยง
การจ่ายล่วงหน้าตามผลผลิต	อยู่บนฐานของหน่วยเศรษฐกิจของชุมชนที่มีอยู่แล้ว	ความครอบคลุมได้เฉพาะสมาชิกของกลุ่มการผลิต ยกเว้นในสังคมแบบ communal	เหมาะสำหรับคนที่ได้รับการว่าจ้างงาน กลุ่มสหกรณ์ ระบบ communal production	ต้องมีการให้การช่วยเหลือกับคนบางกลุ่ม	อิงกับความสามารถด้านการผลิต (economic forces)
การทำธุรกิจเพื่อให้มีรายได้	ทำให้แรงงานชุมชนถูกใช้เพื่อหาทุนดำเนินการในบริการสุขภาพ	การลงทุนอาจค่อนข้างสูง	เหมาะสำหรับโครงการที่ผสมผสานของหลายๆหน่วยงาน	ต้องมีกองทุนหนุน	อิงกับความสามารถด้านการผลิต (economic forces)
แรงงานชุมชน	เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างเหลือเฟือในชุมชน	มิได้ให้เฉพาะบางฤดูกาล, เฉพาะการลงแรงครั้งเดียว	เหมาะในงานก่อสร้างหรือบำรุงรักษา	ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ	จะไม่ได้รับความร่วมมือหากรัฐบาลไม่ได้จัดทรัพยากรให้ตามที่คาดหวัง
แรงงานรายบุคคล (อาสาสมัคร)	เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างเหลือเฟือในชุมชน	มักมีการหมุนเวียนเร็วทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมมาก	เหมาะกับกิจกรรมที่ต้องการแรงงานทดแทนที่ทำงานเป็นบางเวลา	ต้องมีระบบการส่งต่อสนับสนุน	ไม่สามารถมีได้ตลอดเวลาเมื่อความต้องการใช้
การบริจาคตามศรัทธา	เป็นสิ่งที่มีย่อย, สนับสนุนการร่วมจ่ายตามความสามารถ	อรรถประโยชน์น้อย, เหมาะกับการระดมทุนครั้งเดียว	การซื้อเครื่องมือหรือการสนับสนุนยาเป็นทุนประเดิม	ต้องได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการ	อาจมีความลำบากในการจูงใจ
จัดงานหาเงิน, สลาก ฯลฯ	ได้รับความสนุกกับการจ่าย	อรรถประโยชน์น้อยเหมาะกับกิจกรรมระดมทุนครั้งเดียว, ประสิทธิภาพต่ำ	การซื้อเครื่องมือ, ทุนประเดิมของยา, ทุนการก่อสร้างอาคาร	ต้องได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความครอบคลุมบริการ การปรับราคา และการกระจายความเสี่ยงของแต่ละวิธีจ่าย

วิธีการจ่ายสนับสนุน	ความครอบคลุมบริการ	การปรับตามระดับรายได้	การกระจายความเสี่ยง
จ่ายค่าธรรมเนียมการใช้บริการ	ครอบคลุมบริการส่วนบุคคล	สามารถลดหย่อนตามความสามารถการจ่าย, และใช้บ่อย	เฉพาะคนป่วยหรือคนใช้บริการเท่านั้นที่จ่าย
การจำหน่ายยา	ยาและเวชภัณฑ์	ไม่ค่อยมี, ผู้ไม่สามารถจ่ายต้องมีแหล่งทุนอื่นสนับสนุน	เฉพาะคนป่วยหรือคนใช้บริการเท่านั้นที่จ่าย
การจ่ายล่วงหน้ารายบุคคล/ครัวเรือน	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	เบี้ยประกันมักปรับตามระดับรายได้ครัวเรือน	มีการกระจายความเสี่ยงแม้ว่าผู้ใช้บริการอาจต้องมีการร่วมจ่ายขณะใช้บริการ
การจ่ายล่วงหน้าตามผลผลิต	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	ปกติสมาชิกทุกคนจะได้รับสิทธิประโยชน์เท่าเทียมกันไม่ขึ้นกับการร่วมจ่าย	มีการกระจายความเสี่ยงแม้ว่าผู้ใช้บริการอาจต้องมีการร่วมจ่ายขณะใช้บริการ
การทำธุรกิจเพื่อให้มีรายได้	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	ชาวบ้านส่วนใหญ่สามารถร่วมสนับสนุนได้ในบางกรณี	มีการกระจายความเสี่ยง
แรงงานชุมชน	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	ชาวบ้านส่วนใหญ่สามารถร่วมสนับสนุนได้ในบางกรณี	มีการกระจายความเสี่ยง
แรงงานรายบุคคล (อาสาสมัคร)	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	ไม่สามารถปรับใช้ได้	ไม่สามารถปรับใช้ได้
การบริจาคตามศรัทธา การจัดกิจกรรมหาเงิน	บริการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค, กิจกรรมในชุมชน	การบริจาคมักขึ้นกับทรัพยากรที่มีของครัวเรือน การปรับอาจเป็นไปโดยชุมชนเอง	มีการกระจายความเสี่ยง

3.6 วิวัฒนาการ โครงสร้าง การบริหารจัดการ และบทบาทภาคีที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นด้านโครงสร้างและการบริหารจัดการของการคลังระดับชุมชนนั้นมีเอกสารทางวิชาการที่สามารถทำการทบทวนน้อยมาก การศึกษาส่วนนี้ได้จากการทบทวนเอกสารการดำเนินงานการคลังชุมชนสำหรับบริการสุขภาพของ *ประเทศฟิลิปปินส์* เป็นหลัก ซึ่งได้มีการดำเนินงานอย่างกว้างขวางในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน¹ และการคลังชุมชนสำหรับบริการสุขภาพ องค์ประกอบของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสาธารณสุขนั้นเป็นกระบวนการในการจัดให้มี พัฒนา และสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในการดูแลหรือจัดการทรัพยากรของชุมชนเพื่อสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของตน บริบทของประเทศฟิลิปปินส์นั้นให้การสนับสนุนองค์กรชุมชนและท้องถิ่นมาก นโยบายทางการเมืองมีการกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่น มีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในด้านการจัดการ ฐานของชุมชนค่อนข้างเข้มแข็ง ในที่นี้จะพิจารณากระบวนการด้านการคลังระดับชุมชนในประเด็นต่อไปนี้ *ทรัพยากร (Resources) การบริหารจัดการ (Management) และการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรที่มี (Utilization of benefits)*

¹ ชุมชนในความหมายที่ใช้ในประเทศฟิลิปปินส์ นั้นขนาดใหญ่กว่าระดับหมู่บ้าน หมายรวมไปถึงระดับรัฐบาลท้องถิ่น และเทศบาล (มีการกระจายอำนาจในการปกครอง)

3.6.1 การระดมทรัพยากร

การเริ่มต้นระดมทรัพยากรนั้น อาจเกิดจากการริเริ่มของบุคคลกรสาธารณสุขทั้งของภาครัฐและเอกชน นักวิชาการ หรือตัวชุมชนเอง ซึ่งทำการวิเคราะห์และเคลื่อนย้ายทรัพยากรทั้ง บุคคล เงิน และวัสดุ สิ่งของ เพื่อบริการสุขภาพ ทรัพยากรบุคคลนั้นมีบทบาทสำคัญในสามด้านคือ การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การให้บริการด้านเทคนิคอื่นที่ไม่ใช่บริการการแพทย์และสาธารณสุข และการบริหารจัดการ การส่วนชุมชนนั้นจะมีบทบาทสำคัญในสองด้านคือการให้บริการ และการบริหารจัดการ ทั้งนี้การใช้ทรัพยากรบุคคลของชุมชนนั้นในช่วงแรกของโครงการมักเป็นในลักษณะการทำงานโดยไม่มีค่าตอบแทน แต่โดยทั่วไปแล้วเมื่อดำเนินการไประยะหนึ่งจะมีค่าตอบแทนให้ทั้งที่อาจเป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน สำหรับทรัพยากรบุคคลจากภายนอกชุมชนนั้นมักเป็น หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชนหรือสถาบันด้านวิชาการ ที่เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน จากการวิเคราะห์โครงการที่ดำเนินงานในฟิลิปปินส์ 15 โครงการพบว่า 9 โครงการเกิดจากการริเริ่มจากหน่วยงานรัฐ และอีก 6 โครงการเกิดจากการริเริ่มและสนับสนุนขององค์กรเอกชน สำหรับรูปแบบของการระดมทรัพยากรนั้นดำเนินการได้หลายรูปแบบดังได้กล่าวในตอนต้น สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการที่จะระดมทุนภายในชุมชนเพื่อจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนนั้นประกอบด้วย

- **ด้านเศรษฐกิจ** ในชุมชนที่มีรายได้ต่ำเงินที่จะสามารถระดมได้อาจมีจำกัด อาจต้องเป็นการระดมทุนในรูปแบบอื่น เช่น ทรัพยากรบุคคล การจัดกิจกรรมหารายได้ในรูปแบบสหกรณ์ ส่วนในชุมชนที่ประชาชนมีรายได้ดี แรงจูงใจในการดำเนินโครงการก็อาจน้อยเนื่องจากประชาชนสามารถจ่ายได้เอง อย่างไรก็ตามก็มีความเป็นไปได้ในลักษณะของการช่วยคนที่มีความฐานะต่ำกว่า
- **ด้านการเมือง** อาจเป็นอุปสรรคต่อการก่อตั้งโครงการหากไม่ได้สนับสนุนการกระจายอำนาจให้ชุมชน ในการที่จะสร้างให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้
- **ด้านวัฒนธรรมและสังคม** ความคิดแบบอนุรักษ์อาจเป็นทั้งปัจจัยเชิงบวกและลบต่อการก่อตั้งโครงการ ปัจจัยด้านลบคือการขาดความไว้วางใจระหว่างองค์กรรัฐและเอกชน ประชาชนมีลักษณะพึ่งพิงต่อบริการของรัฐ ความเฉยเมยหรือบุคลิกในลักษณะคอยแต่รับ ขาดการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ
- **ด้านการศึกษา** มีความจำเป็นที่ต้องให้การศึกษา ข้อมูล และการพูดสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นทั้งแก่ชุมชนและนักการเมือง
- **การเมืองค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ** หลายหน่วยงานอาจทำให้มีการแข่งขันหรือร่วมมือกัน ความสัมพันธ์ภายในและระหว่างองค์กรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ
- **ด้านผู้นำ** การเปลี่ยนแปลงตัวผู้นำและการบริหารจัดการ ตลอดจนความตั้งใจและสนใจของผู้นำใหม่ก็มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ

- **ภาวะวิกฤตด้านสังคมที่เกิดขึ้น** ทั้งที่อาจเกิดจากธรรมชาติหรือคนเป็นผู้ก่อขึ้น รวมถึงภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจก็อาจเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนและลบต่อโครงการ

ทรัพยากรที่สามารถระดมได้ในชุมชนอย่างน้อยที่สุดก็คือ ทรัพยากรบุคคล ทั้งในด้านการจัดบริการ และการบริหารจัดการ เช่น การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดบริการ การใช้หมอดำแยในการให้ดูแล การคลอด การบริหารกองทุน และการร่วมจ่ายค่าบริการหรือการจ่ายล่วงหน้า สำหรับทรัพยากรจากภายนอกนั้นได้จากทั้งองค์กรรัฐ เช่นรัฐบาลท้องถิ่น เทศบาล และองค์กรเอกชนที่ร่วมริเริ่มโครงการ ตลอดจนบริษัทเอกชนและสถาบันวิชาการ เช่นการจัดงบประมาณสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนด้านการพัฒนาองค์กรและพัฒนาบุคลากร การสร้างเครือข่ายให้กับชุมชนกับหน่วยงานพัฒนาอื่นๆที่สามารถให้การสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากรและเทคนิค การพัฒนาโครงการเพื่อการอยู่รอดเช่น สหกรณ์หรือโครงการที่จะสร้างรายได้ให้กับชุมชน เป็นต้น นอกจากนั้นองค์กรรัฐและเอกชนยังมีบทบาทในการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการ

สำหรับทรัพยากรที่เป็นตัวเงินของโครงการนั้นแบ่งเป็นทุนประเดิม สามารถได้มาใน 4 รูปแบบ คือ จากการเสียค่าธรรมเนียม/ค่าสมาชิก การขอรับบริจาคหรือความช่วยเหลือจากที่อื่น การผสมผสานของทั้งสองรูปแบบข้างต้น และรูปแบบสุดท้ายคือจากแหล่งเงินช่วยเหลือภายนอก ส่วนรูปแบบของการสะสมทุนของโครงการนั้นก็สามารถจำแนกได้เป็นในสี่ลักษณะเช่นกัน คือ

- การสะสมทุนจากสมาชิกและทุนเดิมขององค์กร (Organization type) เช่น ค่าสมาชิกรายปี/เดือน ค่าเบี้ยประกัน เงินออมสมาชิก ค่าปรับ ค่าหุ้น ดอกเบี้ย เป็นต้น
- การสะสมทุนจากกิจกรรมด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดรายได้ (health-related income-generating projects) เช่น ค่ายา ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าชันสูตร ค่าตรวจรังสี เป็นต้น
- กิจกรรมหารายได้ที่ไม่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ (Non-health-related income-generating projects) ในลักษณะของกลุ่มสหกรณ์ ร้านค้า หรืออุตสาหกรรมในครัวเรือนและชุมชน
- รูปแบบสุดท้ายคือกิจกรรมด้านการขอรับบริจาค (Solicitation/ donation)

สำหรับโครงการที่มีกิจกรรมหารายได้ที่ไม่เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพด้วยนั้น จะช่วยทำให้สภาพความเป็นอยู่โดยรวมของสมาชิกในชุมชนดีขึ้น และยังช่วยเสริมความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนและลักษณะผู้นำในด้านเจตคติ องค์กรและการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการระดมทรัพยากรของประเทศฟิลิปปินส์

	ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ	ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความล้มเหลว
ลักษณะของบุคลากรและกลุ่มสมาชิก	• ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการและผู้ประสานงาน • ความยอมรับและเครดิตของสมาชิกขององค์กร • ความซื่อตรงของประชาชนต่อกองทุน • ความจริงใจและความซื่อสัตย์ต่องานที่ทำ • การให้คำมั่น การมีส่วนร่วม ความร่วมแรงร่วมใจและความยินดีที่จะช่วยกันดำเนินงานของสมาชิกและผู้รับผิดชอบ	• การขาดความซื่อตรงของผู้รับผิดชอบและสมาชิก • ขาดการเข้าร่วมของสมาชิก • ขาดความรู้และทักษะในการดำเนินงาน • การขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ	• การมีแรงจูงใจและภาวะผู้นำสูง • การบริหารจัดการที่เข้มแข็ง • การกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชน • กรรมการมีความรู้ในบทบาทหน้าที่และการดำเนินงาน	• มีการเปลี่ยนผู้นำบ่อย • การขาดความสนใจ เอาใจใส่ของกรรมการ • มีการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของบุคลากร
การประสานงานและการสนับสนุน	• รัฐมีนโยบายสนับสนุนเต็มที่ • การประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรชุมชนและหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง • การสนับสนุนที่ดีจากหน่วยงานของรัฐในท้องถิ่น • มีองค์กรในการสนับสนุน	• ขาดการประสานงานและต่างคนต่างทำ • การขาดความจริงใจต่อกัน • ทีมงานไม่เข้มแข็งและไม่มีเครือข่ายที่ดี
ตัวโครงการ	• มีการวางแผนที่ดี • มีการดำเนินงานเต็มรูปแบบของโครงการ • มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน • มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง • สมาชิกมีรายได้สม่ำเสมอ • ชุมชนมีความเชื่อมั่นต่อบริการที่จัด • มีการขยายครอบคลุมบริการฉุกเฉิน • มีการเก็บเงินสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน • มีความเพียงพอของทรัพยากรท้องถิ่น	• การขาดความสามารถในด้านการเงิน • การขาดความสามารถในการจ่ายเงินกู้ยืม • ขาดระบบบัญชีและการลงรายงานที่ดี

ประเด็นที่น่าสนใจคือการคลังชุมชนสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองหรือไม่ หากไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งจากประสบการณ์ของประเทศฟิลิปปินส์พบว่าชุมชนสามารถบริหารจัดการได้โดยไม่จำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้านการเงินจากภายนอกอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ ขึ้นกับความตั้งใจ แน่วแน่ (Commitment) และเจตคติขององค์กรและผู้นำเป็นสำคัญ ขณะเดียวกันการไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากภายนอกทำให้โครงการอาจต้องมีการจำกัดสิทธิประโยชน์และต้องมีกิจกรรมในการระดมทุนมากขึ้น

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการระดมทรัพยากรและการบำรุงรักษานั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการด้วยกัน ดังสรุปในตารางที่ 4 ตั้งแต่ลักษณะของบุคคลในชุมชนรวมถึงค่านิยมของ

บุคลากรและสมาชิกในชุมชน ภาวะผู้นำและรูปแบบการบริหารจัดการ การประสานงานและการสนับสนุนระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการของโครงการและการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

3.6.2 การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการและการตัดสินใจมีด้วยกันสามรูปแบบ คือ การตัดสินใจโดยคำนึงถึงชุมชนเป็นหลัก (*Community oriented*) การตัดสินใจโดยพื้นฐานของชุมชน (*Community based*) คือชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง (*Community managed*) เมื่อผู้ประสานการจัดการหรือผู้ริเริ่มพร้อมที่จะถอนตัวออกไป จุดหลักคือการให้กองทุนและการตัดสินใจไปอยู่ในมือของชุมชน ทั้งนี้ จะเป็นในรูปแบบใดนั้นคงขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ทั้งในตัวชุมชนเองว่ามีความพร้อมเพียงใด และองค์กรภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้อง รวมไปถึงนโยบายด้านการเมืองในการกระจายอำนาจ รูปแบบโครงสร้างองค์กร และการบริหารจัดการจึงมีได้ในสามลักษณะคือ หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการจัดบริการอยู่แล้วเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ คณะกรรมการบริหารโครงการของชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานโดยมีองค์กรรัฐ/เอกชนเป็นที่ปรึกษา หรือองค์กรชุมชนร่วมดำเนินการกับหน่วยงานของรัฐ/เอกชน/สถาบันวิชาการ ทั้งนี้ ไม่ว่าองค์กรในการบริหารจัดการจะเป็นรูปแบบใดก็ต้องมีตัวแทนของชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย

ซึ่งในการดำเนินงานจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับชุมชนและเพิ่มการตระหนักในความสำคัญของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข หากจะให้การดำเนินงานมีความมั่นคงและมีประสิทธิผลนั้น ชุมชนจะต้องเป็นเจ้าของและรับผิดชอบการดำเนินงานเอง เนื่องจากจะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกว่าเป็นโครงการดังกล่าวเป็นของเขาเองและเพื่อพวกเขา

การมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้มั่นใจได้ว่าโครงการจะประสบความสำเร็จ มีความมั่นคง และเป็นไปได้ ประชาชนต้องมีความมั่นใจว่าโครงการนี้เป็นเพื่อพวกเขาเองและพวกเขาเป็นเจ้าของ กระบวนการในการจัดการควรต้องปรับให้เข้ากับสภาพของชุมชน และจำเป็นต้องทราบถึงค่านิยมและวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรและวัฒนธรรมท้องถิ่นจะทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง ขณะเดียวกันต้องทราบถึงความจำเป็นด้านสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพของชุมชนในการวางแผนและการออกแบบโครงการ ซึ่งควรเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างชุมชนและองค์กรที่สนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือองค์กรเอกชน โดยการประชุมพูดคุยหารือกันโดยมีองค์กรรัฐ/เอกชนเป็นผู้อำนวยความสะดวก ตัวอย่างของบทบาทของชุมชนและขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันวางแผน แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงตัวอย่างของบทบาทชุมชนและโครงการ Medical Ambassadors-Philippines (MAP) ในการร่วมกันจัดทำโครงการเพื่อสุขภาพในหมู่บ้าน, Busdi, Bukidnon.

กิจกรรม	ปัจจัยนำเข้า	
	ชุมชน	MAP
องค์กรในการบริหารโครงการ	เลือกผู้บริหารและสมาชิก	ให้รายละเอียดของหน้าที่ของกรรมการ
การทำความเข้าใจและอบรมกรรมการชุมชน	เสนอแนะนโยบาย	ฝึกอบรม
การคัดเลือก health workers และฝึกอบรม	คัดเลือกคนที่จะเข้ารับการฝึกอบรม	ออกแบบและทำการฝึกอบรม
การจัดตั้งคลินิก	ระบุสถานที่ที่จะทำการก่อสร้าง และกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์และค่ายา	สนับสนุน เงินทุนประเดิม และบริการทางการแพทย์

ในการบริหารจัดการจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมอย่างน้อย 5 ด้านด้วยกันคือ การบริหารองค์กร การบริหารโครงการ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง การปรับแนวคิดและค่านิยมขององค์กร และการฝึกอบรมทางวิชาการในด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ ทั้งนี้การฝึกอบรมนั้นส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชนที่ร่วมเริ่มดำเนินการ

ระบบในการติดตามประเมินผลก็มีความสำคัญ สมาชิกมีสิทธิที่จะได้รับข่าวสารที่สำคัญทั้งด้านการเงินและอื่นๆ อาจในรูปแบบของจดหมายข่าว การประชุม หรืออื่นๆ ปกติจะมีการติดตามประเมินผลในเรื่อง การให้บริการและสิทธิประโยชน์ สถานะของสมาชิก สถานะด้านการเงิน สถานะขององค์กรและการบริหารจัดการ

สำหรับปัญหาด้านการบริหารจัดการที่พบในฟิลิปปินส์นั้น ในระยะแรกของการดำเนินงานปัญหาหลักคือเจตคติของสมาชิกและองค์กรอื่นต่อการระดมทุนและการบริหารจัดการ โดยเฉพาะหากประชาชนคุ้นเคยกับการได้รับการฟรีมาก่อนก็อาจมีปฏิริยามาก แต่ทั้งนี้ก็สามารถแก้ไขได้ด้วยการทำความเข้าใจที่ต่อเนื่อง และทำการตลาดเชิงสังคม สำหรับปัญหาที่จะประสบในช่วงของการดำเนินงานคือ ปัญหาเกี่ยวกับผู้นำ และการบริหารจัดการด้านการเงิน โดยเฉพาะปัญหาการจัดการด้านการเก็บรวบรวมเงินและการหลีกเลี่ยงการจ่ายของสมาชิก ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการ สร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรและชุมชน การปรับแนวคิดและค่านิยม และการพัฒนาระบบการสนับสนุนให้เข้มแข็งขึ้น โดยการฝึกอบรมเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นมาตรการสำคัญ

3.6.3 การใช้ประโยชน์

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับบริการจากระบบปกติที่เมื่อก่อนอาจไม่ได้รับหรือสร้างระบบบริการใหม่ขึ้นในชุมชน โครงการเหล่านี้เน้นให้เห็นถึงการไม่ได้รับตอบสนองเท่าที่

ควรของระบบปกติต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนกลุ่มหนึ่ง สำหรับประโยชน์ที่จัดให้ของการคลังระดับชุมชนในประเทศฟิลิปปินส์นั้น มีด้วยกันสามรูปแบบหลักคือ

- การจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็นในชุมชน เน้นบริการด้านการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ทั้งนี้โดยมีการสร้างโครงสร้างพื้นฐานการจัดบริการตลอดจนบุคลากรไว้ในชุมชนเอง
- เน้นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยอาศัยฐานการจัดบริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก
- ให้บริการที่กว้างขวางกว่าบริการด้านสุขภาพ กล่าวคือนอกจากจะให้บริการด้านสาธารณสุขแล้วยังมีการสนับสนุนด้านการเงินแก่ปัญหาสุขภาพและครัวเรือน ในรูปแบบของการให้ทุน การช่วยเหลือ หรือการให้เงินกู้ยืม มีกิจกรรมในการเพิ่มรายได้ และโครงการพัฒนาชุมชนร่วมด้วย

นอกเหนือจากประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับที่เป็นตัวเงินแล้ว ทั้งสมาชิกชุมชนและผู้ให้บริการยังได้รับประโยชน์ทางจิตใจ เช่น สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน การรู้สึกมีเกียรติ ประชาชนสามารถคิดและทำเองได้ เป็นการเพิ่มศักยภาพของตนเองและชุมชนอันจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่น ๆ ต่อไป

3.7 สัมฤทธิ์ผลการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ

หากพิจารณาถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้น จะเห็นว่าความคาดหวังถึงผลที่จะได้คือ การมีทรัพยากรสำหรับการจัดบริการที่เพิ่มขึ้นและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ซึ่งจะนำมาสู่วัตถุประสงค์ที่จะทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการดีขึ้น ราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ ขณะเดียวกันประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของประชาชนและด้านสาธารณสุขจะดีขึ้น ทั้งนี้ก็จะนำไปสู่เป้าหมายคือการใช้บริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และลดการป่วยและการตายของประชาชน อย่างไรก็ตามก็มีเอกสารวิชาการน้อยมากที่ประเมินสัมฤทธิ์ผลของการคลังชุมชนสำหรับบริการสุขภาพในแง่ของเป้าประสงค์หลักเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.7.1 การเพิ่มขึ้นของทรัพยากรสำหรับบริการสุขภาพ (Availability of resources) จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆพบว่า การคลังระดับชุมชนสามารถเพิ่มทรัพยากรให้กับบริการสุขภาพได้ และจากประสบการณ์ของฟิลิปปินส์ก็สรุปได้ว่าถึงแม้ในกลุ่มประชาชนที่จนที่สุดก็ยังสามารถในการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อมาจัดบริการด้านสุขภาพได้ รูปแบบที่พบบ่อยคือ แรงงานชาวบ้านและชุมชน และการจ่ายค่าบริการ เงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งสำหรับการคลังระดับชุมชนที่จะทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้นสำหรับการจัดบริการคือ ทรัพยากรที่ระดมได้นั้นต้องมีการจัดเก็บและใช้เพื่อการจัดบริการสำหรับชุมชนนั้น

- 3.7.2 *ความสามารถในการจ่าย (Affordability)* จากการศึกษาของ Parker และ Knippenberg (1991) พบว่า ราคาค่าบริการนั้นจะเพิ่มสูงขึ้นในสถานพยาบาลระดับสูงสืบเนื่องจากบริการที่ซับซ้อนขึ้น ขณะเดียวกันพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะถูกกำหนดหลักโดยระดับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนโดยเฉพาะในขณะที่ยเจ็บป่วย(มากกว่าความสามารถในการจ่ายหรือรายได้เฉลี่ยโดยรวม) และเมื่อเปรียบเทียบราคาของบริการในโครงการพบว่าต่ำกว่ารายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพมาก ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าราคาที่กำหนดนั้นประชาชนสามารถจ่ายได้และจะทำให้สามารถประหยัดรายจ่ายได้หากใช้บริการส่วนใหญ่ที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในชุมชน McPake et al (1993) ได้ประเมินการคลังระดับชุมชนของประเทศอัฟริกาภายใต้โครงการ Bamako Initiatives จำนวน 5 ประเทศ พบในลักษณะเดียวกันและสรุปได้ว่า ปัญหาด้านความสามารถในการจ่ายมักเกิดขึ้นที่สถานพยาบาลระดับสูงซึ่งโดยภาพรวมแล้วประชาชนมีความสามารถในการจ่ายสำหรับบริการต่างๆใน Bamako initiative.
- 3.7.3 *การเข้าถึงบริการ (Accessibility to services)* การเข้าถึงบริการของประชาชนจะดีขึ้นอันเนื่องมาจาก ราคาของบริการที่ต่ำกว่าราคาในท้องตลาด โดยเฉพาะรูปแบบการจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็นภายในชุมชน (Primary health care within community) ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนจะได้รับบริการที่ก่อนหน้านี้อาจไม่ได้มีบริการเหล่านั้นมาก่อน เช่นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลพื้นฐาน รวมทั้งมีการอบรมอาสาสมัครต่างๆ อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญของเรื่องการเข้าถึงบริการคือ *การที่จะต้องมีการระดมทุนในการยกเว้นหรือช่วยเหลือกลุ่มประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายได้ที่มีประสิทธิภาพ* ซึ่งในแทบทุกประเทศมักประสบกับปัญหาการปกป้องคนที่ไม่สามารถจ่ายได้ กระบวนการในการปกป้องคนที่ไม่สามารถจ่ายได้ของการคลังชุมชนเมื่อเทียบกับระบบการคลังประเทศ พบว่าประสิทธิภาพของกระบวนการชุมชนในการคลังระดับชุมชนจะดีกว่าเนื่องจากชุมชนจะรู้จักกันดีและมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน
- 3.7.4 *คุณภาพและความเหมาะสมของบริการ (Quality and appropriateness of Care)* คุณภาพในการรับรู้ของประชาชนนับว่ามีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยกำหนดความยินดีจ่ายของประชาชนและการใช้บริการ ซึ่งคุณภาพในการรับรู้และสัมผัสได้ของประชาชนในชุมชนมักเป็นในด้านโครงสร้างและความเพียงพอของทรัพยากรและเครื่องมือ ซึ่งในภาพรวมของโครงการต่างๆใน Bamako initiative พบว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ข้อนี้ อย่างไรก็ตามคุณภาพในการรับรู้ของประชาชนอาจขัดแย้งกับคุณภาพด้านการแพทย์ซึ่งยังไม่มีหลักฐานชัดเจนว่าดีขึ้นแต่ก็สนับสนุนว่าอาจดีขึ้น ขณะเดียวกันวิธีการจ่ายเงินอาจทำให้มีผลข้างเคียงเช่นหากรายได้หลักมาจากการจ่ายยาอาจมีการจ่ายยาที่มากเกินไปจนจำเป็นได้ ซึ่งก็สามารถพบได้ในบางโครงการ (McPake et al., 1993)

- 3.7.5 *ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (Resource-efficiency)* สิ่งที่ต้องพิจารณาในประเด็นนี้คือ รายได้สุทธิของโครงการ ความน่าเชื่อถือของแหล่งเงิน ความมั่นคงของรายได้และความยืดหยุ่นของการใช้เงิน ซึ่งความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นนั้นก็จะถูกกำหนดโดย วิธีที่ใช้ในการระดมทรัพยากร ลักษณะของทรัพยากรที่สามารถระดมได้ และถูกใช้ไปเพื่ออะไร และระดับการสนับสนุนของรัฐบาลและวัฒนธรรมและเจตคติของชุมชนเอง จากการทบทวนโครงการต่างๆพบว่าความสามารถของการคืนทุน (Cost recovery) ของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน (Non-salary operating cost) นั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี กล่าวคือตั้งแต่ 50-60% ไปจนถึงมากกว่า 100%
- 3.7.6 *ความยั่งยืนของโครงการ (Sustainability)* ปัจจัยสำคัญของอยู่ที่ตัวชุมชนและการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกทั้งของรัฐและเอกชน การสนับสนุนจากภายนอกชุมชนที่สำคัญมีอย่างน้อยสามประการ คือ การส่งเสริมและนโยบายด้านการเมืองที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน การช่วยเหลือในด้านเทคนิคและการบริหารจัดการ และการสนับสนุนทรัพยากรเสริมในกรณีที่มีการขาดแคลนชั่วคราวหรือในกิจกรรมที่การคลังระดับชุมชนมิได้สนับสนุน เช่นการติดตามประเมินผลหรือการพัฒนาระบบ เป็นต้น
- 3.7.7 *ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Health impacts)* ยังไม่มีข้อมูลแหล่งใดสามารถบ่งชี้ผลกระทบของรูปแบบระบบการคลังสาธารณสุขประเภทต่างๆว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างไร

3.8 เปรียบเทียบการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพกับรูปแบบการคลังอื่น

3.8.1 การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพและการจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคล

(Community Cost Sharing VS User fee)

ดังได้กล่าวไปแล้วในตอน 3.5 ว่าการจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคล เป็นรูปแบบหนึ่งของการคลังระดับชุมชน แต่การจัดเก็บค่าบริการส่วนบุคคลเพียงลำพังไม่ใช่การคลังระดับชุมชน ทั้งนี้หากไม่มีองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคลังระดับชุมชน Parker และ Knippenberg (1991) ได้ทบทวนโครงการที่ให้ประชาชนร่วมจ่ายทั้งในลักษณะของการกำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายจากส่วนกลาง (Centralized User Fee) จำนวน 8 โครงการ และการร่วมจ่ายภายใต้โครงการการคลังระดับชุมชน จำนวน 7 โครงการ ของประเทศในแอฟริกาจำนวน 12 ประเทศ ในประเด็นต่างๆ คือ การมีทรัพยากรเพิ่มขึ้น การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ การแข่งขัน และการใช้บริการพบว่าเมื่อเทียบกับการเก็บค่าบริการโดยที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมนั้น การคลังชุมชนเพื่อบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพดีกว่าในเกือบทุกด้าน กล่าวคือสามารถทำให้มีทรัพยากรเพิ่มขึ้นสำหรับการจัดบริการและบริหารจัดการในท้องถิ่น เพิ่มการเข้าถึงบริการ

และคุณภาพบริการในความรู้ของประชาชน ตลอดจนเพิ่มการใช้บริการของประชาชนในบริการที่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการใช้บริการคือประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและราคาเมื่อเทียบกับบริการแหล่งอื่นๆ

ตารางที่ 6 ประสิทธิภาพของรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่วนบุคคล และการคลังระดับชุมชนในทวีปแอฟริกา

ประเด็นการเปรียบเทียบ	การจ่ายค่าบริการส่วนบุคคล (โครงการที่ดีขึ้น/โครงการทั้งหมด)	การคลังระดับชุมชน (โครงการที่ดีขึ้น/โครงการทั้งหมด)
การมีทรัพยากรที่จำเป็นเพิ่มขึ้น	2/8	6/7
เพิ่มการเข้าถึงบริการ	2/8	4/7
คุณภาพบริการในการรับรู้ของชาวบ้านดีขึ้น	2/8	3/8
การบริหารทรัพยากรในท้องถิ่น	4/8	6/7
การแข่งขันกับบริการของผู้ให้บริการอื่นๆ	1/8	5/7
การเพิ่มของการใช้บริการ	2/8	6/7

3.8.2 การคลังระดับชุมชน และ การคลังระดับประเทศ

(Community Financing VS National Financing)

เมื่อเปรียบเทียบการคลังระดับชุมชนกับแหล่งเงินอื่นเช่น การคลังระดับประเทศหรือเงินกู้จากต่างประเทศ ในแง่มุมต่างๆ เช่น ความสามารถในการให้ความครอบคลุมบริการอย่างทั่วหน้า (universal coverage of health care) ประเภทของต้นทุนที่สนับสนุน กิจกรรมที่สนับสนุน ทรัพยากรที่ได้รับ ความมั่นคงยั่งยืน การกระจาย ประเภทของบริการที่ครอบคลุม การเข้าถึงบริการ ผลกระทบด้านอื่นๆ ข้อดีข้อเสีย และการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่าการคลังระดับชุมชนนั้นมีข้อจำกัดกว่าการคลังระดับประเทศหรือแม้แต่เงินกู้ต่างประเทศ ในหลายด้าน กล่าวคือ การคลังระดับชุมชนนั้นไม่สามารถสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนได้ เนื่องจากเป็นลักษณะของการสมัครใจและขึ้นกับความพร้อมของชุมชนส่วนหนึ่ง ประเภทของกิจกรรมที่การคลังชุมชนจะสนับสนุนส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่เป็นความต้องการของคนในระดับชุมชนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความเห็นของนักวิชาการ นอกจากนั้นส่วนใหญ่ก็จะสนับสนุนเฉพาะบริการโดยตรงมากกว่ากิจกรรมด้านการพัฒนาหรือสนับสนุน เช่น การพัฒนาระบบ การนิเทศติดตาม การศึกษาวิจัย ฯลฯ เป็นต้น ข้อจำกัดที่มากที่สุดของการคลังระดับชุมชนคือการขาดความแน่นอนและไม่สามารถกระจายความเป็นธรรมระหว่างชุมชนต่างๆได้ ทั้งนี้เนื่องจากการระดมทุนภายในของแต่ละชุมชนเอง ดังนั้นระหว่างชุมชนที่มีความสามารถในการจ่ายต่างกันหากไม่มีกลไกในการกระจายทรัพยากรระหว่างชุมชนแล้วก็จะทำให้มีความแตกต่างระหว่างชุมชน ข้อจำกัดอีกประการคือการระดมทรัพยากรไม่สามารถยั่งยืนได้ใน ลักษณะของอาสาสมัคร ในขณะที่เดียวกันทรัพยากรที่ได้จากการตอบแทนด้วยสิ่งของก็อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพ การคลังระดับชุมชนเองมีแนวโน้มที่จะสนองตอบต่อสถานพยาบาลหรือบริการที่เป็นความต้องการของชุมชนมากกว่าที่จะตอบ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบการคลังระดับชุมชนและการคลังประเภทอื่นสำหรับบริการด้านสุขภาพ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	การคลังระดับชุมชน	การคลังระดับประเทศหรือต่างประเทศ
ความสามารถในการให้ความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วหน้า	ไม่มีความเป็นไปได้หากยึดถือเป็นระบบการคลังหลักแต่สามารถเสริมการคลังระดับประเทศในเขตชนบทที่ระบบการคลังของประเทศไม่สามารถเข้าไปดำเนินการได้	การคลังระดับประเทศมีความสามารถที่จะให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนทุกคนได้ ส่วนการคลังจากต่างประเทศนั้นไม่ตอบสนองวัตถุประสงค์นี้
ประเภทของต้นทุนที่สนับสนุน	จ่ายเป็นค่าตอบแทนผู้ให้บริการ การจัดหาวัสดุสำหรับก่อสร้างและการก่อสร้าง	สนับสนุนได้กว้างขวางกว่าและแตกต่างกันตามโครงการต่างๆ
ประเภทของกิจกรรมที่สนับสนุน	ส่วนใหญ่เป็นบริการด้านพื้นฐานและกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในชุมชนเอง	กิจกรรมโดยรวมด้านการพัฒนาและการบริหารจัดการ
ทรัพยากรที่ได้รับ	เงินสกุลท้องถิ่น แรงงาน ผลผลิต สิ่งของ	เงินตราต่างประเทศ เงินสกุลท้องถิ่น วัสดุที่ซื้อขายได้
ความยั่งยืน มั่นคง	ค่อนข้างมีปัญหาด้านความยั่งยืนของโครงการ	ค่อนข้างมีความแน่นอนและมั่นคงกว่า
ผลกระทบด้านความเป็นธรรมในการกระจาย	เป็นการกระจายทรัพยากรเฉพาะภายในชุมชน	โดยทั่วไปสามารถกระจายทรัพยากรได้ดีกว่า
ความครอบคลุมกิจกรรม	ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่เป็นความต้องการของชุมชนเอง	สามารถสนับสนุนกิจกรรมได้ครอบคลุมทั้งหมดของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน
การเข้าถึงบริการ	สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เดิมไม่มีบริการแต่ก็มีประสิทธิภาพไม่กว้างขวางเทียบเท่ากับบริการของรัฐ	ควรจะทำให้การเข้าถึงบริการดีขึ้น
ผลกระทบด้านอื่นๆ	อาจทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น และสามารถจัดการกับประเด็นการพัฒนาด้านอื่นๆ อาจทำให้ประชาชนมีความรู้สึกด้านลบกับรัฐบาลหากในบางพื้นที่ได้รับบริการฟรี	อาจเพิ่มการสนับสนุนด้านการเมืองหรือคะแนนเสียงให้กับรัฐบาล
ข้อดี	อาจดึงเงินที่เคยไหลไปบริการภาคเอกชนให้กลับมาয়บริการพื้นฐานในชุมชน เป็นการใช้ประโยชน์ทรัพยากรที่มีอยู่เหลือเฟือในชุมชน (แรงงาน/ สิ่งตอบแทนอื่นๆ) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน	ง่ายในการเริ่มต้นดำเนินการ, ช่วยลดความแตกต่างระหว่างภูมิภาค, สนับสนุนกิจกรรมด้านบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้ครอบคลุมทั้งหมด
ข้อด้อย	ยังคงไว้ซึ่งความไม่เท่าเทียมระหว่างภูมิภาค, เงินที่ได้ไม่เพียงพอที่จะชดเชยต้นทุนทั้งหมดได้, และค่อนข้างยากในการริเริ่มและบริหารจัดการ	มักจะไม่มีงบประมาณสำหรับกิจกรรมใหม่ๆที่จะดำเนินการ
ความเหมาะสมในการนำไปใช้	มีประโยชน์ในการสนับสนุนต้นทุนบางส่วนของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานหากองค์กรชุมชนมีความเข้มแข็งและหากความสัมพันธ์กับภาครัฐดี	เหมาะสำหรับการพัฒนาระบบและการบริหารจัดการโดยรวม สนับสนุนบริการที่เป็นของสาธารณะ ช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันด้านเศรษฐกิจศาสตร์

สนองต่อเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพตามความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากภายนอกค่อนข้างมากในการเคลื่อนย้ายหรือคงระดับความพยายามของชุมชนไว้ สำหรับข้อเด่นคือสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ที่การสนับสนุนของรัฐเข้าไปไม่ถึง นอกจากนั้นผลลัพธ์ที่ได้ที่มากกว่าด้านสาธารณสุขคือการทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้ และจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆต่อไป ดังนั้นการคลังระดับชุมชนจึงกล่าวได้ว่าสามารถเป็นบท

บาทเสริมของระบบการคลังสาธารณสุขมากกว่าที่จะเป็นการคลังหลักสำหรับบริการด้านสุขภาพ และหากยึดเป้าประสงค์หลักของการคลังระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อรองรับการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดนี้จะสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ได้ค่อนข้างดี

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ : บทสรุปและบทเรียนสำหรับประเทศไทย

4

4.1 บทเรียนจากประสบการณ์ต่างประเทศ

การคลังระดับชุมชนดำรงอยู่ในแต่ละชุมชนมาช้านานแล้วเพียงแต่อาจไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบและเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง และเกิดได้มากน้อยแตกต่างกันในแต่ละชุมชนขึ้นกับปัจจัยของแต่ละชุมชน บทเรียนจากประเทศต่างๆสรุปได้ว่าทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้นสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับบริการสุขภาพได้หากได้มีการบริหารจัดการที่เหมาะสมในชุมชนแม้แต่ในชุมชนที่ยากจนที่สุดก็ตาม “ในกองขยะยังมีเงินอยู่หากมีความคิดสร้างสรรค์และสามารถบริหารจัดการ” องค์ประกอบสำคัญของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้น ต้องประกอบด้วย การระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อการจัดบริการให้กับประชาชนภายในชุมชนนั้นๆและต้องมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรและบริการนั้นๆด้วย ทั้งนี้ปรัชญาสำคัญคือ การพึ่งพาตนเองของชุมชน บริบทและแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดการระดมทุนในชุมชนมีมาจากทั้งปัจจัยภายในและนอกประเทศ ปัจจัยผลักดันจากนอกประเทศที่สำคัญคือนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000 ด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน นโยบายการช่วยเหลือขององค์กรต่างประเทศ ภาวะเศรษฐกิจโลก ตลอดจนประสบการณ์และการเรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จในเรื่องการคลังชุมชน สำหรับปัจจัยภายในประเทศที่สำคัญคือ การขาดทรัพยากรของรัฐบาลในการที่จะสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนแบบถ้วนหน้า ประเทศที่นำแนวคิดนี้มาใช้ส่วนใหญ่เป็นประเทศยากจนวัตถุดิบประสงค์หลักจึงเป็นไปเพื่อการระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้นให้กับระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและเพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนมากขึ้นจึงต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้วย โดยมีเป้าหมายคือเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อการจัดบริการให้กับประชาชนในชุมชน เพิ่มคุณภาพบริการ และให้บริการมีราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ เพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทั้งของครัวเรือนและระบบ โดยหวังว่าการใช้บริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นนั้นจะลดอัตราการป่วยและตายลงและทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มิติของการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นเพียงองค์ประกอบมิใช่เป้าหมายหลักของประเทศส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ² อาจมีเพียงของประเทศฟิลิปปินส์ที่ค่อนข้างเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและฐานของชุมชนค่อนข้างเข้มแข็ง

² อาจด้วยข้อจำกัดของเอกสารที่เป็นเอกสารทุติยภูมิ มุ่งประเมินสัมฤทธิ์ผลด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นสำคัญและขาดข้อมูลด้านการประเมินกระบวนการและการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อการจัดบริการสุขภาพนั้นมีด้วยกันได้หลายรูปแบบ รูปแบบที่มีความสม่ำเสมอสำหรับบริการสุขภาพ คือการที่ประชาชนต้องมีการจ่ายสำหรับค่าบริการที่จะเกิดขึ้น ทั้งในลักษณะของการจ่ายขณะใช้บริการและการจ่ายล่วงหน้า การจ่ายค่าบริการ ณ เวลาที่ใช้บริการจะไม่มีผลกระทบความเสี่ยงและจำกัดสำหรับบริการบางประเภทเท่านั้น เนื่องจากอุปสงค์ของประชาชนต่อบริการแต่ละประเภทจะมีความยืดหยุ่นต่างกัน ดังนั้นในบริการที่ถึงแม้จะให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าแต่จะเกิดผลในอนาคตเช่นบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือบริการที่ประโยชน์ต่อสังคมมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว อุปสงค์ของประชาชนอาจไม่มีหรือน้อยกว่าที่สังคมต้องการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุนของรัฐหรือชุมชนด้วยการลดราคาลงเพื่อกระตุ้นอุปสงค์ และให้การช่วยเหลือกลุ่มที่มีอำนาจในการจ่ายน้อยหรือไม่มีอำนาจจ่ายเนื่องจากอุปสงค์ต่อบริการของกลุ่มนี้จะมีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงราคาสูงกว่ากลุ่มที่มีอำนาจซื้อสูง รูปแบบการจ่ายล่วงหน้าอาจสามารถสนับสนุนบริการได้กว้างกว่า แต่ก็จะประสบกับปัญหาสองประการหลักคือ การเอนเอียงของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาเป็นสมาชิกจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในกรณีที่กำหนดอัตราการจ่ายเป็นแบบอัตราชุมชน และหากกำหนดเบี้ยประกันตามอัตราความเสี่ยงก็จะทำให้คนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากไม่สามารถเข้ามาเป็นสมาชิกได้ (Adverse Selection) ปัญหาประการที่สองคือ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการจะขาดจริยธรรมในการใช้หรือให้บริการ อาจมีการใช้/ให้บริการที่มากเกินไปเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายไปอยู่ที่กองทุนแล้วตนเองไม่ต้องรับผิดชอบ ตลอดจนอาจมีพฤติกรรมที่เสี่ยงมากขึ้น (Moral Hazard) นอกจากนี้การที่จะใช้รูปแบบการจ่ายล่วงหน้าหรือระบบประกันจะเกิดขึ้นได้ต้องให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมด้านการจ่ายค่าบริการเสียก่อน หากประชาชนคุ้นเคยแต่การได้รับบริการฟรีการที่จะเริ่มระบบการจ่ายล่วงหน้าหรือประกันคงเกิดได้ยาก สำหรับรูปแบบการระดมทุนแบบอื่นนั้นอาจมีข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์ เช่นแรงงานหรือสิ่งของ และอาจมีความจำเป็นต้องแปลงเป็นตัวเงินก่อน อย่างไรก็ตามการระดมทุนด้วยกิจกรรมด้านการหารายได้ของชุมชนนอกจากจะสามารถนำมาใช้ในการจัดการบริการด้านสุขภาพแล้วยังสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ด้านสังคมและรายได้ของสมาชิกในชุมชนด้วย โครงการระดมทุนเพื่อบริการสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ไม่ได้จำกัดเฉพาะบริการด้านสุขภาพเท่านั้นแต่ยังตอบสนองต่อด้านอื่นด้วย เช่นการพัฒนาชุมชนและการสร้างรายได้ให้กับครัวเรือนในชุมชน ซึ่งหากมองในด้านความต้องการของชุมชนแล้วลักษณะโครงการแบบนี้อาจได้รับการยอมรับและมีความยั่งยืนมากกว่าโครงการที่จำกัดเฉพาะเรื่องสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนโดยรวม

วิวัฒนาการและการเกิดขึ้นของโครงการอาจเกิดในสามลักษณะคือเกิดจากการริเริ่มและผลักดันของหน่วยงาน รัฐ องค์กรเอกชน หรือตัวชุมชนเอง ส่วนใหญ่โครงการที่ทำการศึกษาก่อเกิดจากแรงผลักดันขององค์กรภายนอกชุมชน อย่างไรก็ตามว่าการริเริ่มจะเกิดขึ้นจากฝ่ายใดสิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์คือการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งจะต้องมีมากกว่าการร่วมจ่ายเงิน บทบาทของทรัพยากรบุคคลของชุมชนมีสองประการคือ

การให้บริการ และการบริหารจัดการ ซึ่งในบทบาทส่วนร่วมของชุมชนก็ยังมีระดับที่ต่างกัน ตั้งแต่ร่วมให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ ร่วมกำหนดนโยบายและแผน จนถึงกำหนดนโยบายโดยชุมชน ในด้านการบริหารจัดการก็อาจร่วมเป็นผู้ให้บริการ ร่วมเป็นกรรมการบริหาร จนถึงบริหารจัดการเองโดยชุมชนเอง ซึ่งการที่จะมีบทบาทร่วมมากน้อยเท่าใดขึ้นกับ นโยบายของรัฐในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน การกระจายอำนาจ ลักษณะของชุมชน องค์การภายนอกที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดสิ่งสำคัญที่จะทำให้โครงการอยู่รอดและมีความมั่นคงคือต้องทำให้ชุมชนตระหนักว่าโครงการนั้นๆเพื่อพวกเขาและพวกเขาเป็นเจ้าของ โครงการสามารถดำเนินอยู่ได้ลำพังหากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากภายนอกแต่ก็จะต้องมีกิจกรรมในการระดมทุนเพิ่มขึ้น นั้นหมายความว่าหากจะให้โครงการพึ่งตนเองได้นั้นควรต้องมีกิจกรรมที่ครอบคลุมไปในด้านอื่น ๆ ด้วยมิใช่เฉพาะด้านสุขภาพเช่นกิจกรรมในการสร้างรายได้ให้กับกองทุน ชุมชน และการพัฒนา

การสนับสนุนจากองค์การภายนอกนับว่ามีบทบาทสำคัญต่อการคลังระดับชุมชนโดยเฉพาะนโยบายด้านการเมือง การปกครอง ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างความเข้มแข็งให้กับฐานของชุมชน พัฒนาศักยภาพของชุมชน สร้างความตระหนักและความมั่นใจให้แก่ชุมชน ทั้งนี้บทบาทของหน่วยงานภายนอกเช่น การอำนวยความสะดวก การประสานงาน และสนับสนุนด้านการฝึกอบรมและเทคนิควิชาการ สำหรับประโยชน์ของการคลังระดับชุมชนนอกจากบริการด้านสุขภาพ และบริการอื่นๆที่อาจมีแล้ว สิ่งที่สำคัญอีกประการคือ เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน สร้างความเข้มแข็งและศักยภาพของชุมชนให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการ ในการที่จะพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆต่อไป

สำหรับปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการขึ้นกับทั้งปัจจัยภายนอกและตัวโครงการและชุมชนเอง ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือ นโยบายของรัฐในการสนับสนุนการคลังระดับชุมชน นโยบายด้านการกระจายอำนาจในการจัดบริการ การคลังสาธารณสุข รวมถึงการปกครอง การสนับสนุนขององค์การภายนอกในด้านการเงิน เทคนิคและวิชาการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับปัจจัยของตัวชุมชน คือ สภาพทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชน ลักษณะของตัวผู้นำชุมชน ลักษณะของชุมชนนั้นๆ ค่านิยม วัฒนธรรมและเจตคติของคนในชุมชนทั้งต่อเรื่อง การพึ่งพาตนเอง บทบาทและหน้าที่ของรัฐ ประชาชน ชุมชน ความผูกพันและความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของกลุ่มคนในชุมชน (Social Solidarity) เป็นต้น สำหรับ ปัจจัยตัวโครงการ คือการออกแบบ วางแผน และการบริหารจัดการโครงการ

4.2 การคลังระดับชุมชน : ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการจัดบริการให้กับประชาชนในชุมชนได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ก่อนหน้านี้ไม่มีบริการ ทั้งนี้ทรัพยากรที่ระดมได้จะเป็นทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆพบว่าสามารถทำได้ มียาและวัสดุ

ที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการดีขึ้น คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการดีขึ้นในราคาที่ประชาชนสามารถจ่ายได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่นี้จะมีความเป็นธรรมมากขึ้นในการได้รับบริการ อย่างไรก็ตามหากคนที่อยู่ในเมืองกลับได้รับการฟรีที่รัฐจัดให้ก็จะเกิดความไม่เป็นธรรมในด้านการคลังสาธารณสุข ข้อด้อยที่สำคัญที่สุดของการคลังระดับชุมชนคือ การที่ไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมระหว่างชุมชนและภูมิภาคได้ นอกจากนั้นการคลังระดับชุมชนก็ไม่สามารถนำมาใช้เป็นการคลังหลักในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนได้ เมื่อเทียบกับระบบสาธารณสุขแห่งชาติ(National Health Service System) ซึ่งเป็นรัฐสวัสดิการ แต่อาจเป็นส่วนเสริมสำหรับในชนบทที่การคลังระดับประเทศที่เป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) หากรัฐไม่มีการแทรกแซงเลยนั้นก็หมายความว่าต้องยอมรับความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชุมชนและภูมิภาค ในด้านประสิทธิภาพนั้นเนื่องจากการระดมทรัพยากรในชุมชนที่ครั้งหนึ่งเคยปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้ใช้ประโยชน์ หรือใช้ไปกับบริการที่ขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นหากมีการบริหารจัดการที่ดีขึ้นประสิทธิภาพโดยรวมต่อการใช้ทรัพยากรทั้งของครัวเรือนและของระบบบริการสาธารณสุขก็จะดีขึ้น อย่างไรก็ตามการก่อตั้งและการดำเนินงานของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพนั้นพบว่าต้องอาศัยการสนับสนุนจากภายนอกค่อนข้างมากและค่าบริหารจัดการในการสนับสนุนก็ไม่น้อย ในด้านความสามารถของการระดมทุนของการคลังระดับชุมชนเพื่อชดเชยต้นทุนการจัดบริการนั้น พบว่าสามารถคาดหวังการชดเชยเพียงต้นทุนดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือนเจ้าหน้าที่ (Non-labor operating cost) ได้ ดังนั้นแม้จะมีรูปแบบการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพรัฐก็ยังคงต้องมีบทบาทในการสนับสนุนด้านการคลังสาธารณสุขอยู่

4.3 การคลังระดับชุมชนกับการกระจายอำนาจ

จากประสบการณ์การดำเนินงานด้านการคลังชุมชนของประเทศต่างๆจะเห็นว่าปัจจัยสำคัญด้านการเมือง การปกครองมีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของการดำเนินงานคือ การกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรและบริการในชุมชนของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อพิจารณาปรัชญาและแนวคิดของการคลังชุมชนแล้ว โครงการจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการกระจายอำนาจทั้งด้านการจัดบริการและการคลังให้กับชุมชนหรือท้องถิ่น

การกระจายอำนาจของรัฐบาลนั้นสามารถแบ่งได้เป็นหลายระดับตั้งแต่ การกระจายบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินการแทน การกระจายอำนาจในการตัดสินใจและการบริหารจัดการบางส่วน จนถึงการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและอำนาจให้ทั้งหมด รูปแบบการคลังระดับชุมชนที่เกิดขึ้นในแต่ละประเทศนั้นก็สะท้อนถึงระดับของการกระจายอำนาจของแต่ละสังคมได้ ในลักษณะของบทบาทและส่วนร่วมของชุมชนที่มีในโครงการนั้นๆ การคลังระดับชุมชนจะเกิดขึ้นได้ก็ต้องมีการกระจายอำนาจจากรัฐบาลกลางระดับหนึ่งถึงจะสามารถเกิดและดำรงอยู่ได้ แต่ในระบบสาธารณสุขที่มีการกระจายอำนาจอาจไม่ใช่การคลัง

ระดับชุมชน ทั้งนี้จะพิจารณาว่าโครงการใดจะเป็นการคลังระดับชุมชนก็ต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบของระบบตั้งแต่การระดมทรัพยากร การบริหารจัดการ และการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรที่ได้มา ว่าเกิดขึ้นในชุมชนและบริหารจัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมมากน้อยเท่าใด ระบบการคลังที่มาจากระบบภาษีอากร และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการบริหารจัดการโดยองค์กรท้องถิ่นนั้นไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคลังระดับชุมชน ถึงแม้ภาษีและเบี้ยประกันจะมาจากคนในชุมชนก็ตามทั้งนี้เนื่องจากระบบดังกล่าวจะมีการกำหนดและวางระเบียบเงื่อนไขต่างๆจากระบบกลาง

4.4 การคลังระดับชุมชน กับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากการคลังระดับชุมชนมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับการคลังระดับประเทศโดยเฉพาะในประเด็นด้านความเป็นธรรมระหว่างชุมชนและระหว่างภูมิภาค นอกจากนั้นการคลังระดับชุมชนมักจะดำเนินการได้ดีสำหรับบริการปฐมภูมิที่จัดให้เฉพาะในชุมชนเนื่องจากอยู่ในชุมชนเองและลักษณะบริการไม่ซับซ้อนมาก เมื่อขยายบริการออกมาถึงบริการของโรงพยาบาลโอกาสที่ชุมชนจะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยนั้นมีข้อจำกัดมากขึ้น ทั้งในด้านความซับซ้อนของข้อมูล การบริหารจัดการและความรู้สึกเป็นเจ้าของ แต่ก็เป็นไปได้และต้องมีระบบการส่งต่อ Creese และ Bennett ได้ทบทวนโครงการกระจายความเสี่ยงในชนบทของประเทศต่างๆจำนวน 36 ประเทศและได้จำแนกโครงการออกเป็นสองประเภทใหญ่ตามความเป็นเจ้าของ การบริหารจัดการ และความครอบคลุมประเภทของบริการที่จัดให้ ซึ่งพบว่าโครงการที่เป็นการคลังระดับชุมชนนั้นมักครอบคลุมในพื้นที่ที่แคบกว่าและเฉพาะบริการที่จัดให้ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นในโครงการที่เป็นการจ่ายล่วงหน้าของการคลังระดับชุมชนที่ครอบคลุมบริการไปถึงบริการของโรงพยาบาลด้วยก็ยังมีปัญหาด้านการกระจายความเสี่ยงอันเนื่องจากขนาดของชุมชนอาจเล็กลงไป

ตารางที่ 8 ประเภทของระบบการกระจายความเสี่ยงในชนบท

ระบบประกันสุขภาพ	การคลังระดับชุมชน
• ครอบคลุมบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีโอกาสเกิดน้อย • มักเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล • มักครอบคลุมพื้นที่กว้าง (ทั้งอำเภอหรือจังหวัด) • การคิดเบี้ยประกันยืนบนฐานของต้นทุนการจัดบริการ • ต้องสามารถชดเชยต้นทุนที่กำหนด	• ครอบคลุมบริการที่เกิดบ่อยและมีค่าใช้จ่ายไม่สูง • ชุมชนมักเป็นเจ้าของ • มีแนวโน้มที่จะจำกัดเฉพาะในหมู่บ้าน/ชุมชน • การคิดเบี้ยประกันมักขึ้นกับความสามารถในการจ่ายของประชาชนในชุมชน • มีความตั้งใจเพียงต้องการระดมรายได้เพิ่มขึ้นสำหรับการจัดบริการ

Source: Andrew Cresse and Sara Bennett (1997) Rural Risk Sharing Strategies.

บทบาทของการคลังชุมชนกับนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคลังระดับชุมชนมีข้อจำกัดในการใช้เป็นเครื่องมือในการขยายการมีหลักประกันโดยถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากถึงแม้รัฐบาลจะมีนโยบายในการสนับสนุนและกระจายอำนาจแล้วก็ตามทั้งนี้ยังมีปัจจัยหลักของชุมชนที่ยังเป็นตัวกำหนดว่าจะมี

ความเป็นไปได้ในการขยายโครงการหรือไม่ การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกชุมชน ประกอบกับมีปัญหาด้านการกระจายความเป็นธรรมดังนั้น การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพในรูปแบบที่ชุมชนดำเนินการโดยลำพังคงไม่ใช่คำตอบสำหรับการประกันสุขภาพโดยทั่วหน้า

ประเด็นคำถามคือ ระบบการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพจะไปเชื่อมโยงกับระบบการคลังประเทศหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไร ระบบการคลังชุมชนในประเทศฟิลิปปินส์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางนั้นกล่าวได้ว่าเกิดจากความเข้มแข็งขององค์กรประชาชน และการที่รัฐบาลขาดความสามารถในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนในปัจจุบัน ซึ่งในขณะนั้นกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของฟิลิปปินส์ได้มีการประกาศใช้แล้วและจะมีผลบังคับเต็มรูปแบบในระยะเวลา 15 ปี (นับจากปี พ.ศ. 2538) เมื่อถึงเวลานั้นการคลังชุมชนจะอยู่ในระบบในลักษณะอย่างไร? เมื่อทบทวนวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนโดยทั่วหน้า เช่น ประเทศเยอรมนี และญี่ปุ่น การเริ่มต้นของโครงการซึ่งเกิดในช่วงหลังการปฏิวัติอุตสาหกรรมเกิดจากการรวมตัวกันเองของกลุ่มอาชีพต่างๆ เช่นกลุ่มอุตสาหกรรม กลุ่มสหกรณ์ด้านเกษตรกรรม ซึ่งลักษณะดังกล่าวก็สามารถกล่าวได้ว่าเป็นการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ ต่างกันตรงที่ชุมชนในที่นี้อาจไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการอยู่อาศัยแต่เป็นการทำงานและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน แต่เมื่อรัฐบาลมีนโยบายด้านความมั่นคงทางสังคมและมีการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม รูปแบบการคลังชุมชนก็ต้องมีการปรับเข้าไปในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่จุดหนึ่งที่สำคัญคือในทั้งสองประเทศนี้มีนโยบายการกระจายอำนาจให้กับเอกชนในการให้หลักประกัน(ไม่แสวงหากำไร) ดังนั้น องค์กรในการให้หลักประกันเหล่านี้จึงปรับเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนเองภายใต้ระเบียบและกฎหมายที่กำหนด แต่กองทุนที่มีขนาดเล็กก็ไม่สามารถอยู่ได้ต้องรวมตัวกันเป็นกองทุนที่ใหญ่ขึ้นหรือไม่อย่างนั้นก็ต้องไปรวมกับกองทุนที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ ในประเทศญี่ปุ่นประชาชนที่ไม่ได้มีเงินเดือนประจำจะเข้าระบบประกันที่ดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่นและเทศบาล (การคลังระดับชุมชนของฟิลิปปินส์ที่ดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่นและเทศบาลที่ยังอาจจัดเป็นการคลังระดับชุมชนได้ก็เนื่องจากเกิดจากการริเริ่มในท้องถิ่น มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และไม่มีกฎหมายมากำหนด)

การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพจึงสามารถเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะของการเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการที่จะเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและจัดบริการเพื่อประชาชนในชุมชนเอง อันเป็นการเตรียมชุมชนในระบบการกระจายอำนาจในการจัดระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแบบทั่วหน้าต่อไปในอนาคต โดยให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามาบริหารจัดการทรัพยากรของตนในการจัดบริการด้านสุขภาพ ดังเช่นในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นที่รัฐบาลท้องถิ่น/เทศบาลเป็นจัดหลักประกันให้กับประชาชนที่ไม่ได้มีเงินเดือนประจำ

4.5 เป้าประสงค์ของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพกับบริบทของไทย

การมีหลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นของประชาชนทุกคน เป็นสิ่งที่รัฐบาลต้องจัดให้มีขึ้น ตามที่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันกำหนด นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนโดยทั่วหน้า ซึ่งในขณะนี้ร่างพระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแห่งชาติก็อยู่ในระหว่างขั้นตอนของกรรมาธิการสภาผู้แทนราษฎร ในระยะสองปีที่ผ่านมาที่ประเทศไทยประสบกับปัญหาภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ทำให้ความเป็นไปได้ในการผลักดันนโยบายดังกล่าวอาจต้องชะลอออกไป ทำให้ต้องมาทบทวนการพัฒนาที่ผ่านมาและแนวคิดเรื่องเศรษฐกิจชุมชนและเศรษฐกิจแบบเพียงพอก็ได้รับความสนใจอีกครั้งหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ประเทศต่างๆพอสรุปได้ว่า การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพไม่ใช่คำตอบสำหรับการคลังสาธารณสุขสำหรับการมีหลักประกันสุขภาพแบบทั่วหน้าได้ ด้วยข้อจำกัดหลายๆประการดังได้กล่าวข้างต้น

เป้าหมายของการคลังระดับชุมชนเพื่อระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้นให้กับบริการสาธารณสุขเพื่อจัดบริการพื้นฐานโดยอาศัยกระบวนการของการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น อาจไม่สอดคล้องกับบริบทของไทยในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้มีปัญหานาณานั้น ความครอบคลุมบริการสาธารณสุขพื้นฐานต่างๆค่อนข้างจะครอบคลุมไปถึงพื้นที่ในชนบทห่างไกล มีปัญหาเฉพาะในพื้นที่บางแห่งเท่านั้นเช่นบนพื้นที่ภูเขา พื้นที่เกาะ เป็นต้น การนำแนวคิดการคลังระดับชุมชนมาใช้ในบริบทของประเทศไทยคงต้องทบทวนเป้าหมายให้ชัดเจนว่าเพื่ออะไร

จากบริบทของรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน บริบทด้านการเมืองการปกครอง และแนวนโยบายมหภาคของการเงินการคลังประเทศในปัจจุบันที่เน้น การกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบเศรษฐกิจ ระบบราชการ และระบบการศึกษา การพัฒนาความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน พัฒนาเศรษฐกิจชุมชน และการกระจายบริการพื้นฐานทางสังคมให้ทั่วถึง เป้าประสงค์หลักของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพจึงควรเป็นไปเพื่อ การพัฒนาศักยภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้ามามีบทบาทด้านการจัดการในบริการสาธารณสุข (Participation as an end) เพื่อเป็นการรองรับการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นในการจัดการกับบริการพื้นฐานทางสังคมในอนาคต และอาจเสริมในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ในระยะยาวบทบาทของการคลังระดับชุมชนในบริบทของบริการสุขภาพอาจลดลงเนื่องจากนโยบายการให้หลักประกันโดยทั่วหน้า อย่างไรก็ตามก็ยังมีบริบทอื่นที่สามารถดำเนินการได้ นอกจากนั้นสิ่งที่จะคงอยู่ถาวรจากแนวคิดนี้คือความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านต่างๆในสังคมและการเมืองอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

4.6 การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพ : บทเรียนสำหรับประเทศไทย

1. การคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพเป็นกระบวนการในการพัฒนาประชาชนและชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีความมั่นใจในตนเองและสามารถพึ่งตนเอง เป็นการสร้างเจตคติ ค่านิยมที่ดี ต่อภาระหน้าที่ของตนเองต่อสุขภาพและชุมชนโดยรวม
2. การคลังระดับชุมชนนั้นจะมีบทบาทและมีความยั่งยืนมากขึ้นหากไม่จำกัดเฉพาะบริการสุขภาพ เช่น การออมทรัพย์ ธุรกิจสร้างรายได้ให้กับชุมชนและครัวเรือน อันเป็นการพัฒนาสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของประชาชนในชุมชน
3. การคลังชุมชนที่มีรูปแบบที่มีการกระจายความเสี่ยงเช่น การจ่ายล่วงหน้า (Prepayment scheme) ขนาดของกองทุนที่เล็กอาจเป็นปัญหาต่อความอยู่รอดของกองทุนโดยเฉพาะกองทุนที่ให้ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง
4. การคลังระดับชุมชนนั้นมีข้อจำกัดในการที่จะขยายการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศทุกคน ดังนั้นในการพัฒนาเป้าหมายหลักควรเป็นการพัฒนาองค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็งในการที่จะรองรับการกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่นในอนาคต
5. การกระจายอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นในระบบสาธารณสุขทั้งนี้เนื่องจากจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบและตอบสนองต่อประชาชนในท้องถิ่นมากขึ้น เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ทั้งนี้ในการกระจายอำนาจสิ่งสำคัญที่ต้องมีควบคู่ไปคือระบบในการสนับสนุนด้านทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถขององค์กรท้องถิ่นทั้งในด้านการวางแผน การบริหารจัดการ การโครงการและการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
6. การจะขยายหลักประกันให้กับประชาชนกลุ่มที่ไม่มีเงินเดือนประจำตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นอาจจำเป็นต้องอาศัยองค์กรท้องถิ่นในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการจัดเก็บเบี้ยประกัน การคุ้มครองสิทธิและการให้บริการแก่สมาชิก
7. ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการคลังสาธารณสุขแบบใดสิ่งสำคัญที่ต้องมีคือระบบในการปกป้องคนที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันจากภายในกองทุนเอง รัฐบาลท้องถิ่น และรัฐบาลกลาง เพื่อให้เกิดระบบตรวจสอบกันมากขึ้น
8. ในบริบทที่มีการกระจายอำนาจนั้นรัฐบาลกลางก็ยังต้องมีบทบาทในการกระจายความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นระหว่างท้องถิ่นหรือกองทุนประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชาชนในแต่ละกลุ่มและแต่ละชุมชนต่างกัน

4.7 ประเด็นการพัฒนาและการศึกษาวิจัยต่อไป

1. สถานการณ์ด้านการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นอย่างไร ทั้งในด้าน จำนวน ลักษณะ ขนาด และการกระจาย ขอบเขตของกองทุน วิวัฒนาการและการบริหารจัดการ ปฏิสัมพันธ์ของกองทุนกับระบบบริการสุขภาพ (วิธีการจ่ายเงิน การตรวจสอบ ควบคุมกำกับ) สมรรถนะผลของการดำเนินงาน (ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม) รวมถึงบริบทและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการดำเนินงานของกองทุน
2. ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบบทบาทของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพของต่างประเทศ ในบริบทของประเทศไทยที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริบทที่กำลังก้าวไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมและบริการและเขตเมือง เพื่อศึกษาถึงการปรับตัวของการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพต่อบริบทนั้นๆ ทั้งในด้านการคงอยู่ บทบาท รูปแบบองค์กร การบริหารจัดการ ขอบเขตบริการ ตลอดจนสัมฤทธิ์ผลที่เกิดขึ้น
3. การศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบและองค์กรที่เหมาะสมในการบริหารจัดการการคลังระดับชุมชนเพื่อบริการสุขภาพในลักษณะของการจ่ายล่วงหน้า (Prepayment / Risk sharing) เพื่อศึกษาถึง ประสิทธิภาพและความเป็นไปได้และความเหมาะสมทั้งในลักษณะและรูปแบบขององค์กร ขนาดของกองทุน รูปแบบและกลไกที่เหมาะสมของปฏิสัมพันธ์ระหว่างกองทุนและสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ ตลอดจนกลไกในการสร้างความเป็นธรรมระหว่างต่างกองทุน
4. วิจัยและพัฒนาหลักสูตรในการเพิ่มทักษะและความรู้ให้กับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนในการเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการโครงการ ด้านการเงิน ระบบข้อมูลข่าวสาร และการคุ้มครองสิทธิให้กับประชาชนที่ตนเองดูแล

บรรณานุกรม

- Abel-Smith B (1992) Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy and Planning*; 7(3): 215-226.
- Abel-Smith B and Dua A (1988) Community financing in developing countries: the potential for the health sector. *Health Policy and Planning*; 3(2) : 95-108.
- Ardeshir Sepehri and Judith Pettigrew (1996) Primary health care, community participation and community financing: experiences of two middle hill villages in Nepal. *Health Policy and Planning*; 11(1): 93-100.
- Arhin DC (1995) Rural Health Insurance: a viable alternative to user fees? PHP publication No.19, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Cresse A (1991) User charges for health care: a review of recent experience. *Health Policy and Planning*; 6(4): 309-319.
- Cresse A and Bennett S (1997) Rural risk sharing strategies in Schieber GJ (Eds.) *Innovations in Health Care Financing*, proceedings of a World Bank conference, March 10-11, Washington DC.
- Dave P (1991) Community and self-financing in voluntary health programs in India. *Health Policy and Planning*; 6(1) : 20-31.
- Dyna C, Arhin (1994) The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture? *Soc.Sci.Med*; 39(6): 861-870.
- Gonzaga EP and Gallardo AA (Eds) (1996) *Community Health Financing; A Resourcebook of HAMIS Winners in the Philippines*. DOH and GTZ, Manila.
- Guy Carrin (1988) Community financing for health care, world health forum vol. 9 :601-606
- HAMIS (1995) *Policy Papers on Community Health Care Financing*. DOH and GTZ, Manila.
- J David L Zakus and Catherine L Lysack (1998) Revisiting community participation, *Health Policy and Planning*; 13(1): 1-12.
- JICWELS (1998) Textbook for The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 29 September – 13 October 1998, Tokyo, Japan

Klaus-Dirk Henke, Claudia Ade, and Margart A. Murray (1994) The German Health Care System: Structure and Changes. J. Clin. Anesth., vol 6, May/june: 252-262

Kutzin Joseph (1998) Enhancing the Insurance Function of Health System: a Proposed Conceptual Framework. A paper presented in the international seminar on health care reform. 15-17 March 1998 Bangkok Thailand.

McPake B, Hanson K, and Mills A (1993) Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. Soc.Sci.Med 36(11): 1383-1395.

Mills A et al (Eds.) (1990) Health System Decentralization: Concepts, issues and country experience. WHO, Geneva.

Moens F (1990) Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire. Soc.Sci.Med; 30(12): 1319-1327.

Oakley P (1989) Community involvement in health development: an examination of critical issue, WHO, Geneva.

Parker D and Knippenberg R (1991) Community cost-sharing and participation: a review of the issues. Bamako Initiative Technical Report series. No.9, Unicef, New York.

Phua, KH (1998) Achieving universal coverage of health care through appropriate use of insurance and other financing methods. Paper presented in an international workshop "Path to achieve universal coverage for health care through health insurance: experiences from middle and upper-income countries". 15-17 March 1998 Bangkok Thailand.

Roemer Milton I (1991) National Health System of the World, Oxford University Press, New York

Russell, S. and Gilson, L. (1995) User Fees At Government Health Services: Is Equity Being Considered? PHP Department Publication No.15, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Russell, S. and Gilson, L. (1995) User Fees At Government Health Services: Is Equity Being Considered? PHP Department Publication No.15, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Sepehri A and Pettigrew J (1996) Primary health care, community participation and community financing: experiences of two middle hill villages in Nepal. *Health Policy and Planning*; 11(1): 93-100.
- Stinson W (1982) Community financing for primary health care, Primary Health Care Issues series 1, American Public Health Association, Washington DC.
- The Federal Ministry for Health (1995) Health Care in Germany: The Health Care System in the Federal Republic of Germany, Bonn.
- Thomason J, Mulou N, and Bass C (1994) User charges for rural health services in Papua New Guinea. *Soc.Sci.Med* ; 39(8): 1105-1115.
- World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing In Health, New York; Oxford University Press.
- World Bank (1997) Innovations in Health Care Financing; Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997, Washington.
- World Health Organization (1993) Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1995) Alternative Financing of Health Care, Report and Documentation of the Technical Discussions, New Delhi: WHO.