

โครงการวิจัย การศึกษาภาพอนาคต
และเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ยั่งยืนของประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.นเรศ ดำรงชัย

น.ส.ปวรภัฏ โพธิสุข

น.ส.โสภิตา ทองโสภิต

ดร.พลพิบูล สดาก์พุฒิ

ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

รายงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน พ.ศ. 2551

โครงการวิจัย การศึกษาภาพอนาคต
และเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ยั่งยืนของประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.นเรศ ดำรงชัย

น.ส.ปวรภัส โพธิสุข

น.ส.โสภิตา ทองโสภิต

ดร.พลพิบูล สดาก์พุฒิ

ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

รายงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

พฤศจิกายน พ.ศ. 2551

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ
คณะทำงาน โดยเฉพาะท่านประธานคณะทำงาน ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ที่ได้กรุณาให้
ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าต่อกระบวนการวิจัยในทุกขั้นตอน ตลอดถึงการ
ทบทวนและให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงผลงานก่อนเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม
โครงการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้ความสนับสนุนทุนวิจัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ	iii
สารบัญตาราง	v
สารบัญภาพ	vi
บทที่ 1 บทนำ	3
หลักการและเหตุผล	3
วัตถุประสงค์ของโครงการ	7
รูปแบบการวิจัย	8
วิธีการดำเนินงาน	9
ระยะเวลาดำเนินงานและงบประมาณ	19
คณะผู้วิจัย และคณะทำงานในโครงการฯ	19
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมกระบวนการมองอนาคต	23
กรอบการทบทวนวรรณกรรม	23
ส่วนที่ 1 วรรณกรรมการมองอนาคตเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ จำแนกตาม รายประเทศ/ภูมิภาค	24
1. สหรัฐอเมริกา	24
2. สหภาพยุโรป	30
3. ฟินแลนด์	44
4. ญี่ปุ่น	47
5. แคนาดา	49
ส่วนที่ 2 การมองอนาคตสังคมผู้สูงอายุ	50
ส่วนที่ 3 บทวิเคราะห์	59
• การแบ่งกลุ่ม (classification) ของบทความ/ผลงานวิชาการที่ทบทวน	60
• วิเคราะห์บริบทที่นำไปสู่การศึกษามองอนาคต	62
• วิเคราะห์แนวคิด ข้อมูลที่ใช้ เทคนิค และวิธีการหรือกระบวนการที่ใช้ในการศึกษา มองอนาคต	64
• ข้อเสนอแนะและสิ่งที่อาจนำมาปรับใช้กับประเทศไทย	70
เอกสารอ้างอิง	72

	หน้า
บทที่ 3 การสำรวจความคิดเห็นด้วย Real Time Delphi	75
แนวคิดและหลักการของเดลฟาย (Delphi)	75
วิธีการสำรวจความคิดเห็นด้วยวิธีการแบบ Real Time Delphi	77
จุดมุ่งหมายและแนวทาง ในการสำรวจความคิดเห็นโดยผ่านระบบ Real Time Delphi	78
ที่มาและการพัฒนาชุดคำถาม Real Time Delphi	79
การพัฒนาโปรแกรม Real Time Delphi	88
การจัดประชุม Kick-off meeting และการเก็บผลสำรวจผ่านระบบ Real Time Delphi	90
ผลสรุปที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi	91
จุดอ่อน จุดแข็ง การสำรวจด้วยวิธี Real Time Delphi	105
ข้อพึงระวัง และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคเดลฟาย	107
บทที่ 4 ภาพอนาคต	111
แนวคิดและหลักการของการสร้างภาพอนาคต (Scenario building)	111
จุดมุ่งหมายของการสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย	115
การกำหนด scenario logics และการจัดหมวดหมู่เป็น 4 กลุ่มที่มีทิศทางอนาคตแตกต่างกัน	116
การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อย	116
ผลที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต	122
• กลุ่มที่ 1	
• กลุ่มที่ 2	141
• กลุ่มที่ 3	148
• กลุ่มที่ 4	154
สรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต	157
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย	163
ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับเป้าประสงค์ ปัจจัยผลักดันระบบ และความไม่แน่นอน	163
สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อบัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพอนาคต	174
ภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	181
• ภาพอนาคตที่ 1	
• ภาพอนาคตที่ 2	183
• ภาพอนาคตที่ 3	184
• ภาพอนาคตที่ 4	186
ภาคผนวก	189

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 Matrix of foreknows after age 60	52
ตารางที่ 2.2 Events that might occur during the Independent stage	52
ตารางที่ 2.3 Comparative analysis of polar archetypal scenarios	54
ตารางที่ 2.4 City futures and ageing policy	55
ตารางที่ 2.5 Causal Layered Analysis of Ageing	56
ตารางที่ 2.6 A society for all ages: smart and caring ageing	57
ตารางที่ 2.7 กรอบการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรม	59
ตารางที่ 2.8 ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ แยกตาม กลุ่ม (classification) และแหล่งที่มาของผลงาน	60
ตารางที่ 3.1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดัน	84
ตารางที่ 3.2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอน	87
ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย (ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย)ของการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสัมพันธ์กันระหว่างเป้าประสงค์แต่ละคู่	117
ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มย่อยจาก Cluster analysis จำแนกตามสถานะของผู้เข้าร่วม กิจกรรม	119
ตารางที่ 4.3 จำนวนสมาชิกของกลุ่มย่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต	121
ตารางที่ 4.4 รายละเอียดสถานการณ์ภาพอนาคตที่กำหนด	121
ตารางที่ 5.1 รายละเอียดจำนวนและประเภทของผู้ตอบรับการตอบแบบสอบถามเดลไฟล์	174
ตารางที่ 5.2 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	176
ตารางที่ 5.3 อิทธิพลของปัจจัยผลักดันระบบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	178
ตารางที่ 5.4 อิทธิพลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	180

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกด้านการคลังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย	7
ภาพที่ 1.3 กรอบกระบวนการมองอนาคต	8
ภาพที่ 1.4 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ 5 ข้อ	13
ภาพที่ 1.5 โครงสร้างองค์การของโครงการวิจัยฯ	19
ภาพที่ 2.1 ปัจจัยที่นำมาสร้างให้เกิดภาพอนาคต	37
ภาพที่ 2.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไทยปีต่อ GDP	48
ภาพที่ 2.3 โมเดลอนาคตส่วนตัว	51
ภาพที่ 2.4 กระบวนการมองอนาคตของอัฟริกาใต้	69
ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดของโครงการฯ	79
ภาพที่ 3.2 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ 5 ข้อ	82
ภาพที่ 3.3 แสดงขั้นตอนการสำรวจความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi	91
ภาพที่ 3.4 แสดงสัดส่วนของจำนวนผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเดลฟาย และตอบแบบสอบถาม ผ่านระบบ Real Time Delphi	92
ภาพที่ 3.5 คะแนนความนิยมที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีต่อเป้าประสงค์ในแต่ละประเด็น	93
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	95
ภาพที่ 3.7 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	103
ภาพที่ 3.8 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการ Delphi ในเชิงกลยุทธ์	106
ภาพที่ 4.1 รากฐานของการมองอนาคต (foresight)	111
ภาพที่ 4.2 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการสร้างภาพอนาคตในเชิงกลยุทธ์	112
ภาพที่ 4.3 แรงขับเคลื่อนหลักที่มีอิทธิพลต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย	158

บทที่ 1

บทนำ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ดร.นเรศ ดำรงชัย และคณะ

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาโดยลำดับ ทั้งนี้ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้พัฒนาข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งข้อเสนอและองค์ความรู้ต่างๆ ที่คณะทำงานได้มีข้อเสนอไว้ได้รับการอ้างอิง หลายประเด็นได้รับการนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ในขณะเดียวกันข้อเสนอบางประการยังไม่สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในขณะนั้น ซึ่งหลังจากที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ในระยะ 3 - 4 ปีที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้จัดให้มีคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ โอกาสในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ เพื่อให้เกิดการผลักดัน การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ซึ่งพบว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยมีทั้งความสำเร็จ ความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคที่กล่าวถึงในวงกว้าง ทั้งในแวดวงวิชาการและแวดวงประชาคม นำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งหลายประเด็นมีรายละเอียดในระดับการปฏิบัติที่ชัดเจน ขณะที่อีกหลายๆ ประเด็นต้องการนำไปขยายผลหรือจัดทำรายละเอียดต่อก่อนนำไปปฏิบัติ

จากการทบทวนสถานการณ์ในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย¹ พบว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนอย่างดีในระดับหนึ่ง หากพิจารณาผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายพบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นโยบายการขยายหลักประกันสุขภาพไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆ ช่วยลดช่องว่างความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล สัมพันธ์กับความสามารถในการจ่าย ระหว่างครัวเรือนยากจนและครัวเรือนร่ำรวย โดยครัวเรือนยากจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านนี้ลดลงเป็นลำดับ ดัชนีความเป็นธรรมด้านการคลังระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ นอกจากนี้ยังสามารถลดปัญหาความยากจนที่เกิดจากการรักษาพยาบาลตลอดจนทำให้คนยากจนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงและได้รับประโยชน์จากบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐได้ดียิ่งขึ้น

¹ สัมฤทธิ์ ศรีธาราสวัสดิ์ ยุทธศาสตร์งานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพไทย (พ.ศ. 2551-2553) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2550

อย่างไรก็ดี จากการที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลายระบบรองรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ภายใต้หลักการ แนวคิดและการออกแบบระบบที่ต่างกัน ส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- 1) การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ยังมีช่องว่างของการคุ้มครองประชาชนของแต่ละระบบ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการมีพลวัตรของสถานภาพประชาชนภายใต้สิทธิต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพ มีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากสิทธิหนึ่งไปยังอีกสิทธิหนึ่งได้ ซึ่งในด้านการจัดการไม่สามารถติดตามได้ทันเวลาที่จะปิดช่องว่างดังกล่าว ขณะเดียวกันก็ยังมีประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพในทางปฏิบัติ แม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้เป็นสิทธิไว้
- 2) มีปัญหาการผลักภาระค่าใช้จ่ายระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ เช่น ระหว่างกองทุนประกันสังคมกับกองทุนเงินทดแทน หรือระหว่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกับกองทุนอื่นๆ เป็นต้น
- 3) การสนับสนุนงบประมาณของภาครัฐให้แก่ระบบประกันสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านการคลังระบบบริการสุขภาพในภาพรวม ขณะเดียวกันวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกันของระบบประกันสุขภาพอาจทำให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการ และอาจมีผลต่อคุณภาพของการดูแลสุขภาพและบริการที่ประชาชนได้รับ นอกจากนี้ยังทำให้ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่างกัน เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในภาพรวมของระบบสวัสดิการข้าราชการฯ ที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมียอดค่าใช้จ่ายกว่า 37,000 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2550² ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายที่สูงของระบบดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กับคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิที่สูงขึ้นมากน้อยเพียงใด ขณะเดียวกันมีผลกระทบด้านคุณภาพและผลลัพธ์ในการรักษาพยาบาลของโครงการที่จ่ายแบบปลายปิดอย่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างไร
- 4) การอภิบาลและบริหารระบบประกันสุขภาพขาดกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศ ศักยภาพและมาตรการในการควบคุมกำกับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลเครือข่ายหลัก/รองยังมีจำกัด กลไกการคุ้มครองผู้บริโภคและให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน การบริหารจัดการระบบข้อมูลที่แยกส่วน ฯลฯ ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาและช่องว่างในระบบ
- 5) การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพของไทยที่ผ่านมา ช่วยให้เกิดความครอบคลุมของสถานพยาบาลในทุกภูมิภาค แต่ยังคง (1) มีความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายทรัพยากรระหว่างภูมิภาค แม้สถานการณ์จะค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยเมื่อประเมินจากทรัพยากรบุคคลหรือจำนวนเตียงของสถานพยาบาลต่อประชากร³ (2) ระบบการส่งต่อ

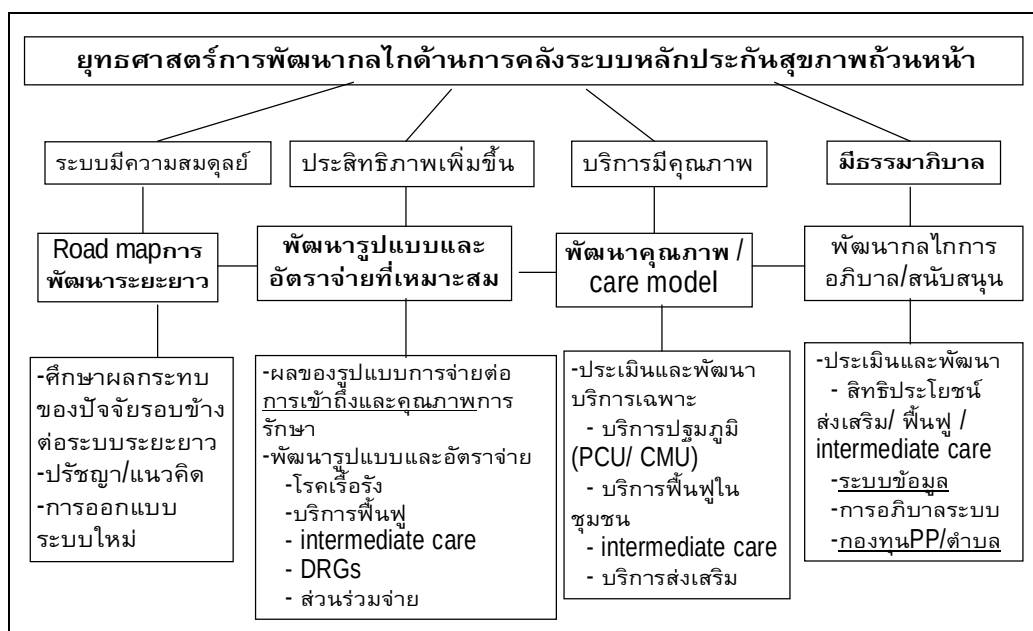
² กรมบัญชีกลางและระบบ GFMIS

³ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2550.

- ระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อรับบริการอย่างเชื่อมโยงต่อเนื่องยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (3) ศักยภาพและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับปฐมภูมิยังจำกัด (4) และมีความแออัดของการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่
- 6) การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพทำให้ภาระงานของบุคลากรในทุกประเภทสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากหลักประกันสุขภาพเป็นปัญหาใหญ่ ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้นในช่วงที่ผ่านมาทำให้มีบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ส่วนหนึ่งลาออกไปยังภาคเอกชน จึงทำให้ภาระงานของคนที่อยู่ในภาครัฐยิ่งเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันที่ประชาชนเริ่มรู้สิทธิต่าง ๆ มากขึ้นในปัจจุบันทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น กลายเป็นแรงกดดันในการให้บริการ
- 7) การขาดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนบางกลุ่ม เนื่องจากระบบบริการสุขภาพไทยโดยเฉพาะภาครัฐยังปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการบริการที่เปลี่ยนไปของประเทศ สภาพการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพมาเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การบาดเจ็บ และมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ทำให้มีความต้องการประเภทและรูปแบบบริการดูแลรักษาพยาบาลที่ต่างไปจากเดิมในขณะที่ระบบบริการปัจจุบันปรับตัวรองรับไม่ทัน

พัฒนาการของเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน นอกจากนี้ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศก็เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีผลใช้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2550 ทำให้บริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปลี่ยนไปจากเดิม มาตรา 46 ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ และมาตรา 47 กำหนดให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งมีสาระหลายประการที่จะเชื่อมโยงกับหลักประกันสุขภาพด้วย เช่น ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ การคุ้มครองผู้บริโภค การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และการเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นต้น

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่ได้รับการก่อตั้งขึ้นให้เป็นหน่วยงานวิจัยที่มุ่งมั่นในการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประเทศ ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเป็นกรอบแนวคิดของแผนวิจัยไว้เพื่อใช้ชี้นำการพัฒนาด้านวิชาการไปในอนาคตข้างหน้า แสดงดังภาพที่ 1 ได้ให้ความสำคัญกับการวิจัยเกี่ยวกับ “การพัฒนาระยะยาว เพื่อสร้างความสมดุลแก่ระบบ” โดยมีคำถามหลักที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาไปข้างหน้า คือ การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในปัจจุบันและทิศทางต่อไปในอนาคต ควรเป็นอย่างไร หรืออาจกล่าวว่า ทิศทางของปรัชญา แนวคิด และนโยบายที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมไทย ภายใต้บริบทความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมของไทย และอิทธิพลของความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกควรเป็นอย่างไร โดยนโยบายที่สะท้อนการนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ของภาพอนาคตการจัดหลักประกันสุขภาพ และเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพ ควรจะเป็นอย่างไร



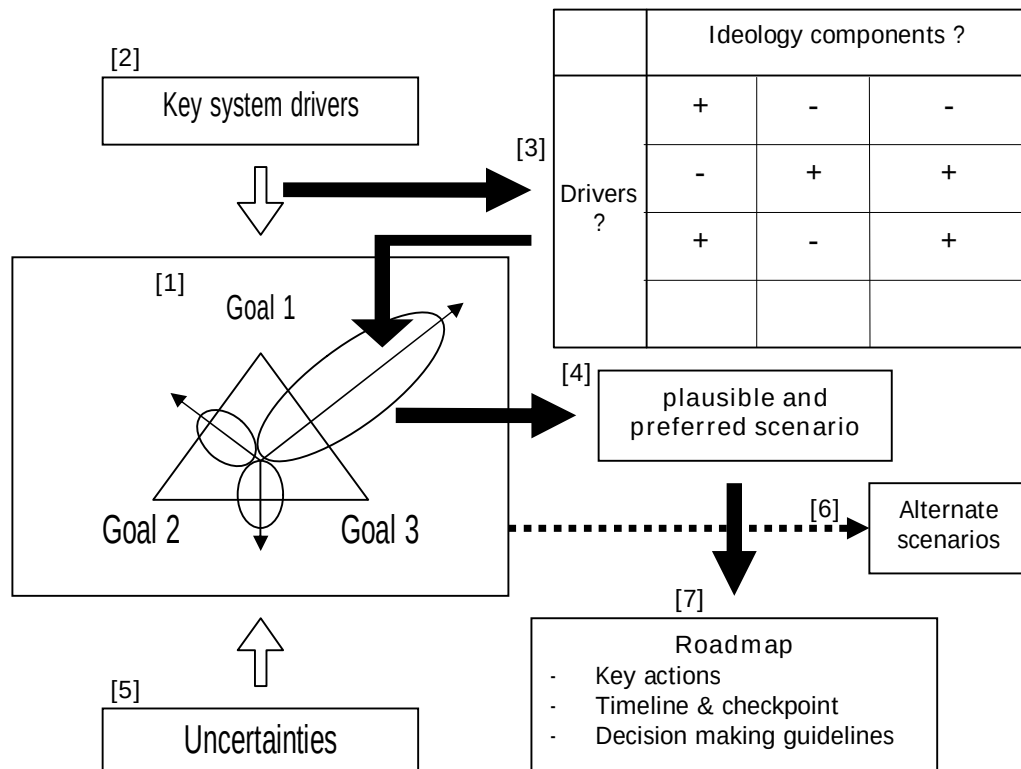
ภาพที่ 1.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกด้านการคลังระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็นด้านปรัชญา แนวคิด และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เป็นสิ่งชี้นำทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในอนาคต ดังนั้นจึงน่าจะได้รับการทบทวน ตลอดจนมองภาพไปข้างหน้า เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการจัดหลักประกันและความคุ้มครองประชาชน เพื่อยกระดับของสุขภาพของประชาชนในประเทศต่อไป ซึ่งผลที่ได้น่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ เรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการอภิปราย ต่อยอดความคิดต่อไปในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนช่วยชี้้นำการพัฒนาผลงานวิจัยและผลงานวิชาการเพื่อรองรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศของ สวปก. ได้ในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อศึกษาภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบนพื้นฐานของเป้าหมายประสงค์ (Goals) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการทบทวนใหม่ให้สอดคล้องกับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญในอนาคต ซึ่งจะเป็นแนวทางในการจัดทำเส้นทาง (Road map) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามฉากทัศน์ที่เป็นไปได้ตามอุดมคติในระยะ 5-10 ปี ซึ่งจะนำไปใช้เป็นกลไกเฝ้าระวังและกำหนดเหตุการณ์เพื่อเป็นจุดตัดสินใจระหว่างการดำเนินการตามเส้นทาง (Decision check point) ป้องกันภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ต่อไป



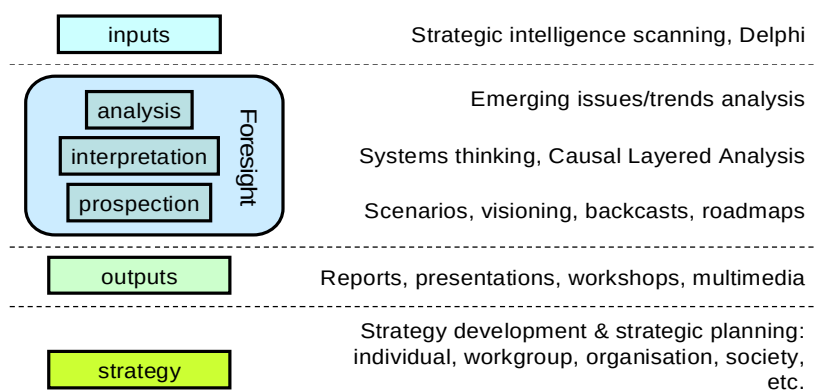
ภาพที่ 1.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ทั้งนี้ยังคาดหวังผลว่าจะทำให้เข้าใจถึงพัฒนาการของระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพของไทย รวมถึงการให้คุณค่าต่อเป้าประสงค์ของประชาชนไทยต่อการพัฒนาระบบ ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเด็นสำคัญ ในแต่ละเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของการจัดหลักประกันสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำเส้นทาง (Road map) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ 5-10 ปีต่อไป เพื่อเป็นกลไกเฝ้าระวังและกำหนดเหตุการณ์เพื่อเป็นจุดตัดสินใจระหว่างการดำเนินการตามเส้นทาง (Decision check point) ป้องกันภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ในที่สุด

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบ Foresight study ดังภาพ โดยใช้กระบวนการ Delphi, Scenario และ Roadmapping

กรอบกระบวนการมองอนาคตมาตรฐาน The generic foresight process framework



Source: Voros (2003)

ภาพที่ 1.3 กรอบกระบวนการมองอนาคต

วิธีการดำเนินงาน

- 1) คณะผู้วิจัยและคณะทำงานประชุมเตรียมการเพื่อวางกรอบการทำงาน หัวเรื่องเพื่อการทบทวนวรรณกรรมและจัดทำบทความวิชาการเบื้องต้นที่จำเป็น กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและคัดเลือกผู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการศึกษาภาพอนาคตฯ ซึ่งอาจพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนร่วมในที่ประชุมประสานงานระหว่าง 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้บริโภค ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการ
- 2) นำประเด็นที่คณะทำงานให้ข้อคิดเห็นว่ามีมีความจำเป็น ติดต่อนักวิชาการให้ทบทวนวรรณกรรมและ/หรือเขียนบทความวิชาการ เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้และข้อคิดเห็นเบื้องต้นสำหรับโครงการฯ ตามกรอบแนวคิดในภาพที่ 2 ข้างต้น ประกอบด้วยหัวเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1) กระบวนการมองอนาคตที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ โดย ดร.นเรศ ดำรงชัย
 - 2.2) เป้าประสงค์ (Goals) (หรือเดิมใช้คำว่า ค่านิยม) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยาม แนวคิดหรือความหมายเชิงปฏิบัติการ เหตุผลสนับสนุนความสำคัญ เงื่อนไขของการบรรลุผล ความเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์อื่นๆ และสถานการณ์โดยย่อในประเทศไทย โดยประกอบด้วยบทความ 5 เรื่อง ซึ่งสะท้อนเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 10 ประเด็น ได้แก่
 - (1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และได้มาตรฐาน หรือเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost containment) ของระบบบริการสุขภาพ (โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
 - (2) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) หรือมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor) (โดย ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)
 - (3) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care) หรือความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care) (โดย รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ศูนย์สารสนเทศวิจัยระบบยา)
 - (4) สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม (Compulsory Equitable Benefit) หรือสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing) (โดย รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ศูนย์สารสนเทศวิจัยระบบยา)

- (5) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market) หรือระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed or socialized system) (โดย ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

2.3) ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers, KSD) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีเนื้อหาครอบคลุม สถานการณ์ในประเทศโดยย่อ ลักษณะผลกระทบ และอิทธิพลที่ต่อความพยายามในการบรรลุถึงเป้าประสงค์ต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ และรูปธรรมหรือเครื่องชี้วัดระดับที่สำคัญของปัจจัยนั้น โดยประกอบด้วยบทความ 8 เรื่อง ได้แก่

- (1) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพที่อาจถูกควบคุมเข้มงวดมากขึ้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการในระบบตามกรอบสิทธิประโยชน์ที่กำหนดและระดับของคุณภาพที่คาดหวัง (โดย ร.ท.ประวิช สุขุม สำนักงานงบประมาณ)
- (2) ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยมีแนวโน้มไปสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (โดย นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- (3) ความท้าทายที่เป็นปัจจัยผลักดันด้านทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดย นพ.ทศนกร โนรี สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ)
- (4) นโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย (โดย ผศ.นพ.วินัย สิริลัมพินี โรงพยาบาลคลองขลุง)
- (5) ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของระบบบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ให้บริการและทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนผ่านกลไกต่างๆ ตลอดจนการฟ้องร้องขยายตัวขึ้น (โดย นายรัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์)
- (6) แนวโน้มในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน (โดย นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ)
- (7) โรงพยาบาลต่างๆ ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการ และปรับตัวเพื่อประสิทธิภาพขององค์กร รองรับการแข่งขันและเพื่อความอยู่รอดทางการเงินมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นองค์กรมหาชน (โดย นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)
- (8) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน)

- 2.4) ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainty factors, UF) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเนื้อหาครอบคลุมสถานการณ์ของปัจจัยความไม่แน่นอน ทิศทางต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้ตลอดจนลักษณะผลกระทบและอิทธิพลที่มีต่อความพยายามในการบรรลุถึงเป้าประสงค์ต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ โดยประกอบด้วยบทความ 6 เรื่อง ได้แก่
- (1) การเปลี่ยนแปลงของระบบอภิบาลและการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ (โดย รศ.นพ.นิพิฐ พิรเวช ศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพไทย)
 - (2) การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญ อย่างต่อเนื่องและซ้ำซากจนเป็นภาระแก่ระบบ (โดย รศ.นพ.นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
 - (3) ความไม่แน่นอนอันเนื่องจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงอัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญต่อแนวโน้มในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โดย ดร.พิสุภา หวังเจริญรุ่ง มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (มูลนิธิ สวค.) กระทรวงการคลัง)
 - (4) ความไม่แน่นอนจากผลกระทบของภัยธรรมชาติที่รุนแรงต่อโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุข (โดย ศ.ดร.ปณิธาน ลักคุณะประสิทธิ์ ศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านวิศวกรรมแผ่นดินไหวและการสั่นสะเทือน คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
 - (5) การขยายวงของปัญหาการก่อการร้ายภายในประเทศ (โดย นาวาเอก ดร.สมัย ใจอินทร์ กรมพัฒนาการช่าง กรมอุทกหารเรือ)
 - (6) ความไม่แน่นอนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการระบบ (โดย ดร.นำชัย ชีววิวรรธน์ ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ)
- 3) พัฒนาชุดคำถามเพื่อใช้ขอความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อิทธิพลของปัจจัยผลักดัน และอิทธิพลของปัจจัยความไม่แน่นอน
- การกำหนดชุดคำถามมีแนวทางดังนี้
1. ขอบเขตของคำถาม เป็นประเด็นที่ครอบคลุมเรื่องเป้าประสงค์ ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีการกำหนดเป็นเรื่องที่มีการทบทวนทางวิชาการไว้ในโครงการนี้
 2. การกำหนดให้การถามขอความเห็นเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ถามในลักษณะของ Trade-off ระหว่างประเด็นที่มักได้รับการกล่าวถึงว่ามีลักษณะ

ที่แข่งขันหรือต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง จากจำนวน 10 ประเด็นจัดเป็น 5 หัวเรื่องของเป้าประสงค์เป็นคู่ ตามที่มีการจัดทำเอกสารวิชาการร่วมกันไว้

3. การกำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันจะประเมินอิทธิพลของปัจจัยผลักดันดังกล่าวที่ผู้ให้ความเห็นเห็นว่าจะมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวอาจมีได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ
4. การกำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอนจะประเมินอิทธิพลของปัจจัยผลักดันดังกล่าวที่ผู้ให้ความเห็นเห็นว่าจะมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวอาจมีได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

นำร่างชุดคำถามเบื้องต้น ผ่านที่ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงข้อคำถาม โดยคณะทำงานฯ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตัดสินใจเลือกจะถามถึงปัจจัยผลักดันใดที่จะมีผลต่อเป้าประสงค์ใดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะไม่ถามในทุกคู่ที่เป็นไปได้ระหว่างปัจจัยผลักดันและเป้าประสงค์ หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยปรับปรุงชุดคำถามเป็นร่างฉบับสมบูรณ์ และนำร่างชุดคำถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานฯ อีกครั้ง เพื่อรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สุดท้ายคณะผู้วิจัยปรับปรุงชุดคำถามอีกครั้ง เป็นชุดคำถามฉบับสมบูรณ์

- 4) ระหว่างการทบทวนชุดคำถาม มีการนำเสนอชุดคำถามต่อกลุ่มทำงานพัฒนาโปรแกรม e-delphi เพื่อแปลงชุดคำถามเป็นแบบสอบถามที่จะปรากฏในโปรแกรม e-delphi โดยมีการประชุมเพื่อทบทวนและปรับปรุงรูปแบบของการนำเสนอคำถาม รวม 3 ครั้ง เพื่อนำมาใช้ในการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อเป้าประสงค์ (Goals) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระดมสมองกำหนดปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers, KSD) ตลอดจนปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainty factors, UF) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชุดคำถามร่างสุดท้ายที่ผ่านการพิจารณาของคณะทำงานฯ แล้ว ประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับหลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

- การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ VS. การควบคุมค่าใช้จ่าย
- การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม VS. การสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้
- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง VS. สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือก
- คุ้มครองโรคทั่วไป VS. คุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- การแข่งขันในระบบตลาด VS. การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

โดยตัวคำถามได้แก่ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน” จำนวน 5 ข้อ ทั้งนี้ได้มีการกำหนดคำตอบต่อคำถามดังกล่าวเป็นคู่ เพื่อให้ผู้ตอบตัดสินใจให้น้ำหนัก ระหว่างเป้าประสงค์ใน 2 ด้านดังกล่าว โดยจะมีการให้ข้อมูลอธิบายประกอบทางเลือกแต่ละด้านอย่าง ย่อยๆ คำถามทั้งหมดสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 4 ต่อไปนี้

(1)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
- การประกันการเข้าถึงบริการถ้วน หน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

- มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
- แนวทางที่ใช้ในการบริการเป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้
- ย่อมต้องใช้ทรัพยากร

บริการโดยควบคุมค่าใช้จ่าย

- ลดความเสี่ยงการเปลี่ยนทรัพยากรในส่วนที่ไม่จำเป็น หรือเพื่อให้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพและการทำตามมาตรฐาน

(2)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- เพื่อทุกคน
- เพื่อผู้ยากไร้และ ผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน

- เป็นสิทธิของประชาชน ที่ทุกคน ได้รับเหมือนกัน
- จะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้

หลักประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส

- มุ่งช่วยเหลือผู้ที่มีความช่วยเหลือมาก หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เป็นหลัก
- ไม่ใช้สิทธิสำหรับทุกคน

(3)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค
- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้สิทธิ ประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับทุกคน

- สิทธิประโยชน์ในระบบที่มีสิทธิ ทุกคนจะได้รับเหมือนกันหมด ไม่ เปิดโอกาสหรือทางเลือกให้ผู้ที่ สามารถร่วมจ่ายได้ ชื่อหรือได้รับ สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม

สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้

- สิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพ พื้นฐานสำหรับทุกคน และ
- ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการ สุขภาพบางเรื่องให้เลือกซื้อ หรือร่วมจ่ายเพิ่มเติมได้

(4)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- เน้นความคุ้มครองการรักษาโรค ทัวไป ในบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ
- เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วย ที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาโรคทั่วไป

- คุ้มครองความเจ็บป่วยใน ชีวิตประจำวันที่ประชาชนส่วน ใหญ่เป็นกัน ทำให้ไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่าย
- First-dollar coverage

ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- มุ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ถือเป็น Catastrophic illness
- ใช้งบประมาณน้อยกว่า แต่ ประชาชนอาจต้องมีส่วนร่วมจ่าย สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป

(5)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- ส่งเสริมการแข่งขันในระบบ ตลาด (Market competition)
- ส่งเสริมระบบการบริหารภายใต้ การจัดการภาครัฐ เพื่อสังคม (Managed socialized system)

การแข่งขันในระบบตลาด

- ระบบหลักประกันสุขภาพอาศัย แรงจูงใจทางการเงินร่วมกับการมี ทางเลือกให้ประชาชนสามารถ เลือกผู้ให้บริการได้ ส่งเสริมให้ ผู้ให้บริการแข่งขันกันเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ

สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้

- รัฐเข้ามาจัดรูปแบบและ ทางเลือกในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนจะ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เป็นธรรม

ภาพที่ 1.4 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ 5 ข้อ

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น หรือกำลังจะเกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม ที่มีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ได้แก่ งบประมาณ อายุของ ประชากร บุคลากรทางการแพทย์ การกระจายอำนาจ ความต้องการ/คาดหวังของประชาชน เทคโนโลยี การบริหารโรงพยาบาลภาครัฐ นโยบายบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพ

โดยตัวคำถามได้แก่ “ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อง เป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่” โดยผลกระทบต่อการบรรลุ เป้าประสงค์ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

- ➡ ผลกระทบเชิงบวก (+1) หมายถึง มีผลส่งเสริมการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้
- ➡ ไม่มีผลกระทบใดๆ (0)
- ➡ ผลกระทบเชิงลบ (-1) หมายถึง มีผลขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

คำถามทั้งหมดมี 16 คำถาม แต่ละข้อจะถามผลกระทบของปัจจัยผลักดันต่อเป้าประสงค์ ที่จับคู่ไว้ 2 ประเด็น ทำให้จำนวนคำถามย่อยรวมเป็น 32 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
2) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
3) ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
4) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	
มีผลกระทบต่อ	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
	ส่งเสริมระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

5) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	
มีผลกระทบต่อ	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
6) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	
มีผลกระทบต่อ	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)
7) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	
มีผลกระทบต่อ	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
8) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
9) ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
10) ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
11) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
12) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

13) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
14) โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
15) นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
16) นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ	
มีผลกระทบต่อ	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอน

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไมทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ไปในทิศทางหรือรูปแบบอย่างไร โดยเลือกมา 4 ประเด็น ได้แก่

- บทบาทภาคเอกชนในการบริหารระบบหลักประกัน
- การเกิดเหตุการณ์ Pandemic
- วิฤติเศรษฐกิจ
- Breakthrough technology

โดยตัวคำถามได้แก่ “ปัจจัยความไม่แน่นอนหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร” โดยผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

- ➡ ผลกระทบเชิงบวก (+1) หมายถึง มีผลส่งเสริมการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้
- ➡ ไม่มีผลกระทบใดๆ (0)
- ➡ ผลกระทบเชิงลบ (-1) หมายถึง มีผลขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

คำถามทั้งหมดมี 5 คำถาม แต่ละข้อจะถามผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอนต่อเป้าประสงค์ที่จับคู่ไว้ 2 ประเด็น ทำให้จำนวนคำถามย่อยรวมเป็น 10 ข้อ ต่อไปนี้

1) การให้ภาคเอกชนเข้ามามีบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ	
มีผลกระทบต่อ	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
2) การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก จนเป็นภาระแก่ระบบ	
มีผลกระทบต่อ	เพื่อทุกคน
	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก
3) การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ	
มีผลกระทบต่อ	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
4) การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ	
มีผลกระทบต่อ	เพื่อทุกคน
	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก
5) การเกิดขึ้นของ Breakthrough technology ที่เปลี่ยนโฉมบริการที่เคยมีอย่างสิ้นเชิง	
มีผลกระทบต่อ	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

- 5) ส่งหนังสือชี้แจงรายละเอียดโครงการ และการทำงาน เชิญชวนผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกติดตามการตอบรับเป็นคณะผู้ทรงคุณวุฒิ
- 6) จัดประชุม kick-off เพื่อประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม Real time e-delphi เพื่อตอบแบบสำรวจกลั่นกรองเป้าประสงค์ (Goals) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระดมสมองกำหนดปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers, KSD) ตลอดจนปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainty factors, UF) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 7) เก็บผลสำรวจผ่านระบบ Real time e-Delphi ผ่าน Internet ประมวลผลความคิดเห็น Real time e-delphi และแสดงผลบนระบบเครือข่าย server ให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นผลความคิดเห็นของตนเอง และค่าเฉลี่ยของผู้ที่ได้ตอบคำถามก่อนหน้านี้ได้ทันที (real time) โดยผู้ทรงคุณวุฒิต้องเข้าไปตอบคำถามและให้ข้อคิดเห็นที่สมบูรณ์อย่างน้อย 1 รอบ และสามารถปรับข้อคิดเห็นของตนเองได้ในรอบต่อมา ตามวิจารณ์ของคณะทำงาน โดยให้ช่วงเวลาในการร่วม

- 8) วิเคราะห์ผลระดับคะแนนการแสดงความคิดเห็นผ่าน e-delphi นำส่วนของระดับคะแนนความคิดเห็นต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 ข้อ มาวิเคราะห์ด้วย Kmeans partition cluster analysis เพื่อจัดกลุ่มย่อยของผู้ทรงคุณวุฒิ เข้าสู่การประชุมเพื่อสร้างภาพอนาคตต่อไป
- 9) คณะทำงานจัดเตรียมเอกสารสำหรับการประชุมเพื่อสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก 10 ปีข้างหน้า ประกอบด้วย
 - a. แบบสรุปข้อมูลเป้าประสงค์
 - b. เอกสารสรุปสถานการณ์ปัจจัยผลักดันระบบ KSD ในปัจจุบัน และปัจจัยความไม่แน่นอน UF
 - c. สรุปผลตารางแสดงอิทธิพลของ KSD ต่อเป้าประสงค์
 - d. สรุปความเห็นต่อปัจจัยความไม่แน่นอนที่สำคัญ (UF)
 - e. แบบประเมินอิทธิพลของปัจจัยความไม่แน่นอน UF ต่อเป้าประสงค์
 - f. ข้อเสนอแนะสำหรับกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต
- 10) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคต 10 ปีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าประสงค์ และปัจจัยผลักดันระบบ (KSD) และปัจจัยความไม่แน่นอน โดยแยกการสังเคราะห์ภาพอนาคตเป็น 4 กลุ่มย่อย และนำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้ภาพอนาคตที่มีความเป็นไปได้สูงสุด (Plausible and preferred scenario) พร้อมทั้งสร้างฉากทัศน์ทางเลือก (Alternate scenario) ที่น่าเป็นไปได้อีก 2-3 ฉากทัศน์ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญในสวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน ได้แก่
 - 10.1) กำหนดประเด็นหลักของโครงเรื่องของภาพอนาคต โครงเรื่องของภาพอนาคตแต่ละภาพ ได้มาจากแนวโน้มและความไม่แน่นอน 3-4 ข้อเรียกว่า ประเด็นหลัก (scenario logics) อาจใช้แนวโน้มหรือความไม่แน่นอนข้อหนึ่งข้อใดเป็นประเด็นหลักของภาพอนาคต และใช้ข้ออื่นๆ ประกอบเป็นประเด็นรองก็ได้
 - 10.2) เขียนภาพอนาคต ภาพอนาคตนั้นเป็นเรื่องเล่า (narrative) เหตุการณ์ในอนาคต เพื่อให้เรื่องเล่าเป็นที่น่าสนใจอาจนึกถึงข่าวพาดหัวหนังสือพิมพ์ในวันนั้น ซึ่งอาจมีตัวละครแล้วเล่าเหตุการณ์ที่ตัวละครนั้นประสบในวันหนึ่ง หรืออาจเป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยทั่วไปก็ได้ หลังจากเขียนภาพอนาคตเสร็จแล้ว ควรมีการตรวจสอบความเป็นไปได้จากข้อมูลและหลักฐาน
 - 10.3) นำเสนอภาพอนาคต กลุ่มย่อย 4 กลุ่ม นำเสนอผลเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง แล้วนำข้อมูลที่ได้ผลดังกล่าวมาสังเคราะห์ภาพอนาคตหลักที่มีความเป็นไปได้สูงสุด และภาพอนาคตทางเลือก
- 11) ประชุมคณะผู้วิจัยเพื่อสรุปเนื้อหาการประชุม และจัดทำร่างเอกสารสรุปผลการศึกษา ร่วมกับการประชุมคณะทำงาน เพื่อทบทวนผลการศึกษาทั้งหมด และนำข้อคิดเห็นมาจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

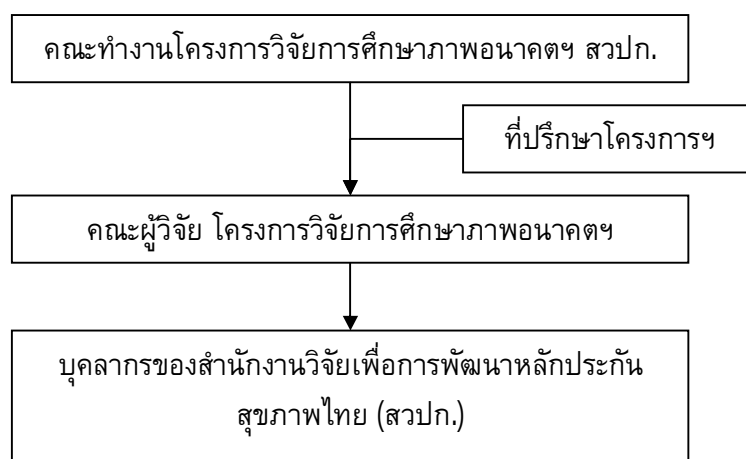
ระยะเวลาดำเนินงานและงบประมาณ

โครงการนี้ใช้เวลาดำเนินงานตั้งแต่สิงหาคม 2550 ถึงกันยายน 2551 รวมทั้งสิ้น 14 เดือน และใช้งบประมาณจากแหล่งทุนวิจัย 3 แหล่ง ได้แก่

1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้วิจัย และคณะทำงานในโครงการฯ

โครงสร้างองค์กรของผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นดังภาพที่ 5



ภาพที่ 1.5 โครงสร้างองค์กรของโครงการวิจัยฯ

คณะทำงาน

1. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (प्रधान)
2. นางจิราภรณ์ เกษรสุจริต สำนักงานประกันสังคม
3. นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. นพ.ถาวร สกุกพาณิชย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. รศ.นพ.นิพิฐ พิรเวช ศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพ
6. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นพ.ภูษิต ประคองสาย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
8. นพ.วิทยา ต้นสุวรรณนนท์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
10. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
11. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
12. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
13. นพ.สุชาติ สรณสถาพร สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
14. รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
15. รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
16. นพ.อำนาจ กาจันะ กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ

ดร.ชาตรี	ศรีไพพรรณ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม กระบวนการมองอนาคต

ดร.นเรศ ดำรงชัย และคณะ

บทที่ 2

บททบทวนวรรณกรรมกระบวนการมองอนาคต

กรอบการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทความตีพิมพ์ที่ปรากฏอยู่ในวารสารวิชาการต่างประเทศ จากฐานข้อมูลสิ่งตีพิมพ์วิชาการจำนวนมาก พบว่ามีบทความตีพิมพ์จำนวนไม่มากนักที่ระบุถึงการศึกษาวิจัยเชิงมองอนาคตที่เป็นเรื่องของระบบหลักประกันสุขภาพโดยตรง โดยมากพบว่าเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการมองอนาคตเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือมีเช่นนั้นก็เป็นบทความที่เกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ

ในบททบทวนวรรณกรรมนี้ จึงได้พยายามคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศหรือภูมิภาคต่าง ๆ ในโลกเป็นหลัก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ยุโรป (ฟินแลนด์ สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์) ญี่ปุ่น และแอฟริกาใต้ (ส่วนที่ 1)

นอกจากนี้ยังได้ทบทวนเพิ่มเติมวรรณกรรมบางส่วนที่เป็นบทความหรือผลงานทางวิชาการที่กล่าวถึงการมองอนาคตปัจจัยผลักดันภายนอกที่มีผลกระทบต่อรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศหรือภูมิภาคนั้น ๆ เช่น การมองอนาคตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น (ส่วนที่ 2)

ในเบื้องต้น รายงานนี้จะนำเสนอบทความหรือผลงานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพในแต่ละประเทศ/ภูมิภาค จากนั้นจะประมวลวิเคราะห์วรรณกรรมทั้งหมดโดยจำแนกให้เห็น classification ของผลงานทั้งหมดที่นำมาทบทวนในครั้งนี้ ว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ของการศึกษาแบบมองอนาคต (foresight) อยู่ในระดับใด และวิเคราะห์ต่อไปถึงเหตุผล สถานการณ์ ความจำเป็น แรงผลักดัน หรือบริบทที่นำไปสู่การศึกษามองอนาคตของประเทศ/ภูมิภาคนั้น ๆ รวมไปถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการ foresight หรือวิธีการศึกษาของแต่ละผลงาน และท้ายที่สุดสรุปบทเรียน ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้สำหรับโครงการศึกษาวิจัยของประเทศไทย (ส่วนที่ 3)

ส่วนที่ 1

วรรณกรรมการมองอนาคตเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามรายประเทศ/ภูมิภาค

1. สหรัฐอเมริกา

การจำลองสถานการณ์ด้านการดูแลสุขภาพสาธารณะเกี่ยวข้องกับค่านิยม ซึ่งค่านิยมที่แตกต่างกันนำไปสู่อนาคตที่แตกต่างกัน ระบบดูแลสุขภาพในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกาประสบกับความยุ่งยากและต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ แต่ปัญหาจะไม่ถูกกล่าวถึงจนกว่าสาธารณชนจะมีความเข้าใจเพียงพอจนพัฒนาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับค่านิยมที่ต้องการในระบบใหม่ที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม สถานการณ์จำลองค่านิยมสามารถช่วยอธิบายถึงทางเลือกที่แตกต่างและกระตุ้นให้คิดถึงองค์ประกอบที่จะผลักดันค่านิยมที่สำคัญ ซึ่งจะนำมารวบรวมเพื่อแก้ปัญหาตามหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ระบบดูแลสุขภาพของอเมริกามีวิวัฒนาการมาจากค่านิยมพื้นฐานจนประสบภาวะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ไม่ได้รับการประกันสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ความปลอดภัยและคุณภาพรวมถึงความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพมีมากขึ้น

Institute for Alternatives Futures development ได้สร้างภาพจำลองสถานการณ์ไว้ 3 ภาพ ในรายงานการศึกษาเชิงมองอนาคตเรื่อง “USA: Healthcare 2025: Alternative views and underlying values” [1] ได้แก่

Scenario 1 : ใช้วิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพที่ดี

ในปี 2025 การวินิจฉัยโรค ยาและกระบวนการต่างๆที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการป้องกันและการบริหารจัดการโรคเรื้อรังด้วยความเข้าใจ การดูแลสุขภาพจะมาจากฐานข้อมูล ความปลอดภัย การร่วมมือกันโดยคำนึงถึงผู้บริโภคเป็นสำคัญ ความสำเร็จด้านการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นแรงผลักดันทางการตลาดของเศรษฐกิจประมาณ 22% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ

ในแง่ลบของการประสบความสำเร็จคือสังคมยังคงละเลยต่อการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน ส่งผลให้ประชาชนชาวอเมริกา 93 ล้านคนไม่มีการประกันสุขภาพ ต้นทุนทางสังคมสูงมากขึ้น คุณภาพชีวิตตกต่ำ และการดูแลสุขภาพยังคงเป็นประเด็นทางการเมืองที่สำคัญ วิทยาศาสตร์และตลาดเสรีจะไม่มีประสิทธิภาพในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชนอเมริกันได้อย่างทั่วถึง

- ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันในปี 2025

1. ระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทุกแหล่ง เพื่อหาวิธีการต่างๆ ในการประหยัดเงินตลอดจนวิธีการป้องกัน

2. ความเข้าใจในรายละเอียดของกระบวนการต่างๆ ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย จะทำให้เกิดการป้องกันความเสี่ยงในอนาคตได้อย่างถูกต้อง สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรักษาโรคโดยการป้องกันที่ตั้งเป้าหมายไว้
- การบริหารจัดการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ จะต้องใช้เทคโนโลยีเป็นตัวกระตุ้น โดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและการรักษาแบบใหม่ เช่น เครื่องมือตรวจวัดทางชีวภาพ (Bio-sensing) อุปกรณ์ที่รวบรวมจัดเก็บข้อมูลที่สามารถเข้าถึงและใช้งานได้, Pharmacogenomics

Scenario 2 : สุขภาพทั่วหน้า

ในปี 2025 ประชาชนทั่วโลกจะยอมรับยาของประเทศสหรัฐอเมริกาว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ และมีราคาที่เหมาะสมมากกว่ายาจากแหล่งอื่น ชาวอเมริกันทุกคนจะได้รับสิทธิการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล และมีตัวเลือกจากภาคเอกชนไว้ให้เลือก การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการจัดลำดับความสำคัญทางสังคมอย่างรอบคอบจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพได้ 12% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ นอกจากนี้จะทำให้ประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับการจัดอันดับที่ 2 จาก 15 ประเทศที่มีความก้าวหน้าในผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดวิกฤตการณ์การดูแลสุขภาพ

Scenario 3 : คนอเมริกันสามารถเลือกชีวิตที่มีสุขภาพดี

ตลอด 22 ปีที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงลดขนาดลงเป็นอุตสาหกรรมที่เน้นการรักษาโรคและการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมชีวิตการเป็นอยู่ที่ดีโดยการลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ข้อมูลมากกว่าครึ่งแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของคนอเมริกันเกิดจากความเชื่อ ความคิดและการกระทำของแต่ละบุคคลและสังคม แพทย์ทางด้านสุขภาพและผู้ให้คำปรึกษาด้านชีวิต เน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกกับลูกค้าและสร้างความแตกต่างในด้านคุณภาพและความหมายการดำรงชีวิตของคน ในปี 2025 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกือบครึ่งหนึ่งจะถูกใช้เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี การเกิดโรคภัยไข้เจ็บจะลดลง 35% และในปี 2040 โรคภัยไข้เจ็บจะลดลงถึง 65% จากต้นศตวรรษ

อภิปราย

Scenario 1 : ใช้วิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพที่ดี คนอเมริกันเชื่อว่าเทคโนโลยีจะรักษาได้เกือบทุกโรค และรู้สึกว่าการตลาดเสรีเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการให้บริการดูแลสุขภาพ

Scenario 2 : สุขภาพทั่วหน้า เน้นการหาวิธีการที่จะเข้าถึงประชาชนทุกคนโดยมีรัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงิน ซึ่งจะเป็นการสร้างผลลัพธ์ให้กับส่วนต่างของอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพ เน้นการป้องกันและการสร้างความสมดุลกับค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยใช้การลำดับความสำคัญทางสังคมกับ

ด้านอื่น ซึ่งผลที่ได้จากก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคาดหวังของประชาชน ระบบการให้บริการจะไม่มี การปรับเปลี่ยนมากนัก ยกเว้นการล้มเลิกการให้ประกันสุขภาพจากเอกชนและโรงพยาบาลที่แสวงหา กำไร

Scenario 3 : คนอเมริกันเลือกชีวิตที่มีสุขภาพดี กล่าวถึงคำถามพื้นฐานสำคัญ 2 ข้อคือ สุขภาพที่ดีคืออะไร และสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคในสังคมคืออะไร เป็นการแนะนำให้แต่ละบุคคลและสังคมที่มีความเจ็บป่วยสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายหากพวกเขาเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมของตนเอง การให้บริการเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีจะเกิดขึ้นในระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเสรี

นอกจากนี้ Institute for Alternative Futures ได้ทำการสำรวจค่านิยม ข้อคิดเห็นและเป้าหมายด้านสุขภาพที่คนอเมริกันต้องการ พร้อมทั้งได้เสนอแนวทางเลือกการดูแลสุขภาพในอนาคตไว้ 6 ทางเลือก ตามรายงานการศึกษาเมื่อปี ค.ศ.2005 เรื่อง *“US Health Care Design Choices”* [2] โดยแต่ละทางเลือกมีรายละเอียดดังนี้

1. การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การปรับโครงสร้างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น
 - ขยายเกณฑ์การมีสิทธิเข้าร่วมโครงการสวัสดิการสังคมของรัฐ (Medicaid), CHIPS, และ Medicare or FEHBP
 - ควรจัดเก็บภาษีหรือค่าธรรมเนียมจากรายได้มากกว่าการจัดเก็บจากผู้ที่ทำงานและมีค่าแรงต่ำ
- โครงการประกันกองทุนรวมแบบสมัครใจ
 - สร้างกองทุนประกันรวมของชาติหรือภูมิภาค โดยจัดให้มีทางเลือกเฉพาะตามแผนการดูแลสุขภาพทั้งสำหรับแต่ละบุคคลและลูกจ้าง
 - จัดหาเงินสงเคราะห์ให้กับบุคคลที่มีรายได้ต่ำพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ว่าจ้างช่วยเหลือเงินประกันให้กับลูกจ้างของตน
- โครงการ Pay-or-Play
 - กำหนดให้ผู้ว่าจ้างจัดหาประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานให้กับลูกจ้าง หรือช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายของพนักงานตามแผนการประกันสุขภาพสาธารณะ
 - ควรขยายแผนทางเลือกสาธารณะให้ครอบคลุมถึง Medicaid, Medicare, FEHBP หรือสามารถเลือกแผนเฉพาะของตนเองได้
- ระบบเงินภาษี (รัฐบาลเป็นผู้จ่าย)
 - รัฐบาลควรจัดโปรแกรมการจ่ายเพียงผู้เดียวหรือสร้างกองทุนประกันรวมเพื่อเป็นทางเลือกของแผนสุขภาพ
 - รัฐบาลควรนำรายได้จากการเสียภาษีของลูกจ้างและผู้จ้างมาใช้ในการจัดทำประกันสุขภาพ (โดยผู้สูงอายุและผู้ที่ไม่มียาจะถูกรวมอยู่ด้วยหรืออาจอยู่ในโปรแกรมใหม่ซึ่งรัฐและผู้รับเงินประกันช่วยกันจ่าย)

- หากเลือกแผนที่จะช่วยเหลือเงินประกันก็ไม่ควรเก็บค่าเบี้ยประกัน ส่วนการประกันภัยแบบอื่นๆ เช่น การประกันภัยร่วมกัน (coinsurance) หรือการจ่ายร่วมกัน (co-payment) อาจจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางอย่างร่วมกัน
- ใช้ระบบเครดิตภาษีของลูกจ้างแทนการลดหย่อนภาษีจากสวัสดิการด้านสุขภาพของนายจ้าง
 - ให้ผู้ว่าจ้างช่วยเหลือการเสียภาษีด้านการดูแลสุขภาพให้กับพนักงาน
 - ทุกคนควรจะได้รับเงินคืนจากการเสียค่าเบี้ยประกัน โดยไม่คำนึงว่าผู้จ้างได้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันไปเท่าไร
 - กระตุ้นให้ผู้บริโภคควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ
 - กลไกตลาดควรสร้างกองทุนจัดการความเสี่ยงที่เก็บเงินค่าเบี้ยประกันต่ำ โดยเบี้ยประกันนี้จะไม่ขึ้นอยู่กับสถานะของสุขภาพ และผู้ว่าจ้างควรจะทำให้ความสนับสนุน

2. ปรับปรุงผลที่จะได้รับให้เท่าเทียมกันทั้งในด้านความปลอดภัย คุณภาพและคุณค่า

- เชื่อมโยงการจ่ายเงินในการดูแลโดยการวัดจากผลที่ได้รับ
- สามารถเข้าถึง “Report Cards” ได้และผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกผู้ให้บริการและรับบริการ
- ใบอนุญาตและระบบเอกสารรายงานต่างๆ ของผู้ให้บริการจะต้องรายงานผลประโยชน์ที่จะได้รับ
- การแข่งขันทางการตลาดเสรีก้าวไปสู่ระดับการดูแลถึงที่และลูกค้ามีอิสระในการเลือกผู้ให้บริการและรับบริการได้ตามคุณค่า (คุณภาพและราคา)
- เร่งให้เกิดการพัฒนาการรวบรวมข้อมูลทางด้านเทคโนโลยีพื้นฐานของชาติ
- ลงทุนทางด้านเทคโนโลยีและพัฒนาการศึกษาหาหลักฐานทางการบำบัดโรค
- บริหารจัดการการติดโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดการการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดตั้งให้ลูกค้าเป็นศูนย์กลางในการดูแล

3. การบริหารค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

- เป้าหมายเพื่อต้องการลดการขยายตัวของระบบด้านสุขภาพ โดยให้ค่าเงินของสินค้าในประเทศของแต่ละปีเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ
- นำข้อมูลด้านเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามค่าใช้จ่ายและลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการลง พร้อมทั้งลดจำนวนข้อมูลที่มีมากเกินไปและไม่ได้ใช้งานให้เหลือน้อยลง
- ให้ผู้จ่ายเงินและลูกค้าสามารถเลือกผู้ให้บริการและรับบริการได้ตามมูลค่าที่จ่ายไปและผลประโยชน์ที่จะได้รับโดย

- ให้ผู้บริโภคเป็นผู้กำหนดวิธีการการจัดซื้อและการออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พร้อมทั้งผลักดันให้เกิดแผนการดูแลสุขภาพ
- Health Saving Accounts (HAS)
- อนุญาตให้พลเมืองของชาติอื่นสามารถซื้อการดูแลสุขภาพตามคุณภาพและมูลค่าได้ นอกเหนือจากระบบการจ่ายร่วมกันและการช้อบบังคับอื่นๆ
- รัฐควรปรับปรุงคุณภาพและผลที่จะได้รับในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น
- เบียดเบียนด้านสุขภาพและผลประโยชน์ที่ได้ควรจะต้องเทียบเคียงกันได้ ทั้งนี้แต่ละบุคคลควรจะต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมเพื่อซื้อบริการและความเอาใจใส่ที่ดีขึ้น
- การจัดตั้งงบประมาณด้านสุขภาพควรเชื่อมโยงกับค่าการขยายตัวของ GDP ของประชากรต่อคน โดยยึดถือการให้บริการที่ทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญ ส่วนกลไกอื่นๆ ในการกำหนดอัตรามาตรฐานควรพิจารณาจากสมมูลของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เก็บได้
- วางแผนจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน

4. จัดการการเงินให้ยุติธรรม

- เป้าหมายเพื่อลดหรือขจัดค่าใช้จ่ายหมุนเวียน (cost-shifting) ระหว่างบุคคลต่างๆ และผู้ดำเนินการของส่วนรวม ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและไม่ยุติธรรม
- ปัจจัยหลักที่ช่วยให้คนอเมริกันได้รับการประกันสุขภาพคือทุกคนได้รับการบริการตามที่ตัวเองจ่ายเงินไป
- ออกกฎให้ผู้ให้บริการเก็บค่าธรรมเนียมการบริการทุกคนเท่าเทียมกัน
- กำจัดโรงพยาบาลที่เรียกเก็บเงินผู้ที่ไม่ได้รับประกันและใช้อัตราเดียวกับแผนสุขภาพ
- ผู้ให้บริการมีความชัดเจนและมีประสบการณ์ในการจัดหาผลลัพธ์และอัตราค่าบริการให้ผู้บริโภคสามารถเลือกได้

5. การบริหารจัดการอย่างง่าย

- เร่งให้เกิดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีเข้ากับข้อมูลของประเทศ ระบบและมาตรฐานลับอื่นๆ เช่น electronic health record (EHR), computerized provider order entry (CPOE), electronic billing เป็นต้น
- จัดทำมาตรฐานข้อมูล หลักฐานอ้างอิงและกระบวนการอื่นๆ
- ปรับปรุงกฎระเบียบข้อบังคับให้สามารถรายงานผลได้รวดเร็วขึ้น
- ลดความหลากหลายและความสลับซับซ้อนของแนวทางการปฏิบัติงาน
- กำหนดรูปแบบของผลประโยชน์ให้ชัดเจน
- ออกแบบกระบวนการจัดการระบบให้ง่ายขึ้นโดยใช้วิสัยทัศน์ของลูกค้าเป็นแนวทาง

6. เห็นการป้องกันและการมีสุขภาพที่แข็งแรง

- ทิศทางการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของคนอเมริกันคือเพื่อลดภาวะการเกิดโรคตลอดจนการมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพแข็งแรง
- ชำระเงินคืนให้กับผู้ให้บริการที่ใช้ไปในประเมินความเสี่ยง การศึกษา การให้คำแนะนำ การป้องกันและการประสานงาน
- ให้คำแนะนำด้านชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การรับประทานอาหารและกิจกรรมการออกกำลังกายให้กับเด็กประถมและมัธยม
- ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสื่อแหล่งต่างๆ
- ในวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปกลุ่มคนทางสังคม เช่น ประชากร ภาครัฐกิจ โรงเรียน รัฐบาลต่างต้องทราบถึงความรับผิดชอบและหน้าที่ของตนเองในการช่วยเหลือด้านสุขภาพของคนในสังคม

สำหรับระบบการบริการดูแลสุขภาพของทหาร (Military Health Service System ; MHSS) ได้เสนอแนะแนวทางการจัดโครงสร้างแผนการดูแลสุขภาพของทหารในปี 2020 โดยสำรวจความคิดเห็นวิธีการ ความเป็นไปได้และความไม่แน่นอนของการดูแลสุขภาพในอนาคตของกลุ่มทหารจำนวน 200 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผ่านการอภิปรายทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งเรียกกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะนี้ว่า “MHSS 2020” มีการแบ่งขั้นตอนการศึกษาออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะแรก เริ่มดำเนินการในเดือนมกราคมและสิ้นสุดเมื่อเดือนเมษายนในปี 1996 มีกระบวนการการเรียนรู้การทำงาน การติดต่อสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ตให้มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดปัจจัยหลักและการพัฒนาการคาดคะเนภาพอนาคต วิสัยทัศน์และอำนาจที่มีอยู่

ระยะที่สอง ดำเนินการในเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายนในปี 1996 เป็นการพัฒนาและรวบรวมความสัมพันธ์ลักษณะเฉพาะทางทหารกับภาพอนาคตทั้ง 4 ภาพที่ได้สร้างขึ้นจากการพัฒนาวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ ซึ่งภาพอนาคตที่สร้างขึ้นก่อให้เกิดการจัดการและการรักษาโรคในแผนการดูแลสุขภาพของทหารในอีก 25 ปีข้างหน้า

ปัจจัยหลักที่นำมาใช้ในการสร้างภาพอนาคตมีด้วยกัน 9 ปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยด้านประเพณี ได้แก่ แรงผลักดันทางด้านสังคม ด้านเทคนิค เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการเมือง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ จำนวนประชากร การรักษาโรค องค์กรต่างๆ และการออกกฎระเบียบที่รวดเร็ว ภาพอนาคตที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ภาพเป็นการรวมแนวโน้มที่เกิดจากปัจจัยในด้านต่างๆ ไว้มากมายซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสามอย่าง (The Third Wave) คือระบบการบริการด้านสุขภาพของทหารในปี 2020 จะเป็นการกระจายอำนาจ มีผู้บริโภคนเป็นศูนย์กลางในการรักษาและมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม การรักษาในเขตสงคราม (warzone medicine) มีสถานบริการแบบเคลื่อนที่โดยอาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น ระบบการช่วยเหลือตัวเองอัตโนมัติ (auto self-aid system), เครื่องเตือนสถานะของแต่ละบุคคล

- (person status monitor), smart assistant terminals และ trauma pods พร้อมด้วย การจัดหาและพัฒนาเครื่องมือการพยากรณ์ การจัดการและการป้องกันการดูแลสุขภาพ ให้ครอบคลุมพื้นที่ที่ห่างไกล ช่วยลดความเสียหายและรักษาสันติภาพ
2. ในด้านมืด (The Dark Side) คือขาดการลงทุนทางด้านเทคโนโลยี การศึกษาและการ พัฒนาเทคโนโลยีไม่มีความก้าวหน้า เกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของทหาร โดยเฉพาะการรักษาในเขตสงคราม ขบประมาณในการดูแลสุขภาพลดลงและไร้ประสิทธิภาพ
 3. โลกมีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด (Global Mind Change) มีการ ปรับเปลี่ยนความคิดพื้นฐานของกฎข้อบังคับทางทหารและการรักษาโรค ความก้าวหน้า ทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ จะช่วยพัฒนาการรักษาโรคในเขตสงคราม เกิดการ ค้นคว้าและพัฒนาการรักษาโรคทางทหารให้ดีขึ้น
 4. การปรับเปลี่ยนรูป (The Transformation) การรักษาทางทหารและการดูแลสุขภาพ ของชาวอเมริกันจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยี เช่น “Health coach” เป็นโปรแกรมช่วยเหลือการเรียนรู้การดูแลสุขภาพของตนเอง, Ultra-miniature nanotechnology, “Cell herding machines”, “Immune machine” เป็นต้น

และระยะสุดท้ายเกิดขึ้นในต้นปี 1997 เป็นขั้นตอนที่น่าข้อคิดเห็นที่ได้จากการเรียนรู้และ พัฒนาเครื่องมือในระหว่างระยะแรกและระยะที่สองมาใช้ลงมือปฏิบัติ โดยการเผยแพร่ผลการศึกษา ระบบการบริการด้านการดูแลสุขภาพทางทหารให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันให้เกิดแผนการ ดูแลสุขภาพของทหารในปี 2020 ซึ่งจะต้องทำการสำรวจแนวโน้มความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่จะ เกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

อย่างไรก็ตามข้อคิดเห็นในรายงานนี้มีใช้แผนการดูแลสุขภาพทางทหารในอนาคต เป็นเพียง จุดเริ่มต้นของการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพทางทหารและการพัฒนากระบวนการวิเคราะห์ แนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงหวังว่าแนวทางดังกล่าวจะนำไปสู่วิธีการปฏิบัติและใช้เป็นเครื่องมือ ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางทหารในปี 2020 ก่อให้เกิดการสำรวจทางเลือกในอนาคต ต่อเนื่องไป และเป็นข้อมูลที่ใช้ตัดสินใจในการลงทุนเพื่ออนาคตที่ดีต่อไป

2. สหภาพยุโรป

สมาชิกของสหภาพยุโรปล้วนต้องการปรับตัวภาวะการณสูงวัย การจ้างงานและรูปแบบ ครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในอนาคต ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “Broken promises and/or techno dreams? The future of health and social services in Europe” [3] ได้กล่าวถึงวิสัยทัศน์ของยุโรป สำหรับการบริการด้านสุขภาพและสังคม สามารถแยกออกได้ 3 รูปแบบคือ 1. การคาดเดาที่ดีที่สุด 2. การแพร่กระจายของปัญหา 3. ภาพฝัน

การบริการด้านสุขภาพและสังคมมีความสำคัญมากขึ้นในขณะที่สังคมยุโรปมีการเจริญเติบโต แต่อุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นของบริการต่างๆ จากประเทศสมาชิกของยุโรปกำลังสร้างความกดดันในระบบดูแลสุขภาพและสังคมอย่างไม่เคยปรากฏ ระบบดูแลสุขภาพและสังคมของประเทศสมาชิกยุโรปกำลังอยู่ในช่วงปฏิรูปและเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ จึงทำให้เกิดความไม่แน่นอนและวิกฤติการณ์การสมดุลซึ่งประเด็นดังกล่าวทำให้การใช้ทรัพยากรในด้านการดูแลสุขภาพและสังคม มีปริมาณเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่แน่นอน การสร้างภาพอนาคตจะช่วยให้สามารถมองเห็นภาพเหตุการณ์ในอดีตไปจนถึงอนาคตได้

การบริการด้านสุขภาพและสังคมในยุโรป

การดูแลสุขภาพที่จัดหาโดยโรงพยาบาลและคลินิกในชุมชนเป็นการป้องกันโรค และการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บขั้นพื้นฐาน และยังเป็นกิจกรรมหลักทางเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก มีส่วนเพิ่มผลผลิตภักดิ์มวลรวมภายในประเทศ GDP (และอัตราการจ้างงานนับล้านคนในทวีปยุโรป ภาคการดูแลสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนมาก เนื่องจากไม่ได้ประกอบด้วยผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังประกอบด้วยผู้ให้เงินทุน) ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน (และผู้บริโภค) ผู้ป่วย (นอกจากนี้ภาคเศรษฐกิจที่สำคัญยังมีความเกี่ยวข้องกับการบริการดูแลสุขภาพด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นด้านเภสัชกรรมและผู้ขายอุปกรณ์ทางการแพทย์

การบริการด้านสังคมมีความหมายหลากหลาย ซึ่งรวมถึงการจัดหา การจ่ายเงินสวัสดิการ และเงินบำนาญ ในที่นี้หมายถึงงานที่จัดหาสวัสดิการให้กับประชากรหรือองค์กร และผลักดันให้ประชากรทุกคนได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึง ซึ่งประกอบด้วย เด็กและครอบครัว คนพิการทุพพลภาพ คนชรา (โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต) คนที่ไร้ยาเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการบริการที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีเจ้าหน้าที่รัฐและองค์กรอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ และมีภาคเอกชนอีกเล็กน้อย

การดูแลสุขภาพและบริการกำลังมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง รวมถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ การป้องกันการติดโรค และความต้องการของประชาชน ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพสังคมเพิ่มขึ้น โดยมีความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและสังคมมากขึ้น ประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป มีความแตกต่างกันหลายอย่าง เช่น วิธีการให้เงินทุน การจัดการบริการด้านการดูแลสุขภาพและด้านสังคม สำนักงานคณะกรรมการยุโรป ได้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลักคือ

1. ประเทศที่ให้บริการด้านสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ประเทศในกลุ่มนอร์ดิก อังกฤษ และไอร์แลนด์) ซึ่งใช้เงินทุนผ่านการเก็บภาษีทั่วไปเป็นหลัก
2. ประเทศต่างๆ ที่มีระบบฐานประกันสุขภาพ (ประเทศสมาชิกอื่นๆ) ซึ่งการร่วมมือขึ้นอยู่กับระดับการดูแลสุขภาพ และเป็นส่วนที่ประชาชนได้รับเงินชดเชยจากบริการที่ผู้บริโภคซื้อ

หลายปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพยังคงมีผลกระทบต่อการบริการทางสังคม โดยเฉพาะสังคมผู้สูงอายุ การบริการจากโรงพยาบาลและการดูแลในสังคมนั้นมีระบบจัดการแยกออกจากกัน ประเทศสมาชิกต่างๆ กำลังมองหาความร่วมมือให้การบริการทั้งสองกลุ่มมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การเปลี่ยนไปรับบริการที่บ้านและการใช้บริการที่โรงพยาบาลควบคู่กันโดยให้มีความคุ้มค่าและเหมาะสมมากขึ้น

แนวโน้มและแรงผลักดันที่มีผลกระทบต่อการบริการด้านสุขภาพและสังคม มีหลากหลายประเด็น ซึ่งประเด็นที่สำคัญมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและสังคม
2. ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นและบริโภคนิยม
3. ข้อมูลด้านสุขภาพและการจ่ายยาทางไกล
4. เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์
5. ต้นทุนของการจัดหาบริการด้านสุขภาพและสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและสังคม โดยเฉพาะสังคมของผู้สูงอายุ ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่อง การมีประชากรสูงวัย แต่ยังคงเกี่ยวข้องกับการสูงอายุของแรงงาน และการสูงวัยของผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้มีอายุ 80 ปี หรือสูงกว่า 80 ปี ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า การสูงอายุสามเท่า ประชากรที่สูงอายุและรูปแบบครอบครัวที่กำลังเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อการบริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมยุโรปต้องสามารถรับประกันการจ่ายเงิน และการให้บริการการดูแลสุขภาพได้

ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นและการบริโภคนิยม คนไขส่วนใหญ่มีความคาดหวังที่จะสามารถรับ บริการด้านสุขภาพที่ตนเองสามารถจ่ายเงินได้ และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการดูแลสุขภาพจากการ พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศถูกตั้งขึ้นเพื่อการ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และคาดว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นพื้นฐานบางอย่างกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสัมพันธ์ในการทำงานกับบุคลากรด้านสุขภาพ และมีผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพในอนาคต

เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์ จะช่วยลดต้นทุนด้านสุขภาพ เพิ่มชีวิตที่ยืนยาวและเพิ่ม คุณภาพชีวิตของประชาชน Genomics จะเป็นตลาดสำหรับการทดสอบการวินิจฉัยโรคและการใช้ยา ป้องกัน รวมถึงการรักษาติดตามผลและการบริการที่ใช้สนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษาด้านแนวทางการ ดำเนินชีวิต แต่การพัฒนาเหล่านี้ไม่ใช่เป็นปัจจัยหลักจนกว่าจะหลังปี 2015 เป็นต้นไป อีกทั้งการวิจัย ด้านเทคโนโลยีชีวภาพจะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพในเชิงลึก

ต้นทุนด้านสุขภาพและบริการทางสังคมจะเพิ่มสูงขึ้น การเติบโตของอุปสงค์เพิ่มขึ้นในอีก 10-20 ปีข้างหน้า และจะทำให้ทุกประเทศจำกัดค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องลดคุณภาพในการบริการ ผู้ให้ทุนที่เป็นองค์กรดูแลสุขภาพระดับชาติหลายแห่งกำลังพยายามกำหนดปัจจัยสำคัญที่จะครอบคลุมการดูแล

สุขภาพทั้งหมดโดยการใช้ภาษี หรือการให้เงินทุนประกันสังคม หากไม่สามารถให้ทุนได้ ประชาชนก็จำเป็นต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง

วิสัยทัศน์

การสร้างสถานการณ์จำลองด้านการดูแลสุขภาพในช่วงปี 2015 – 2020 มีพื้นฐานมาจาก 4 ประเทศ คือ เยอรมัน สวีเดน อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา โดยทุกวิสัยทัศน์นั้นควรจะประกอบด้วย

1. สังคมผู้สูงอายุและแรงงานสูงวัย การเพิ่มขึ้นของอายุขัย
2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว และการเพิ่มขึ้นของครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียว
3. การรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม, การต้านทานยาชีวภาพเพิ่มขึ้น การมีวิถีชีวิตแบบใหม่
4. การตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และลัทธิบริโภคนิยม
5. การแพร่หลายและประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ
6. ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นและการใช้ genomics ในทางการแพทย์ และสาขาชีวโมเลกุลอื่นๆ
7. นโยบายในด้านการดูแลสุขภาพและสังคมที่กำลังดำเนินอยู่

ในพื้นที่ของสถานการณ์ต่างๆ ก็จะมีปัจจัยที่ไม่แน่นอน 9 ปัจจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชากร
2. วิถีชีวิตและค่านิยม
3. ยุทธการให้เงินทุนด้านการดูแลสุขภาพและสังคม
4. การป้องกันและการดูแลตนเอง
5. ความต้องการบริการดูแลตนเอง
6. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างแพร่หลาย
7. Genomics และเทคโนโลยีชีวภาพ
8. การดูแลพื้นฐานและการดูแลทางสังคม
9. องค์กรที่จ้างงานและทักษะของแรงงาน

จากตัวชี้วัดดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการสร้างวิสัยทัศน์ได้ 3 ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์แบบที่ 1 การคาดเดาที่ดีที่สุด

วิสัยทัศน์นี้มีเป้าหมายที่จะบรรลุผลภายในปี 2015 – 2020 โดยคนส่วนใหญ่จะมีอายุขัยเพิ่มขึ้นและมีสุขภาพดี ความเป็นปัจเจกชนและบริโภคนิยมมีมากขึ้นกว่าในปัจจุบันแต่ยังสามารถอยู่รวมกันในสังคมได้ เทคโนโลยีสารสนเทศมีผลต่อการให้บริการและการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ มีการประยุกต์ใช้ genomics และเทคโนโลยีชีวภาพที่ก้าวหน้าอื่นๆ อย่างกว้างขวาง การ

บริการด้านสุขภาพและสังคมมีการปรับปรุงใช้เวลาในโรงพยาบาลน้อยลง แรงงานด้านบริการดูแลสุขภาพและสังคมมีทักษะในการผสมผสานและใช้เทคโนโลยีใหม่ได้อย่างคล่องแคล่ว

วิสัยทัศน์แบบที่ 2 การแพร่กระจายของปัญหา

การปฏิรูปไม่มีประสิทธิภาพ การให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในภาวะวิกฤต ประชากรมีอายุขัยน้อยลงและมีสุขภาพไม่ดี คนสูงอายุถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม ระบบสวัสดิการไม่มีประสิทธิภาพ และไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้จากเทคโนโลยีและ genomics ได้อย่างเต็มที่ เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้ทุน ผู้จัดหาทุน และผู้รับทุนด้านบริการสุขภาพและสังคม ความเป็นปัจเจกชนและบริโภคนิยมขยายตัวในการดูแลสุขภาพและสังคม การประชาสัมพันธ์ด้านการดูแลและป้องกันสุขภาพได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและคาดหวังว่าผู้ให้ทุนจะจัดหาเทคโนโลยีที่เฉพาะเจาะจงสามารถดูแลรักษาโรคและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เกิดภาวะขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและสังคมขณะที่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อแรงงานผู้สูงอายุเป็นไปได้ยาก

วิสัยทัศน์แบบที่ 3 ภาพฝัน

วิสัยทัศน์นี้คาดการณ์ว่าอายุขัยของประชากรจะเพิ่มขึ้น 10 ปี (สูงกว่าแนวโน้มในปัจจุบัน) ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองมากขึ้น และมีการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นฐานใหม่ๆ เช่น พันธุวิศวกรรมและการป้องกันการสูงอายุ คนที่ยากจนในสังคมได้รับประโยชน์จากการรณรงค์ให้ใส่ใจกับสุขภาพ แรงงานผู้หญิงจะสูงอายุมากขึ้น เทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) และ genomics จะช่วยเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการให้เกิดผลและการให้บริการ ขณะที่ความเป็นปัจเจกชนและบริโภคนิยมมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการการบริการทางสังคมและเรียกร้องให้มีกฎหมายในการดูแลสุขภาพที่เป็นกลาง แรงงานด้านการดูแลสุขภาพและสังคมมีทักษะผสมผสานและใช้เทคโนโลยีใหม่ได้ดี

การตอบสนองด้านนโยบาย

ในปี 1999 สำนักงานคณะกรรมการยุโรปเรียกร้องให้ประเทศสมาชิก มีส่วนร่วมในการปรับปรุงประสิทธิภาพและความมีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามทฤษฎีที่มีอยู่ โดย

- ลดความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพ และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนสามารถได้รับการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
- สร้างความเข้มแข็งในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว
- เน้นการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและติดตามปัญหาด้านสุขภาพ ลดต้นทุนและส่งเสริมชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น

โปรแกรมการปฏิรูปมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและจัดการดูแลสุขภาพที่คุ้มค่ากับต้นทุน ประกอบด้วย

- การปรับปรุงข้อมูลของราคาในการรักษาโรคที่แตกต่างกันเพื่อสร้างความมั่นใจว่าปัจจัยด้านราคาจะรวมอยู่ในการบริการด้านการดูแลสุขภาพ
- แนะนำกลไกทางการตลาดซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพ
- ลดค่าใช้จ่ายด้านเภสัชกรรม กระตุ้นให้ใช้ยาทั่วไปและจำกัดหรือห้ามการใช้ยาที่มีราคาแพง
- มอบหมายความรับผิดชอบไปยังระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น และในบางกรณีอาจรวมถึงโรงพยาบาลแต่ละแห่งและนักปฏิบัติการณ์ทั่วไป
- เพิ่มการพัฒนาบริการที่บ้านเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านตนเองมากกว่าไปสถาบันเพื่อสุขภาพที่มีราคาแพง
- จำแนกและการจัดแนวทางด้านสุขภาพโดยใช้มาตรการตัวชี้วัดด้านสุขภาพ เช่น โภชนาการ การสูบบุหรี่ ความเครียด และความยากจน
- พัฒนาการจัดหาบุคลากรที่มีความเหมาะสมและมีทักษะ

บทสรุป

วิสัยทัศน์ทั้ง 3 รูปแบบเป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่มยุโรปอาจจะนำมาใช้ในปี 2020 โดยวิสัยทัศน์เหล่านี้กล่าวถึงกระบวนการทางสังคมระหว่างรัฐบาล องค์กรหุ้นส่วนทางสังคม ภาคธุรกิจ สำนักงานคณะกรรมการยุโรป และกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้เกิดกลยุทธ์ในอนาคต และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย ได้หารือเกี่ยวกับอนาคตของการดูแลสุขภาพและสังคมเพื่อวิสัยทัศน์ร่วมกัน ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่ท้าทายภาพในอนาคตตามที่ต้องการ

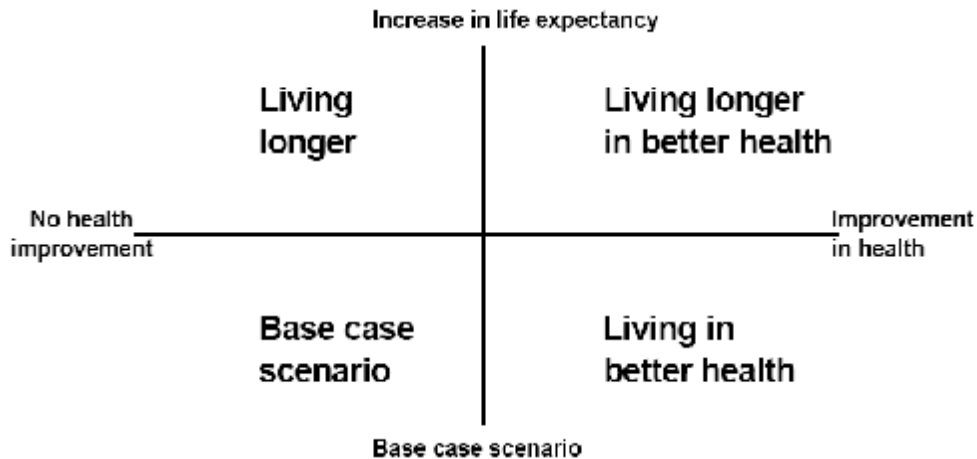
ผลงานศึกษาอีกชิ้นหนึ่งของสหภาพยุโรปได้แก่งานของ European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) [4] ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เงินค่าเบี้ยบำนาญ และระบบการเงินของรัฐบาลในประเทศยุโรปช่วงปี ค.ศ. 2002-2050 ตามรายงานเรื่อง “Alternative scenarios for health, life expectancy and social expenditure” โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และแนวโน้มของปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลทางสถิติของ 15 ประเทศในกลุ่ม EU เพื่อให้สามารถคาดการณ์ภาพอนาคตอันจะเกิดขึ้นในอีก 50 ปีข้างหน้า ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์และวิเคราะห์แนวโน้มทางสถิติประกอบด้วย

1. **สถิติประชากร** เป็นความสัมพันธ์ของจำนวนประชากรผู้ย้ายถิ่นฐาน อัตราการตายและอัตราการเกิด โดยข้อมูลทางสถิติของ Eurostat ปี 2000 มีแนวโน้มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุและผู้ที่เกิดใหม่มีเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเกิดลดลง จนทำให้ประชากรกลุ่มคนทำงานมีจำนวนลดลง

2. โครงสร้างการดูแลสุขภาพ ซึ่งวัดได้จากข้อมูลของ EPC (2001) ที่ได้แสดงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาในระยะยาวจำแนกกลุ่มตามช่วงอายุ
3. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ใกล้ตาย เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและประคับประคองในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตแต่ละบุคคล ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการรักษาในระยะยาวทั้งหมดจำแนกตามช่วงอายุ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ใกล้ตายนี้ส่วนใหญ่มักจะคงที่เกือบทุกปี
4. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแต่ละบุคคลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาในระยะยาวของผู้ที่สามารถมีชีวิตอยู่กับผู้ที่ใกล้ตายจำแนกตามกลุ่มอายุ
5. เงินค่าเบี้ยบำนาญ วัดจากจำนวนเงินทดแทนที่ให้กับผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี และมีสิทธิจะได้รับเงินค่าเบี้ยบำนาญตามเปอร์เซ็นต์ของค่า GDP ในปี 2000 ดังรายงานการศึกษาของ EPC (2001)
6. ตัวชี้วัดสุขภาพ เป็นการนำผลการศึกษการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของ FEDEA ซึ่งได้สำรวจสภาวะด้านสุขภาพและความคาดหวังในการมีสุขภาพที่ดีของชาว EU โดยผลการสำรวจดังกล่าวได้รับการรับรองจาก OECD ว่าสามารถบอถึงสถานะด้านสุขภาพของชาว EU ในช่วงปี 1978-2000 ได้น่าเชื่อถือหาแนวโน้มสุขภาพของชาว EU ในอนาคตบนสมมติฐานของสภาวะกีดกันต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย
7. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของกลุ่มกำลังคนของวัยทำงาน เป็นการคำนวณหาความสัมพันธ์และแนวโน้มที่อาจเป็นไปได้จำแนกตามกลุ่มอายุและลักษณะของสุขภาพ โดยที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวขึ้นอยู่กับกลุ่มแรงงานที่เกษียณอายุ ปัจจัยด้านการเงิน สุขภาพ อายุ การศึกษาและองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจและสังคม
8. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นการนำผลการศึกษาค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจำแนกตามสถานะของสุขภาพแต่ละคนตามแต่ละกลุ่มอายุ ดังรายงานของ Lubitz et al. (2003)
9. ระบบการเงินของรัฐบาล โดยใช้เครื่องมือ “sustainability gap” เป็นตัวบอกความแตกต่างของอัตราภาษีที่วางแผนไว้ในต้นปี เปรียบเทียบกับอัตราภาษีที่จำเป็นและครอบคลุมค่าใช้จ่ายของรัฐในปีนั้น โดยที่นโยบายของภาครัฐไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งคำนวณจากค่าใช้จ่ายทางสังคมเป็นเปอร์เซ็นต์ของ GDP ตามฐานข้อมูลของ OECD (2001)

จากปัจจัยข้างต้น ENEPRI ได้นำข้อมูลทางสถิติจาก Eurostat จากสมมติฐานทางด้านสังคม เอกสารอ้างอิง การมีส่วนร่วมของกลุ่มแรงงานและการเติบโตของผลผลิตมาวิเคราะห์และคาดคะเนแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยกำหนดให้อัตราที่เพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเท่ากับ 1.75% ต่อปี ซึ่งเท่ากับอัตราของ GDP ต่อแรงงานตามรายงานการศึกษาของ EPC ทั้งนี้เพื่อนำผลแนวโน้มที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงค่าใช้จ่ายและการวางแผนในการดูแลสุขภาพและเงินค่าเบี้ย

บ้านาญสำหรับกลุ่มสมาชิก EU ทั้ง 15 ประเทศ และจากการวิเคราะห์แนวโน้มของปัจจัยในด้านต่าง ๆ นั้น ENEPRI ยังได้นำมาปัจจัยในแต่ละด้านมาสร้างให้เกิดเป็นภาพอนาคตได้ 4 ภาพ ดังนี้



ภาพที่ 2.1 ปัจจัยที่นำมาสร้างให้เกิดภาพอนาคต

ภาพอนาคตที่ 1 : ชีวิตที่ยืนยาว (Living longer)

ด้วยเทคโนโลยีในการรักษาโรค การพัฒนาคุณภาพของยารักษาโรค การเปลี่ยนแปลงระบบวิวัฒนาการรูปแบบของการติดเชื้อและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน ต่างเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อัตราการตายมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มช่วงอายุ ส่งผลให้แนวโน้มของอัตราการตายลดลงและลดลงมากกว่าแนวโน้มของข้อมูลทางสถิติของ Eurostat ที่ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างภาพอนาคตครั้งนี้ ซึ่งสามารถจำแนกภาพอนาคตออกเป็น 3 ภาพเหตุการณ์ ได้แก่ ภาพอนาคตระดับต่ำ (low scenario) ซึ่งกล่าวว่าอัตราการตายของประชากรช่วงอายุ 55 – 85 ปีจะค่อยๆ ลดลงประมาณ 20% ในช่วงระหว่างปี 2000 – 2050 ภาพอนาคตระดับกลาง (middle scenario) กล่าวว่าแนวโน้มอัตราการตายของทุกกลุ่มช่วงอายุจะค่อยๆ ลดลงประมาณ 35.7% ขณะที่ภาพอนาคตระดับสูง (high scenario) จะลดลงถึง 50% ในกลุ่มประชากรช่วงอายุระหว่าง 20-90 ปี

ผลการคาดการณ์แนวโน้มอัตราการตายที่ลดลงจากภาพอนาคตทั้ง 3 ระดับแสดงให้เห็นถึงช่วงชีวิต (life expectancy) ของแต่ละบุคคลที่มีเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากกว่าผลที่ได้จากข้อมูลทางสถิติของ Eurostat ซึ่งความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นนี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (health care expenditures) มีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน โดยส่วนใหญ่ความคาดหวังของชีวิตมักจะมีอายุยืนยาว อัตราการตายมีจำนวนลดลง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการที่อัตราการตายมีจำนวนลดลงจะเกิดผลกระทบ 2 ทางคือ การที่อัตราการตายลดลงจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลงดังเช่นการที่มี 2-3 คนเสียชีวิต อีกด้านหนึ่งคือจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

เพราะจำนวนประชากรทั้งหมดจะมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นโดยผลสรุปแล้วการที่อัตราการตายลดลงจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

เมื่อมองถึงค่าใช้จ่ายพิเศษที่เพิ่มขึ้นจากการคาดหวังในชีวิตของภาพอนาคตระดับกลาง (middle scenario) จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก 0.6% ในประเทศ Spain, Germany เมื่อเทียบกับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐาน (base case scenario) และเพิ่มขึ้นอีกโดยเฉลี่ยที่ 0.4% ในกลุ่มประเทศ EU ขณะที่ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในระยะยาว (long-term care expenditures) ในอนาคตก็เพิ่มสูงขึ้นตามคาดหวังในชีวิตที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐานแล้วจะพบว่าค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในระยะยาวจะอ่อนไหวต่อกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมากกว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

หากเปรียบเทียบภาพอนาคตระดับกลางที่ต้องการมีอายุยืนยาว กับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐานจะพบว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในระยะยาวของประชากรกลุ่มประเทศ EU โดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นประมาณ 0.8% และเมื่อมองถึงเปอร์เซ็นต์ของ GDP ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของประเทศ Austria, Finland, Germany, Netherlands และ Sweden คาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพในระยะยาวเพิ่มสูงขึ้นถึง 10% ในปี 2050 ดังนั้นช่วงชีวิตที่เพิ่มขึ้นในอนาคตจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพในระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้การที่ประชาชนคาดหวังให้มีอายุยืนยาวมากขึ้น อัตราการตายมีจำนวนลดลงยังจะทำให้ค่าใช้จ่ายเงินค่าเบี้ยบำนาญสูงขึ้นด้วย เนื่องจากจะมีจำนวนคนที่ได้รับเงินเบี้ยบำนาญมากขึ้นและยาวนานขึ้น ซึ่งประเทศ Germany, Greece และ Spain จะได้รับผลกระทบมากที่สุดเมื่อวัดจากภาพอนาคตระดับกลาง โดยค่าใช้จ่ายเงินค่าเบี้ยบำนาญนี้จะเพิ่มขึ้นอีก 1.9%, 2.5% และ 1.8% ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอีก 1.4% ของกลุ่มประเทศ EU เมื่อเทียบกับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐาน

จะเห็นได้ว่าภาพอนาคตที่คาดหวังจะมีชีวิตที่ยืนยาวและลดอัตราการตายให้น้อยลงในอนาคตอีก 50 ปีข้างหน้า นั้น ล้วนแต่จะทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในระยะยาวรวมทั้งค่าใช้จ่ายเงินเบี้ยบำนาญเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบการเงินของภาครัฐ ดังนั้นเพื่อให้ระบบการจัดการทางการเงินของภาครัฐสามารถรักษาช่องว่างทางการเงินที่เกิดจากความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของประชาชนในภาพอนาคตระดับกลางเมื่อเปรียบเทียบกับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐานได้นั้น ภาครัฐควรมีกระบวนการจัดเก็บภาษีประชาชนให้เพิ่มขึ้นอีกโดยเฉลี่ยประมาณ 0.89% สำหรับกลุ่มประเทศ EU ทั้งหมด

ภาพอนาคตที่ 2 : ชีวิตที่มีสุขภาพดี (Living in better health)

ภาพอนาคตที่ทุกคนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ความต้องการในการรักษาโรคน้อยลง สภาวะสุขภาพของประชากรโดยเฉลี่ยดีขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดน้อยลง รวมทั้งค่าใช้จ่ายเงินค่าเบี้ยบำนาญ เพราะการที่มีสุขภาพดีขึ้นจะช่วยยืดอายุการปลดเกษียณและนำไปสู่การลดจำนวนของผู้ที่ขาด

ประสิทธิภาพในการทำงาน ลดจำนวนบุคคลที่มีอายุมากกว่า 55 ปีซึ่งจะได้รับผลประโยชน์จากเงินบำนาญ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มอัตราของกลุ่มแรงงานอีกด้วย ดังนั้นภาพรวมของการที่ประชากรมีสุขภาพดีจะช่วยให้ค่าใช้จ่ายสาธารณะลดน้อยลง

คาดการณ์ว่าการที่ประชากรมีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น 10% จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพในระยะยาวลดลงประมาณ 3% ในกลุ่มช่วงอายุ 0-64 ปี และลดลง 2% ในกลุ่มอายุที่มากกว่า 65 ปี นอกจากนี้ยังนำไปสู่การเพิ่มอัตราของกลุ่มแรงงานส่งผลให้ GDP เพิ่มขึ้นและการเพิ่มของสวัสดิการทางสังคม โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาในระยะยาวนี้จะเพิ่มขึ้นในส่วนของการสวัสดิการการรักษายาบาล

เมื่อเทียบกับภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐานจะพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของกลุ่มประเทศ EU โดยเฉลี่ยจะลดลงประมาณ 0.8% ส่วนค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาในระยะยาวจะต่ำกว่าแนวโน้มของภาพอนาคตพื้นฐานประมาณ 0.2% และเมื่อสรุปค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มประเทศ EU โดยเฉลี่ยแล้วจะลดลงถึง 0.9% เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายเงินบำนาญซึ่งจะลดลงเมื่อประชากรมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยคาดว่าจะลดลงถึง 0.9% เมื่อเทียบกับแนวโน้มภาพอนาคตจากข้อมูลพื้นฐาน

จากการที่ประชากรมีสุขภาพที่ดีขึ้นจะเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายโดยรวม ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายดูแลรักษาในระยะยาวและเงินบำนาญลดลงประมาณ 1.9% ของ GDP ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด อย่างไรก็ตามก็ค่าใช้จ่ายสาธารณะของภาครัฐก็ยังคงเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 3.7% ในระหว่างปี 2002-2050 จากต้นทุนในการปรับปรุงคุณภาพทางด้านสุขภาพ จึงทำให้เกิดช่องว่างของค่าใช้จ่ายในระบบการจัดการการเงินของภาครัฐ ดังนั้นภาครัฐจะต้องมีการปรับระบบการจัดการเงินให้สอดคล้องกับแนวโน้มของภาพอนาคตที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีเพื่อลดช่องว่างของค่าใช้จ่ายโดยการจัดเก็บภาษีให้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศ Finland และ Belgium หากยังไม่เพิ่มการจัดเก็บภาษีก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นอันเนื่องมาจากการเพิ่มประชากรของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามการปรับปรุงระบบการจัดการการเงินของภาครัฐก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มของประเทศ EU ต่อไป

ภาพอนาคตที่ 3 : ชีวิตที่มีสุขภาพแย่ (Living in worse health)

ภาพอนาคตของชีวิตที่มีสุขภาพแย่ อยู่ภายใต้พื้นฐานที่มีอัตราการเป็นโรคอ้วนของประชากรสูง ตามสถิติของประชากรในประเทศอุตสาหกรรม โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา Sturm (2002) มีการคำนวณว่าในปี 1998 มีค่าใช้จ่ายการรักษาถึง 36% กับผู้ที่มีภาวะโรคอ้วน จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ Finkelstein *et al* (2003) พบว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการแก้ปัญหาน้ำหนักเกินถึง 9% จะเห็นว่าโรคอ้วนเป็นภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ และมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น ในช่วงปี 1987-2001 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และผู้ที่มีภาวะโรคอ้วน เปรียบเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักปกติ คิดเป็น 25% หากแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินของ

ประชากรยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาน้ำหนักเกินจะเป็นปัญหาใหญ่ เป็นสาเหตุให้ประชากรสุขภาพไม่ดีและค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ที่มิภาวะอ้วนจะเป็นค่าใช้จ่ายหลักในค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคต อย่างไรก็ตามภาวะอ้วนยังไม่ปรากฏว่าทำให้เกิดปัญหาผู้พิการ ไร้ความสามารถ ดังนั้นปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กำลังคนของวัยทำงาน และความปลอดภัยในสังคม ยังเป็นเช่นเดียวกับภาพอนาคตที่ได้เสนอไปแล้ว

ในการคาดการณ์การดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพระยะยาวในภาพอนาคตประเภทนี้พบว่าค่าใช้จ่าย 2 ส่วนหลักๆ คือ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (0.8% ของ GDP) และค่าใช้จ่ายรักษาสุขภาพระยะยาว (0.2% ของ GDP)

ในส่วนของค่าใช้จ่ายค่าเบี้ยบำนาญในภาพอนาคตนี้ มีปัจจัยเกี่ยวข้อง 2 ปัจจัย คือ การลดลงของกำลังคนของวัยทำงาน และการเพิ่มขึ้นของผู้ที่ใช้ประกันสังคม

จากปัจจัยต่างๆ ในค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพระยะยาว และค่าใช้จ่ายเบี้ยบำนาญที่ส่งผลถึงระบบการเงินของรัฐบาล พบว่าในช่วงปี 2002 ถึง 2050 จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเบี้ยบำนาญสูงขึ้น 1.9% ของ GDP ในกรณีที่ประชากรมีสุขภาพไม่ดีจะเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นภาระของระบบการเงินค่าใช้จ่ายสาธารณะ และช่องว่างของความยั่งยืนสูงขึ้น 0.7 %

ภาพอนาคตที่ 4 : ชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี (Living longer in better health)

ภาพอนาคตการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และอายุยืนยาวเป็นภาพรวมของภาพอนาคตสองประเภทแรก โดยที่กำหนดว่าประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นโดยที่มีช่วงชีวิต (life expectancy) ยาวขึ้น ขณะเดียวกันความเป็นอยู่และสุขภาพโดยรวมของประชากรดีขึ้นด้วย

ในการคาดการณ์อนาคตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาวได้กำหนดให้ค่า GDP สูงขึ้น อันเป็นผลมาจากสุขภาพของประชากรที่ดีขึ้น และแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงขึ้น แต่ความเป็นอยู่ของประชากรมีคุณภาพสูงขึ้นด้วย ในด้านค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ การมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับภาพอนาคตพื้นฐาน (Base case scenario) เนื่องจากประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงไม่มีการรักษาสุขภาพมาก นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อระบบการเงิน การลดลงของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพนี้ ให้ผลกระทบในเชิงบวกต่อระบบการเงิน มากกว่าภาระรายจ่ายที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของช่วงชีวิต

ในส่วน of ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพระยะยาวจะเพิ่มขึ้น 0.1% สำหรับค่าเฉลี่ยจากประเทศในสหภาพยุโรป โดยที่บางประเทศมีค่าดูแลสุขภาพระยะยาวต่ำลง เช่น เยอรมนี และอิตาลี ซึ่งเป็นประเทศที่มีโครงการใหญ่ด้านการพัฒนาสุขภาพ แต่ในภาพรวมแล้วการมีชีวิตที่ยืนยาวจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น โดยเฉพาะเนเธอร์แลนด์และเดนมาร์ก

ในภาพรวมของการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาพอนาคต “ชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี” จะมีค่าลดลงเมื่อเทียบกับภาพอนาคตพื้นฐาน โดยที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีผลมากกว่าค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพระยะยาว อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์นี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

คือ 1) กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพสูงขึ้น (เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร)ซึ่งเป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพระยะยาว 2) กลุ่มที่มีทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี และไม่ดีในสัดส่วนเท่าๆกัน (เบลเยียม และสเปน) 3) กลุ่มที่ประชากรมีสุขภาพดี และผลของการลดลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้ผลมากกว่าการเพิ่มขึ้นของการดูแลรักษาระยะยาว อันเนื่องมาจากช่วงชีวิตที่ยาวขึ้น

การคาดการณ์ของค่าใช้จ่ายด้านเบี้ยบำนาญ พบว่าในภาพอนาคตการมีชีวิตยืนยาวที่มีสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรป 0.4% และต่ำกว่าภาพอนาคตพื้นฐาน การมีช่วงชีวิตที่ยาวขึ้น จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของเบี้ยบำนาญ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านรักษาสุขภาพระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้น

ผลของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในภาพอนาคตชีวิตยืนยาวที่มีสุขภาพดีต่อระบบการเงินภาครัฐ คือ การลดลงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการรักษาสุขภาพระยะยาว มีค่าสมดุลกับการเพิ่มขึ้นของค่าเบี้ยบำนาญที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตที่ยาวขึ้น (ค่าแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ตามความสามารถในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาสุขภาพ) ซึ่งส่งผลให้ช่องว่างของค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในระดับต่ำ ทั้งนี้ขึ้นกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขภายในประเทศ ซึ่งจะส่งผลต่อกำลังคนของวัยทำงาน และมีผลถึงการเพิ่มขึ้นของค่า GDP

การวิเคราะห์ผลของประชากรสูงวัยต่ออัตราดอกเบี้ย และอัตราเพิ่มของผลิตภาพ เพื่อให้สามารถเข้าใจว่าตัวแปรต่างๆ มีผลต่อค่าใช้จ่ายสาธารณะอย่างไร และสามารถเป็นค่าที่ใช้คาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาวได้หรือไม่ หรือยังมีผลของความไม่แน่นอนอยู่สูง รวมถึงการวิเคราะห์กำลังคนช่วงวัยทำงานที่จะมีผลในภาพอนาคตที่ดีที่สุดและที่แย่ที่สุด ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาของค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ คือ การพัฒนาของเทคโนโลยีการแพทย์

การวิเคราะห์ผลของประชากรสูงวัยต่ออัตราดอกเบี้ย และผลิตภาพ

เป็นการวิเคราะห์ผลของสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อเศรษฐกิจมหภาค โดยเฉพาะผลต่อเงินออม การตัดสินใจลงทุน ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราดอกเบี้ย และจะมีผลต่อช่องว่างของความยั่งยืน ได้มีการทำการศึกษาโดยอาศัยวรรณกรรมปริทรรศน์จากการศึกษาด้านผลของประชากรสูงวัยต่ออัตราดอกเบี้ย ที่ผ่านมา

ในการศึกษาของ INGENUE มุ่งประเด็นที่การเปลี่ยนแปลงของประชากรวัยทำงาน โดยในช่วงอายุหนึ่งๆจะมีพฤติกรรมการออกแตกต่างกันไป กล่าวคือวัยที่มีการออมมากที่สุดคือระยะที่มีการทำงานในช่วงอายุ 45 ถึง 65 และเริ่มหยุดการออมหลังจากเกษียณในอายุ 65 เป็นต้นไป ทั้งนี้อัตราดอกเบี้ยสัมพันธ์กับความต้องการแรงงานในตลาดในช่วงต่างๆ การศึกษานี้ได้ประมาณการเปลี่ยนแปลงของอัตราดอกเบี้ย โดยที่ในปี 2030 อัตราดอกเบี้ยจะลดลงจาก 4.25% เป็น 3.6% และเพิ่มเป็น 3.75% ในปี 2050

การศึกษาของ Fehr et al (2003) ว่าประชากรสูงวัยมีผลต่อรายได้ประชาชาติ ทุนสะสม แรงงานที่มีประสิทธิภาพ อัตราดอกเบี้ย และอัตรารายได้ และการมีส่วนร่วมของสังคม ในสังคมที่มีการรวมตัวด้านเศรษฐกิจอย่างดี เช่น ในสหภาพยุโรปมีแรงงานฝีมือที่มีการเชื่อมโยงกับภาคการผลิตอย่างเหนียวแน่นจะเป็นตัวผลักดันให้ดอกเบี้ยสูง

โครงการศึกษาอนาคตของ CPB แสดงให้เห็นภาพอนาคต 4 แบบ ที่อยู่ในมิติของ บทบาทภาครัฐ-ภาคเอกชน และเศรษฐกิจของประชาคมระดับประเทศ-ความร่วมมือระหว่างนานาชาติ ได้แสดงความสัมพันธ์ของประชากรวัยทำงาน ค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านสุขภาพ และเบี้ยบำนาญ สภาพเศรษฐกิจ อัตราดอกเบี้ย ดังที่ได้อธิบายในภาพอนาคตประชาคมภูมิภาค และภาพอนาคตตลาดภาคพื้นแอตแลนติก ในที่นี้จะนำเสนอภาพอนาคต 2 ลักษณะ คือ ภาพอนาคตประชาคมภูมิภาค (Regional Communities Scenario) และภาพอนาคตตลาดของสองฟากมหาสมุทรแอตแลนติก (Transatlantic Market Scenario)

ในภาพอนาคตประชาคมภูมิภาค การเชื่อมโยงของสหภาพยุโรปไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการตลาดในภูมิภาคมีความจำกัด รัฐบาลแต่ละประเทศไม่สามารถผลักดันให้เอกชนมีบทบาทประเทศขาดความสามารถในการแข่งขัน เป็นผลให้อัตราดอกเบี้ยต่ำลงจาก 3.6% ในปี 2000 เป็น 2.6 ในปี 2050 ทั้งนี้อัตราดอกเบี้ยขึ้นกับกลไกอุปสงค์ อุปทานของทุน ซึ่งตลาดแรงงานมีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ ขณะที่ในส่วนของการปฏิรูปความเป็นอยู่ และระบบค่าใช้จ่ายสาธารณสุขและเบี้ยบำนาญมีอัตราสูง เนื่องจากมีประชากรสูงวัยมากขึ้น จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย กำลังคนในวัยทำงานลดลง เป็นผลให้กำลังการลงทุนในตลาดลดลง และอัตราดอกเบี้ยลดลงในที่สุด ส่วนในด้านอุปสงค์การมีประชากรสูงวัยสูง ทำให้อัตราการออมต่ำลง ด้วยผลของทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน จึงทำให้อัตราดอกเบี้ยต่ำลงจนถึง 1% ในปี 2050 จึงส่งผลในเชิงลบต่อค่าใช้จ่ายสาธารณสุขโดยรวม

ในส่วนของภาพอนาคตตลาดสองฟากมหาสมุทรแอตแลนติก กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปวางบทบาทตัวเองในเวทีโลกให้มีกำลังและอำนาจ และอาศัยการแลกเปลี่ยนในตลาดการค้าเป็นหลัก สหภาพยุโรปสร้างความร่วมมือทางเศรษฐกิจกับสหรัฐอเมริกา เพื่อสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจต่อทั้งสองฝั่งของแอตแลนติก และจะส่งผลต่อการเติบโตของผลิตภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่รวดเร็วมาก นอกจากนี้ โครงการการปฏิรูปความมั่งคั่งนับเป็นการเพิ่มกำลังแรงงาน เพิ่มการจ้างงาน และส่งผลต่อการเติบโตของเศรษฐกิจต่อไป ในภาพอนาคตนี้อัตราดอกเบี้ยจะเพิ่มจาก 3.6 % เป็น 4.5% ในปี 2050 การกระตุ้นการลงทุนอย่างมากในสภาวะนี้ จะเป็นการเพิ่มอุปทานในระบบ ในภาวะเช่นนี้ทำให้อัตราการเพิ่มของดอกเบี้ยอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2000 ถึง 2050

ผลของประชาคมผู้สูงอายุต่อช่องว่างของความยั่งยืน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราดอกเบี้ยและผลิตภาพในการศึกษาอื่น ๆ พบว่าแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของผลิตภาพ ส่งผลต่อช่องว่างของความยั่งยืน มากกว่าผลของอัตราดอกเบี้ย โดยการลดลงของผลิตภาพจะส่งผลให้ช่องว่างความยั่งยืนเพิ่มมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ

นอกจากอัตราการตายแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ อาทิ เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงราคาเวชภัณฑ์ และการเปลี่ยนแปลงระบบให้บริการทางการแพทย์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลอย่างมากต่อทั้งค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพระยะยาว

สำหรับค่าใช้จ่ายดูแลสุขภาพระยะยาวนั้น มีปัจจัยอื่นๆประกอบ เช่น เพศ ชนชาติ สถานภาพการแต่งงาน สถานภาพการเงินและรายได้ เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายประเภทนี้

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นองค์ประกอบสำคัญของค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพ มีการศึกษาว่าในภาวะที่มีผู้สูงอายุมากในสังคม ขนาดของตลาดจะใหญ่เพียงพอให้ผู้ประกอบการพยายามสร้างนวัตกรรมเข้าสู่ตลาด จากการศึกษาของ Jones (2003) พบว่าค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในส่วนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเป็น 25% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งนี้เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะมีทั้งการป้องกัน และการรักษา เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายจากปี 2002 ถึง 2050 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (1.7%) มีค่ามากกว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว (0.9%)

เมื่อพิจารณากระบวนการเงินของรัฐบาล พบว่ารัฐบาลต้องรักษานาถช่องว่างของความยั่งยืน ให้ไม่เกิน 0.7% เพื่อเสถียรภาพของระบบการเงิน ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจึงไม่ควรขยายตัวเร็วกว่าค่า GDP ดังนั้นในภาพอนาคตที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น ภาพอนาคตมีชีวิตยืนยาว จึงควรเก็บภาษีในอัตราสูง เพื่อรักษานาถช่องว่างของความยั่งยืนและภาษีที่เก็บนี้ จะมีผลในส่วนของเบี้ยบำนาญ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

การศึกษานี้ได้เสนอภาพอนาคตในรูปแบบอื่นๆ ที่มีข้อกำหนด คือการเปลี่ยนแปลงของกำลังแรงงาน (labour force) ในระยะ 50 ปี ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกำลังแรงงาน จะมีผลลดช่องว่างของความยั่งยืนโดยเฉลี่ย 0.26% ในทุกประเทศของสหภาพยุโรป การลดลงของช่องว่างของความยั่งยืนเป็นผลมาจากรายได้ของรัฐบาลที่มากขึ้นจากการที่ระดับค่าจ้างสูงขึ้น ทำให้รัฐบาลมีรายได้จากภาษีโดยตรงสูงขึ้น ในส่วนของค่าใช้จ่าย การเพิ่มขึ้นของกำลังแรงงานจะไม่มีผล นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายด้านเบี้ยบำนาญจะลดลงเนื่องจากกำลังแรงงานมากขึ้น การศึกษานี้มีภาพอนาคต 2 ภาพ คือ ภาพอนาคตที่แย่ที่สุด (Worst-case scenario) และภาพอนาคตที่ดีที่สุด (Best-case scenario)

ภาพอนาคตที่แย่ที่สุด (Worst-case scenario) มีรูปแบบตามbase case แต่มีภาวะตึงเครียดในระบบการเงินของรัฐบาล เนื่องจากในภาพอนาคตนี้ ช่วงชีวิตของประชากรมีระยะยาวขึ้น อัตราเติบโตของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ สูงขึ้นกว่าอัตราเติบโตของ GDP ถึง 0.25% และกำลังแรงงานในทุกช่วงวัยลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ไม่มีการพัฒนาของสุขภาพของประชากร ผลที่เกิดจากภาพอนาคตนี้ทำให้ช่องว่างของความยั่งยืนสูงขึ้นเป็น 1.9% ทำให้ระบบการเงินของรัฐบาลสูญเสียเสถียรภาพในที่สุด

ภาพอนาคตที่ดีที่สุด (Best-case scenario) มีรูปแบบงบประมาณของรัฐบาลที่ดีที่สุด มีการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้กำลังแรงงานมีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก นอกจากนี้การรักษาสุขภาพของประชากรสามารถดำเนินไปด้วยดีโดยอาศัยการใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งหมายถึงประชากรสามารถมีสุขภาพที่ดี โดยลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระยะยาว ดังนั้น เมื่อเทียบกับ Best case scenario ภาพอนาคตที่ดีที่สุดนี้ มีช่องว่างของความยั่งยืนแคบมาก เป็นผลให้มีการออมมากขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านเบี้ยบำนาญลดลงด้วย

บทสรุปการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปได้ว่า

1. ในการคาดการณ์ พบว่ามีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต โดยที่หากมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ
2. ค่าใช้จ่ายในการมีชีวิตอยู่ แบ่งเป็นสองส่วน คือ 1) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ 2) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพระยะยาว ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีค่าแตกต่างกันไปตามช่วงวัยต่างๆ
3. ในระบบการเงินของรัฐบาล มีการเพิ่มรายได้รัฐบาลในส่วนของภาษีรายรับ

จากข้อมูลตามหมวดดังกล่าว ทำให้สามารถคาดการณ์การเงินของรัฐบาลภายใต้สถานการณ์เชิงสังคมต่างๆได้ รวมถึงดูว่าระบบการเงินของรัฐบาลมีเสถียรภาพหรือไม่ โดยอาศัยค่า “ช่องว่างของความยั่งยืน” (sustainability gap) ถ้าค่าช่องว่างของความยั่งยืนเป็นบวก หมายถึง ภาวะทางการเงินมีปัญหา

ภาพอนาคตที่แสดงถึงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น มีความไม่แน่นอนแฝงอยู่ การศึกษานี้ได้แสดงภาพอนาคต 3 ประเภท ตามระดับความยืนยาวของชีวิตที่มากขึ้นกว่าวัยพื้นฐานของชาวยุโรปโดยเฉลี่ย คือ วัย 82.6 ในการที่มีช่วงชีวิตยาวขึ้น หมายถึงอัตราการตายลดลงด้วย ในภาพอนาคตระดับสั้น กลาง และยาว มีช่วงชีวิตยาวขึ้น 1.2 ปี 3.2 ปี และ 4.8 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้เสนอภาพอนาคตของชีวิตยืนยาวที่มีสุขภาพดี (The living in better health scenario) แสดงภาพอนาคตที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นภายใต้สภาวะที่มีสุขภาพดีขึ้นด้วย (อัตราการเกิดภาวะไร้ความสามารถ และปัญหาสุขภาพลดลง)

ปัจจัยของการมีภาวะสุขภาพดี ไม่เพียงแต่มีผลกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่มีผลถึงเบี้ยบำนาญด้วย เนื่องจากประชากรที่มีสุขภาพดีจะมีความต้องการการรักษายาบาลน้อยลง รวมทั้งมีระยะเวลาการทำงานนานขึ้นด้วย ในส่วนของเบี้ยบำนาญ ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง คือ ตลาดแรงงาน ในภาพอนาคตต่างๆ ในการศึกษาได้มีการนำปัจจัยที่ได้ระบุไว้มาคำนวณ เพื่อที่จะแสดงภาวะทางการเงินของรัฐบาล

ในการแสดงภาวะทางการเงินของรัฐบาล ระบบจัดเก็บภาษีถูกนำมาจัดรวมไว้ด้วย เพื่อเป็นตัวแปรที่รักษาเสถียรภาพของรัฐบาล ในภาพอนาคตที่ประชากรมีช่วงชีวิตยืนยาวขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาสุขภาพสูงขึ้น จนอาจเป็นปัญหาแก่ระบบการเงิน จึงจำเป็นต้องเพิ่มการจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้น

3. ฟินแลนด์

ระบบการประกันสุขภาพของฟินแลนด์เป็นหลักประกันด้านสิทธิมนุษยชนที่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ โดยใช้ระบบแบบ universal health care ที่มอบหลักประกันให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มโดยไม่แบ่งแยก ไม่ว่าจะเป็นเพศ วัย ภาษา เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่อาศัย หรือสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นลักษณะ

เดียวกับระบบของประเทศอื่น ๆ ในกลุ่มยุโรปเหนือและสหราชอาณาจักร คือผู้ให้บริการหลักได้แก่ภาครัฐ และการจัดเก็บรายได้ทำโดยผ่านระบบภาษีทั่วไป (general taxation) และดูแลรับผิดชอบโดยเทศบาลเมือง

ในด้านการมองอนาคต ฟินแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่มีริเริ่มให้มีการมองอนาคตไว้นานแล้ว โดยได้ตั้งคณะกรรมการที่ชื่อว่า Select Committee of the Future ขึ้นในรัฐสภาเมื่อปี 1993 ระยะแรกยังเป็นคณะกรรมการชั่วคราว ขณะนี้มีการจัดตั้งอย่างถาวรและมีบทบาทระดับสูงทั้งในฟินแลนด์และในสหภาพยุโรป

ในเดือนเมษายน 2006 Committee of the Future ของรัฐสภาฟินแลนด์ได้จัดทำรายงานที่มีชื่อว่า The Future of Health Care: The Position of the Committee for the Future on Health Care in the Year 2015 [5] โดยจากรายงานนี้ Committee of the Future ได้เสนอให้ประเทศฟินแลนด์ตั้งเป้าหมายจำกัดสัดส่วนของ GDP ที่ต้องใช้จ่ายไปกับการดูแลสุขภาพซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 8% ให้สูงขึ้นได้แต่ไม่มากกว่า 10% ในปี 2015 หรือไม่เกิน 17,000 ล้านยูโร เทียบกับตัวเลขปัจจุบันคือ 11,000 ล้านยูโร และได้เสนอประเด็นสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพในระดับชาติ (ซึ่งก็คือระบบหลักประกันสุขภาพทั่วไป) ไว้ว่า สังคมผู้สูงอายุคือปัจจัยท้าทายหลักของระบบสุขภาพในอนาคต และได้เสนอทางเลือกต่างๆ ไว้มีสาระสำคัญดังนี้

- 1) การดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน โดยผ่านการสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนให้ประชาชนมีความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง
- 2) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) ในการค้นหาข้อมูลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ
- 3) การควบคุมไม่ให้ค่าใช้จ่ายด้านยาและโรงพยาบาลเพิ่มรวดเร็วเกินไป
- 4) การปกป้องสิทธิในการได้รับการดูแลในระยะบั้นปลายชีวิตได้อย่างยั่งยืน

สังคมผู้สูงอายุ

จากการศึกษาโดย OECD เมื่อเร็วๆ นี้ (Martins et al., 2006) พบว่า ถึงหนึ่งในสามของการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นสัดส่วนต่อ GDP ในระหว่างปี 1980 ถึง 2002 มาจากการสูงอายุขึ้นของประชากร ในขณะที่อีกสองในสามมาจากยาชนิดใหม่หรือวิธีการรักษาชนิดใหม่ๆ

แม้ว่าสัดส่วนการใช้จ่ายในระบบสุขภาพของฟินแลนด์ขณะนี้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับนานาชาติ และต่ำกว่าสหรัฐอเมริกาถึงหนึ่งในสาม แต่มีความเป็นไปได้สูงมากกว่า ในปี 2015 เมื่อประชากรฟินแลนด์สูงอายุมากขึ้น ก็จะต้องการบริการด้านสุขภาพมากขึ้นเช่นกัน

การสนับสนุนให้ประชาชนมีความรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

รายงานฉบับนี้กล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจนว่า ในอนาคตการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นจะต้องอาศัยความรับผิดชอบส่วนบุคคลของประชาชนแต่ละคน ระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตจะต้องใช้

เทคโนโลยีให้ได้ผลมากที่สุด ในการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพจึงไม่ได้เป็นภาระของผู้ประกอบวิชาชีพเท่านั้น แต่เป็นภาระของทุกคน

ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพที่ว่านี้ จะเรียกร้องให้เจ้าตัวต้องทำทุกวิถีทางที่จะป้องกันหรือขัดขวางไม่ให้ตัวเองเจ็บไข้ได้ป่วย แต่ไม่ได้หมายถึงเฉพาะหน้าที่ของปัจเจกเท่านั้น แต่รวมถึงการอาศัยพลังของชุมชนเข้าช่วยด้วย (ชุมชนที่ว่านี้รวมถึงการมีชุมชนผ่านอินเทอร์เน็ต) และการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเกิดขึ้นตลอดเวลาทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน หรือที่พบปะสังสรรค์ อาชีพที่จะมีความสำคัญมากขึ้นได้แก่ผู้ดูแลมืออาชีพ (professional care-givers) และผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (health counsellor) ซึ่งจะต้องมีให้ทั่วถึงทุกคนที่ทำงาน

เงื่อนไขพื้นฐานสำคัญประการหนึ่งคือการที่เจ้าตัวต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนให้ได้จากทุกหนทุกแห่ง (อย่างน้อยในฟินแลนด์) ซึ่งสิ่งที่จะทำให้เงื่อนไขนี้เป็นจริงได้ก็คือเทคโนโลยี และการมีฐานข้อมูลเวชระเบียนอยู่ในเครือข่าย (electronic health report) และการรักษาความลับของข้อมูลจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ตามมา

การควบคุมค่าใช้จ่ายภาครัฐที่ต้องใช้ไปกับโรงพยาบาลและการบำบัดรักษา

เทคโนโลยีปัจจุบันก้าวไปเร็วมาก ปัจจุบันนี้ในบรรดา 20 ตัวที่ใช้กันเมื่อห้าปีก่อน มีเพียง 3 ตัวเท่านั้นที่ยังใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่ราคาของยาที่แพงขึ้นอย่างมหาศาล สถาบันประกันสังคมของฟินแลนด์ หรือที่มีชื่อเรียกในภาษาฟินนิชว่า Kela ให้ข้อมูลว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาของสถาบันฯ ในระหว่างปี 2000 ถึง 2004 เพิ่มขึ้นถึงปีละ 12% ในบรรดาค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ค่ายารักษาจะเร่งเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดถึงปีละ 25%

ปัญหาที่พบบ่อยคือ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมากเหล่านี้นั้น ไม่เป็นสัดส่วนที่เหมาะสมกับประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาใหม่หรือวิธีการรักษาแบบใหม่ ซึ่งเป็นทั้งปัญหาเชิงเศรษฐศาสตร์และปัญหาจริยธรรม อีกตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัดคือ ยาลดคอเลสเตอรอลชนิดใหม่ๆ ที่มีราคาแพง แต่แพทย์ก็มักจะนิยมสั่งจ่ายให้คนไข้ ทั้งๆ ที่ประสิทธิผลแทบไม่ต่างจากเดิม

ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาวิธีการชี้วัด (indicators) ที่จะช่วยให้ทราบถึงประสิทธิผลได้ดีขึ้น และช่วยให้ไม่ต้องใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ราคาแพงและใช้เงินภาษีสาธารณะให้หมดไปกับเรื่องที่จะได้ผลดีขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือดีเท่าเดิม หรือในอีกด้านหนึ่งก็อาจใช้ตัวชี้วัดที่บ่งบอกคุณภาพชีวิตในเชิงเปรียบเทียบกับสุขภาวะ ในฟินแลนด์มีการใช้ Quality-adjusted life years (QALY) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการบำบัดรักษาเฉพาะทางที่แตกต่างกันด้วย

เมื่อไม่นานมานี้ก็มีความพยายามที่จะนำเอายาที่ราคาแพงแต่ได้ผลดีกว่าเพียงเล็กน้อย ออกจากบัญชียาของ Kela ที่สามารถเบิกจ่ายได้ แต่นี่ยังเป็นประเด็นที่ต้องถกเถียงกันต่อไป

สหรัฐอเมริกาถูกนำมาเปรียบเทียบอีกครั้ง โดยถูกยกเป็นกรณีของรัฐล้มเหลวในการควบคุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล และทำให้บางส่วนของระบบต้องล้มเหลว ดังเช่นในกรณีค่าใช้จ่ายในห้องฉุกเฉินที่สูงจนแทบจะพาลูกรักษาที่มียูไปเกือบหมด

โจทย์ที่ท้าทายของฟินแลนด์ คือจะควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างไร โดยที่ยังยกระดับสุขภาพของประชาชน และไม่ย่อหย่อนในด้านคุณภาพการให้บริการสุขภาพ

การรักษาเพื่อชะลออาการ (palliative care) จะต้องได้รับการปรับปรุง

ในอนาคต ช่วงอายุขัย (life expectancy) อาจมีแนวโน้มลดลง อันเนื่องมาจากการรักษาสุขภาพได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นจนไม่สามารถยืดอายุได้อีกต่อไปแล้ว ในขณะที่มีโรคติดเชื้อชนิดใหม่ๆ เกิดขึ้น และโรคอันเกิดจากวิถีชีวิต เช่น โรคเบาหวาน กลับเพิ่มจำนวนขึ้น

ประเด็นการรักษาเพื่อต่อชีวิตในคนไข้ระยะสุดท้าย เป็นประเด็นจริยธรรมที่สำคัญ โดยในฟินแลนด์คนไข้มีสิทธิเต็มที่ในการกำหนดวิธีการรักษาชีวิตตนเอง และกฎหมายก็ให้สิทธิในด้านนี้แก่ชาวฟินแลนด์ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับนานาชาติ เพราะในฟินแลนด์คนไข้สามารถกำหนดล่วงหน้าได้ว่าต้องการหรือไม่ต้องการการรักษาแบบใด ในลักษณะคล้ายพินัยกรรม (care will) ซึ่งแพทย์มีหน้าที่ต้องให้การรักษาไปตามนั้น และไม่อาจบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่ขัดต่อเจตนารมณ์นั้น แต่ขณะนั้นยังไม่มีการใช้สิทธินี้อย่างแพร่หลายนัก และคงจะต้องมีการนิยามคำจำกัดความของ palliative care ให้ชัดเจนมากขึ้น

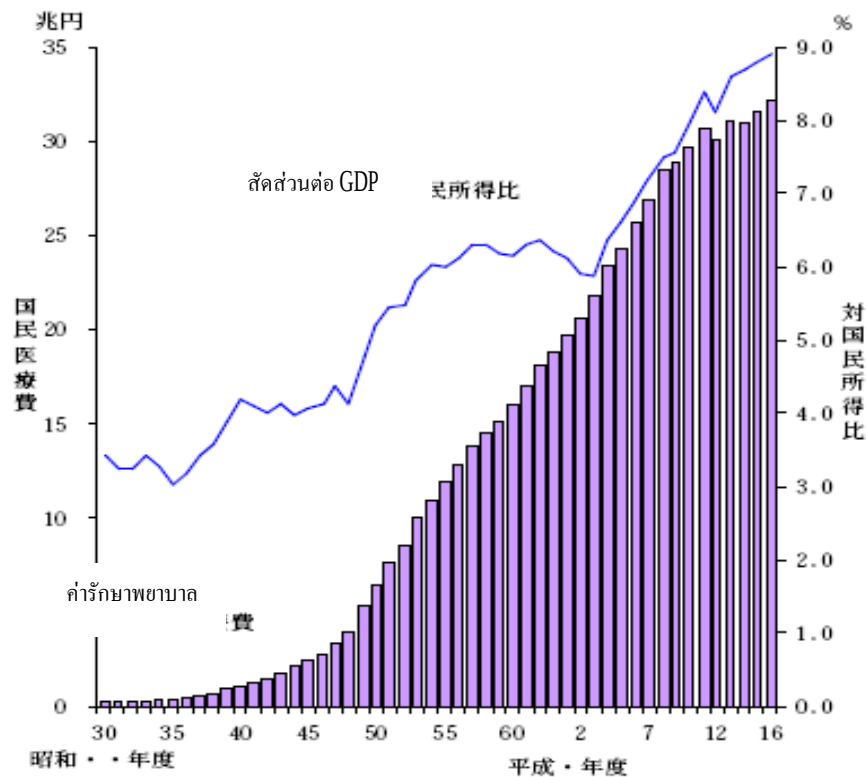
ในบางกรณีอาจจะเป็นไปได้ที่จะให้มีทนาย (attorney-in-fact) ที่คนไข้ระบุตัวไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ทำหน้าที่พูดหรือตัดสินใจแทนคนไข้เมื่อถึงระยะที่คนไข้ไม่สามารถแสดงความจำนงค์ได้ด้วยตนเอง แต่การมีตำแหน่งเช่นนี้จะต้องให้มีระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยสิทธิคนไข้ด้วย

นอกจากในส่วนตัวคนไข้เองแล้ว “ความตายที่ดี” ก็มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อชุมชนด้วยการดูแลผู้ป่วยแบบชะลออาการในระยะสุดท้ายก็เป็นเรื่องสำคัญสำหรับชุมชนเช่นกัน เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่ได้ลดน้อยลงไปพร้อมกับการไร้ซึ่งความสามารถอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

4. ญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศหนึ่งที่ประชาชนมีแนวโน้มมีสุขภาพดี และได้ชื่อว่าอายุยืนที่สุดในโลก นอกจากนี้ยังมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตาม ข้อเด่นเหล่านี้มักไม่ค่อยเป็นที่รู้สึกภายในประเทศญี่ปุ่น ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ทรัพยากรสูงมาก

ขณะนี้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของญี่ปุ่นคือ 8.89% ของ GDP คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 252,000 เยนต่อคนต่อปี หรือเป็นเงินไทยราว 73,000 บาท แม้ชาวญี่ปุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพจะรับภาระเพียงบางส่วน แต่หากค่าใช้จ่ายสูงมากก็อาจรับบางส่วนนั้นไม่ไหวเช่นกัน



ภาพที่ 2.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นต่อ GDP

มีการศึกษาวิจัยเชิงนโยบายโดย think tank เอกชนที่ชื่อว่า PHP Research Institute, Inc (“PHP” stands for “Peace and Happiness through Prosperity”) [6] ซึ่งได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไว้หลาย ๆ ด้าน หนึ่งในนั้นคือด้านการประกันสังคมและสุขภาพ โดยได้เริ่มโครงการศึกษาวิจัยขึ้นเมื่อเดือนเมษายน 2005 มีการทำ simulation ในด้านการเงิน และสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพโดยใช้แบบสอบถาม และท้ายสุดได้รวบรวมจัดทำขึ้นเป็นรายงานที่บรรจุไว้ด้วยกรอบแนวคิดที่เป็นทางเลือกใหม่สำหรับประชาชนชาวญี่ปุ่น นำเสนอเมื่อเดือนมกราคม 2007

รายงานดังกล่าวมีสาระสำคัญคือ ขณะนี้มีปัญหาหลายอย่างที่รุมเร้าระบบหลักประกันสังคมของญี่ปุ่น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเด็กที่เกิดใหม่น้อยลง คนชราเพิ่มมากขึ้น เงินประกันสังคมหายไปเนื่องจากความหละหลวมหรือทุจริตของรัฐบาล ประชาชนจำนวนมากขณะนี้เห็นว่าระบบหลักประกันสังคมในเวลานี้คงจะไม่สามารถยั่งยืนต่อไปได้ เพราะขาดความไว้วางใจจากประชาชน

รายงานฉบับนี้ เสนอว่าควรยกเลิกระบบเก่าที่มีการเก็บค่าประกันสุขภาพแบบตายตัวหันมาใช้วิธีให้ประชาชนแต่ละคนเลือกได้ว่า ต้องการรับภาระเท่าไร และได้รับผลตอบแทนเพียงไร ซึ่งจะเป็นระบบที่ยืดหยุ่นกว่าในปัจจุบัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ให้ภาระในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับประชาชนแต่ละคนมากขึ้น เพราะความไว้วางใจในรัฐลดน้อยลงไป หรืออาจจะมีไม่เท่ากันในแต่ละคนในปัจจุบัน

นอกจากนี้ การให้สิทธิแก่ประชาชนเป็นคนเลือกชนิดของบริการที่จะรับ จะช่วยมีส่วนในการสร้างจิตสำนึกให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้นได้

และอีกประการหนึ่ง รายงานนี้เห็นว่าเหตุที่ประชาชนไม่ไว้วางใจรัฐ ก็เพราะขาดความโปร่งใส และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ชัดเจน ดังนั้นประเด็นนี้จึงเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องแก้ไข โดยทำระบบให้เรียบง่าย เข้าใจง่าย และประชาชนสามารถเลือกได้เองโดยผ่านการเลือกตั้ง

นอกจากนี้ Ministry of Economy, Trade and Industry (METI) [7] ได้มีการจัดทำแผนที่นำทาง (roadmap) ว่าด้วยวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และระบบสังคมของญี่ปุ่นในอนาคตมาทุกปีตั้งแต่ปี 2005 ล่าสุดคือของปี 2007 ได้ระบุชัดเจนถึงกลุ่มเทคโนโลยีที่เรียกว่า Human Technology หมายถึง เทคโนโลยีที่เอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง (เริ่มมาตั้งแต่ปี 2006) ภายใต้แผนที่เทคโนโลยีของ METI มีประเด็นท้าทายสำคัญ 6 เรื่อง และหนึ่งในนั้นคือการสนับสนุนให้ชาวญี่ปุ่นมีการรักษาสุขภาพที่ดี และสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ ภายใต้สภาวะความเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย

แผนที่นำทางนี้มีเป้าหมายสำคัญ 4 ประการ ด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงมีเป้าหมายว่า จะต้องให้ชาวญี่ปุ่นมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะต้องมีความสุขภาพที่ดีและพึ่งตนเองได้เสมอ ส่วนเด็กมีการเติบโตและมีพัฒนาการที่มุ่งไปสู่สุขภาพ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างรู้สึกมีคุณค่า

แผนที่นำทางของ METI กล่าวถึงบทบาทของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะเข้ามาช่วยสังคมญี่ปุ่นในอนาคตไว้อย่างมากมาย แต่ไม่ได้กล่าวถึงระบบหลักประกันสุขภาพโดยตรง

5. แคนาดา

National Research Council of Canada, Office of Technology Foresight ร่วมกับพันธมิตรหลายหน่วยงาน ได้มีการจัดทำโครงการมองอนาคตชื่อว่า Bio-Health Stewardship & Innovation Foresight 2020 [8] เมื่อปี 2004 สำคัญส่วนใหญ่ว่าด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อรับมือกับการดูแลสุขภาพในอนาคต อย่างไรก็ตาม ภายใต้โครงการนี้มีการจัดทำภาพอนาคต (scenarios) ขึ้นจำนวน 7 ภาพ และภาพเหล่านั้นได้บรรยายถึงเหตุการณ์ในอนาคตที่เกิดขึ้นจากภาวะสังคมสูงอายุ และปัจจัยผลักดันอื่น ๆ ตลอดจนนโยบายของรัฐ รวมถึงผลกระทบที่แตกต่างกันอันขึ้นอยู่กับนโยบายที่เลือกใช้ และท้ายที่สุดได้เชื่อมโยงเหตุการณ์ในอนาคตเหล่านั้นกลับมาหาปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอทางเลือกเพื่อประกอบการตัดสินใจสำหรับรัฐบาลปัจจุบัน

ส่วนที่ 2

การมองอนาคตสังคมผู้สูงอายุ

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่เกิดจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้น สถานการณ์นี้สามารถทำให้โครงสร้างพื้นฐานของวัฒนธรรมและสังคมสมัยใหม่เปลี่ยนแปลงได้ ประเทศเหล่านั้นจึงได้เริ่มลงมือศึกษาด้วยวิธีการคาดการณ์และวางแผนอนาคตเพื่อที่จะหาหนโยบายใหม่ๆ สำหรับรับมือกับสถานการณ์นี้อย่างจริงจัง โดยอยู่บนฐานของความตระหนักที่ว่า การวางแผนอนาคตจะสามารถทำให้มองเห็นสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทั้งนี้การวางแผนเช่นนี้จะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและการสร้างกลุ่มคนที่มีความสามารถสูง

โดยปกติแล้ว การมองอนาคตมีการใช้วิทยาการหลายๆสาขาวิชา และผลลัพธ์ที่ได้ก็สามารถนำไปใช้ได้หลายระดับด้วยกัน ตัวอย่างเช่น

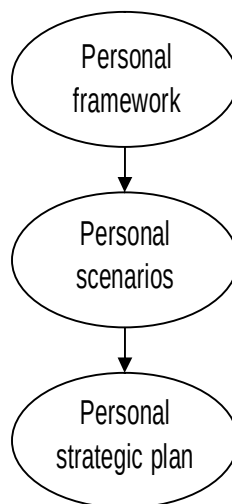
1. ในกลุ่มประเทศยุโรป ได้มีการศึกษาสังคมผู้สูงวัยอยู่หลายกรณี เช่น [9] ใช้การคาดการณ์และวางแผนด้านสังคมผู้สูงอายรรวมไปถึงการวิเคราะห์บทความวิชาการ (Bibliometric Analysis) เพื่อที่จะค้นหาตลาดและโอกาสใหม่ๆ ซึ่งเกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ผลจากการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าเทคโนโลยีที่เป็นที่ต้องการของสังคมผู้สูงอายุในอันดับแรกๆคือ Biotechnology และ Information Technology ซึ่งการรวมกันของสองเทคโนโลยีนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์มากมายเช่น การตรวจสอบยีนที่เป็นโรค การศึกษาแบบจำลองของปฏิกิริยาระหว่าง bio-material ฐานข้อมูลต่างที่ช่วยในการแพทย์ เป็นต้น เมื่อไม่นานมานี้ Prof. Michel Godet ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะที่ปรึกษาด้านเศรษฐกิจของนายกรัฐมนตรีประเทศฝรั่งเศส และ Philippe Durance [10] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สังคมที่กำลังมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นกับเศรษฐกิจเพื่อให้เกิดการพัฒนาหนโยบายขึ้นมารองรับโดยมุ่งไปที่การศึกษาในยุโรปเปรียบเทียบกับอเมริกา ผลจากการศึกษารั้งนี้บ่งบอกว่า เด็กก็คือกุญแจสำคัญสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจระยะยาว ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ควรให้ความสนใจกับการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของคนทุกวัย รวมไปถึงการเพิ่มอัตราการเกิด และควบคุมการย้ายถิ่นซึ่งจะมีผลกระทบกับการลงทุนใหม่ๆ

2. ในประเทศสหรัฐอเมริกา William Rowley [11] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนอนาคตด้านสังคมผู้สูงอายุ เขาได้ศึกษาสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีจุดประสงค์ที่จะกระตุ้นให้สาธารณชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ เพื่อที่จะปรับปรุงระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน

3. ในประเทศเกาหลี [12] จำนวนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความท้าทาย โดยเฉพาะในเรื่องเงินบำนาญและการบริการรักษาสุขภาพ ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาผู้สูงอายุได้ถูกนำไปรวมกับการวางแผนเพื่อที่พัฒนาเทคโนโลยีใน 21 สาขาซึ่งคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิต การเติบโตของเศรษฐกิจ และความต้องการของสาธารณชนเป็นหลัก

4. ประเทศสหราชอาณาจักร [13] ก็ได้ทำการศึกษาปัญหานี้ และผลลัพธ์ได้ถูกพัฒนาเป็นนโยบายและได้นำไปใช้ในหลาย ๆ ด้าน ตัวอย่างเช่น ในวงการธุรกิจ ได้มีการแนะนำ Confederation of British Industry (CBI), Department for Education and Employment (DfEE), the Health and Safety Executive (HSE) ให้ตระหนักถึงผลกระทบเนื่องมาจากสังคมที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ซึ่งรวมไปถึงการหดลดใหม่ของสินค้าและบริการ, สถานที่ทำงานและตัวงานควรมีการปรับเปลี่ยนเพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้ถูกแนะนำให้ทุกองค์กรของภาครัฐ องค์กรสื่อมวลชนและโฆษณาต่าง ๆ องค์กรที่เกี่ยวกับเงินบำนาญของ DfEE ฯลฯ ให้เห็นว่าการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องมองไปในทุก ๆ ด้านเช่นเทคโนโลยีสารสนเทศ ธุรกิจ การศึกษา การจ้างงาน สุขภาพ งานบริการทางสังคม และงานวิจัย

มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่ทำให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีนำการคาดการณ์และวางแผนอนาคตสำหรับจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังมากขึ้นมาใช้ เช่น Wheelwright [14] เขียนบทความชื่อ “Ageing : a personal futures perspective” เพื่อที่จะเสนอแนวคิดหลักที่จะพัฒนาการวางแผนสำหรับปัจเจกบุคคล การวางแผนนี้มีจุดประสงค์ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักตัดสินใจในสิ่งที่สำคัญล่วงหน้าในเวลาที่ยังสามารถกระทำได้ โดยหลักแล้วมีสามขั้นตอนในการวางแผน ได้แก่ 1) Personal framework 2) Personal scenarios และ 3) Personal strategic plan ดูภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.3 โมเดลอนาคตส่วนตัว

ขั้นตอนแรก Wheelwright แบ่งช่วงสูงวัยออกเป็นสี่ระยะ ซึ่งสามารถทำได้โดยทำการสำรวจจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สี่ระยะนี้คือ ระยะอิสระ (Independent stage) ระยะอ่อนแอ (Vulnerable stage) ระยะพึ่งพาผู้อื่น (Dependent stage) และระยะสุดท้ายคือ ระยะที่กำลังจะสิ้นชีวิต (End of life stage) ระยะทั้งสี่นี้ทำให้เรามองเห็นภาพคร่าวๆ เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นต่อไปในชีวิต ซึ่งช่วยในการวางแผนอนาคตส่วนตัว เขายังแบ่งแนวโน้มออกเป็น 6 ข้อด้วยกันคือ กิจกรรม (Activities) การเงิน (Finances) สุขภาพ (Health) บ้าน (Housing) สังคม (Social) และยานพาหนะ (Transport) แนวโน้มเหล่านี้จะเป็นตัวทำให้เกิดเหตุการณ์สำคัญที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่ง

องค์ประกอบสามอย่างที่กล่าวมานี้ ซึ่งได้แก่ ช่วงสูงวัย แนวโน้ม และเหตุการณ์สำคัญ สามารถที่จะถูกนำเสนอร่วมกันในรูปแบบเมตริกซ์ของ personal framework (ตารางที่ 2.1 และตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.1 Matrix of foreknows after age 60

	Independent stage	Vulnerable stage	Dependent stage	End of life stage
Finance				
Health				
Activities				
Social				
Housing				
Transportation				

ตารางที่ 2.2 Events that might occur during the Independent stage

	Independent stage
Finance	Retirement, Changes in insurance, changes in income and expenses
Health	Changes in health and appearance, health events, medications, chronic illness
Activities	Travel, hobbies, sports
Social	Changes in social circles, grandchildren, deaths of friends
Housing	Move to different home, move to different area, home modifications
Transportation	Changes in driving needs, stop driving, alternative transportation

โครงสร้างชีวิต หรือ personal framework นำไปสู่การพัฒนาสถานการณ์จำลองที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต กรอบของเวลาได้ถูกนิยามเป็นระยะของชีวิต สถานการณ์เหล่านี้ควรจะครอบคลุมถึงอนาคต 4 แบบที่อาจจะเกิดขึ้นคือ

1. อนาคตที่มีความเป็นไปได้สูง
2. อนาคตที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้
3. อนาคตที่แย่ที่สุดที่เป็นไปได้ และ
4. อนาคตที่ยากที่จะเกิดขึ้น

ในสถานการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีการตัดสินใจเกิดขึ้นมากมาย การตัดสินใจบางอย่างก็มีความสำคัญ บางอย่างก็เกี่ยวข้องกับผู้อื่น เพราะฉะนั้นสถานการณ์จำลองเหล่านี้ควรที่จะทำให้เรามีโอกาสที่จะตัดสินใจล่วงหน้า ในขณะที่เรากำลังมีสุขภาพดีและไม่อยู่ภายใต้ความกดดันทางอารมณ์

ขั้นตอนสุดท้าย ก็คือการพัฒนากลยุทธ์ในการวางแผนชีวิต ในขั้นตอนนี้เราต้องมีวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ และการลงมือวางแผน วิสัยทัศน์สามารถจะเป็นอะไรก็ได้ ตั้งแต่ “เล่นกอล์ฟทุกวันไปทั้งชีวิต” ไปถึง “ช่วยปกป้องโลก” ส่วนกลยุทธ์นั้นเราสามารถเรียนรู้ได้จากสถานการณ์จำลอง มันจะง่ายขึ้นถ้าเราเริ่มจากเงื่อนไข ถ้า/แล้ว ตัวอย่างเช่น ถ้า...คุณต้องการการดูแลระยะยาว แล้ว... (ที่ไหน กับใคร และอย่างไร) ถ้าเรามาถึงขั้นนี้แล้วการลงมือวางแผนจะทำให้เรามีโอกาสวางแผน เพื่อที่จะได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่เราต้องการ และหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่เราไม่ต้องการในอนาคต ตัวอย่างเช่น หยุดสูบบุหรี่เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงมะเร็งปอด

Box 1 All Quadrant All Level (AQAL)

โดยทั่วไปกระบวนการรับข่าวสารข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม (Environmental scanning) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการมองอนาคต จะคำนึงถึงห้าด้านด้วยกันคือ Social, Technology, Environment, Economics และ Politics หรือเรียกอีกอย่างว่า STEEP analysis แต่ว่ากระบวนการนี้มักจะถูกกรองโดยพื้นฐานความคิดของคนผู้นั้น หรือเรียกอีกอย่างว่า เรามักจะเห็นในสิ่งที่เราอยากเห็น และได้ยินในสิ่งที่เราอยากได้ยินเท่านั้น

AQAL model ได้ถูกเสนอขึ้นโดยการจัดกลุ่มข่าวสารข้อมูลเป็นสี่สี่เหลี่ยมหลักๆ คือ : interior-individual (เจตนา) exterior-individual (พฤติกรรม) interior-collective (วัฒนธรรม) และ exterior-collective (สังคม) ในที่นี้ STEEP analysis ได้ถูกรวมอยู่ในเรื่องสังคมแล้ว โมเดลนี้ยังสามารถพัฒนาเพิ่มเติมโดยการแบ่งเรื่องทั้งสี่หัวข้อออกเป็นหลายชั้นเช่น “matter to body to mind to soul to spirit” จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่เราพิจารณาจะมีขอบเขตที่กว้างกว่าเดิมมาก

วิธีนี้ช่วยขยายกรอบความคิดพื้นฐานของเราวมไปถึงการมองโลกในมุมมองที่กว้างขึ้น และเปิดโอกาสให้เห็นสัญญาณอ่อนๆจากอนาคต

ถึงตอนนี้ เราพูดถึงแค่การวางแผนของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ประเด็นใหญ่ที่ชุมชนของเราต้องจัดการคือ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในสังคมของเรา ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมาก Phillip Daffara [15] ได้ทำการศึกษาในเรื่อง “City of the aged versus City of all ages” [8] งานศึกษาชิ้นนี้ทำให้เห็นข้อแตกต่างระหว่างสองสถานการณ์จำลองสำหรับอนาคตของเมืองเมืองหนึ่ง โดยใช้กระบวนการที่เรียกว่า “All Quadrant All Level” (Box 1) ผลที่ได้คือ สถานการณ์ “Continued-growth” และสถานการณ์ Transformation-by-values” ข้อแตกต่างระหว่างสถานการณ์จำลองสองแบบนี้นำเสนออยู่ในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 Comparative analysis of polar archetypal scenarios

Attribute: indicators of productive ageing	Continued-growth scenario	Transformation-by-values scenario
Security: Housing Money Health	Manifested by strive-drive Majority of aged live in gated, monitored fourth phase lifestyle communities/complexes “I want” ethic Treatment based	Manifested by human-bond Majority of aged live in adaptable neighborhood housing “We share” ethic Preventative based
Involvement/participation	Activities focus on ego	Activities focus on community
Independence/autonomy Mobility Work	Loss of basic access Opportunities to work denied/resisted “Social owes us” attitude	Maintenance of basic access Opportunity to work promoted “We are part of society” attitude
Integration	Planned segregation “out of sight, out of mind”. Tension between generations	Planned integration “old people everywhere”. Harmony between generations
Dignity/self fulfillment	Incidence of “chronic social syndrome” increase i.e. fear and rejection of the outside world.	Dignifying third spaces outside the home and work provide fulfillment for women and men
Creativity	Life phase = “retirement before death”	Life phase = “community service and enlightenment”

หลังจากนั้น Daffara ได้นำกระบวนการ Causal Layered Analysis (CLA) (Box 2) มาใช้วิเคราะห์สองสถานการณ์จำลองนี้ (ดูตารางที่ 2.4)

Box 2 Causal Layered Analysis (CLA)

CLA เป็นวิธีการมองอนาคตที่สามารถนำไปใช้ได้หลายสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างภาพอนาคต (scenarios) วิธีการนี้อาศัยหลักการที่ว่า การพิจารณาประเด็นในเรื่องต่าง ๆ มักจะได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากวิธีทางที่เราเข้าใจเรื่องนั้นๆ อิทธิพลที่ว่าเป็นข้อจำกัดที่กำหนดกรอบของความเปลี่ยนแปลงที่น่าจะเกิดขึ้นได้

CLA แบ่งออกเป็นสี่ระดับ คือ

1. Litany หมายถึง เหตุการณ์ที่มองเห็น แต่ขาดความปะติดปะต่อกัน เช่น ข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ (เป็นส่วนที่ผิวเผินมากที่สุดของภาพอนาคต)
2. Social causes ได้แก่ เหตุแห่งปรากฏการณ์นั้น เช่น ต้นเหตุในทางเทคโนโลยี ทางเศรษฐกิจ ทางสิ่งแวดล้อม หรือทางการเมือง
3. Discourse/Worldview คือ โลกทัศน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งอาจจะมาจากอุดมคติ) นี่เป็นกระบวนการทัศนในระดับลึกของอารยธรรม
4. Myth/Metaphor เทพนิยายปรัมปรา ตำนาน หรือความเชื่อลึกลับที่อยู่ใต้จิตสำนึก

ความยากของ CLA อยู่ยู่ที่การดำเนินการวิจัยที่ต้องเคลื่อนขึ้นลงชั้นการวิเคราะห์ที่ลึกต่างกันเหล่านี้ เพื่อให้เกิดการทำความเข้าใจที่ครอบคลุมในหลายระดับที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2.4 City futures and ageing policy

Level of analysis	Continued-growth scenario	Transformation-by values scenarios
Litany	Demographic time bomb, burden and intergenerational theft	Productive ageing, social contribution and growing old and living dangerously
System	Laissez-faire planning and market led solutions Urban exclusion	ESD planning partnerships (public/private/community) urban reintegration
Worldview	Ageism – deny old age	Human lifecycle recognition- value old age
Myth/ metaphor	About ageing – second childishness and oblivion About the city – decrepit, dying cities	About ageing – wisdom of the elders About the city – cities of all ages

ในที่สุดการศึกษานี้ก็ได้ทำให้เห็นว่า ถ้าชุมชนวางแผนทางกายภาพเพื่อผู้สูงอายุ ก็จะเป็นดีสำหรับทุกฝ่าย ระบบนิเวศและสังคมก็จะอยู่ได้อย่างยั่งยืนเมืองสำหรับอนาคตจะต้องถูกออกแบบมาเพื่อรองรับทุกระยะของชีวิต และรองรับการเปลี่ยนแปลงจากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่ง อีกทั้งทำให้เส้นแบ่งระหว่างสองระยะชัดขึ้น

อีกการศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจเป็นการนำเสนอโดย Sohail Inayatullah [16] ในเรื่อง “Ageing: alternative futures and policy choices” เขาใช้กระบวนการคิดเชิงมองอนาคตแบบ CLA เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในรัฐควีนสแลนด์ประเทศออสเตรเลียการวิเคราะห์ด้วยกระบวนการนี้สามารถแบ่งออกได้เป็นสี่ขั้นตอนได้แก่ Litany (Qualitative trends), Systemic, Worldview และ Myth-metaphor ผลลัพธ์ของ CLA นำเสนออยู่ในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 Causal Layered Analysis of Ageing

CLA 1	Dominant model
Litany	Alone, sick and aged-powerless
Systemic	Change taxation regimes, import labor, Enhance productivity, Reduce Health cost
Worldview	Health cost
Myth-metaphor	Ageing as a collective burden Baby boomer are the problem, they have stolen from the future generations.
CLA 2	Emerging Technology model
Litany	We can win the war on ageing
Systemic	Funding for biotechnology, funding for ageing research.
Worldview	Techno-Utopia
Myth-metaphor	The fountain of youth-living forever
CLA 3	Contesting model
Litany	Productive conscious and active ageing. Ageing can be the second youth-revitalization
Systemic	Whole-of-government with professional associations and activist organizations, locally and globally.
Worldview	Complexity, Indigenous cultures, non-west (wise elders) Tran modern
Myth-metaphor	Healthy, wealthy and wise
CLA 4	Emerging societal model
Litany	Ageing is a problem
Systemic	Find political will. Establish office of ageing. Nominate commissions
Worldview	Bureaucratic
Myth-metaphor	Experts within government can solve the problem

CLA 5	Worst case
Litany	Intergenerational conflict – old people will not “go” and youth are “destroying the city”
Systemic	Gridlock as system cannot deal with crisis. Best jobs are held by aged. Few entry level jobs for youth.
Worldview	Conflict-class based. Young VS old
Myth-metaphor	Every age for themselves
CLA 6	Easy fit
Litany	More old people but no major problem
Systemic	System can accommodate
Worldview	Short-termism
Myth-metaphor	Instrumentalism always works

ในขั้นตอนต่อมา เขาได้สร้างสถานการณ์จำลองขึ้นโดยใช้ ผลของ CLA เป็นหลัก สถานการณ์เหล่านี้แบ่งเป็น

- 1) สังคมสำหรับทุกวัย: smart and caring ageing (ดูตารางที่ 2.6)
- 2) สังคมที่แบ่งโดยอายุ: demographic challenges not met
- 3) โลกในจินตนาการ: คนแปลกหน้าในเวลากลางคืน
- 4) Governmentalised: ageing bureaucracies and bureaucracies for aged

ตารางที่ 2.6 A society for all ages: smart and caring ageing

Driver	Values based – creating the good society
Leading proponents	Culture creative
Description	Ageing as future capital – as a resource for systemic and civilization revitalization High degree of acceptance of diversity creating a culture of inclusion, moving past racism, sexism, nationalism Shift from traditional model of student-work-retirement-death Smart houses, smart health, smart ageing
Funding	Funding for ageing research, balancing technological funding, social funding (social innovation) and quality of life funding

Worldview	Intergenerational equity and communities in harmony Post-Western
Research implications	Action learning wherein categories of social and economic research are created by stakeholders, integrating empirical, interpretive and critical research traditions
Policy implications	Broadening, deepening and extending out in time the policy framework. Anticipatory action learning

หลังจากการศึกษาขั้นนี้ Inayatullah ได้เสนอแนะนโยบายที่น่าจะนำไปสู่สังคมในสถานการณ์จำลองที่หนึ่ง “สังคมสำหรับทุกวัย” ดังนี้

- 1) การสนทนาเกี่ยวกับอนาคตที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากระหว่างผู้มีส่วนเป็นเจ้าของซึ่งการมองโลกในมุมมองที่แตกต่างกันก็ควรจะถูกรวมอยู่ในการสนทนา นี่ก็คือ ควรตั้งสมมติฐานที่ว่า แบบแผนอย่างตะวันตกเกี่ยวกับวัฏจักรชีวิตไม่ได้เป็นหลักสากล และเรามีทางเลือกในทุก ๆ ช่วงของชีวิต
- 2) เทคโนโลยีใหม่ ๆ ควรถูกนำมาใช้เพื่อให้อายุของคนยืนยาวขึ้น เช่นเดียวกับการออกแบบที่อยู่อาศัย ชุมชน แนวทางการดำเนินชีวิตที่มีผลดีต่อการที่เรามีอายุยืนยาวขึ้น
- 3) สิ่งที่ได้จากงานวิจัยนี้ควรต้องถูกผลักดันไปสู่สื่อต่างๆ เพื่อให้ “สังคมสำหรับทุกวัย” เป็นที่ต้องการของสังคม
- 4) พัฒนานโยบายในหลายระดับและหลายกลุ่ม โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ
- 5) การเปลี่ยนระบบชนชั้นวรรณะให้เป็นระบบการเรียนรู้จากกันและกันในองค์กรและสังคม
- 6) เราต้องมั่นใจว่า “สังคมสำหรับทุกวัย” นั้นจะได้รับการสนับสนุนอย่างมากในทุกๆ สาขา ซึ่งสามารถทำได้โดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งหมดนี้เน้นไปทางด้านวัฒนธรรมและสังคมแบบตะวันตก เพราะฉะนั้นจึงอาจจะไม่เหมาะสำหรับการนำผลของการศึกษาเหล่านี้มาใช้กับประเทศไทยโดยตรง หากแต่ยังคงต้องพัฒนาแนวคิดและวิธีการศึกษาใหม่ๆ เพื่อที่จะทำให้สอดคล้องกับภูมิหลังและสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย

ส่วนที่ 3 บทวิเคราะห์

ในบทนี้ จะนำผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ มาประมวลและวิเคราะห์ร่วมกัน โดยจำแนกให้เห็น classification ของผลงานทั้งหมดที่นำมาทบทวนในครั้งนี้ ว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ของการศึกษาแบบมองอนาคต (foresight) อยู่ในระดับใด และวิเคราะห์ต่อไปถึงเหตุผล สถานการณ์ ความจำเป็น แรงผลักดัน หรือบริบทที่นำไปสู่การศึกษามองอนาคตของประเทศ/ภูมิภาคนั้นๆ รวมไปถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการ foresight หรือวิธีการศึกษาของแต่ละผลงาน และท้ายที่สุดสรุปบทเรียน ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้สำหรับโครงการศึกษาวิจัยของประเทศไทย (ตารางที่ 2.7)

ตารางที่ 2.7 กรอบการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรม

1. การแบ่งกลุ่ม (classification) ของบทความ/ผลงานวิชาการที่ทบทวน
 1. มองอนาคตระบบหลักประกันฯ กระบวนการชัดเจน
 2. มองอนาคตระบบหลักประกันฯ หรือระบบสุขภาพ ในฐานะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนระดับชาติ แต่กระบวนการไม่ชัดเจน
 3. มองอนาคตปัจจัยที่กระทบหรือเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันฯ
2. วิเคราะห์และจัดกลุ่มผลงานวิชาการ ตามเหตุผลความจำเป็น หรือแรงผลักดันในการศึกษา โดยดูจาก
 1. ผู้ศึกษา
 2. หน่วยงานที่สนับสนุนการศึกษา
 3. ขีดความสามารถหรือความเข้มแข็งของชุมชนนักมองอนาคต/อนาคตศึกษา
3. วิเคราะห์กระบวนการที่ใช้ในการศึกษา
 1. แนวคิด แนวทางดำเนินการ
 2. ข้อมูลที่ใช้
 3. เทคนิค วิธีการ กระบวนการที่ใช้
4. ข้อสรุป และสิ่งที่อาจนำมาปรับใช้ได้กับประเทศไทย

การแบ่งกลุ่ม (classification) ของบทความ/ผลงานวิชาการที่ทบทวน

ผลงานทั้งหมดที่ได้คัดเลือกมาทบทวน ล้วนเป็นงานวิจัยเชิงนโยบาย ที่มีการเสนอแนะข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับผู้กำหนดนโยบายในประเทศนั้น ๆ แต่เมื่อได้ประมวลวิเคราะห์วรรณกรรมทั้งหมด อาจจำแนกให้เห็นการจัดกลุ่ม (classification) ของผลงานทั้งหมดที่นำมาทบทวนในครั้งนี้ ว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์ของการศึกษาแบบมองอนาคต (foresight) หรือการมีภาพฉายอนาคต (scenarios) อยู่ในระดับใด ดังนี้

1. กลุ่มผลงานที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ มีระดับความครบถ้วนสมบูรณ์ของความเป็นงานวิชาการทางด้าน foresight สูง เห็นได้จากกระบวนการ foresight ที่ปรากฏในผลงาน
2. กลุ่มผลงานที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ หรือระบบสุขภาพ ในฐานะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนระดับชาติ แต่มีความสมบูรณ์ของกระบวนการ foresight อยู่ในระดับต่ำ หรือไม่มี เนื่องจากกระบวนการ foresight ไม่ปรากฏในผลงาน หรือไม่ชัดเจน
3. กลุ่มผลงานเชิงมองอนาคต ที่เนื้อหาไม่ได้มุ่งประเด็นการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพโดยตรง แต่ใช้กระบวนการมองอนาคต กล่าวถึงภาพอนาคตของปัจจัยผลักดันภายนอกที่มีผลกระทบต่อรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศหรือภูมิภาคนั้นๆ เช่น การมองอนาคตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการมองอนาคตสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

การจัดกลุ่ม (classification) ของผลงานทั้งหมดที่นำมาทบทวนในครั้งนี้ อาจสรุปโดยแยกตามแหล่งที่มาของผลงาน ได้ดังตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ แยกตามกลุ่ม (classification) และแหล่งที่มาของผลงาน

ประเทศ/ ภูมิภาค การจัดกลุ่ม	อเมริกาเหนือ	ยุโรป	เอเชีย / อื่น ๆ
กลุ่มที่ 1 มองอนาคตระบบหลักประกันฯ กระบวนการชัดเจน	• สหรัฐฯ: William R. Rowley (Healthcare 2025). • สหรัฐฯ: Military Health Service System	• สหภาพยุโรป: Saritas & Keenan. • เนเธอร์แลนด์: Pellikaan & Westerhout	• อัฟริกาใต้: South Africa's National Research and Technology Foresight Project.

ประเทศ/ ภูมิภาค การจัดกลุ่ม	อเมริกาเหนือ	ยุโรป	เอเชีย / อื่น ๆ
กลุ่มที่ 2 มองอนาคตระบบหลักประกันฯ หรือระบบสุขภาพ ในฐานะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนระดับชาติ แต่กระบวนการไม่ชัดเจน	· <u>สหรัฐ</u>: US Institute of Medicine · <u>สหรัฐ</u>: Institute for Alternative Futures	· <u>ฟินแลนด์</u>: Committee for the Future, Parliament of Finland. · <u>เนเธอร์แลนด์</u>: Westerhout & Pellikaan	· <u>ญี่ปุ่น</u>: PHP Research Institute, Inc. · <u>ออสเตรเลีย</u>: Department of Health and Human Services, Tasmania.
กลุ่มที่ 3 มองอนาคตปัจจัยที่กระทบหรือเกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันฯ	· <u>แคนาดา</u>: National Research Council of Canada, Office of Technology Foresight · <u>สหรัฐ & ยุโรป</u>: Wheelwright	· <u>อังกฤษ</u>: UK Foresight Program, Office of Science and Technology · <u>อังกฤษ</u>: Shaw. · <u>สหภาพยุโรป</u>: Michel Godet et al · <u>สหภาพยุโรป</u>: Bock et al · <u>สหภาพยุโรป</u>: Busse et al · <u>สหภาพยุโรป</u>: Compano et al · <u>สหภาพยุโรป</u>: Godet & Durance	· <u>ญี่ปุ่น</u>: Ministry of Economy, Trade and Industry (METI). · <u>เกาหลี</u>: Byeongwon Park. · <u>ออสเตรเลีย</u>: Sohail Inayatullah. · <u>ออสเตรเลีย</u>: Phillip Daffara.

จากตารางที่ 2.8 พบว่าในจำนวนงานที่สามารถรวบรวมนำมาศึกษาในครั้งนี้ ผลงานวิชาการที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพ และมีระดับความครบถ้วนสมบูรณ์ของความเป็นงานวิชาการทางด้าน foresight สูงพอนั้นมีจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้โดยดูจากการบรรยายถึงกระบวนการ foresight ที่ใช้ในการศึกษา ปรากฏอยู่ในผลงานค่อนข้างชัดเจน การ

วิเคราะห์ในขั้นต่อไปนี้จะเลือกผลงานเหล่านี้มากล่าวถึงโดยละเอียดก่อนเป็นหลัก ผลงานเหล่านี้ได้แก่ งานของ Rowley, Military Health Service System จากสหรัฐอเมริกา, Saritas & Keenan จากอังกฤษ, Pellikaan & Westerhout จากเนเธอร์แลนด์, และ National Research and Technology Foresight Project จากแอฟริกาใต้

วิเคราะห์บริบทที่นำไปสู่การศึกษามองอนาคต

บริบทในที่นี้หมายถึงเหตุผล สถานการณ์ ความจำเป็น หรือแรงผลักดัน ที่นำไปสู่การศึกษาเชิงมองอนาคตในเรื่องหลักประกันสุขภาพ หรือระบบสุขภาพของประเทศ/ภูมิภาคนั้นๆ รวมไปถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการ foresight หรือวิธีการศึกษาของแต่ละผลงาน

สหรัฐอเมริกานั้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นประเทศที่มีการใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพมากที่สุดในการบรรดาประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว นั่นคือประมาณร้อยละ 13 ของ GDP (คิดเป็น 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2000) กระนั้นก็ตาม สหรัฐก็ยังไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายในการดัดแปลงภาพมาใช้เพื่อยกระดับสถานภาพทางด้านสุขภาพ มีหน้าซ้ำยังล้าหลังประเทศอื่นในหลายๆ ด้าน แนวโน้มของสหรัฐหลายอย่างชี้ไปในทางที่น่าเป็นห่วง ยกตัวอย่างเช่น ภาระการใช้จ่ายของสหรัฐประมาณร้อยละ 95 หดไปกับการรักษาพยาบาลและงานวิจัยทางด้าน biomedical research หากแต่เป็นที่ประจักษ์ชัดโดยหลักฐานว่า กลับเป็นพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของการตายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ถึงมากกว่าร้อยละ 70 และการรักษาพยาบาลนั้นเป็นเพียงหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ ที่สำคัญก็คือ ประโยชน์อันพึงจะได้รับจากการลงทุนทางด้านการรักษาพยาบาลกลับไม่สามารถไปถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากได้ เนื่องจากไม่มีระบบหลักประกัน หรือประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้

การมองอนาคตในเรื่องระบบสุขภาพของสหรัฐ จึงมักสนใจมองหาโอกาสของความเปลี่ยนแปลงในระดับฐานราก (fundamental change) ซึ่งก็เนื่องมาจากความคับข้องใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานของ Rowley เรื่อง Health Care 2025 ซึ่งเป็นการศึกษาโดยสถาบันวิจัยมองอนาคตของเอกชน (The Institute for Alternative Futures) นำเสนอให้เห็นว่า จำเป็นต้องมีการอภิปรายหรือพูดคุยในหมู่สาธารณะชน (public dialog) ว่าระบบที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องการให้เป็นนั้นมีหน้าตาเป็นอย่างไร และที่สำคัญคือเชื่อว่าชุดของค่านิยม (values) ที่แตกต่างกันย่อมนำไปสู่อนาคตที่ต่างกัน ดังนั้นหน้าตาของระบบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจึงขึ้นอยู่กับค่านิยมที่เป็นรากฐานของระบบนั้นเป็นสำคัญ

แม้แต่งานวิจัยของการแพทย์ทหารสหรัฐ ซึ่งเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ความเหมาะสมของการลงทุนสร้างศูนย์การแพทย์แห่งใหม่ของกองทัพ ก็ได้พัฒนาไปสู่การมองอนาคตระบบสุขภาพของสหรัฐทั้งระบบ เนื่องจากประการแรก ความตระหนักที่ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการบริการทางการแพทย์ของทหารนั้นมีใช้จำกัดอยู่เพียงในหมู่ทหาร หากเป็นพลเรือนเกือบทุกคนที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อยก็จากงานวิจัยทางด้านการแพทย์ของทหาร อีกประการหนึ่ง คือความตระหนักว่า การมองอนาคตระบบบริการทางการแพทย์ทหารนั้น จำเป็นต้องศึกษาแนวโน้มต่างๆ ที่อยู่นอกแวดวงทหารที่เรียกว่า megatrends

(การเติบโตของประชากร การย้ายถิ่นฐาน ฯลฯ) และวิเคราะห์ให้บอกว่า แนวโน้มเหล่านั้นที่อาจมีผลกระทบต่อกันและกันเองนั้นอาจนำไปสู่อนาคตที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นอนาคตของการแพทย์ทหารในปี 2020 ตามที่ปรากฏในงานวิจัยชิ้นนี้ จึงขึ้นอยู่กับว่า โลกอนาคตในปีนั้นมีหน้าตาเป็นอย่างไร

ในงานของ Saritas & Keenan ระบบสาธารณสุขในยุโรป ถูกพิจารณาไปพร้อมกันกับระบบการให้บริการทางด้านสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล, general practitioners (GP) และคลินิกชุมชน โดยมองว่าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และรวมเอาผู้ให้ทุนสนับสนุน (funders) ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนผู้บริโภค เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบด้วย

ภายใต้บริบทนี้ คำว่า “การให้บริการทางด้านสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ” ก็หมายถึง “ระบบหลักประกันสุขภาพ” หรือ “ระบบสาธารณสุข” ในบริบทที่รายงานฉบับนี้พิจารณาอยู่นั่นเอง ซึ่งภายในสหภาพยุโรปเองก็มีความแตกต่างกันของวิธีการที่ระบบสาธารณสุขและการบริการทางด้านสังคมได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้รับบริการ จำแนกได้เป็นสองระบบใหญ่คือ

1. ระบบที่มีการให้บริการฟรี ณ จุดให้บริการ โดยค่าใช้จ่ายนำมาจากภาษีทั่วไป ได้แก่ ประเทศทางยุโรปเหนือ สหราชอาณาจักร และไอร์แลนด์
2. ระบบประกัน (insurance-based system) ซึ่งเก็บค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพ โดยเฉพาะแยกออกจากระบบภาษีทั่วไป และประชาชนสามารถเบิกค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปคืนได้ ได้แก่ ประเทศอื่น ๆ ในยุโรป

แม้ว่าจะมีสองระบบ แต่ปัญหาที่ประเทศเหล่านี้พบในความเป็นจริงกลับคล้ายกันไม่ว่าจะเป็นระบบใด นั่นก็คือ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนทำให้การใช้ทรัพยากรในด้านการดูแลสุขภาพและสังคม สิ้นเปลืองเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

บริบทเช่นนี้ย่อมไม่แตกต่างกับสิ่งที่ Pellikaan & Westerhout กล่าวไว้ในงานที่ชื่อว่า Alternative Scenarios for Health, Life Expectancy and Social Expenditure ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก European Commission ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Ageing, Health and Retirement in Europe (AGIR Project) ในงานชิ้นนี้ ผู้เขียนได้พิจารณาถึงผลกระทบในระยะยาวของสัดส่วนโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (EU) ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมุ่งเป้าไปที่ประเด็นที่ว่าประชากรสูงวัยอาจมีอายุยืนนานกว่าที่คาดการณ์กันไว้เดิม และประชากรสูงวัยเหล่านั้นมีแนวโน้มว่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่าที่คาดการณ์ไว้ด้วย ซึ่งอาจมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเงินบำนาญเพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่าที่เคยคาดการณ์ไว้ได้ และถึงที่สุดแล้วเมื่อประชากรสูงวัยขึ้น อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวในอนาคตก็อาจจะลดลงได้ ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม งานชิ้นนี้เกิดขึ้นได้ก็เนื่องมาจากมีข้อมูลการศึกษาวิจัยในยุโรปเป็นพื้นฐานจำนวนมาก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์ที่คาดการณ์อัตราการใช้จ่ายในอนาคต) จึงทำให้สามารถตั้งคำถามกับ “ข้อสมมติฐานเดิม”

ได้ นอกจากนี้ การที่ภูมิภาคยุโรปมีชุมชนนักวิจัยและนักปฏิบัติทางด้านการมองอนาคตที่ใหญ่และเข้มแข็งมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของโลกก็น่าจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดการศึกษาในลักษณะนี้ขึ้น

ส่วนที่แอฟริกาใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นการประกันโดยบริษัทเอกชนเป็นส่วนใหญ่ และมีผู้ได้รับความคุ้มครองเป็นส่วนน้อยไม่ถึง 20% รัฐบาลให้การดูแลประชาชนที่เหลือ แต่ไม่ใช่ในลักษณะ universal health care coverage ในปี 1996 จึงมีการดำเนินโครงการ South Africa's National Research and Technology Foresight Project ซึ่งเป็นโครงการใหญ่ของรัฐบาล มีจุดมุ่งหมายในเชิงนโยบายชัดเจนที่ต้องการใช้กระบวนการมองอนาคตเพื่อนำผลที่ได้มาประกอบการศึกษาตัดสินใจลงทุนในการวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมถึงโปรแกรมวิจัยเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในสถาบันการศึกษา โครงการนี้เป็นโครงการที่ใหญ่มาก โดยหัวข้อเรื่องสุขภาพเป็นเพียงหนึ่งใน 12 สาขาที่มีการศึกษาวิจัยในโครงการนี้ และระบบหลักประกันสุขภาพ ก็ยังเป็นเพียงหัวข้อย่อยหนึ่งในหลายหัวข้อวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ กล่าวคืออยู่ในหัวข้อย่อยว่าด้วย Health policy and regulation และหัวข้อย่อยว่าด้วย Health services สัดส่วนประชากรของแอฟริกาใต้ยังอยู่ในระยะที่ประชากรวัยเยาว์มีสัดส่วนที่สูง (เกือบครึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปี) แต่จะค่อยๆ พัฒนาไปสู่สังคมสูงวัย อย่างไรก็ตาม มีการประมาณการว่าในปี 2020 จะมีประชากรอายุเกิน 60 ปีเพียง 9.2%

ก่อนหน้านี้จะมีงานศึกษาชิ้นนี้ รัฐบาลได้ออกรายงานสรุปทบทวนชื่อ The White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa โดยในรายงานฯ ได้เสนอแนะเป้าหมายเชิงนโยบายและหลักการเพื่อเป็นรากฐานในการวางระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการศึกษาเชิงมองอนาคตครั้งนี้เกิดขึ้นในเวลาที่เหมาะสมที่ยังไม่บรรลุถึงการมีระบบหลักประกันสุขภาพ (ที่ดูแลโดยภาครัฐ) อันพึงประสงค์

เหตุที่รัฐบาลแอฟริกาใต้เลือกใช้กระบวนการมองอนาคต (foresight) ในโครงการศึกษาครั้งนี้ นอกเหนือจากประเด็นพลวัตและอนาคตที่มีความไม่แน่นอนของหัวข้อ (ระบบสุขภาพ) แล้ว เชื่อว่าส่วนหนึ่งมาจากข้อเสนอแนะของ The International Development Research Centre (IDRC) แห่งแคนาดาที่ได้มาดำเนินโครงการ Mission on S&T Policy for a Democratic South Africa ก่อนหน้านี้ และได้เสนอแนะไว้ว่า ควรใช้กระบวนการมองอนาคตในการศึกษาวิจัยต่อไป และแม้ว่าชุมชนนักมองอนาคตในแอฟริกาใต้จะไม่ใช่มุมมองที่ใหญ่นัก แต่ก็ได้มีการใช้วิธีการมองอนาคตในระดับประเทศมาบ้างแล้ว ที่มีชื่อเสียงได้แก่โครงการที่ชื่อว่า The “Mont Fleur” scenario exercise ที่ดำเนินระหว่างปี 1991-92 เพื่อแสวงหาทิศทางให้กับประเทศซึ่งอยู่ท่ามกลางความขัดแย้งและแบ่งฝักแบ่งฝ่าย

วิเคราะห์แนวคิดข้อมูลที่ใช้ เทคนิคและวิธีการหรือกระบวนการที่ใช้ในการศึกษามองอนาคต

ในส่วนนี้จะวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการมองอนาคต (foresight) หรือวิธีการศึกษาของแต่ละงานวิจัย เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นว่า วิธีการที่งานศึกษาแต่ละชิ้นเลือกมาใช้นั้น เหมาะกับแต่ละบริบทที่แตกต่างกันอย่างไร และแต่ละวิธี/กระบวนการมีข้อเด่นข้อด้อยอย่างไรภายใต้บริบทเหล่านั้น

งานของ Rowley เรื่อง Health Care 2025 ที่ศึกษากรณีของสหรัฐ ผู้ศึกษาชื่อ The Institute for Alternative Futures ใช้กระบวนการจัดทำภาพอนาคต (scenarios) ขึ้นสามภาพ โดยออกแบบให้

แต่ละภาพอยู่บนฐานของค่านิยม (value) ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ 1) ค่านิยมที่เชื่อมั่นในเทคโนโลยีและตลาดเสรี 2) ให้ภาครัฐก้าวเข้ามาดูแลสุขภาพประชาชน และ 3) เน้นการดูแลตัวเองของปัจเจก

ผู้ศึกษาเชื่อว่าสหรัฐจำเป็นต้องทบทวนและปรับค่านิยมเหล่านี้ให้ได้ชัดเจนก่อน จึงจะสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลง (ที่พึงประสงค์) ได้สำเร็จ ในกระบวนการทบทวนและปรับค่านิยมเช่นนี้ ผู้ศึกษาได้จัดทำภาพอนาคตทั้ง 3 โดยไม่ได้ให้รายละเอียดของการจัดทำภาพอนาคตเหล่านั้นมากนัก แต่อนุมานได้ว่าเป็นการจัดทำโดยผู้ศึกษา และได้เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาเข้าร่วมอภิปรายให้ความคิดเห็นต่อแต่ละภาพอนาคตว่า แต่ละภาพขับเคลื่อนด้วยค่านิยมอะไรบ้าง และผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ข้อดีของวิธีการเช่นนี้ก็คือการจัดทำภาพอนาคตสามารถทำได้ในเวลาอันสั้นและมีขั้นตอนที่เรียบง่าย และเนื่องจากในแต่ละภาพจะเน้นปัจจัยที่ค่อนข้างแตกต่างกันอย่างสุดขั้ว ในการอภิปรายให้ความคิดเห็นโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงสามารถเห็นผลกระทบของปัจจัยนั้น และผลกระทบจากการที่ขาดปัจจัยอื่น ๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมยังสามารถเพิ่มเติมค่านิยมที่คิดว่าสำคัญเข้าไป เพื่อทำให้ระบบมีความสมบูรณ์และประสบความสำเร็จได้มากขึ้น ตัวเลขต่างๆ ที่ใช้ในแต่ละภาพอนาคต (เช่น อัตราว่างงาน จำนวนประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ฯลฯ) เป็นตัวเลขสมมติแต่อยู่บนฐานของการต่อยอดจากแนวโน้มในปัจจุบัน (ทั้งแบบมองโลกในแง่ดี และในแง่ร้ายแล้วแต่ภาพ) ซึ่งไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น หากแต่ต้องการฉายภาพที่อาจเป็นไปได้ถ้ามีเหตุปัจจัยพร้อม และใช้ภาพเหล่านั้นกระตุ้นการถกเถียงในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งก็เป็นแนวทางปกติของการศึกษาแบบมองอนาคต

ข้อด้อยของกระบวนการแบบนี้ดูเผินๆ ไม่น่าจะมีอะไรเป็นพิเศษ แต่หากผู้นำผลงานนี้ไปใช้ไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์ และนำข้อมูลในงานวิจัยนี้ไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ เช่น เลือกภาพอนาคตใดภาพหนึ่งไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายโดยเชื่อตามที่บรรยายในภาพ ก็อาจเกิดความเสียหายขึ้นได้

สำหรับผลงานศึกษาของ Military Health Service System ซึ่งเป็นของสหรัฐเช่นกัน กระบวนการศึกษาในงานชิ้นนี้ได้แบ่งออกเป็นสองระยะ ระยะแรกเป็นการอภิปรายระหว่างผู้เข้าร่วมในคณะทำงานของ MHSS ซึ่งมีอยู่ 20 ชุด การอภิปรายนี้มีจุดประสงค์เพื่อฝึกอบรมทักษะในการมองอนาคต ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มอนาคตที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคลของสมาชิกในกลุ่ม ในบั้นปลายมีเป้าหมายมุ่งระบุปัจจัยผลักดันหลักและพัฒनावิสัยทัศน์ตลอดจนการคาดการณ์อนาคต กระบวนการนี้ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านเครือข่าย (cyberspace) อย่างเข้มข้น

ในระยะที่สอง สมาชิกคณะทำงานถูกนำมาจัดกลุ่มใหม่ จากเดิมที่เป็นการแยกกลุ่มตามทักษะความเชี่ยวชาญ กลายมาเหลือเพียง 10 กลุ่มที่มีสมาชิกจากหลายสาขาความเชี่ยวชาญละปะปนกัน เป้าประสงค์ของกลุ่มก็คือต้องการให้แต่ละกลุ่มพัฒนาและประมวลเรื่องราว (integrated story) ของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตใน 4 ภาพ ได้แก่ The Third Wave, The Dark Side, Global Mind Change, and the Transformation.

กระบวนการของการศึกษาของงาน MHSS 2020 นับว่ามีลักษณะเด่นเฉพาะตัวหลายประการ เช่น การออกแบบโครงการมุ่งให้มีการใช้ World Wide Web ในการติดต่อปฏิสัมพันธ์กัน (ในเวลานั้นยังอยู่ในช่วงของ Web 1.0) ตลอดโครงการ ผู้เข้าร่วมในโครงการมาจากพื้นภูมิหลังที่หลากหลาย ได้แก่ สาขาอาชีพด้านการแพทย์และผู้บริหาร ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือ dynamic simulation ซึ่งเป็นระบบอัตโนมัติเพื่อค้นหาพฤติกรรมของระบบการแพทย์ทหารในอนาคตในกรอบเวลา 25 ปี

การศึกษาชิ้นนี้ระบุว่า การวิเคราะห์แนวโน้ม (trend analysis) ช่วยให้เห็นรูปแบบ (pattern) ของความเปลี่ยนแปลงสู่อนาคต และตระหนักถึงโอกาสและภัยคุกคาม ส่วนการสร้างภาพอนาคตของสภาพสังคม ระบบสุขภาพ และการแพทย์ทหารใน 25 ปีข้างหน้าช่วยให้เห็นว่าแนวโน้มต่างๆ อาจจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (และบางอย่างก็อาจจะขัดแย้งกัน) ทำให้นำไปสู่รูปแบบของอนาคตอันหลากหลายแตกต่างกัน การวาดภาพอนาคตทำให้เห็นขอบเขตความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ที่กว้างขวางกว่าการวางแผนกลยุทธ์โดยทั่วไป และทำให้ระบุได้ชัดเจนร่วมกันว่า วิสัยทัศน์ที่ดีที่สุดนั้นมีหน้าตาเป็นอย่างไร

ในระยะที่ 3 ของการศึกษา ผู้ศึกษามุ่งเผยแพร่ผลของงานวิจัย MHSS 2020 และบูรณาการเข้ากับหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการทหาร การต่อต้านสงคราม และระบบสุขภาพในวงที่กว้างออกไปอีก นอกจากนี้บรรดาเครื่องมือเรียนรู้เพื่อทำงานร่วมกัน (collaborative learning tools) ที่ได้พัฒนาขึ้นในระหว่างระยะที่หนึ่งและสองก็จะถูกนำไปใช้ในหน่วยงานบริการแพทย์ทหาร และมีการจับตามองแนวโน้มของเทคโนโลยีใหม่ๆ ต่อไป เช่น เทคโนโลยีชีวภาพ งานวิจัยด้านจีโนม เป็นต้น

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดเช่นเดียวกับงานของ Rowley และภายในบทความวิชาการเองก็ได้กล่าวย้ำเตือนไว้ชัดเจนด้วยว่า งานชิ้นนี้มิใช่เป็นการพยากรณ์ และบรรดาเครื่องมือสร้างโมเดลที่พัฒนาขึ้นมาก็มิใช่เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์แต่อย่างใด (This is not a predictive document, nor are any of the simulation and other modeling tools developed during MHSS 2020 predictive tools) เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาในโครงการนี้ สร้างขึ้นมาเพื่อให้ผู้นำองค์กรได้มีโอกาสหยั่งรู้ (to gain insights) อย่างลึกซึ้งถึงความมีพลวัตและความวุ่นวายสับสนของระบบการแพทย์ทหาร พร้อมทั้งคาดหวังว่าการใช้เครื่องมือเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจแบ่งสรรทรัพยากรและการลงทุนในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่อนาคตที่ดีกว่า

งานวิจัยของ Saritas & Keenan ใช้วิธีการศึกษาวิเคราะห์แนวโน้มและประเด็น (trends and issues) ที่กำลังเกิดขึ้นและเป็นปัจจัยผลักดันพัฒนาการของระบบสุขภาพ รวมทั้งระบบการให้บริการสังคมในยุโรป ปัจจัยผลักดันเหล่านี้มีจำนวนมาก มีความหลากหลาย และมีความไม่แน่นอนค่อนข้างสูงว่าจะผลักดันระบบไปในทิศทางใดในระยะเวลา 10-15 ปีข้างหน้า ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาภาพอนาคตขึ้นมาจำนวนหนึ่งที่จะชี้ให้เห็นอนาคตเกี่ยวกับระบบสุขภาพและระบบบริการสังคมที่อาจเป็นไปได้

แต่แทนที่จะพัฒนาภาพอนาคตขึ้นมาเองจากศูนย์ ผู้ศึกษาได้เลือกที่จะทบทวนภาพอนาคตที่มีผู้อื่นจัดทำไว้อยู่แล้ว และได้นำภาพอนาคตเหล่านั้นที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมาประมวลเข้าด้วยกัน (ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่พบบ่อยนักในการศึกษาเชิงมองอนาคตทั่วไป และต่างจากวิธีการของ

งานวิจัยสองชิ้นที่กล่าวถึงไปแล้ว) โดยเลือกจากสี่ประเทศ คือ เยอรมัน สวีเดน อังกฤษ สหรัฐ และยุโรป
ในภาพรวม (อย่างไรก็ดี ในบรรดาภาพอนาคตเหล่านั้น ผู้ศึกษาไม่สามารถค้นหาภาพอนาคตเกี่ยวกับการ
บริการสังคมโดยตรงได้) ซึ่งพบว่าไม่มีชุดของภาพอนาคตชุดใดที่ครอบคลุมปัจจัยผลักดันและ
ประเด็นที่ผู้ศึกษารวบรวมไว้ตั้งแต่ต้น ผู้ศึกษาจึงได้เลือกหยิบยกประเด็นสำคัญจากแต่ละภาพอนาคตที่มี
ผู้อื่นศึกษาไว้ นำมาแยกกลุ่มและจัดรวมเข้าด้วยกันภายใต้วิสัยทัศน์ที่แตกต่างกันสามแบบ คือ “best
guesstimate”, “problem-plagued”, และ “visionary” โดยมีกรอบเวลาระหว่างปี 2015-2020 ส่วน
ประเด็นที่มีความแน่นอนสูงก็ถูกนำมาจัดวางไว้เป็นฐาน “baseline situation” สำหรับทุก ๆ ภาพอนาคต

ผู้ศึกษาเรียกภาพอนาคตเหล่านี้รวม ๆ ว่า “วิสัยทัศน์ที่ถูกประมวลเข้าด้วยกัน (integrated
visions)” เกี่ยวกับระบบสุขภาพและระบบบริการสังคม และมีความคาดหวังว่า วิสัยทัศน์เหล่านี้จะช่วยให้
ข้อมูลแก่กระบวนการอภิปรายในสังคม (social dialogue) และเป็นจุดเริ่มต้นของการถกเถียง (debate)
ระหว่างภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ภาคธุรกิจ กรรมการยุโรป และกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ
เกี่ยวกับอนาคตของการดูแลสุขภาพและสังคม ตลอดจนกลยุทธ์ในอนาคตสำหรับการเข้าจัดการกับ
ระบบสุขภาพ

วิธีการเช่นนี้นับได้ว่าเป็นความพยายามอีกก้าวหนึ่งของวงการนักมองอนาคต ที่จะสร้าง
วิสัยทัศน์ร่วม (shared vision) และการลงมือทำอย่างเห็นพ้องต้องกัน ให้เกิดขึ้นให้ได้ในภูมิภาคที่มี
ความหลากหลายและแตกต่างกัน เช่น สหภาพยุโรป หากมองในเชิงกระบวนการ งานวิจัยชิ้นนี้น่าจะมี
ลักษณะค่อนข้างงานวิจัยลักษณะ review กล่าวคือทบทวนและประมวลงานของผู้อื่น และเนื่องจาก
เป็นงานที่ทำโดยนักมองอนาคตที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในวงการของนักมองอนาคต (Michael
Keenan) จึงมีโอกาสค่อนข้างสูงที่จะสร้างผลกระทบในเชิงนโยบาย แต่ในอีกด้านหนึ่ง หากผู้อื่นคิดนำ
วิธีการนี้ไปใช้ก็ย่อมมีความเสี่ยงสูงว่าอาจจะไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่คาดหวัง ทั้งจากผู้ใช้งาน และ
จากผู้ที่ถูกนำผลงานมาใช้อ้างอิงในการศึกษาก็เป็นได้

งานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งจากยุโรป คืองานของ Pellikaan & Westerhout ซึ่งได้รับการสนับสนุน
จากกรรมการยุโรป มีฐานอยู่บนการคาดการณ์จากข้อมูลของแนวโน้มในปัจจุบัน ในด้านของค่าใช้จ่าย
ด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพในระยะยาว ตลอดจนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วน
ประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขยายตัวของสัดส่วนของผู้สูงอายุในยุโรป

การศึกษาชิ้นนี้ทำโดยการนำข้อมูลทางสถิติด้านจำนวนและโครงสร้างประชากร รวมถึง
ข้อมูลการตายและการย้ายถิ่นฐานจาก Eurostat มาคำนวณวิเคราะห์เพื่อคาดคะเนแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น
ในอนาคตไปจนถึงปี ค.ศ. 2050 ในขณะที่ข้อมูลการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขนั้น ยังพิจารณาไปถึง
ค่าใช้จ่ายด้านเงินบำนาญด้วย มีสมมติฐานที่กำหนดให้อัตราที่เพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ
เท่ากับ 1.75% ต่อปี ซึ่งเท่ากับอัตราของ GDP ต่อแรงงานตามรายงานการศึกษาของ European
Policy Committee (EPC) เมื่อปี 2001 ทั้งนี้เพื่อนำผลแนวโน้มที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงค่าใช้จ่ายและ
การวางแผนในการดูแลสุขภาพและเงินบำนาญสำหรับกลุ่มสมาชิก EU ทั้ง 15 ประเทศ (จำนวน
สมาชิกในขณะทำการศึกษา)

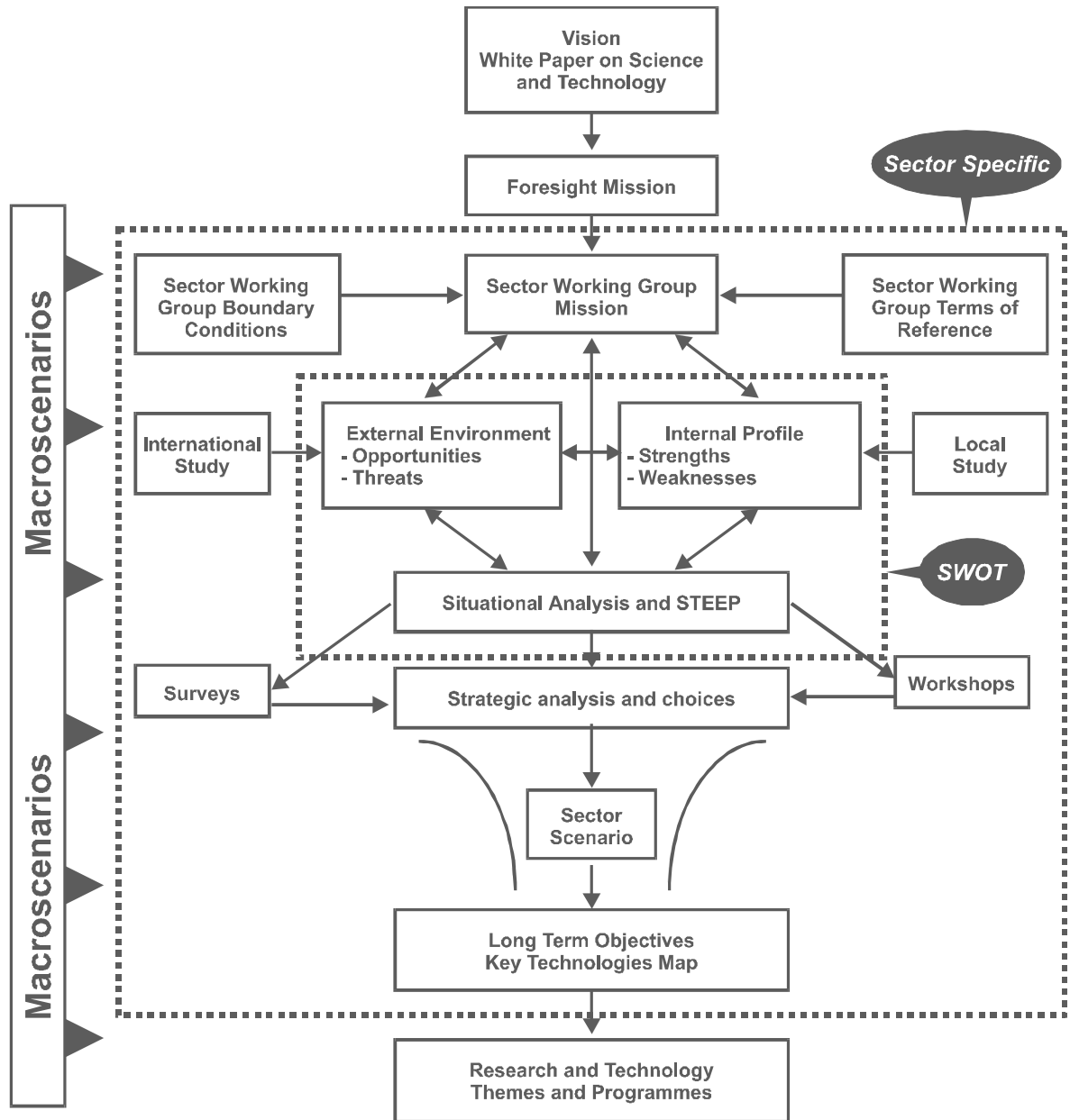
จากผลของการวิเคราะห์แนวโน้มของปัจจัยในด้านต่าง ๆ นั้น ผู้ศึกษาได้นำมาพัฒนาขึ้นเป็น ภาพอนาคตที่เรียกได้ว่าเป็น Base Case Scenario ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการคาดคะเน (projection) ข้อมูลและแนวโน้มที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มาถึงขั้นตอนนี้ดูคล้ายกับว่างานชิ้นนี้จะเป็นงานศึกษาวิจัย ในลักษณะของการพยากรณ์หรือทำนาย (forecast/predict) และใกล้เคียงกับการคาดการณ์เชิง เศรษฐศาสตร์และการเงิน มากกว่าจะเป็นการมองอนาคตแบบ foresight ซึ่งมักจะกล่าวถึงผลกระทบ จากการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ด้วย (เช่น เทียบกับในกรณีงานของ Rowley จากสหรัฐ) ทั้งนี้ เหตุผลสำคัญน่าจะมาจากภูมิหลังด้านความเชี่ยวชาญของผู้ศึกษาวิจัย ซึ่งในขณะที่ทำงานในโครงการนี้อยู่ก็ทำงานให้กับ Bureau of Economic Policy Analysis ของ เนเธอร์แลนด์ โดยยังใช้คอมพิวเตอร์ในการคิดคำนวณการคาดคะเนอีกด้วย เนื่องจากจุดมุ่งหมายหลัก คือการหาผลกระทบของการสูงวัยขึ้นของประชากรที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข และพิจารณาต่อไป ว่าการเงินในภาครัฐจะสามารถรองรับผลกระทบจากกระบวนการนี้ได้ อย่างยั่งยืนเพียงใด

อย่างไรก็ตาม ในช่วงต่อมาของบทความวิชาการนี้ ก็ได้มีการทดลองเปลี่ยนสมมติฐานบาง ประการในด้าน life expectancy และการยกระดับคุณภาพของสุขภาพ (health improvement) และ พิจารณาว่าผลจากการเปลี่ยนแปลงเช่นนั้นหากเป็นไปได้ไปอย่างสุดขั้น จะชักนำไปสู่ภาพอนาคตอย่างไร ซึ่งก็สามารถพัฒนาต่อมาอีกกลายเป็นภาพอนาคต 4 ภาพที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีการที่นิยมใช้กัน โดยทั่วไปในแวดวงของนักมองอนาคต กล่าวคือพิจารณาความผันแปรของสมมติฐานทั้งสองด้านนั้นเป็น สองมิติที่ตัดกันทำให้เกิดความเป็นไปได้ 4 แบบ (2^2 แบบ)

แต่ท้ายที่สุดก็น่าจะกล่าวได้ว่า เบื้องหลังนั้นมีความตั้งใจที่จะแสดงให้เห็นว่า ประชาชนชาว ยุโรปสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวกว่าเดิม และมีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ในเวลาเดียวกัน และเป็นไปอย่าง ยั่งยืนด้วย

หากเปรียบเทียบกับการศึกษาเชิงมองอนาคตชิ้นอื่นๆ ที่เลือกมาทบทวนในครั้งนี้ กล่าวได้ ว่างานวิจัยชิ้นนี้มีลักษณะเชิงคาดการณ์มากที่สุด และใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์และข้อมูลพื้นฐาน เข้ามาวิเคราะห์ด้วยเป็นจำนวนมาก อันเนื่องด้วยลักษณะหน่วยงานที่ผู้วิจัยสังกัดอยู่รวมถึงภูมิหลังทาง เศรษฐศาสตร์ของผู้วิจัยดังที่กล่าวมาแล้ว โดยที่จุดประสงค์ที่แท้จริงคือต้องการศึกษาคำนวณค่าใช้จ่ายที่ อาจเกิดขึ้นให้ใกล้เคียงกับความจริงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้มากที่สุด และพิจารณาปัจจัยความไม่ แน่นนอนประกอบด้วยระดับหนึ่ง (เห็นได้จากการที่มีถึง 4 ภาพอนาคตที่แตกต่างกัน) แต่มิได้พิจารณาถึง ผลกระทบของค่านิยมหรือทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากเท่ากับงานชิ้นอื่นๆ

งานศึกษาวิจัยของแอฟริกาใต้ เป็นกระบวนการมองอนาคตที่มีโจทย์กว้างและครอบคลุมทุกๆ ภาคส่วนของเศรษฐกิจสังคมของประเทศ ดังนั้นการมองอนาคตระบบสุขภาพของแอฟริกาใต้จึงเป็นเพียง ส่วนหนึ่งของโครงการใหญ่ที่ดำเนินกระบวนการในลักษณะที่คล้ายๆ กัน (ภาพที่ 2.4)



ภาพที่ 2.4 กระบวนการมองอนาคตของแอฟริกาใต้

โดยเริ่มจากการอ้างอิงถึงวิสัยทัศน์ที่กำหนดในหนังสือรายงานสมุดปกขาว (White Paper on Science and Technology) ถัดมากระบวนการมองอนาคตเน้นไปที่การจัดทำ Macrosenarios โดยการตั้งคณะทำงานชุดใหญ่ คณะทำงานย่อยรายสาขา แล้วจึงดำเนินกระบวนการวิเคราะห์แบบ SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Threat) โดยดูปัจจัยทั้งภายนอกในด้านระหว่างประเทศ และปัจจัยภายใน ต่อมาก็ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นแนวโน้มที่มีผลกระทบในเชิงเป็นปัจจัยผลักดันระบบ ผ่าน

การระดมความคิดเป็นกลุ่ม ประกอบกับการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งในที่สุดได้พัฒนาไปเป็น บทวิเคราะห์กลยุทธ์และทางเลือก และพัฒนาจนเป็นภาพอนาคต ก่อนที่จะได้ผลสุดท้ายออกมาเป็น เป้าหมายของประเทศในระยะยาวและแผนที่เทคโนโลยีที่สำคัญ สิ่งนี้โครงการนี้คาดหวังก็คือผลลัพธ์ที่ได้ ออกมานี้จะนำไปสู่การตั้งโจทย์และโปรแกรมวิจัย

สำหรับกระบวนการจัดทำภาพอนาคตนั้น ก็มีขั้นตอนที่คล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นๆ ทั่วไป กล่าวคือ สร้างเหตุการณ์สมมติขึ้นเพื่อเป็นจุดอ้างอิง (point of reference) หลายๆ จุดในภาพฉาย อนาคตเหล่านั้น ท่ามกลางความไม่แน่นอนหลายอย่างที่เกิดขึ้นได้จริง และเมื่อได้ภาพกว้างเช่นนี้แล้ว ในที่สุดก็อภิปรายถึง SWOT ของแต่ละภาพ และนำไปสู่ทางเลือกที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นร่วมกันว่าควร จะดำเนินการ กระบวนการเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นการเดินทาง “ทางสายกลาง” และพบเห็นได้ทั่วไป ในการศึกษาที่ใช้กระบวนการมองภาพอนาคตเป็นวิธีการหลัก

ประเด็นสำคัญในโครงการนี้ก็คือ ความเข้าใจที่มีร่วมกันว่า ประโยชน์ที่ได้รับจากผลลัพธ์ ของโครงการนี้จะเกิดขึ้นจริงได้เพียงในระยะยาวประมาณ 10-20 ปีเท่านั้น การยอมรับเงื่อนไขร่วมกัน เช่นนี้ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากเกิดขึ้นได้จริงก็ย่อมช่วยป้องกันมิให้มีความคาดหวังที่ผิดๆ ได้ตั้งแต่นั้น

ข้อสรุป และสิ่งที่อาจนำมาปรับใช้ได้กับประเทศไทย

แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในขณะนี้ มีแนวโน้มที่จะมุ่งไปสู่สภาพของ ความเป็น “รัฐสวัสดิการ” คล้ายกับบางประเทศในกลุ่มยุโรป มากกว่าที่จะเป็นการใช้ระบบประกันหรือ insurance ที่แท้จริง หากแต่สถานะทางการเงิน ภูมิหลังทางด้านระบบสาธารณสุข และจิตสำนึกของ ประชาชน ยังมีความแตกต่างจากประเทศที่นำมาศึกษาในครั้งนี้อยู่มาก การนำวิธีการศึกษาของยุโรป หรือแม้กระทั่งวิธีการใดวิธีการหนึ่งมาใช้โดยตรง ย่อมไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสม

การออกแบบกระบวนการมองอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ควรพิจารณานำ ข้อดีจากแต่ละการศึกษามาปรับเข้ากับบริบทและความต้องการของประเทศไทย รวมถึงสภาพเงื่อนไข ที่จำกัดการทำงานอยู่ในขณะศึกษา เช่น ความพร้อมของบุคลากรทางด้านการมองอนาคต ความเข้าใจ ร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระแสความต้องการของสังคมในเวลาที่ศึกษา ฯลฯ

คงไม่ผิดถ้าจะกล่าวว่า ค่านิยมพื้นฐานของสังคม และผลกระทบของค่านิยมนั้นมีต่อระบบ สุขภาพ หรือระบบหลักประกันสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยแรกๆ ที่ควรนำมาพิจารณาในการดำเนินโครงการ มองอนาคตของไทย กรณีผลงานของ Rowley อาจนำมาใช้เป็นแนวทางหรือตัวอย่างวิธีการดำเนินการ ในส่วนนี้ได้ระดับหนึ่ง

ในส่วนของปัจจัยผลักดันระบบ (ที่ทราบแนวโน้ม) และความไม่แน่นอนที่จะมีผลกระทบต่อ ระบบ (ที่ไม่อาจทราบแนวโน้ม หรือไม่อาจทราบขนาดความรุนแรงของผลกระทบ) เป็นองค์ประกอบ สำคัญต่อมาที่จะต้องนำมาพิจารณาในการออกแบบการศึกษา ตัวอย่างของอัฟริกาใต้ มีการศึกษาด้วย การวิเคราะห์ STEEP (Social, Technology, Economic, Environmental, Political Trends) ซึ่งอาจ นำมาปรับใช้ได้ แต่จะต้องปรับปรุงให้ประเด็นปัจจัยและความไม่แน่นอนเหล่านั้นมีความชัดเจนเพียงพอ

ที่ผู้เข้าร่วมกระบวนการ (เช่น ในการจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ) มีความเข้าใจประเด็นเหล่านั้นในระดับที่ไม่มีความแตกต่างกันมากเกินไปจนเป็นอุปสรรคต่อการจัดทำภาพอนาคต

ในการจัดทำภาพอนาคตหลาย ๆ ภาพที่มีความแตกต่างกัน ควรต้องหาประเด็นที่เป็นความไม่แน่นอน หรือเป็นแนวทางที่ยังไม่มีข้อยุติเป็นเอกฉันท์ หรือมีโอกาสความเป็นไปได้ใน spectrum ที่ค่อนข้างกว้าง มาเป็นแกนในการกำหนดภาพอนาคตเหล่านั้นเพื่อเป็นจุดอ้างอิง (reference point) ดังตัวอย่างที่มีอยู่มากมาย ทั้งในกรณีงานของ Rowley, Saritas & Keenan, Pellikaan & Westerhout, หรือในงานของอัฟริกาใต้ก็ตาม ข้อควรระวังคือประเด็นความไม่แน่นอนนั้นควรต้องไม่มีจำนวนมากเกินไป

สุดท้ายนี้ เนื่องจากการจัดทำภาพอนาคตเป็นกระบวนการที่เน้นการนำองค์ความรู้ภายในตัวบุคคล (tacit knowledge) และความคิดสร้างสรรค์ของบุคคลออกมาแลกเปลี่ยนและนำเสนอต่อกลุ่มให้ได้มากที่สุด โดยมีสมมติฐานคือบุคคลที่มาร่วมแสดงความคิดเห็นนั้นเป็นผู้ที่อยู่ในแวดวงของหัวข้อที่ศึกษา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ไว้วางใจในตัวมากพออยู่แล้ว และมีการทำความรู้นั้นให้ทันสมัยอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม ข้อนี้อาจไม่ใช่เป็นจริงเสมอไปก็ได้ หรืออาจมีข้อขัดข้องอื่นๆ ในเชิงกระบวนการ เช่น ผู้มีความรู้ หรือมีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกันระดมความคิดได้เพียงพอ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม ในกรณีเช่นนี้ หากมีความไม่แน่ใจ ก็อาจเสริมกระบวนการให้มีความเข้มข้นหนักแน่นมากยิ่งขึ้น ด้วยการสำรวจข้อมูลล่วงหน้า ซึ่งอาจทำในลักษณะของแบบสอบถามทั่วไป (เช่น ในกรณีงานของอัฟริกาใต้) หรือใช้กระบวนการเดลฟี (Delphi) ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า แม้จะสิ้นเปลืองเวลาและทรัพยากร แต่ก็ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากกว่า และนอกจากนี้ หากมีความจำเป็นก็อาจใช้การศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์คล้ายกับกรณีของเนเธอร์แลนด์ กระทำคู่ขนานกันไปก็อาจทำได้ แต่ควรเป็นลักษณะของโครงการที่แยก TOR ออกให้เห็นชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- [1] William R. Rowley. (2003), "USA : Healthcare 2025: Alternative views and underlying values".
- [2] Institute for Alternative Futures. (2005), "US Health Care Design Choices".
- [3] Ozcan Saritas and Michael Keenan. (2004), "Broken promises and/or techno dreams? The future of health and social services in Europe".
- [4] European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI). (2005), "Alternative scenarios for health, life expectancy and social expenditure".
- [5] Committee for the Future, Parliament of Finland. (2006), "The Future of Health Care: The Position of the Committee for the Future on Health Care in the Year 2015".
- [6] PHP Research Institute, Inc. (2007), "国民が選択できる自立型社会保障制度の確立" (The establishment of the social security system that is self-reliance: the choice of the people).
- [7] Ministry of Economy, Trade and Industry (METI). (2007), "人間生活技術分野ロードマップ" (Human Technology Roadmap).
- [8] National Research Council of Canada, Office of Technology Foresight. (2004), "Bio-Health Stewardship & Innovation Foresight 2020".
- [9] R. Compan, A.-K. Bock, J.C. Burgelman, M. Cabrera, O. Da Costa, P. Mattsson and N. Malanowski (2006) "Converging applications for active ageing policy", foresight, Vol. 8 No.2, p. 30.
- [10] Michel Godet in collaboration with Philippe Durand (2006) "Europe: gray hair and low growth", foresight, Vol. 8, No.2, p.10.
- [11] William R. Rowley (2003) "Healthcare 2025: alternative views and underlying values", foresight, Vol. 5, No. 5, p.16.
- [12] Byeongwon Park (2004), <http://www.efmn.info/kb/efmn-brief36.pdf>.
- [13] "The Age Shift – Priorities for Action", <http://www.foresight.gov.uk>.
- [14] Verne Wheelwright (2003) "Ageing: a personal futures perspective", foresight, Vol.5, No. 6 p.61.
- [15] Sohail Inayatullah (2003) "Ageing: alternative futures and policy choices", foresight, Vol 5, No. 6, p.8.
- [16] Phillip Daffara (2003) "City of the aged versus City of all ages", foresight, Vol 5, No. 6, p.43.

บทที่ 3

การสำรวจความคิดเห็น ด้วย Real Time Delphi

ดร.นเรศ ดำรงชัย

ปวรภัต โพธิสุข

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

บทที่ 3

การสำรวจความคิดเห็นด้วย Real Time Delphi

แนวคิดและหลักการของเดลฟาย (Delphi)

เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ได้รับการพัฒนาโดย RAND Corporation ในคริสต์ทศวรรษที่ 1950 เป็นวิธีสำรวจความเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาหนึ่งๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกันหลายครั้ง ในการสำรวจรอบที่หนึ่ง ผู้ตอบแบบสอบถามจะตอบคำถามพร้อมข้อคิดเห็นส่วนตัวเกี่ยวกับคำถาม จากนั้นคณะวิจัยจะคำนวณหาค่าควอไทล์ (quartile) ของคำตอบและรวบรวมข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ตอบเพิ่มลงในชุดแบบสอบถามรอบที่สอง พร้อมส่งคำตอบที่ได้ในรอบแรกคืนให้ผู้ตอบ ผู้ตอบจะเปรียบเทียบคำตอบของตนกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อตัดสินใจใหม่ว่าจะยืนยันความคิดเดิมหรือจะเปลี่ยนใจโดยมีต้องเผชิญหน้ากับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ความเห็นที่แตกต่างจากความเห็นของคนส่วนใหญ่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าความเห็นของคนส่วนใหญ่ ผลการศึกษาหลายชิ้นระบุว่าความเห็นของสมาชิกที่ดีที่สุดของกลุ่มอาจไม่ตรงกับความเห็นของคนส่วนใหญ่

ในระยะแรกมีการใช้เทคนิคเดลฟายกันมากในการคาดการณ์เทคโนโลยี โดยทำนายว่าเทคโนโลยีใดจะมีการพิสูจน์หลักการได้เมื่อใด จะเริ่มพร้อมใช้งานหรือจะมีการใช้อย่างแพร่หลายได้เมื่อใด แต่ต่อมาได้มีการใช้อย่างแพร่หลายในการสำรวจและประเมินนโยบายด้านต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ทางด้านการศึกษา การจัดการ และสาธารณสุข เรียกว่าเป็นเดลฟายเชิงนโยบาย (policy Delphi)

ลักษณะสำคัญของเทคนิคเดลฟาย ได้แก่

- **การไม่เปิดเผยตน (anonymity)** ได้จากการใช้แบบสอบถาม เพื่อไม่ให้ผู้ออกความเห็นต้องเผชิญหน้ากัน จะได้ไม่รู้ว่าใครเป็นเจ้าของความเห็น ทำให้สามารถพิจารณาคุณค่าของความเห็นโดยไม่ถูกเบี่ยงเบนด้วยตำแหน่งหรือความสามารถในการโน้มน้าวของเจ้าของความเห็น ผู้ออกความเห็นที่แตกต่างออกไปไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกกดดันจากผู้ที่มีภูมิสูงกว่าหรือความเห็นของคนส่วนใหญ่
- **การทำซ้ำ (iteration)** ได้จากการส่งแบบสอบถามเดียวกันให้ตอบหลายรอบ ให้โอกาสผู้ตอบเปลี่ยนใจโดยไม่เสียหน้า จากการพิจารณาความเห็นและเหตุผลของผู้อื่น
- **การป้อนกลับโดยมีการควบคุม (controlled feedback)** มีการกลั่นกรองและป้อนกลับความเห็นของกลุ่มให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ทราบในการส่งแบบสอบถามรอบต่อไป ผู้ตอบจะได้ทราบสถานภาพของความเห็นรวม คำวิจารณ์ ข้อเสนอแนะ และเหตุผลประกอบความคิดเห็นของทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

- การนำเสนอคำตอบด้วยสถิติ (statistical group response) เป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันระหว่างการสอบถามแต่ละรอบ โดยเสนอผลคำตอบของกลุ่มเป็นค่ามัธยฐาน และระดับความเห็นที่กระจายออกไป

ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

- การไม่เปิดเผยชื่อของผู้ตอบ ทำให้ผู้ตอบมีอิสระภาพทางความคิด
- สามารถได้ความเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก ซึ่งอาจสูงเป็นร้อยเป็นพันได้
- การใช้วิธีการทางสถิติเพื่อประมวลผล เป็นการลดอคติ (bias) ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- เหมาะสำหรับคำถามยากๆ ที่มีหลายมิติ ที่ต้องประเมินทั้งข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ และคุณค่าทางสังคม หรือคำถามในเรื่องที่ยังขาดองค์ความรู้อย่างเพียงพอ เพื่อหาคำตอบในขณะที่ยังจำเป็นต้องมีการตัดสินใจ

ข้อเสียของเทคนิคเดลฟาย

- ใช้เวลานานและการลงทุนสูง จึงนิยมทำการสำรวจเพียงสองรอบ แต่ในปัจจุบันหลายโครงการมีการให้ตอบแบบสอบถามในเว็บไซต์แบบออนไลน์ ซึ่งลดค่าใช้จ่ายและเวลาลงได้มาก
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญผ่านแบบสำรวจไม่เข้มข้นเหมือนการเผชิญหน้า จึงถูกกล่าวหาว่าการสำรวจได้เพียงความเห็นเฉยๆ ซึ่งอาจไม่ใช่ความเห็นที่ดีที่สุด

ขั้นตอนในการสำรวจแบบเดลฟาย

1. คณะวิจัยปรึกษากับคณะกรรมการด้านเทคนิค ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่จะสำรวจจำนวนหนึ่ง เพื่อกำหนดกรอบประเด็นปัญหาที่จะศึกษาและคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่จะส่งแบบสอบถามไปให้
2. เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อที่จะใช้ในแบบสอบถามที่จะส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก คณะวิจัยอาจจัดการประชุมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาในวงกว้าง หรือใช้กระบวนการจำลองภาพอนาคต หรือส่งแบบสอบถามแบบคำถามปลายเปิดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรวบรวมประเด็นที่จะศึกษา
3. คณะกรรมการด้านเทคนิคเสนอหัวข้อที่จะใช้ในการสำรวจแบบเดลฟาย
4. คณะวิจัยนำหัวข้อไปทำเป็นแบบสอบถามเดลฟาย ซึ่งมีลักษณะเป็นโครงสร้างตายตัว แต่ก็เปิดโอกาสให้ผู้ตอบวิจารณ์หัวข้อในแบบสอบถาม และเสนอหัวข้อเพิ่มเติมได้
5. คณะวิจัยปรึกษาคณะกรรมการด้านเทคนิคให้ตัดสินใจตัวแปรที่จะใช้
6. ทดลองความเหมาะสมของแบบสอบถามก่อนส่งจริง
7. คณะวิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปยังผู้เชี่ยวชาญ

8. คณะวิจัยติดตามแบบสอบถามรอบที่ 1 และวิเคราะห์ผลการตอบในเชิงสถิติ รวมทั้งคำวิจารณ์และข้อเสนอแนะต่างๆ นำเสนอคณะกรรมการด้านเทคนิค เพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมหัวข้อ และเพิ่มตัวแปร
9. คณะวิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ไปยังผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ซึ่งแต่ละข้อจะมีค่ามัธยฐานและค่าควอไทล์ รวมทั้งสรุปข้อคิดเห็นต่างๆ จากผลการสำรวจในรอบที่ 1 หากผู้เชี่ยวชาญเลือกตอบใหม่อีกครั้งโดยมีความเห็นอยู่ในค่าควอไทล์สูงสุดหรือต่ำสุด ก็จะขอให้บอกเหตุผลว่าทำไมจึงคิดว่าความเห็นของตนถูกต้องกว่าผู้เชี่ยวชาญสามในสี่ของกลุ่ม
10. คณะวิจัยติดตามแบบสอบถามรอบที่ 2 และวิเคราะห์ผลการตอบนำเสนอคณะกรรมการด้านเทคนิค
11. คณะวิจัยทำซ้ำขั้นตอนที่ 7 และ 8 จนกว่าผลการสำรวจมีความแตกต่างจากครั้งก่อนน้อยมาก
12. คณะวิจัยเขียนรายงานสรุปผลการสำรวจแบบเดลฟาย ร่วมกับคณะกรรมการด้านเทคนิค

วิธีการสำรวจความคิดเห็นด้วยวิธีการแบบ Real Time Delphi

Real Time Delphi ได้ถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี 2004 จากโครงการ The Defense Advanced Research Projects Agency (DAPRA) ภายใต้โครงการ The Millennium Project โดย The American Council for the United Nations University โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดอันดับยุทธศาสตร์การป้องกันและการก่อการร้าย ซึ่งได้ว่าจ้างให้บริษัทซอฟต์แวร์ Articulate Software, Inc. พัฒนาซอฟต์แวร์สำหรับเดลฟายให้สามารถแก้ไขปัญหาของเดลฟายแบบดั้งเดิม ที่ใช้ระยะเวลาตลอดกระบวนการนาน และการที่ต้องหลีกเลี่ยงการตอบคำถามในที่ประชุมเดียวกัน

Real Time Delphi จึงถือเป็นวิวัฒนาการของเดลฟายที่มีเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เข้ามาช่วย โดยที่ยังยึดหลักการทั้งสามของวิธีการเดลฟาย (Delphi) แบบดั้งเดิมไว้คือ การไม่เปิดเผยตน (anonymity) การทำซ้ำ (iteration) และการป้อนกลับโดยมีการควบคุม (controlled feedback)

การใช้ซอฟต์แวร์ในการช่วยสำรวจแบบสอบถามนี้ สามารถทำให้การออกแบบสอบถามเพิ่มความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และช่วยให้เกิดการสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ทั่วโลก เป็นผลให้สามารถลดระยะเวลาของกระบวนการระดมสมอง และไม่จำเป็นต้องมีการตอบแบบสอบถามแบบเป็นรอบ (round less) ดังเช่นกระบวนการเดลฟายแบบดั้งเดิมอีกต่อไป นอกจากนี้ในการตอบคำถามผ่านทางอินเทอร์เน็ต ยังช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมสามารถอยู่ในที่ประชุมเดียวกันได้โดยยังสามารถรักษาคำตอบของแต่ละบุคคลให้เป็นความลับได้

จากการหลักการที่ Real Time Delphi ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร รวบรวมข้อมูลและการประมวลผลจึงทำให้กระบวนการสำรวจและระดมความคิดเห็นดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมตอบคำถามเดียวกันซ้ำๆ ผลคำตอบก็จะถูกประมวลสะสมไปเรื่อยๆ และเมื่อคนเดิมเข้ามาดูแบบสอบถามในรอบต่อไปก็จะเห็นว่า ความเห็นของกลุ่มยังเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปอย่างไร โดยไม่มีบุคคลใดทราบเลยว่า บุคคลอื่นตอบคำถามว่าอย่างไร นอกจากนี้ซอฟต์แวร์ยังสามารถช่วยประมวลผลการตอบแบบสอบถาม และแสดงผลได้ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

กล่าวโดยสรุปคือ Real Time Delphi เป็นกระบวนการระดมความคิดแบบเดลฟายที่มีความรวดเร็ว และผู้เข้าร่วมสามารถร่วมตอบแบบสอบถามในสถานที่เดียวกันโดยที่ยังสามารถรักษาคำตอบเป็นความลับได้

จุดมุ่งหมายและแนวทาง ในการสำรวจความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาโดยลำดับ ซึ่งพบว่ามีทั้งความสำเร็จ ความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคที่กล่าวถึงในวงกว้างทั้งในแวดวงวิชาการและแวดวงประชาคม หลายประเด็นมีรายละเอียดในระดับการปฏิบัติที่ชัดเจน ขณะที่อีกหลายๆ ประเด็นต้องการนำไปขยายผลหรือจัดทำรายละเอียดต่อก่อนนำไปปฏิบัติ

เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และยังได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ซึ่งเป็นองค์กรภายใต้การกำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานวิจัยที่มุ่งมั่นในการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประเทศ จึงให้ความสำคัญกับการวิจัยเกี่ยวกับ “เป้าประสงค์ แนวคิด และนโยบาย หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย” โดยมีคำถามหลักที่สำคัญคือ ทิศทางของเป้าประสงค์ แนวคิดและนโยบายที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมไทย ภายใต้บริบทความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรมของไทย และอิทธิพลของความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกควรเป็นอย่างไร นโยบายที่สะท้อนการนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ของภาพอนาคตการจัดหลักประกันสุขภาพ และเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพควรจะเป็นอย่างไร

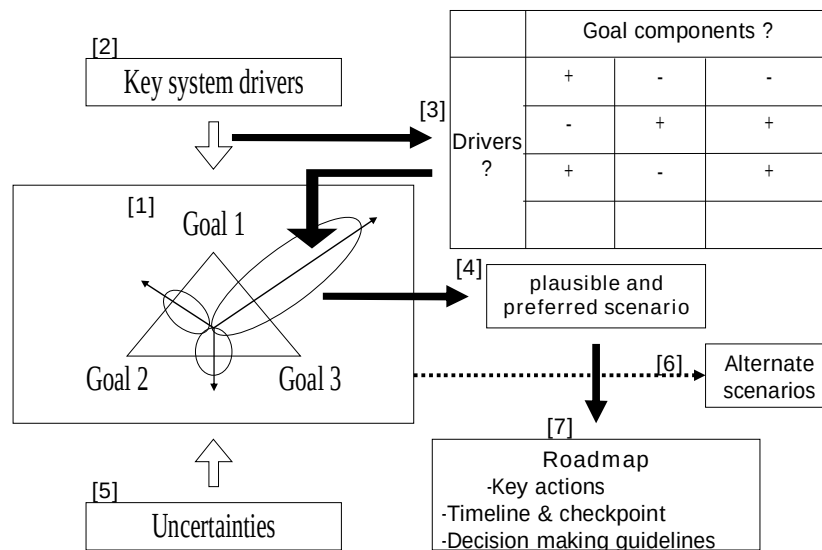
แนวทางการสำรวจหาเป้าประสงค์ (Goals) ของระบบหลักประกันสุขภาพจึงเป็นวัตถุประสงค์หลักของโครงการการศึกษาภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในครั้งนี้ โดยศึกษาบนพื้นฐานของเป้าประสงค์ (Goals) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการทบทวนใหม่ให้สอดคล้องกับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers) และปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) อันจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนที่นำทาง (Roadmap) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามภาพอนาคตที่เป็นไปได้ตามเป้าประสงค์ในระยะ 5-10 ปี เป็นกลไกเฝ้าระวังและกำหนดเหตุการณ์เพื่อเป็นจุดตัดสินใจระหว่างการดำเนินการตามเส้นทาง (Decision check point) ป้องกันภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ โดยวิธีการศึกษาแบบ Foresight study ผ่านกระบวนการเดลฟาย (Real Time Delphi) และการสร้างภาพอนาคต (Scenario building)

การสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมกับการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยโดยผ่านกระบวนการ Real Time Delphi จึงเป็นการศึกษาเพื่อหาเป้าประสงค์ (Goal) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในเบื้องต้น รวมทั้งประเมินอิทธิพลของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers ; KSD) และปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties : UF) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผลที่ได้จากการสำรวจด้วยกระบวนการ Real Time Delphi นี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำภาพอนาคตต่อไป

ที่มาและการพัฒนาชุดคำถาม Real Time Delphi

การกำหนดคำถามที่จะนำมาใช้ในการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้วย Real Time Delphi อาศัยกรอบแนวคิดของ “โครงการวิจัยการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย” ที่ได้นำเสนอไว้ต่อคณะทำงานการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทยของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (คณะทำงานฯ) โดยมีการจัดทำร่างชุดคำถามจากหัวข้อของที่คณะทำงานฯ ได้มีข้อตกลงให้เลือกเป็นประเด็นให้มีการทบทวน ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มหัวเรื่อง ได้แก่

- 1) เป้าประสงค์ จำนวน 10 ประเด็น
- 2) ปัจจัยผลักดัน จำนวน 8 ประเด็น
- 3) ปัจจัยความไม่แน่นอน จำนวน 4 ประเด็น



ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดของโครงการฯ

หลักการของการกำหนดชุดคำถาม

1. ขอบเขตของคำถาม เป็นประเด็นที่ครอบคลุมเรื่องเป้าประสงค์ ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีการกำหนดเป็นเรื่องที่มีการทบทวนทางวิชาการไว้ในโครงการนี้
2. การกำหนดให้การถามข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ถามในลักษณะของ Trade-off ระหว่างเป้าประสงค์ที่มักได้รับการกล่าวถึงว่ามีลักษณะที่แข่งขันหรือต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง จากจำนวน 10 ประเด็นจัดเป็น 5 หัวเรื่องของเป้าประสงค์เป็นคู่ ตามที่มีการจัดทำเอกสารวิชาการร่วมกันไว้
3. การกำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันจะประเมินอิทธิพลของปัจจัยผลักดันดังกล่าวที่ผู้ให้ความเห็นเห็นว่าจะมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวอาจมีได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ
4. การกำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอนจะประเมินอิทธิพลของปัจจัยผลักดันดังกล่าวที่ผู้ให้ความเห็นเห็นว่าจะมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวอาจมีได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

ขั้นตอนการพัฒนาชุดคำถาม

1. ร่างชุดคำถามเบื้องต้น โดยกำหนดไว้เป็น 3 กลุ่มคือ
 - a. การให้ความสำคัญแก่เป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - b. อิทธิพลของปัจจัยผลักดันต่อการบรรลุเป้าประสงค์
 - c. อิทธิพลของปัจจัยความไม่แน่นอนที่อาจมีต่อการบรรลุเป้าประสงค์
2. นำร่างชุดคำถามเบื้องต้น ผ่านที่ประชุมคณะทำงานฯ เพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงข้อคำถาม
คณะทำงานฯ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตัดสินใจเลือกที่จะถามถึงปัจจัยผลักดันใดที่จะมีผลต่อเป้าประสงค์ใดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจะไม่ถามในทุกคู่ที่เป็นไปได้ระหว่างปัจจัยผลักดันและเป้าประสงค์
3. คณะผู้วิจัยปรับปรุงชุดคำถามเป็นร่างฉบับสมบูรณ์ และนำร่างชุดคำถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วผ่านความเห็นชอบจากคณะทำงานฯ อีกครั้ง เพื่อรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
4. คณะผู้วิจัยปรับปรุงชุดคำถามอีกครั้ง เป็นชุดคำถามฉบับสมบูรณ์
5. ระหว่างการทบทวนชุดคำถาม มีการนำเสนอชุดคำถามต่อกลุ่มทำงานเพื่อพัฒนาโปรแกรม e-delphi เพื่อแปลงชุดคำถามเป็นแบบสอบถามที่จะปรากฏในโปรแกรม e-delphi โดยมีการประชุมเพื่อทบทวนและปรับปรุงรูปแบบของการนำเสนอคำถามรวม 3 ครั้ง

ชุดคำถามร่างสุดท้ายสำหรับ Real Time Delphi

ชุดคำถามร่างสุดท้ายที่ผ่านการพิจารณาของคณะทำงานฯ แล้ว ประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับหลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

- การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- การควบคุมค่าใช้จ่าย
- การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม
- การสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้
- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง
- สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือก
- คุ้มครองโรคทั่วไป
- คุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- การแข่งขันในระบบตลาด
- การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

โดยตัวคำถามได้แก่ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน” จำนวน 5 ข้อ ทั้งนี้โดยมีการกำหนดคำตอบต่อคำถามดังกล่าวเป็นคู่ เพื่อให้ผู้ตอบตัดสินใจให้น้ำหนักระหว่างเป้าประสงค์ใน 2 ด้านดังกล่าว โดยจะมีการให้ข้อมูลอธิบายประกอบทางเลือกแต่ละด้านอย่างย่อๆ คำถามทั้งหมดสามารถแสดงได้ดังภาพที่ 3.2

(1)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- การประกันการเข้าถึงบริการ
ถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้
มาตรฐาน (Quality)
- การประกันการเข้าถึงบริการถ้วน
หน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย
(Cost containment)

บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

- มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
- แนวทางที่ใช้ในการบริการเป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้
- ย่อมต้องใช้ทรัพยากร

บริการโดยควบคุมค่าใช้จ่าย

- ลดความสิ้นเปลืองทรัพยากรในส่วนที่ไม่จำเป็น หรือเพื่อให้ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพและการทำตามมาตรฐาน

(2)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- เพื่อทุกคน
- เพื่อผู้ยากไร้และ
ผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน

- เป็นสิทธิของประชาชน ที่ทุกคนได้รับเสมอ
- จะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้

หลักประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส

- มุ่งช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมาก หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เป็นหลัก
- ไม่ใช่สิทธิสำหรับทุกคน

(3)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม
กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ
ประชาชนอย่างเสมอภาค
- สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมความ
จำเป็น (Essential) และให้สิทธิ
ประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับ
ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกคน

- สิทธิประโยชน์ในระบบที่มีสิทธิทุกคนจะได้รับเหมือนกันหมด ไม่เปิดโอกาสทางเลือกให้ผู้ที่สามารถร่วมจ่ายได้ หรือได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม

สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้

- สิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับทุกคน และ
- ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพบางเรื่องที่ให้เลือกซื้อหรือร่วมจ่ายเพิ่มเติมได้

(4)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- เน้นความคุ้มครองการรักษาโรค
ทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิ
และทุติยภูมิ
- เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วย
ที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาโรคทั่วไป

- คุ้มครองความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันสำหรับประชาชนส่วนใหญ่เป็นกัน ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- First-dollar coverage

ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

- มุ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ถือเป็น Catastrophic illness
- ใช้งบประมาณน้อยกว่า แต่ประชาชนอาจต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป

(5)

เป้าประสงค์ :
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้
เพื่อเป้าประสงค์ใดมากกว่ากัน

- ส่งเสริมการแข่งขันในระบบ
ตลาด (Market competition)
- ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้
การจัดการภาครัฐ เพื่อสังคม
(Managed socialized system)

การแข่งขันในระบบตลาด

- ระบบหลักประกันสุขภาพอาศัยแรงจูงใจทางการเงินร่วมกับการมีทางเลือกให้ประชาชนสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการแข่งขันกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้

- รัฐเข้ามาจัดการรูปแบบและทางเลือกในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม

ภาพที่ 3.2 คำถามเกี่ยวกับเป้าประสงค์ 5 ข้อ

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม ที่มีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ได้แก่

- งบประมาณ
- อายุของประชากร
- บุคลากรทางการแพทย์
- การกระจายอำนาจ
- ความต้องการ/คาดหวังของประชาชน
- เทคโนโลยี
- การบริหารโรงพยาบาลภาครัฐ
- นโยบายบริการปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพ

โดยตัวคำถามได้แก่ “ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อ เป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร” โดยผลกระทบต่อการบรรลุ เป้าประสงค์ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

- ➡ ผลกระทบเชิงบวก (+1) หมายถึง มีผลส่งเสริมการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้
- ➡ ไม่มีผลกระทบใดๆ (0)
- ➡ ผลกระทบเชิงลบ (-1) หมายถึง มีผลขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

คำถามทั้งหมดมี 16 คำถาม แต่ละข้อจะถามผลกระทบของปัจจัยผลักดันต่อเป้าประสงค์ที่ จับคู่ไว้ 2 ประเด็น ทำให้จำนวนคำถามย่อยรวมเป็น 32 ข้อ ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 3.1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยผลักดัน

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร		ผลกระทบ		
		เชิงลบ บวก	ไม่มี	เชิง
1) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีมีมากขึ้น				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
2) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีมีมากขึ้น				
	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(-1)	(0)	(+1)
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	(-1)	(0)	(+1)
3) ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น				
	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(-1)	(0)	(+1)
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	(-1)	(0)	(+1)
4) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ				
	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	(-1)	(0)	(+1)
	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ เพื่อสังคม (Managed socialized system)	(-1)	(0)	(+1)
5) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ				
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	(-1)	(0)	(+1)
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้	(-1)	(0)	(+1)
6) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ				
	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	(-1)	(0)	(+1)
	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ เพื่อสังคม (Managed socialized system)	(-1)	(0)	(+1)
7) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ				
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	(-1)	(0)	(+1)
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้	(-1)	(0)	(+1)
8) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)

ด้วยปัจจัยหลักดังต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่		ผลกระทบ		
		เชิงลบ บวก	ไม่มี	เชิง
9) ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และพึงร้องมากขึ้น				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
10) ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และพึงร้องมากขึ้น				
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	(-1)	(0)	(+1)
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้	(-1)	(0)	(+1)
11) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น				
	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(-1)	(0)	(+1)
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	(-1)	(0)	(+1)
12) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
13) การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น				
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	(-1)	(0)	(+1)
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้	(-1)	(0)	(+1)
14) โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
15) นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
16) นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ				
	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(-1)	(0)	(+1)
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	(-1)	(0)	(+1)

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอน

เป็นชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ไปในทิศทางหรือรูปธรรมอย่างไร ได้แก่

- บทบาทภาคเอกชนในการบริหารระบบหลักประกัน
- การเกิดเหตุการณ์ Pandemic
- วิฤติเศรษฐกิจ
- Breakthrough technology

โดยตัวคำถามได้แก่ “ปัจจัยความไม่แน่นอนหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร” โดยผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ แบ่งเป็น 3 ประการ คือ

- ➡ ผลกระทบเชิงบวก (+1) หมายถึง มีผลส่งเสริมการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้
- ➡ ไม่มีผลกระทบใดๆ (0)
- ➡ ผลกระทบเชิงลบ (-1) หมายถึง มีผลขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุ เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

คำถามทั้งหมดมี 5 คำถาม แต่ละข้อจะถามผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอนต่อเป้าประสงค์ที่จับคู่ไว้ 2 ประเด็น ทำให้จำนวนคำถามย่อยรวมเป็น 10 ข้อ ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 3.2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยความไม่แน่นอน

ปัจจัยความไม่แน่นอนหากเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร		ผลกระทบ		
		เชิงลบ	ไม่มี	เชิงบวก
1) การให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ				
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	(-1)	(0)	(+1)
	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้	(-1)	(0)	(+1)
2) การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก จนเป็นภาระแก่ระบบ				
	เพื่อทุกคน	(-1)	(0)	(+1)
	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก	(-1)	(0)	(+1)
3) การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ				
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality)	(-1)	(0)	(+1)
	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)	(-1)	(0)	(+1)
4) การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ				
	เพื่อทุกคน	(-1)	(0)	(+1)
	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก	(-1)	(0)	(+1)
5) การเกิดขึ้นของ Breakthrough technology ที่เปลี่ยนโฉมบริการที่เคยมีอย่างสิ้นเชิง				
	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(-1)	(0)	(+1)
	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	(-1)	(0)	(+1)

การพัฒนาโปรแกรม Real Time Delphi

การพัฒนาโปรแกรม Real time Delphi เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อประเด็น เป้าประสงค์ (Goals) / ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers; KSD) / ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties; UF) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ได้พัฒนาขึ้นโดย ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค ซึ่งได้มอบหมายให้คุณธีระ พิภพอ่อน จากสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบังเป็นผู้จัดทำระบบซอฟต์แวร์เพื่อโครงการนี้ขึ้นมาโดยเฉพาะ

การออกแบบโปรแกรมดังกล่าวมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ามาตอบคำถามโดยการ สร้างรหัสผู้ใช้งาน (user login) แบบรายบุคคล ซึ่งได้แบ่งกลุ่มผู้ใช้งานออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่เป็น คณะกรรมการทำงาน (Steering team) และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ง่ายต่อการติดตามและประมวลผล ในภายหลัง อีกทั้งรูปแบบการสำรวจความคิดเห็น จะเน้นที่การประมวลผลและแสดงผลบนระบบ เครือข่าย server ให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นผลความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะของตนเองและผลค่าเฉลี่ยของคน ส่วนใหญ่ได้ในทันที (real time) โดยแต่ละประเด็นจะมีการเชื่อมโยงกับเอกสารประกอบความคิดเห็น เกี่ยวกับเป้าประสงค์ ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญและปัจจัยความไม่แน่นอน เพื่อให้ผู้ที่เข้ามาตอบ แบบสอบถามได้เปิดอ่าน กรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการตอบคำถาม ทั้งนี้สามารถแบ่ง องค์ประกอบของแบบสอบถามได้เป็น 3 ส่วนดังนี้ (รายละเอียดของแบบสอบถามมีดังภาคผนวก 1)

ส่วนแรก ถามถึงประเด็นเป้าประสงค์ (Goals) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญ ทั้งหมด 5 ข้อ โดยรูปแบบการตอบกำหนดให้เลือกชาย/ขวาเพื่อให้คะแนน หลักการหรือแนวคิดสำคัญที่จะใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในเป้าประสงค์แต่ละด้าน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับคือ +2,+1, 0, -1,-2 (เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงทิศทางของเป้าประสงค์แต่ละด้าน) พร้อมทั้งมีช่องให้ผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแต่ละข้อ

ส่วนที่สอง ถามถึงปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers ; KSD) ที่ท่าน คิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งหมด 16 ข้อ โดยรูปแบบการ ตอบกำหนดให้เป็นตาราง matrix แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่จะมีผลกระทบใน เชิงบวก/ลบต่อประเด็นเป้าประสงค์แต่ละด้าน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ -1, 0, +1 (เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในเชิงบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์นั้น) พร้อมทั้งมีช่องให้ใส่ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในแต่ละประเด็น

และส่วนที่สาม ถามถึงปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties ; UF) ที่ท่านคิดว่าจะมี ผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีทั้งหมด 5 ข้อ โดยรูปแบบการตอบ กำหนดให้เป็นตาราง matrix แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยความไม่แน่นอนที่จะมีผลกระทบในเชิงบวก/ ลบต่อประเด็นเป้าประสงค์แต่ละด้าน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ -1, 0, +1 (เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในเชิงบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์นั้น) พร้อมทั้งมีช่องให้ใส่ข้อคิดเห็น เพิ่มเติมในแต่ละประเด็นเช่นเดียวกับส่วนที่สอง

รูปแบบการแสดงผลของโปรแกรมมีการออกแบบให้ผู้ใช้งานสามารถเห็นผลความคิดเห็นของตนเองรวมทั้งผลค่าเฉลี่ยของผู้ที่ตอบคำถามก่อนหน้านี้ได้ทันที (real time) หลังจากที่ให้คะแนนและกดปุ่มบันทึกผลในแต่ละข้อเรียบร้อยแล้ว ขณะเดียวกันระบบยังออกแบบให้มีข้อความแจ้งเตือนเมื่อคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบมีความแตกต่างจากผลค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่ม ณ ตอนที่ลงความคิดเห็นมากกว่า $\pm 1SE$ สำหรับคำถามในส่วนแรก และกำหนดให้มีข้อความแจ้งเตือนเมื่อคะแนนความคิดเห็นของผู้ตอบมีทิศทางในทางตรงกันข้ามกับผลค่าเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่ม ณ ตอนที่ลงความคิดเห็นในคำถามส่วนที่สองและส่วนที่สาม ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ตอบได้ให้เหตุผลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สนับสนุนความคิดเห็นของตนเอง หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับผลค่าเฉลี่ยของกลุ่มก็ได้ นอกจากนี้ผู้ใช้งานยังสามารถเห็นผลสรุปความคิดเห็นในภาพรวมของแต่ละส่วนได้ โดยรูปแบบการแสดงผลนำเสนอในรูปของกราฟแท่ง (histogram) พร้อมทั้งแสดงค่าร้อยละของแต่ละคำตอบ เพื่อให้เห็นการกระจายตัวของคำตอบแต่ละข้อได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

หลังจากพัฒนาระบบโปรแกรมที่มีเนื้อหาของคำถามครบถ้วนตามโครงสร้างที่ได้ออกแบบไว้แล้ว ทางศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปคจึงจัดรอบทดสอบระบบก่อนการใช้งานจริง (Pilot test) กับบุคคลที่ไม่เคยเห็นโปรแกรมมาก่อนจำนวนทั้งสิ้น 30 คน เพื่อเป็นการทดสอบระบบการทำงานและค้นหาข้อผิดพลาดของโปรแกรม โดยแบ่งช่วงเวลาการทดสอบออกเป็น 2 รอบคือ รอบที่ 1 กำหนดให้ผู้ทดสอบเข้าสู่ระบบ โดยใช้รหัสผู้ใช้งานตามรายชื่อที่กำหนดให้เป็นรายบุคคล ในระหว่างวันที่ 17-20 เมษายน 2551 ซึ่งมีรายละเอียดของโครงการและคำแนะนำในการตอบคำถามอยู่ในหน้าแรกของระบบโปรแกรม จากนั้นให้ผู้ทดสอบตอบคำถามตามความเข้าใจ และสามารถเลือกที่จะข้ามหรือไม่ตอบคำถามในข้อที่ไม่ทราบข้อมูล โดยไม่ต้องสนใจถึงผลค่าเฉลี่ยในภาพรวมที่แสดงอยู่ เนื่องจากเป็นเพียงผลรวมของผู้ตอบบางส่วนที่ยังไม่สามารถนำผลมาใช้ในการอ้างอิงได้ และให้ผู้ทดสอบได้จดประเด็นข้อสงสัยหรือข้อผิดพลาดของโปรแกรมไว้เพื่อแจ้งทีมงานให้ปรับปรุงระบบโปรแกรมดังกล่าว จากนั้นทีมงานจะส่งผลความคิดเห็นโดยเฉลี่ยที่ได้จากการตอบแบบสอบถามในรอบแรกไปให้กับผู้ทดสอบได้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลง และให้ผู้ทดสอบกลับเข้ามาในระบบเป็นรอบที่ 2 ในวันที่ 21-25 เมษายน 2551 เพื่อดูผลความคิดเห็นในภาพรวมพร้อมทั้งข้อเสนอแนะของตนเองและผู้อื่น โดยที่ผู้ทดสอบสามารถเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือให้เหตุผลโต้แย้งกับคำตอบในภาพรวมได้

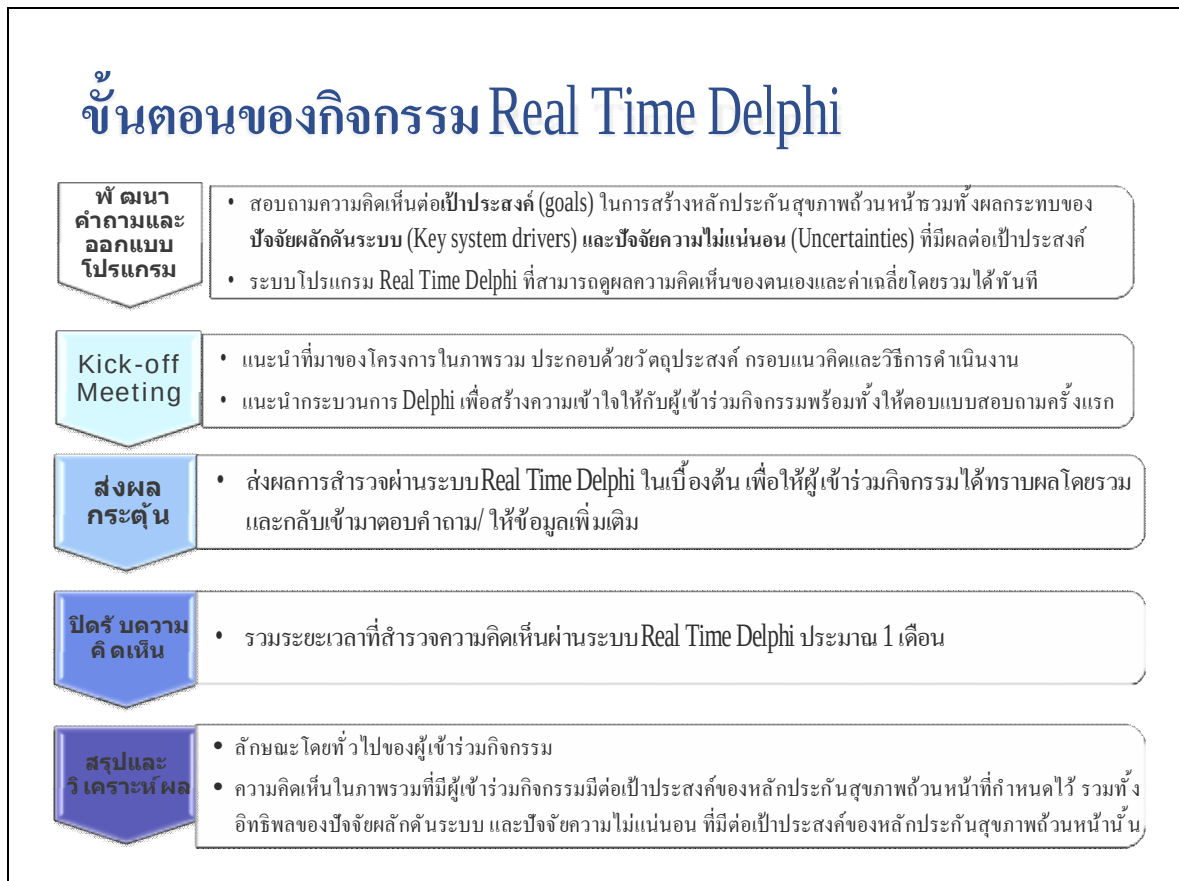
ผลและข้อเสนอแนะ รวมทั้งข้อผิดพลาดที่ได้จากการทดสอบระบบ Real Time Delphi ในรอบ Pilot test ทีมงานได้มีการรวบรวมและแก้ไขปรับปรุงระบบให้พร้อมใช้งาน ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่การออกแบบโครงสร้างของแบบสอบถาม การสร้างคำถามและการพัฒนาโปรแกรมให้พร้อมใช้งานจริงรวมประมาณ 3 เดือนคือตั้งแต่เดือนมีนาคม – เดือนพฤษภาคม 2551

การจัดประชุม Kick-off meeting และการเก็บผลสำรวจผ่านระบบ Real Time Delphi

การจัดประชุมสัมมนาเพื่อชี้แจงที่มาของโครงการในภาพรวม พร้อมทั้งแนะนำกระบวนการ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้ามาตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Real Time Delphi เป็นครั้งแรกหรือที่เรียกว่า Kick-off meeting เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2551 ณ ห้องวินัส โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ โดยมีสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เป็นคณะกรรมการจัดงานนั้น มีผู้เข้าร่วมสัมมนาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพหลายภาคส่วน ประกอบด้วย หน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการ ผู้บริโภค ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการ รวมประมาณ 42 คน จากจำนวนผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 79 คน โดยวัตถุประสงค์หลักของการจัดประชุม Kick-off meeting มีดังนี้

1. แนะนำที่มาของโครงการในภาพรวม ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดในการดำเนินโครงการ และวิธีการดำเนินงาน
2. แนะนำกระบวนการ Delphi เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ชี้แจงคำถามพร้อมทั้งสาธิตวิธีการตอบคำถามผ่านระบบ Real Time Delphi
4. เป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi และแนะนำให้เข้ามาดูผลและตอบคำถาม/ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเป็นระยะๆ
5. ชี้แจงแนวทางการนำผลที่ได้จากการสำรวจมาใช้เป็นข้อมูลในกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต พร้อมทั้งเชิญให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้าร่วมการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคต (Scenario building) ที่จะจัดขึ้นเป็นกิจกรรมต่อไป

หลังจากการประชุม Kick-off meeting ที่ผ่านมาระบบโปรแกรม Real Time Delphi ยังคงเปิดรับผลความคิดเห็นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เข้ามาตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยระหว่างนี้ทีมงานได้รวบรวมผลคะแนนค่าเฉลี่ยในภาพรวมของผู้ที่ได้ตอบไปก่อนหน้านี้ และส่งกลับไปให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบความคืบหน้าของผลความคิดเห็นโดยเฉลี่ยของกลุ่ม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ตอบให้เหตุผลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่สนับสนุนความคิดเห็นของตนเอง หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับผลค่าเฉลี่ยของกลุ่มตามหลักการของเดลฟาย รวมระยะเวลาตั้งแต่วันประชุม kick-off meeting จนถึงวันที่ปิดรับผลความคิดเห็นประมาณ 1 เดือน ซึ่งการสำรวจความคิดเห็นผ่านกระบวนการเดลฟายของโครงการนี้สามารถสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังภาพที่ 3.3

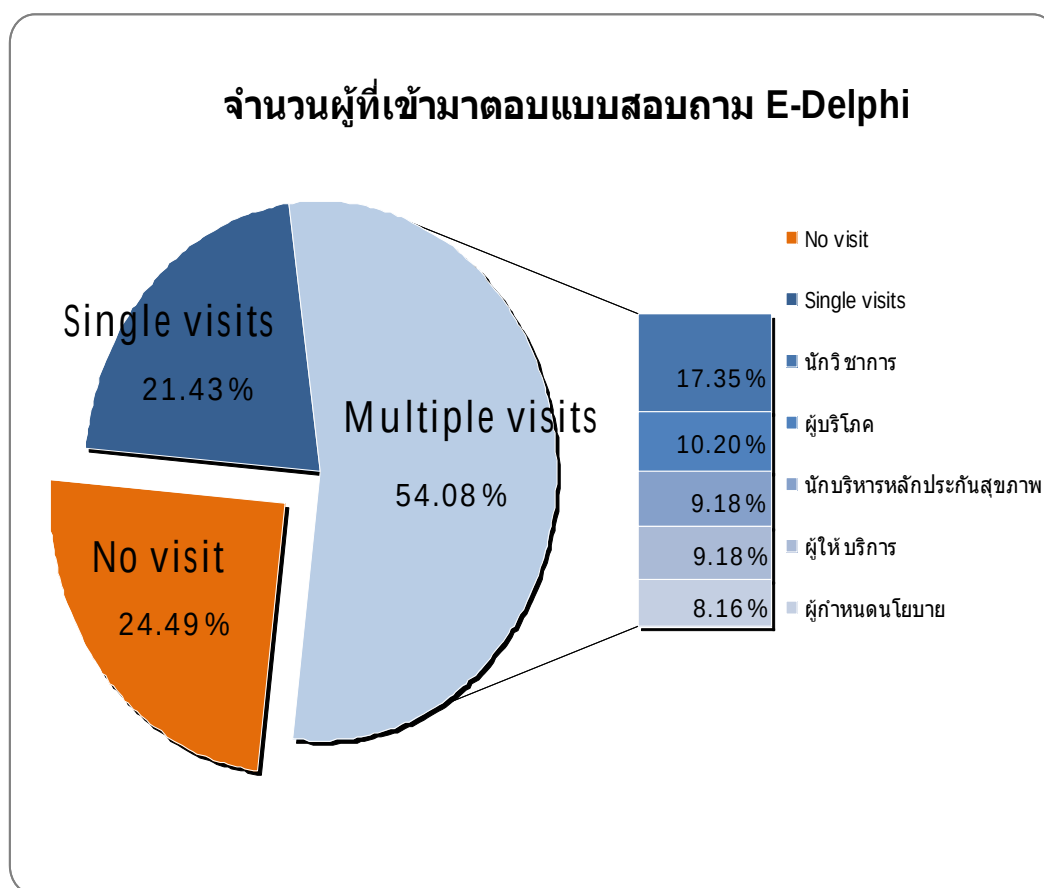


ภาพที่ 3.3 แสดงขั้นตอนการสำรวจความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi

ผลสรุปที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นผ่านระบบ Real Time Delphi

การรวบรวมผลความคิดเห็นและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมต่อประเด็นเป้าประสงค์ (Goals) / ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers ; KSD) / ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties ; UF) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ผ่านทางระบบ Real Time Delphi ตลอดระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา สามารถนำมาสรุปและวิเคราะห์ผลได้ดังนี้

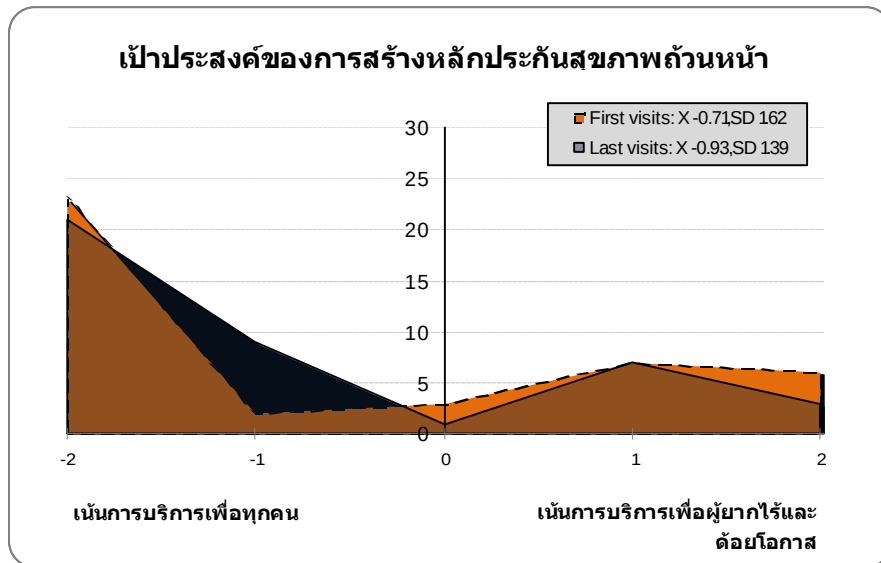
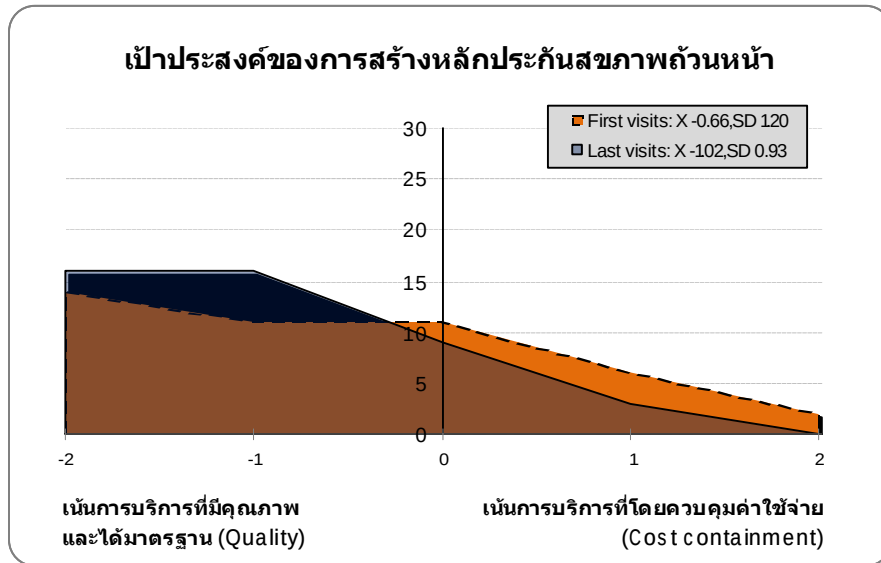
จากจำนวนผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมเดลฟายทั้ง 98 คน มีผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Real Time Delphi จำนวน 74 คน หรือคิดเป็น 75.51% (รายละเอียดดังภาคผนวก 2) และ มีผู้ไม่ตอบแบบสอบถาม (No visit) 24 คน หรือคิดเป็น 24.49% โดยในจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้ง 74 คน มีผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบเพียง 1 รอบ (Single visits) จำนวน 21 คน และมีผู้ที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) จำนวน 53 คน ซึ่งในกลุ่มของผู้ที่ตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 รอบนี้ สามารถแบ่งกลุ่มตามภาระงานหลักของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ 5 กลุ่ม ดังภาพที่ 3.4



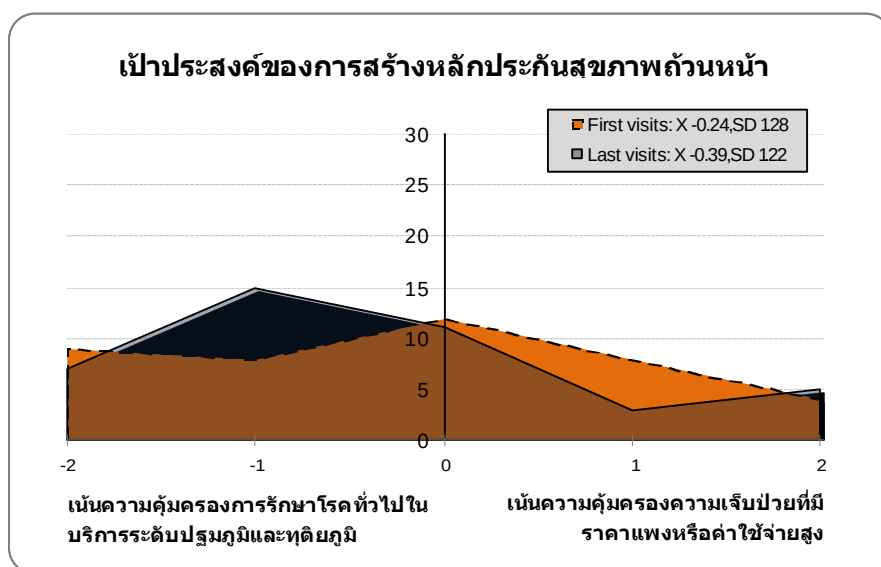
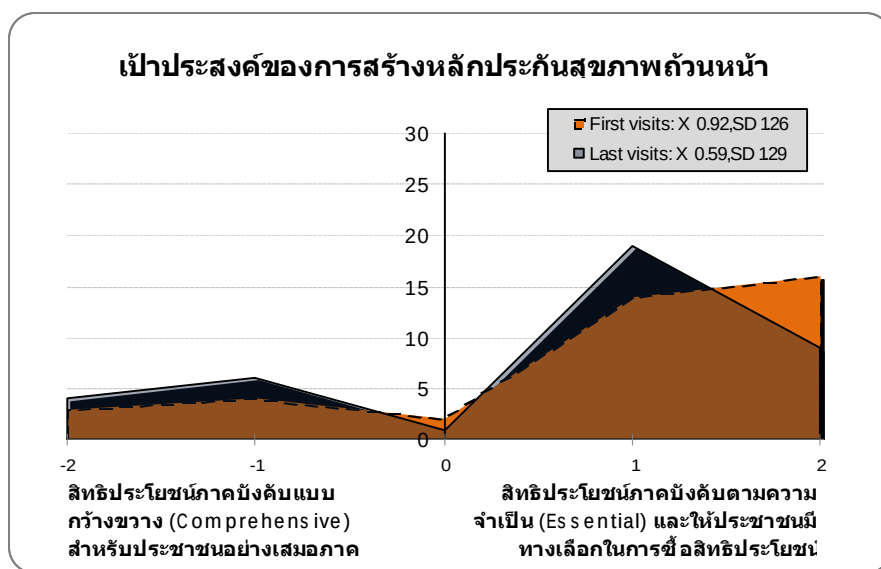
ภาพที่ 3.4 แสดงสัดส่วนของจำนวนผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเดลฟาย และตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Real Time Delphi

ผลความคิดเห็นที่ได้ของผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) มีจำนวน 53 คน หรือคิดเป็น 54.08% ดังแสดงในรูปที่ 4 สามารถนำมาวิเคราะห์ผลเป็นรายข้อ เพื่อให้เห็นคะแนนความนิยมที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีต่อเป้าประสงค์ในแต่ละประเด็น และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ/ปัจจัยความไม่แน่นอนว่าจะมีผลกระทบอย่างไรต่อเป้าประสงค์นั้นๆ นอกจากนี้ทีมงานยังได้รวบรวมคะแนนเฉลี่ยที่ตอบครั้งแรก เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยที่ตอบในครั้งสุดท้าย เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของคำตอบหลังจากผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้ทราบผล/ข้อคิดเห็นของบุคคลอื่นแล้วซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของเดลฟาย สรุปไว้เป็นรายข้อซึ่งแบ่งตามส่วนของแบบสอบถามได้ดังรูปที่ 5 – 7 (รายละเอียดของผลสำรวจ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นเพิ่มเติมดังกล่าว ภาคผนวก 3)

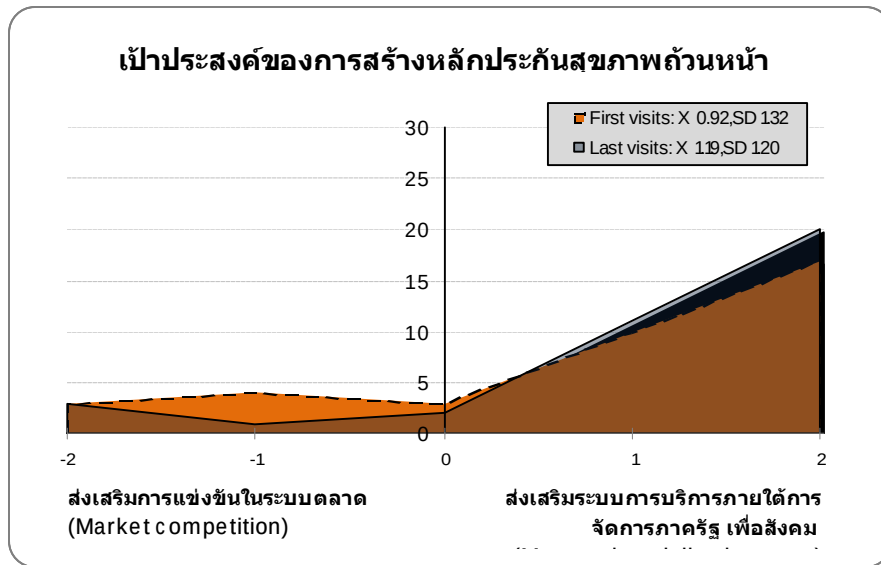
ส่วนที่ 1 ผลการสนับสนุนประเด็นเป้าประสงค์ (Goals) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงทิศทางของเป้าประสงค์แต่ละด้าน)



ภาพที่ 3.5 คะแนนความนิยมที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีต่อเป้าประสงค์ในแต่ละประเด็น



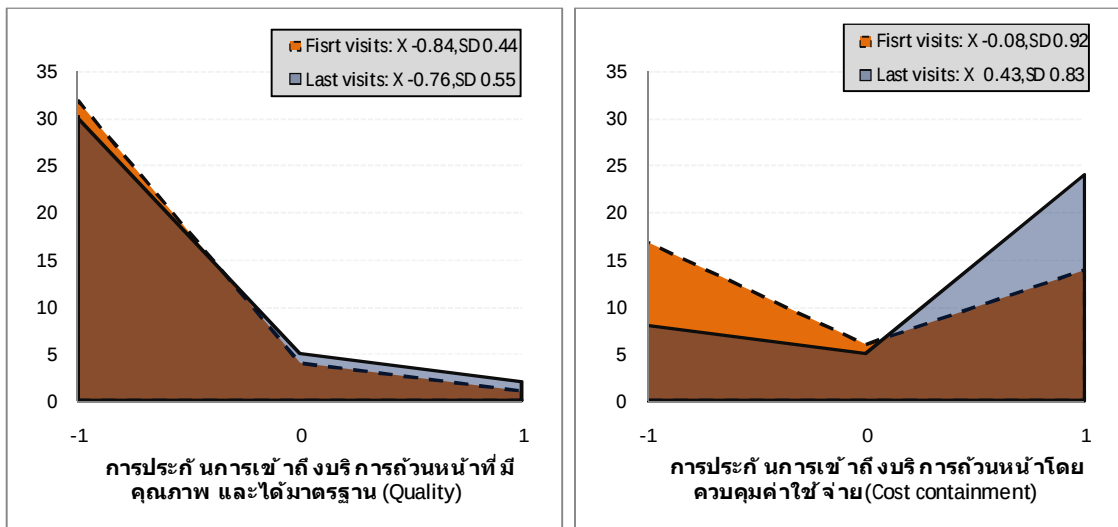
ภาพที่ 3.5 คะแนนความนิยมที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีต่อเป้าประสงค์ในแต่ละประเด็น (ต่อ)



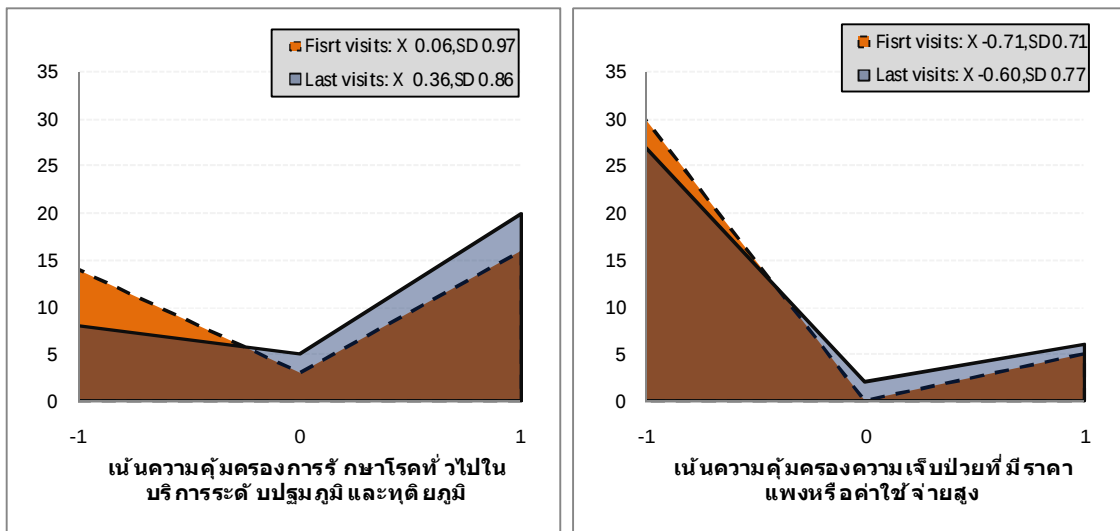
ภาพที่ 3.5 คะแนนความนิยมที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีต่อเป้าประสงค์ในแต่ละประเด็น (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในเชิงบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์นั้น)

2.1 ผลจากงบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีบริบูรณ์มากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์

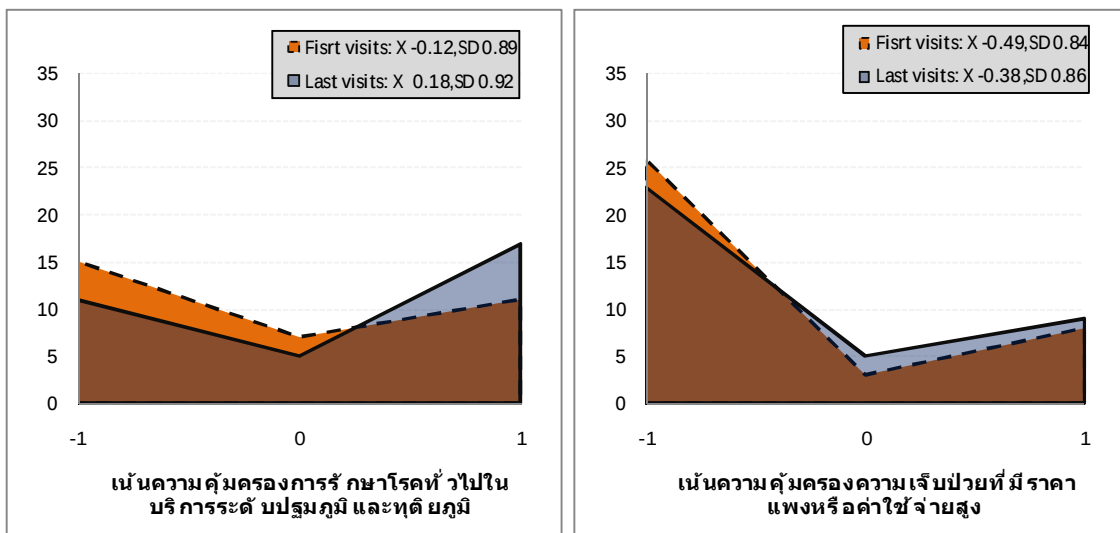


ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



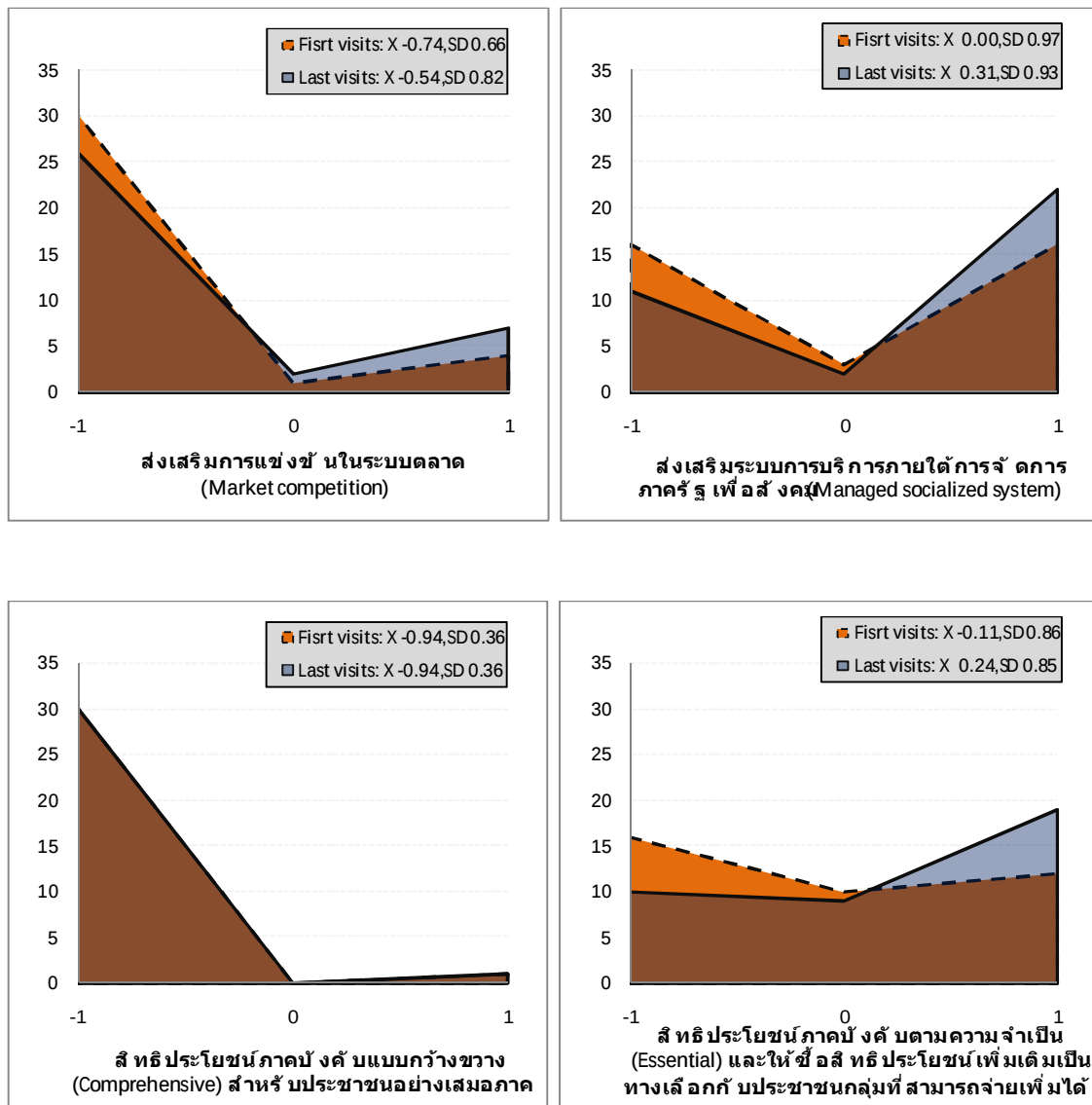
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.2 ผลจากประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



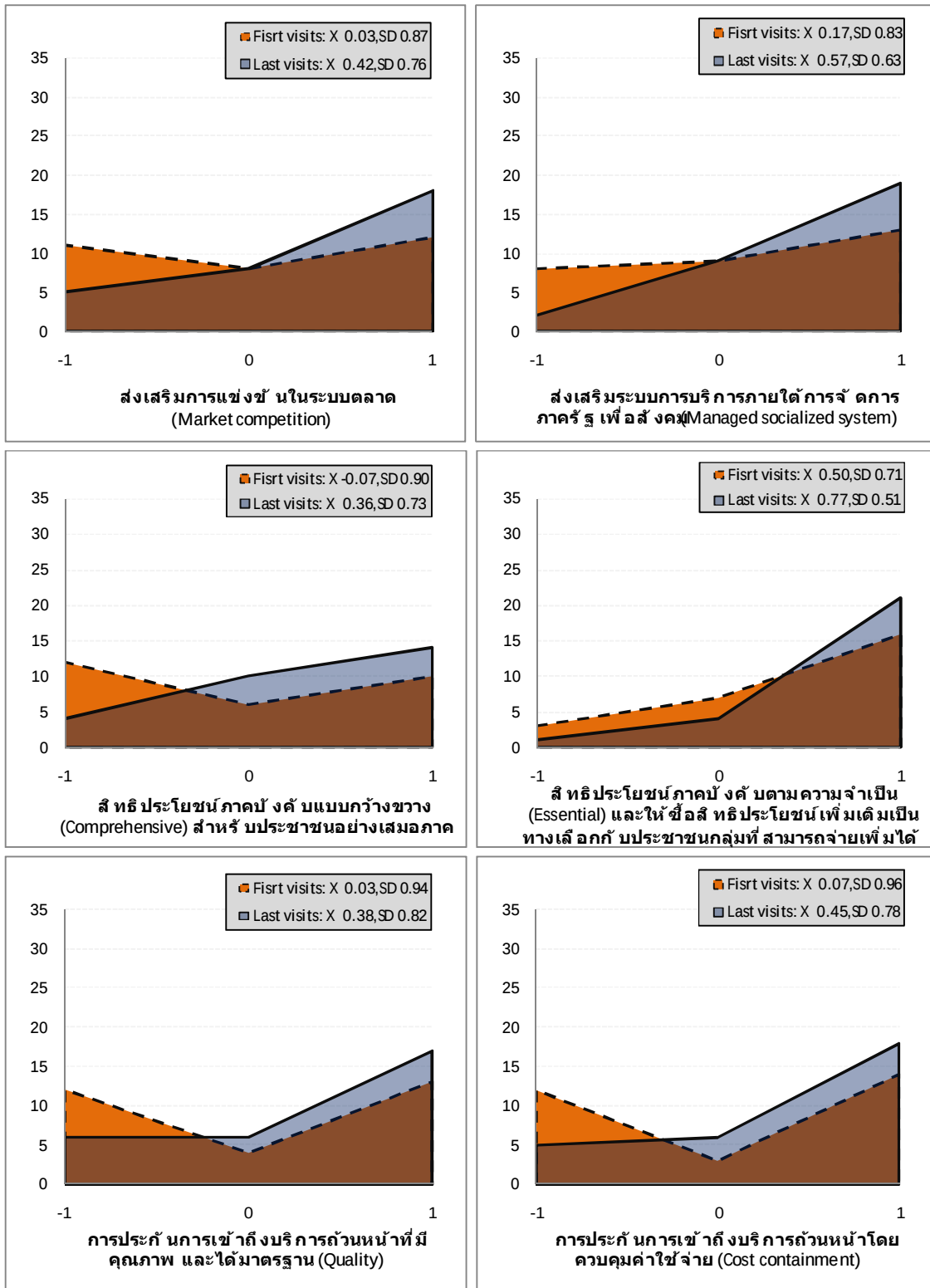
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.3 ผลจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



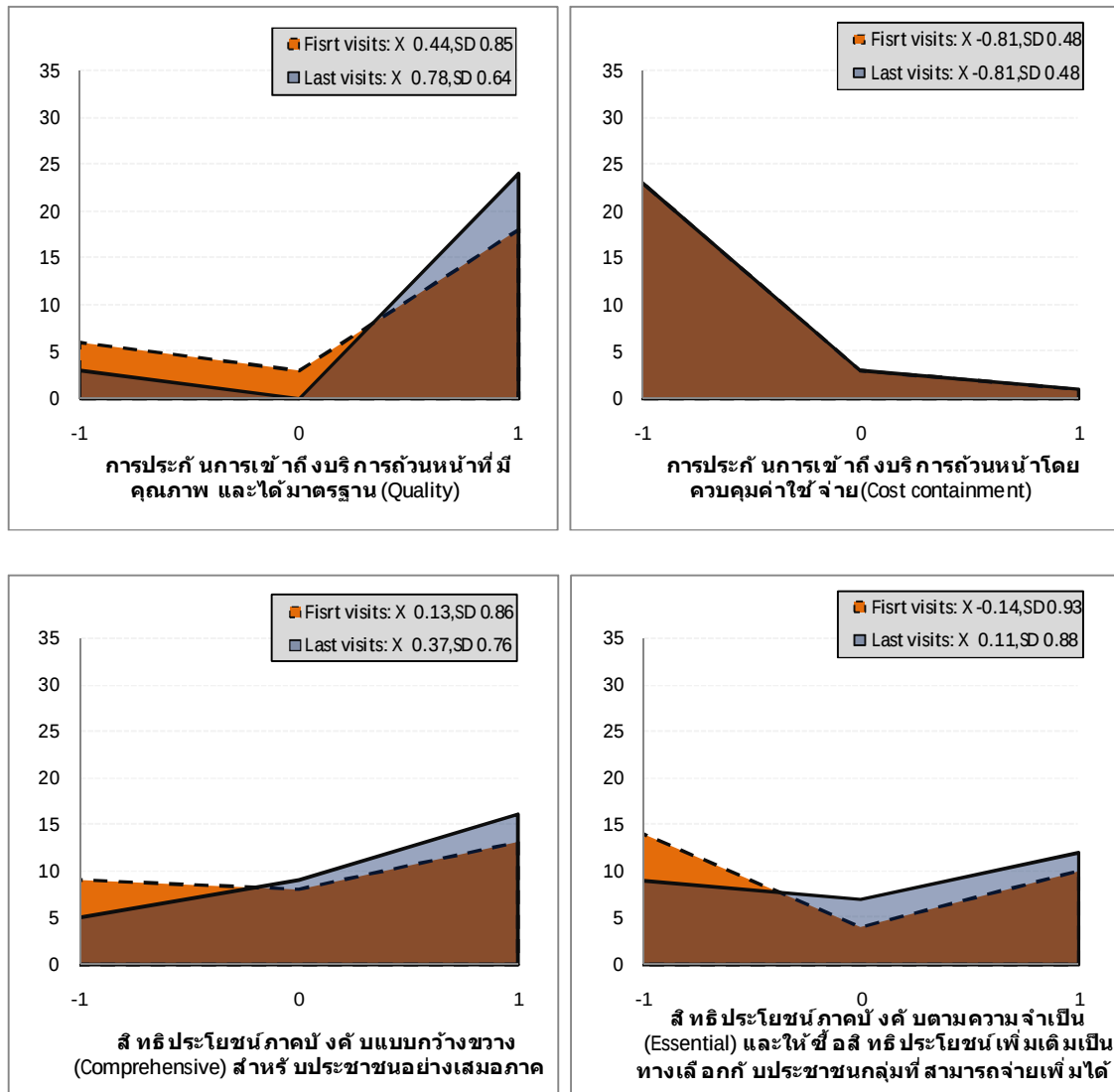
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.4 ผลจากการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



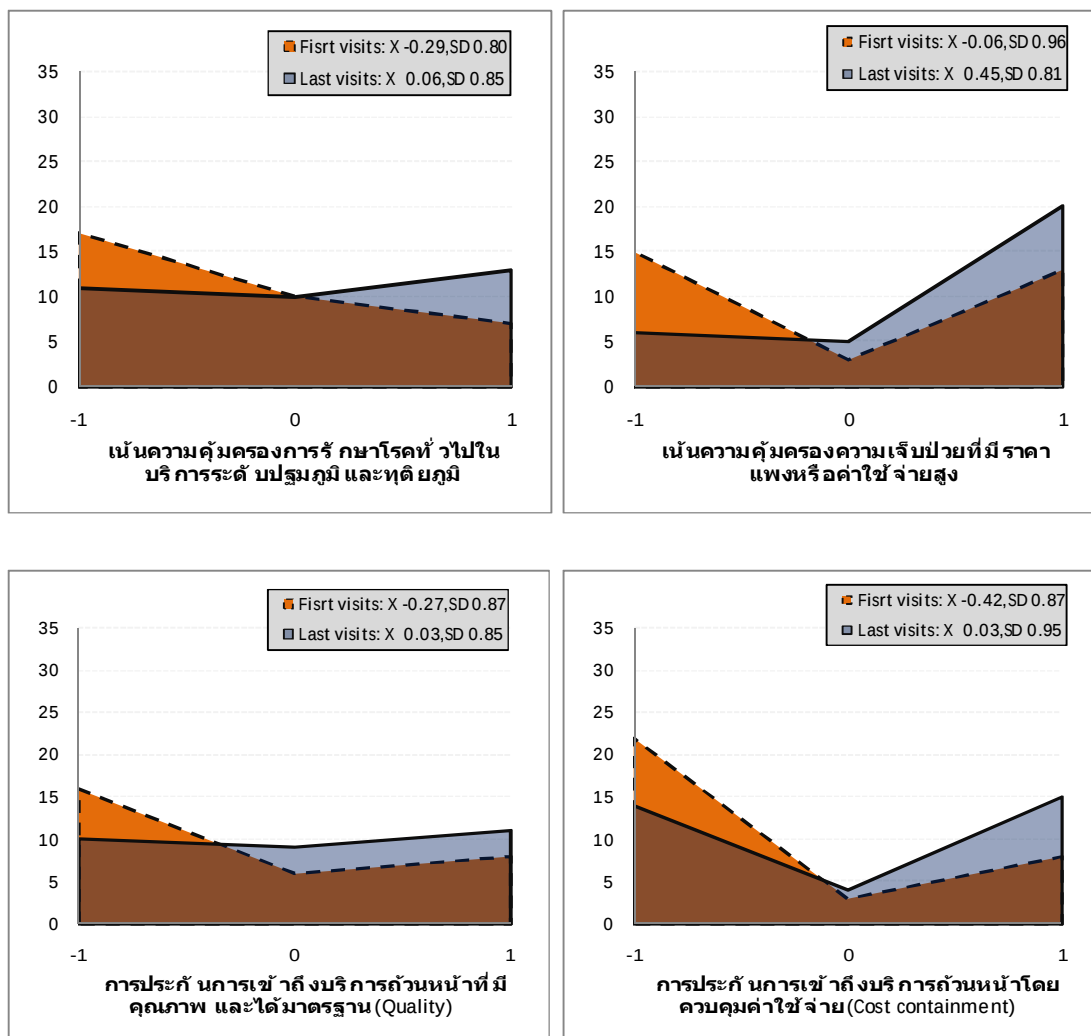
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.5 ผลจากการที่ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และพึงร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์

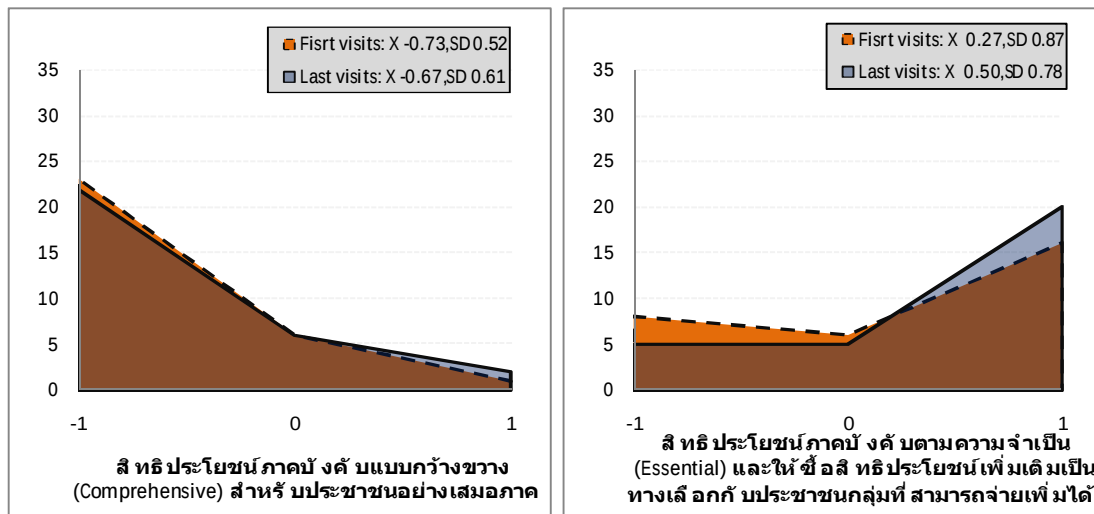


ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.6 ผลจากการรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์

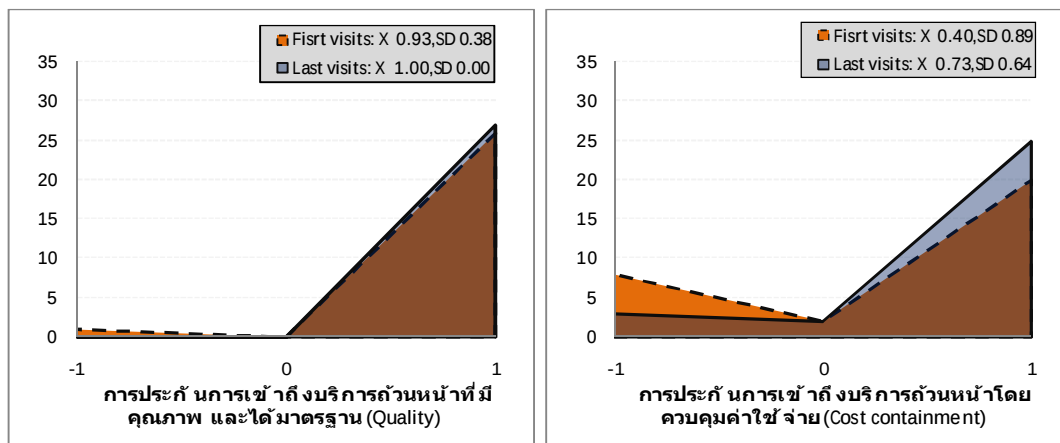


ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)



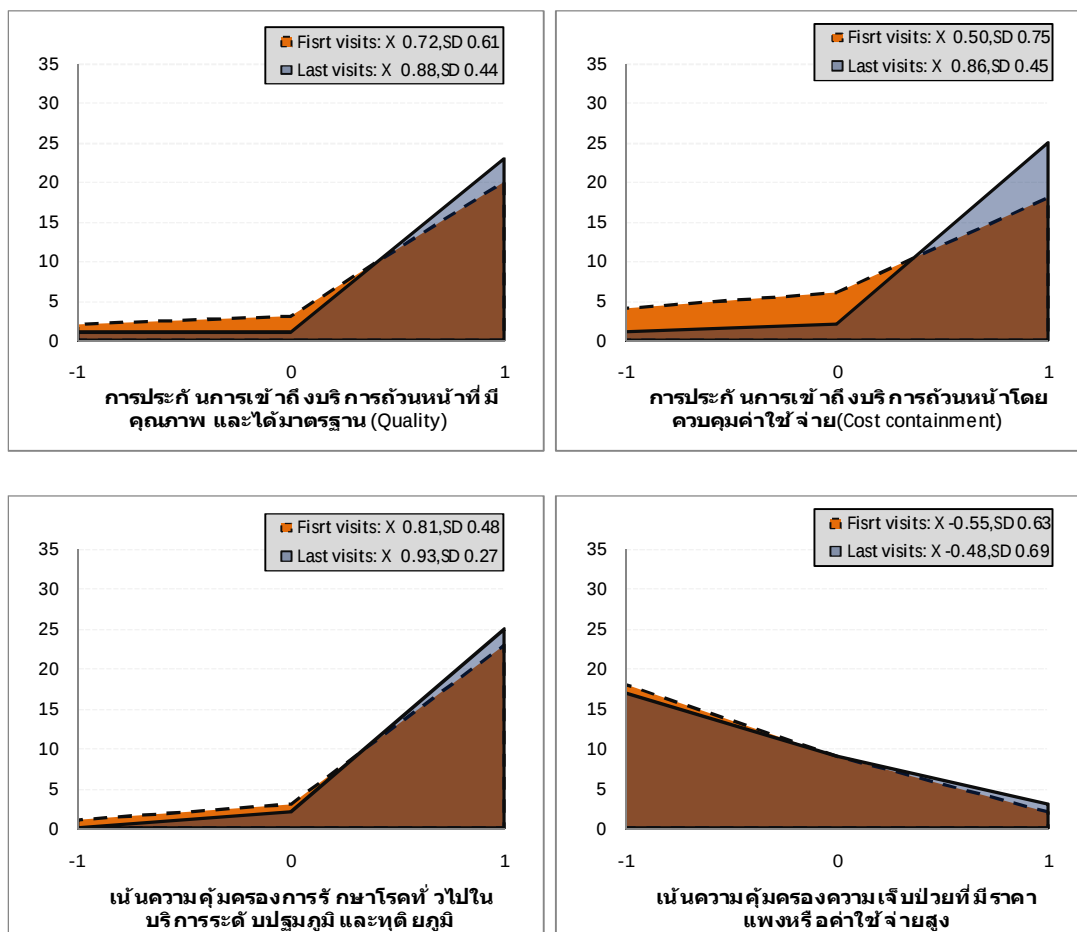
ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

2.7 ผลจากโรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

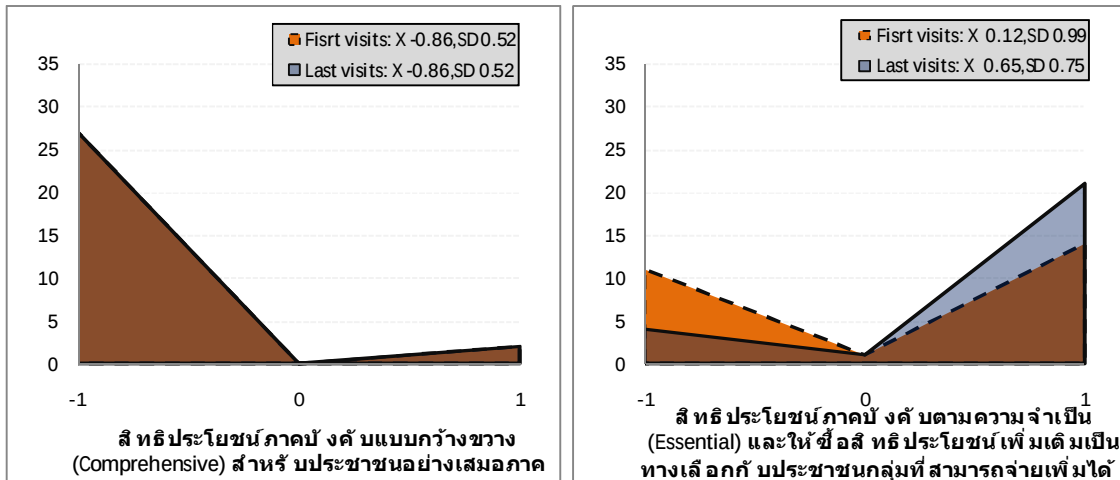
2.8 ผลจากการนโยบายเน้นการพัฒนาบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



ภาพที่ 3.6 ผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) ที่มีต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

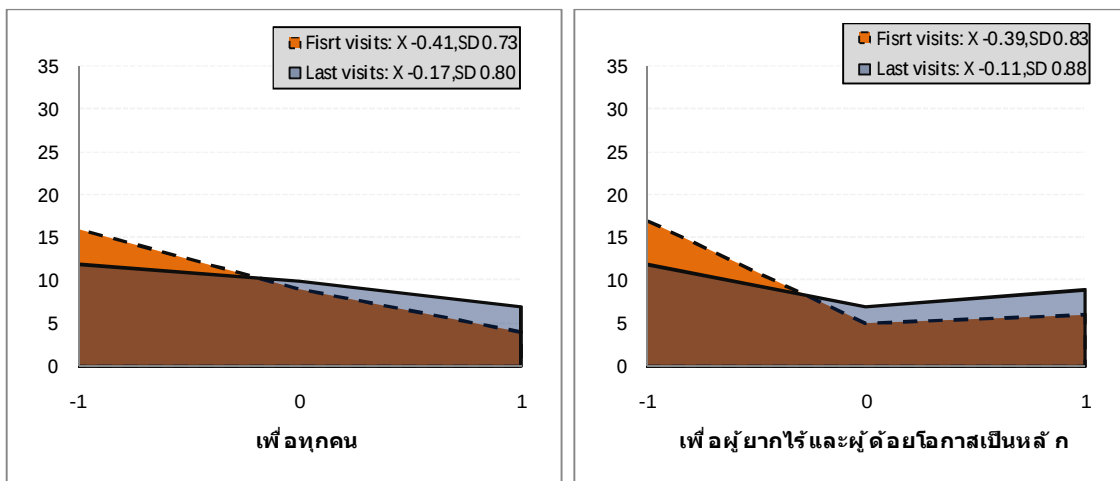
ส่วนที่ 3 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เครื่องหมาย $\pm$ แสดงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในเชิงบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์นั้น)

3.1 ผลจากการให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



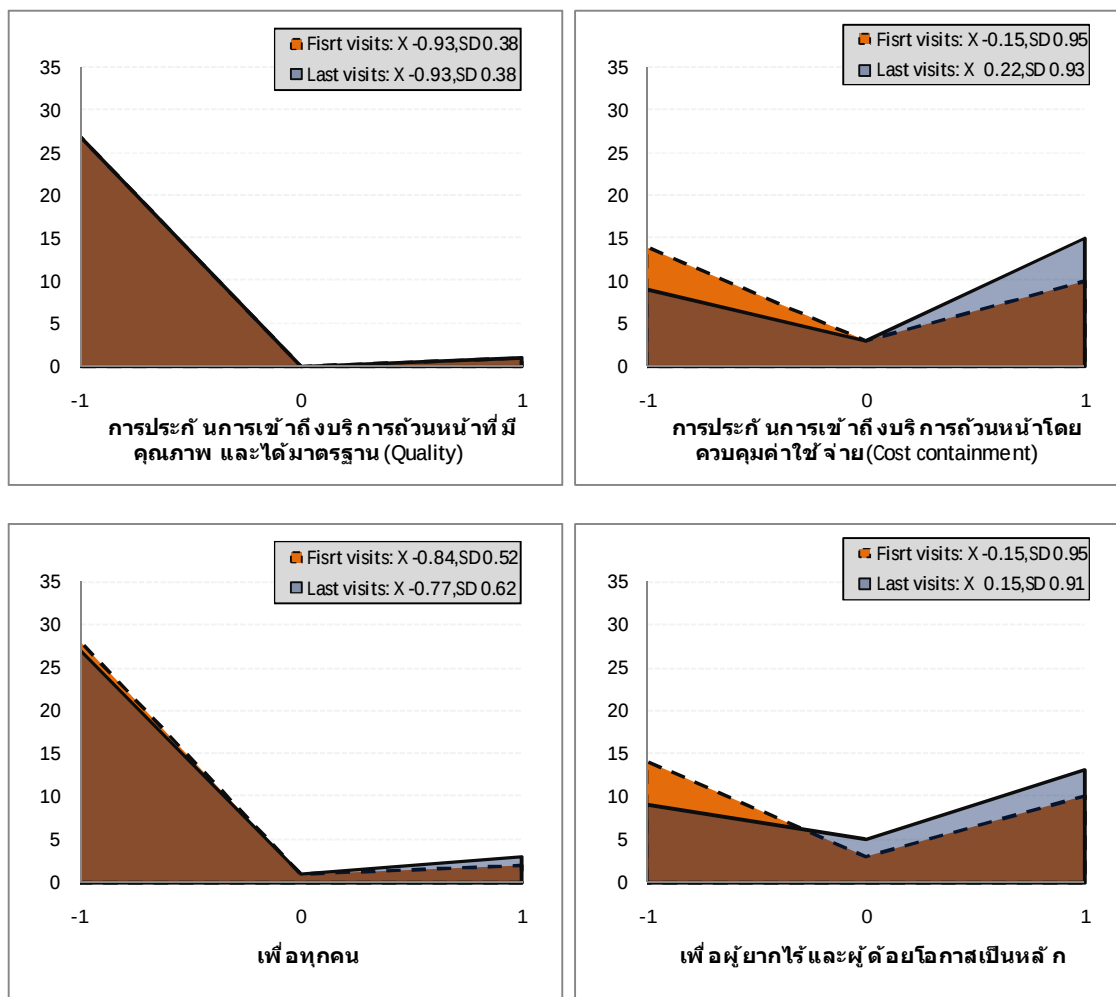
ภาพที่ 3.7 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 ผลจากการเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซากจนเป็นภาระแก่ระบบ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



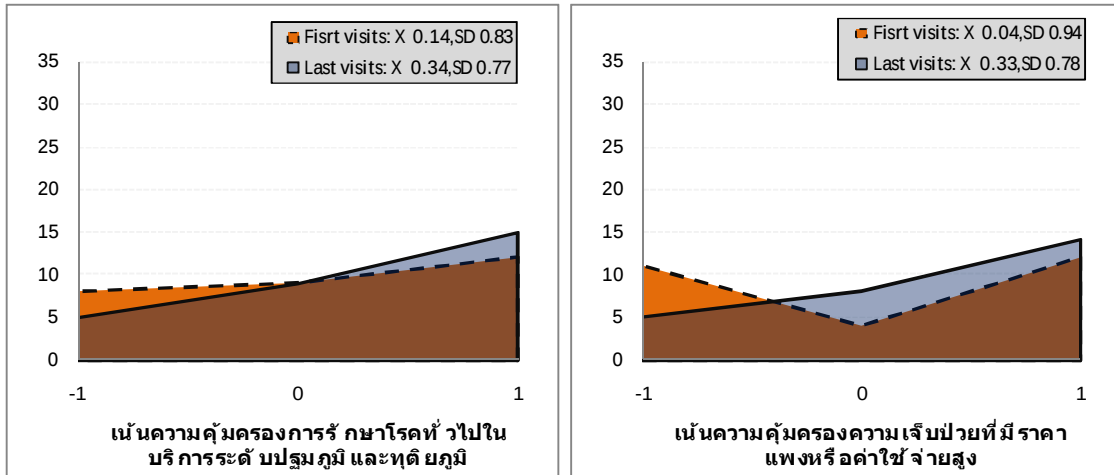
ภาพที่ 3.7 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

3.3 ผลจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทยที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



ภาพที่ 3.7 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

3.4 ผลจากการเกิด Breakthrough technology ที่เปลี่ยนโฉมบริการที่เคยมีอย่างสิ้นเชิง จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



ภาพที่ 3.7 ผลกระทบของปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) ที่มีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ต่อ)

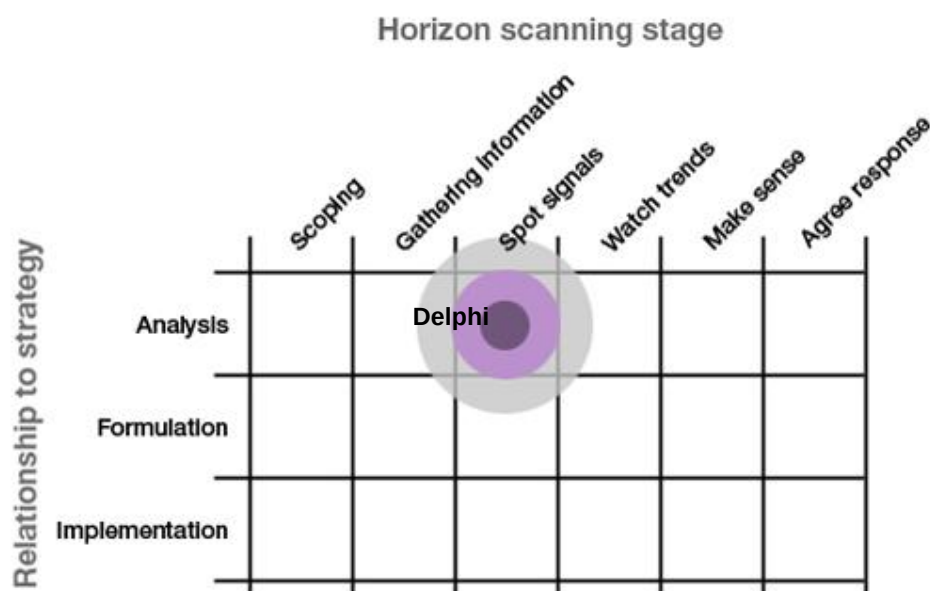
จุดอ่อน จุดแข็ง การสำรวจด้วยวิธี Real Time Delphi

เทคนิค Delphi ถูกทดสอบด้วยการใช้งานโดยองค์กรและประเทศต่างๆ ทั่วโลกมาเป็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษแล้ว จนถึงบัดนี้ก็ยังมีการใช้วิธีการนี้อยู่ในการมองอนาคต การคาดการณ์อนาคต เทคโนโลยี หรือการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ต้องการความรู้ทางเทคนิคค่อนข้างสูง

หากเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นที่มีจุดประสงค์คล้ายหรือใกล้เคียงกัน นั่นคือการมองอนาคตเชิงกลยุทธ์ (strategic futures thinking) จะพบว่า ในบรรดาวิธีการที่มีอยู่หลากหลายนั้น วิธีการ Delphi เหมาะที่จะใช้ในการดักจับสัญญาณ (spot signals) และมีบทบาทในเชิงการช่วยวิเคราะห์ (analysis) สำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์ โดยยังมีสิ่งที่จะต้องทำต่อไปคือการดูแนวโน้ม (watch trends) การทำความเข้าใจความหมาย (make sense) และการเห็นร่วมในกระบวนการที่จะต้องสนองต่อแนวโน้มนั้น (agree response) ดังแสดงให้เห็นได้ในรูปที่ 3.8

หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า วิธีการ Delphi เหมาะสมกับการใช้เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงอนาคตที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อเรื่อง (theme) ที่สนใจอยู่ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็เป็นอีกความพยายามหนึ่งที่จะใช้ Delphi ในการจำแนกแยกแยะและระบุให้ได้ประเด็นสำคัญขึ้นมาจำนวนหนึ่ง รวมไปถึงการวิเคราะห์ออกมาให้ทราบว่า มีผู้ที่มีแนวคิดในประเด็นเหล่านั้นแบ่งออกเป็นกี่กลุ่ม และแต่ละประเด็นที่เป็นเป้าประสงค์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ / ความไม่แน่นอนอย่างไร (ปัจจัยฯ เป็นเครื่องสนับสนุนหรือขัดขวางเป้าประสงค์เหล่านั้น)

สำหรับการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ ในขั้นตอนต่อมาก็ได้เลือกใช้วิธีการ Scenario building หรือการสร้างภาพอนาคตเพื่อนำผลที่ได้จากวิธีการเดลฟายไปใช้ต่อในการทำความเข้าใจบริบทของประเด็นสำคัญที่ได้ พร้อมทั้งฉายภาพให้เห็นความเป็นไปได้ในการปฏิบัติภายใต้แต่ละบริบทต่อไป ดังรายละเอียดในส่วนของการสร้างภาพอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย



ที่มา: Horizon Scanning Centre, UK Foresight (<http://hsctoolkit.tribalcad.co.uk/content/view/17/27/>)

ภาพที่ 3.8 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการ Delphi ในเชิงกลยุทธ์

จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้พบว่า วิธีการเดลฟาย (เน้นเฉพาะ Real Time Delphi) มีจุดแข็งและจุดอ่อนดังนี้

จุดแข็ง

- สามารถดำเนินการสำรวจ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล เสร็จสิ้นลงได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เป็นจุดแข็งที่เห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับวิธีการเดลฟายแบบดั้งเดิม
- ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมตอบการสำรวจให้ความคิดเห็นได้หลายครั้งมากเท่าที่ต้องการ และอาจเปลี่ยนความคิดเห็นได้ทันทีเมื่อต้องการ เป็นการลดปัญหาการเปลี่ยนความคิดเห็นหลักการสำรวจรอบสุดท้าย ที่อาจพบในการทำเดลฟายแบบดั้งเดิม
- โดยหลักการ ผู้ตอบการสำรวจไม่อาจได้รับอิทธิพลจากความคิดเห็นของผู้ตอบคนอื่นโดยตรง ทำให้แสดงความคิดเห็นของตนเองได้เต็มที่
- สามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมจากคำตอบได้เต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้เหตุผลประกอบคำตอบของตนเอง

จุดอ่อน

- เดิมใช้เวลานานและการลงทุนสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของกำลังคนและเวลา จึงนิยมทำการสำรวจเพียงสองรอบ แต่การใช้ Real-Time Delphi ทำการสำรวจออนไลน์ ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาลงได้มาก
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญผ่านแบบสำรวจไม่เข้มข้นเหมือนการประชุมแบบพบกันโดยตรง ซึ่งในข้อนี้การจัด kick-off meeting ได้ช่วยแก้ปัญหาไปได้บางส่วน

ข้อพึงระวัง และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เทคนิคเดลฟาย

ผู้ใช่วิธีการนี้พึงตระหนักอยู่เสมอว่า ในอันดับแรก วิธีการเดลฟายเป็นเพียงการค้นหาและระบุประเด็นโดยถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น และแม้ว่าผู้เชี่ยวชาญจะได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องไปในแนวเดียวกัน (converged opinion) แต่ก็มีใช้จะถือได้ว่าเป็นความคิดเห็นที่เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder's consensus) ดังนั้นจึงต้องแยกแยะความแตกต่างตรงนี้ให้ดี และการนำผลไปใช้หรือไม่อย่างไร ขึ้นอยู่กับว่าประเด็นที่เป็นโจทย์นั้นต้องการความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนสำคัญมากหรือน้อยเพียงใด ผู้ใช่วิธีการเดลฟายควรเลือกใช่วิธีการนี้เฉพาะในกรณีที่ตั้งใจว่า โจทย์ที่ตั้งขึ้นนั้น ต้องการข้อมูลจาก “ผู้รู้” หรือ “ผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งจะน่าเชื่อถือได้มากกว่าการสุ่มถามบุคคลทั่วไป

อันดับที่สอง ก็มีความเกี่ยวข้องกับข้อแรก กล่าวคือ วิธีการเดลฟายไม่ใช่การหาข้อสรุปโดยการสำรวจในทางสถิติ แม้จะใช้สถิติเข้าช่วยในการประมวลผลก็ตาม การได้ข้อมูลในจำนวนที่มากพอเป็นตัวแทนในทางสถิติไม่มีความหมายสำหรับวิธีการนี้มากนัก หรือไม่มากเท่ากับการได้คำตอบจากผู้รู้จริงจำนวนหนึ่ง และเน้นที่การป้องกันไม่ให้ความเห็นของผู้ตอบแต่ละคนมีอิทธิพลต่อกันและกันในระดับของปัจเจกบุคคล จึงถือเป็นหน้าที่ของผู้ใช่วิธีการนี้ จะต้องนำเสนอและทำความเข้าใจในกรณีนี้ให้ชัดเจน

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ก็ได้เน้นในจุดนี้ และได้นำผลจากการสำรวจด้วยวิธี Real Time Delphi มาใช้เพื่อระบุประเด็น และจัดกลุ่มผู้ที่มีความคิดไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้ร่วมกันจัดทำภาพอนาคตให้ชัดเจนต่อไป มิได้มุ่งนำผลมากหรือน้อยมากำหนดความสำคัญระหว่างภาพอนาคตแต่ละภาพ

อันดับที่สาม พบว่าการกลั่นกรองประโยคคำถาม (Delphi Statements) มีความสำคัญมาก และถึงแม้ว่าคณะผู้ศึกษาจะได้ใส่ใจพิถีพิถันกับการใช้ถ้อยคำเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัดมากที่สุด รวมทั้งได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะทำงาน (Steering Committee) แล้วก็ตาม ก็ยังพบว่าถ้อยคำบางแห่งที่เป็นคำที่ใช้ในแวดวงหลักประกันสุขภาพ ยังสร้างความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน หรืออาจเป็นเพราะการออกแบบโครงสร้างของคำถามทำให้ความเข้าใจไม่ชัดเจนก็เป็นได้ ในเรื่องนี้หากมีการใช่วิธีการนี้ต่อไป ควรต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่แนวคิดบางอย่างยังไม่เป็นที่เข้าใจกระจ่างชัดตรงกันในวงการ จะถือว่าการบรรยายสั้นๆ โดยไม่ขยายความนั้นเป็นไปไม่ได้เลย

ข้อสุดท้าย จากการเริ่มต้นกระบวนการตอบแบบสำรวจด้วยการจัดให้มี kick-off meeting นั้น พบว่าประสบความสำเร็จอย่างสูง โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเชิญให้ความสนใจมาร่วมประชุมด้วยเกินครึ่งของจำนวนทั้งหมด และทุกท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่งจนตอบเสร็จ 1-2 รอบ อีกทั้งหลายท่านได้ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างมากในการปรับปรุงแบบสำรวจ นอกจากนี้การประชุมยังเสร็จสิ้นลงในเวลาอันรวดเร็วกว่าที่กำหนดไว้อย่างมาก หากมีการทำการสำรวจด้วย Real Time Delphi ต่อไป ควรเริ่มต้นด้วยการประชุมในลักษณะ kick-off meeting นี้เท่าที่จะสามารถทำได้

บทที่ 4

ภาพอนาคต

ดร.นเรศ ดำรงชัย

ปวรภัส โพธิสุข

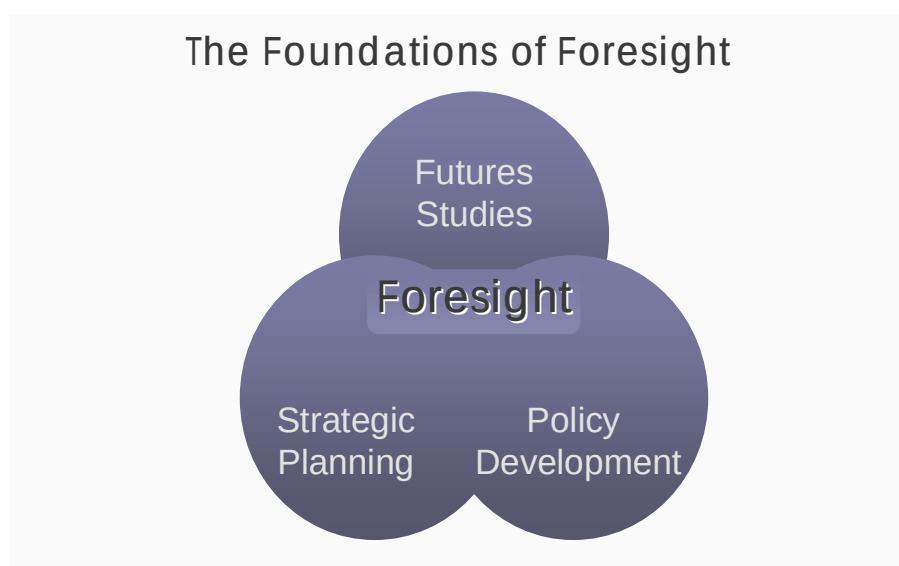
รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

บทที่ 4

ภาพอนาคต

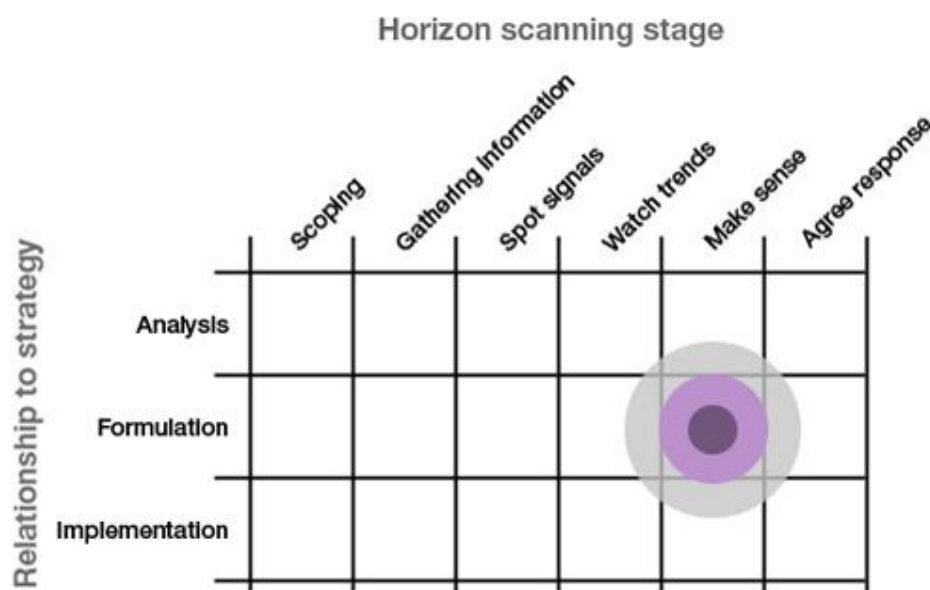
แนวคิดและหลักการของการสร้างภาพอนาคต (Scenario building)

การสร้างภาพอนาคต (scenario - บ้างก็เรียกว่าฉากทัศน์) เป็นวิธีการมองอนาคต (foresight) อย่างหนึ่งที่มีรากฐานมาจากวิธีการเดียวกันของ future study แต่มีที่จุดเด่นของการมองอนาคตแบบ foresight กล่าวคือเน้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และพยายามประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหลัก เพื่อให้สามารถสร้างเรื่องราวที่อาจนำไปสู่การมีกลยุทธ์ (strategy) อันเห็นที่พ้องต้องกัน และเกิดนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างอนาคตที่พึงปรารถนาขึ้นได้จริง ความสัมพันธ์ระหว่าง foresight, future study, การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการพัฒนาโยบายสาธารณะ อาจแสดงได้ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 รากฐานของการมองอนาคต (foresight)

ในขณะเดียวกัน หากเปรียบเทียบกับวิธีการมองอนาคตแบบอื่น ๆ จะพบว่า การสร้างภาพอนาคตเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการทำความเข้าใจความหมาย (make sense) ของบริบทอนาคต และอาจนำไปสู่การเห็นร่วมในกระบวนการที่จะต้องสนองต่อแนวโน้มนั้น (agree response) ดังภาพที่ 4.2



ที่มา: Horizon Scanning Centre, UK Foresight (<http://hsctoolkit.tribalcad.co.uk/content/view/82/44/>)

ภาพที่ 4.2 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการสร้างภาพอนาคตในเชิงกลยุทธ์

ภาพอนาคตนั้นสร้างขึ้นโดยอาศัยโครงเรื่อง (plot) ที่มาจากแนวโน้ม (trends) ที่เห็นอยู่ในปัจจุบันและความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ภาพอนาคตจึงมีได้หลายภาพ ขึ้นอยู่กับชุดแนวโน้มและความไม่แน่นอนที่เลือกมาประกอบกันเป็นโครงเรื่อง เราจะเลือกโครงเรื่องที่แตกต่างกันและครอบคลุมเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตให้มากที่สุดโดยทั่วไปประมาณ 3-4 โครงเรื่อง ดังนั้น ภาพอนาคตคือ ภาพรวมเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นจริงได้ (plausible) และเกี่ยวข้องกับประเด็นที่อยู่ในความสนใจ (relevant) แต่ละภาพจะเป็นการดำเนินเรื่องเล่าที่ไม่มีมีการขัดแย้งภายใน และมีทั้งเหตุการณ์ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์

กระบวนการสร้างภาพอนาคตจะกระตุ้นจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ ทำให้กล้าคิดนอกกรอบปัจจุบัน กล้าหาวิธีการใหม่ในการแก้ไขปัญหาเดิม การสร้างภาพอนาคตเป็นการชักชวนอนาคตให้เข้าใจถึงผลการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแรงผลักดันต่างๆ ซึ่งอาจเสริมกันหรือหักล้างกัน ซึ่งอาจชักนำให้เกิดการตัดสินใจในประเด็นที่ค้างคั่งอยู่ในใจมานาน และทำให้สามารถวางแผนกลยุทธ์ที่รอบคอบกว่าเดิม สิ่งที่จะต้องเน้นคือ การเขียนภาพอนาคตมิใช่เป็นการทำนายอนาคต (prediction) ภาพอนาคตที่ดีจึงมิได้อยู่ที่ว่าจะสามารถบรรยายอนาคตได้ถูกต้องเพียงใด แต่อยู่ที่ว่าจะสามารถชักนำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีกว่าเดิมหรือไม่ การเขียนภาพอนาคตมีสมมติฐานว่าอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ไม่มีใครทำนายได้ จึงพยายามสร้างภาพอนาคตหลายภาพ เพื่อให้ครอบคลุมอนาคตที่เป็นไปได้ให้มากที่สุด อนาคตยิ่งไกลออกไปก็ยิ่งมีความไม่แน่นอนมากขึ้น ดังนั้น การเขียนภาพอนาคตจึงเหมาะสำหรับการมองอนาคตระยะกลางและระยะยาว ที่ไม่สามารถใช้การวางแผนเชิงกลยุทธ์โดยทั่วไปได้ เพราะขาด

ข้อมูลที่มีความชัดเจนพอ รวมทั้งปัญหาที่ซับซ้อนและไม่มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว หรือผู้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (stakeholders) มีหลากหลายและอาจมีผลประโยชน์ขัดแย้งกัน ในการนี้การเขียนภาพอนาคตระยะยาวตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีข้อดีที่ทำให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดสามารถหยุดคิดถึงผลประโยชน์ส่วนบุคคลในปัจจุบันและกล้ำกลืนในสิ่งที่ปัจจุบันนี้เป็นไปไม่ได้ เพราะเป็นที่แน่ชัดว่าในอีก 10 ปี ทุกคนจะไม่อยู่ในตำแหน่งเดิม หลายสิ่งจะเปลี่ยนไป ผู้เข้าร่วมระดมความคิดจึงมีอิสระที่จะวางแผนสำหรับคนรุ่นต่อไปได้ และในทางปฏิบัตินั้น เมื่อได้สร้างภาพอนาคตที่มีระยะเวลา 10-20 ปี นับจากปัจจุบันแล้ว ก็ควรนำมาใช้ในการวางแผนในรอบระยะเวลา 1-10 ปี เพื่อเตรียมการรองรับภาพอนาคตบางภาพที่สร้างไว้

ขั้นตอนการเขียนภาพอนาคต

การเขียนภาพอนาคตมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดขอบเขตของภาพอนาคต ในเมื่อทรัพยากรในแง่ของบุคคลและเวลามีจำกัด คณะผู้จัดจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนเสียก่อน ว่าจะเป็นการสร้างภาพอนาคตในระดับโลก ภูมิภาค ประเทศ อนุภูมิภาคภายในประเทศ องค์กรหรือปัจเจกบุคคล ว่าจะครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางเพียงใด จะมองอนาคตไกลเพียงใด หรือจะเจาะเฉพาะประเด็นใด เป็นต้น การกำหนดขอบเขตที่แคบมาก ทำให้สามารถลงลึกในการวิเคราะห์ประเด็นได้ แต่ก็อาจทำให้ครอบคลุมไม่ทั่วถึง หากกำหนดขอบเขตกว้างไป ก็จะทำให้ไม่สามารถลงลึกได้ ดังนั้น คณะผู้จัดจึงควรกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของโครงการและทรัพยากรที่มีอยู่

2. การเชิญผู้เข้าร่วมระดมความคิด โดยทั่วไปจำนวนผู้เข้าร่วมระดมความคิดในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเขียนภาพอนาคตควรมีประมาณ 25-30 คน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นได้ นอกจากนี้ยังควรมีการแบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดกลุ่มละ 6-10 คน ควรต้องเชิญผู้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (stakeholders) ให้ครบที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3. การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมระดมความคิด เพื่อให้สามารถดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการสื่อสารให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ว่า พวกเขาคือผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่จะระดมความคิด ซึ่งจะเป็นผู้ให้ทั้งข้อมูลความรู้ และความเห็นในการสร้างภาพอนาคต คณะผู้จัดอาจช่วยเตรียมความพร้อมโดยการรวบรวมและจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน (data, hard evidence) และสรุปประเด็นที่จะระดมความคิดให้ศึกษาล่วงหน้า

4. การจัดเตรียมสถานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ สถานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมที่จะให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิด สามารถดำเนินกิจกรรมได้ โดยมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การพักค้างแรม การรับประทานอาหารร่วมกัน และกิจกรรมกลุ่มอื่นๆ จะให้โอกาสผู้เข้าร่วมฯ ในการพูดคุยกันและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเป็นกันเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจในมุมมองของผู้ที่มีพื้นฐานต่างกันและการสร้างเครือข่ายในการร่วมทำงานในอนาคต

5. การเริ่มประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคต การประชุมเชิงปฏิบัติการจะเริ่มจากการสรุปประเด็นและขอบเขตของภาพอนาคต เพื่อความเข้าใจตรงกัน อาจมีการนำเสนอบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นที่เกี่ยวข้องบ้าง แต่ก็ไม่ควรใช้เวลาของที่ประชุมมากเกินไป

- การระบุแนวโน้ม แนวโน้มเป็นแรงผลักดัน (driving forces) ที่เกิดขึ้นค่อนข้างจะแน่นอน ขนาดของแรงนี้ในอนาคตสามารถทำนาย (forecast) จากผลได้ของอดีต โดยการคำนวณจากตัวแบบ(models) ต่างๆ หรือโดยการคาดคะเนของผู้เชี่ยวชาญ เรามักจะพิจารณาแนวโน้มในด้านสังคม (social) เทคโนโลยี (technology) เศรษฐกิจ (economics) สิ่งแวดล้อม (environment) และการเมือง (politics) หรือใช้ชื่อย่อว่า STEEP ซึ่งเป็นภาวะแวดล้อมของประเด็นที่กำลังพิจารณาอยู่
- การระบุความไม่แน่นอน ความไม่แน่นอนคือปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่ไม่แน่ใจว่าจะเกิดหรือไม่เกิดในอนาคต และไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องไม่ดีเสมอ อาจเป็นปัจจัยด้านบวกก็ได้ แนวโน้มเองเมื่อไปในอนาคตไกลหน่อย ก็มีความไม่แน่นอน แต่ความไม่แน่นอนที่จะต้องพยายามมองหานั้น เป็นความไม่แน่นอนที่สามารถพลิกผันเหตุการณ์หรือแนวโน้มที่กำลังดำเนินอยู่โดยสิ้นเชิง ซึ่งปัจจุบันอาจเป็นเพียงสัญญาณอ่อนๆ พอสังเกตเห็น แต่ในอนาคตอาจกลายเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก

6. การกำหนดประเด็นหลักของโครงเรื่องของภาพอนาคต ดังที่กล่าวมาแล้วว่า โครงเรื่องของภาพอนาคตแต่ละภาพ ได้มาจากแนวโน้มและความไม่แน่นอน 3-4 ข้อเรียกว่า ประเด็นหลัก (scenario logics) อาจใช้แนวโน้มหรือความไม่แน่นอนข้อหนึ่งข้อใดเป็นประเด็นหลักของภาพอนาคต และใช้ข้ออื่นๆ ประกอบเป็นประเด็นรองก็ได้

7. การเขียนภาพอนาคต ภาพอนาคตนั้นเป็นเรื่องเล่า (narrative) เหตุการณ์ในอนาคต เพื่อให้เรื่องเล่าเป็นที่น่าสนใจอาจนึกถึงข่าวพาดหัวหนังสือพิมพ์ในวันนั้น ซึ่งอาจมีตัวละคร แล้วเล่าเหตุการณ์ที่ตัวละครนั้นประสบในวันหนึ่ง หรืออาจเป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยทั่วไปก็ได้ หลังจากเขียนภาพอนาคตเสร็จแล้ว ควรมีการตรวจสอบความเป็นไปได้ จากข้อมูลและหลักฐาน

8. การเชื่อมโยงภาพอนาคตกับการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การใช้ภาพอนาคตทุกภาพเป็นหลังฉากแสดงอนาคตต่างๆ ที่อาจเป็นจริงได้ ช่วยกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ โดยวิธีการแรกเป็นวิธีการที่ได้ผลที่สุด เพราะไม่ได้ทิ้งภาพอนาคตภาพหนึ่งภาพใดไป จึงยังจะพิจารณาเหตุปัจจัยทุกอย่างได้ครบถ้วน ภายใต้ทรัพยากรจำกัด เพื่อขยายผลสิ่งที่พึงประสงค์ และป้องกันสิ่งที่ไม่พึงประสงค์มิให้เกิดขึ้น วิสัยทัศน์ที่ผู้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกำหนดขึ้น เป็นเป้าหมายที่ต้องใช้กลยุทธ์ในการบรรลุและมีส่วนในการกำหนดกลยุทธ์ด้วย

จุดมุ่งหมายของการสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

การศึกษาถึงปรัชญา แนวคิดและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งเป็นสิ่งชี้ทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตนั้น จำเป็นจะต้องมีการทบทวน ตลอดจนมองภาพไปข้างหน้า เพื่อประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการจัดหลักประกันและความคุ้มครองประชาชน ทั้งนี้เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนในประเทศต่อไป ซึ่งผลที่ได้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการอภิปราย ต่อยอดความคิดต่อไปในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ที่จะมีขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) ตลอดจนช่วยชี้แนะการพัฒนาผลงานวิจัยและผลงานวิชาการเพื่อรองรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ในลำดับต่อไป

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้จริงจำนวนหลายภาพพร้อมกัน และร่วมกันพิจารณาบริบทและผลกระทบของอนาคต (บทเรียนจากอนาคต) แต่ละภาพเหล่านั้น ทั้งในแง่บวกและในแง่ลบ ส่วนในขั้นตอนต่อไปก็อาจเลือกหรือประมวลอนาคตที่พึงประสงค์ (preferred future) ให้ร่วมกันเข้าเป็นภาพเดียวกันทำได้

ภาพอนาคตหลายภาพที่สร้างขึ้นนี้ ล้วนต้องอยู่บนพื้นฐานของเป้าประสงค์ (Goal) ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการทบทวนใหม่ให้สอดคล้องกับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key system drivers) และปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties) อันจะเกิดขึ้นในอนาคต

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ อุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้เกิดการผลักดัน การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ตลอดจนนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบอีกจำนวนหนึ่งที่จะมีรายละเอียดในระดับการปฏิบัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็อาจจะมีอีกหลายประเด็นที่ต้องนำไปขยายผลหรือจัดทำรายละเอียดก่อนนำไปปฏิบัติ ซึ่งผลที่ได้จากการสร้างภาพอนาคตของโครงการนี้ จะเป็นแนวทางในการกำหนดอนาคตที่พึงประสงค์ และจัดทำเส้นทาง (Road map) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามฉากทัศน์ที่เป็นไปได้ตามเป้าประสงค์ในระยะ 5-10 ปี ที่ใช้เป็นกลไกเฝ้าระวังและกำหนดเหตุการณ์เพื่อเป็นจุดตัดสินใจระหว่างการเดินทางตามเส้นทาง (Decision check point) ป้องกันภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

การกำหนด scenario logics และการจัดหมวดหมู่เป็น 4 กลุ่มที่มีทิศทางอนาคตแตกต่างกัน

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า ขั้นตอนสำคัญที่จะมีส่วนกำหนดโครงเรื่องของภาพอนาคตแต่ละภาพ ภายใต้เรื่องหนึ่ง ๆ ให้มีความแตกต่างกัน ก็คือ “ประเด็นหลัก (scenario logics)” ของแต่ละเรื่อง

ในการจัดทำภาพอนาคตหลายๆ ภาพภายใต้เรื่องหนึ่งๆ นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องออกแบบให้แต่ละภาพนั้นฉายให้เห็นอนาคตที่แตกต่างกัน ทั้งที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา เพื่อนำความแตกต่างหรือขัดแย้งกันของอนาคตหลายๆ แบบ (ที่ล้วนแล้วแต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งสิ้น) มาเป็นบทเรียนสำหรับการตัดสินใจในปัจจุบัน กระบวนการมองอนาคตจะชี้ให้เห็นว่า อนาคตจะเป็นสิ่งที่ทำนายไม่ได้ แต่การตัดสินใจที่แตกต่างในวันนี้ จะนำไปสู่อนาคตที่ต่างกันในวันหน้า

โดยทั่วไป “ประเด็นหลัก” ในการจัดทำภาพอนาคต มักเลือกจาก “ความไม่แน่นอน” จำนวนไม่มากนัก เช่น สอง สาม หรือสี่ บางครั้งเป็นการแบ่งประเด็นเดียวกันที่เกิดขึ้นได้ในสองทิศทาง เช่น ถ้าน้ำมันขึ้นราคาอย่างรุนแรง จะเกิดอะไรขึ้น และถ้าน้ำมันลดลง จะเกิดอะไรขึ้น เป็นต้น

ความไม่แน่นอนเหล่านี้จะถูกแยกออกจากกันเพื่อให้เกิดเป็นภาพหลาย ๆ ภาพที่ไม่ซ้ำกัน และปัจจัยผลักดันระบบอื่นๆ ที่ถูกพิจารณาว่ามีความสำคัญ ก็จะถูกนำมาเสริมเข้าไปเพื่อให้เกิด “ประเด็นหลัก” เท่ากับจำนวนภาพอนาคตที่ต้องการสร้างขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการออกแบบการศึกษาครั้งนี้ ทั้งปัจจัยผลักดันระบบ และความไม่แน่นอนล้วนถูกพิจารณาโดยผูกโยงเข้ากับ “เป้าประสงค์” ทั้งสิ้น กล่าวคือหลังจากผ่านการพิจารณาเลือกเป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จึงพิจารณาผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบ และปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลต่อเป้าประสงค์

เมื่อเป็นดังนี้ จึงอาจพิจารณาได้ว่าความแตกต่างของเป้าประสงค์ที่มีอยู่หลากหลายนั่นเองที่เป็นสิ่งที่กำหนดให้ภาพอนาคตแต่ละภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเบื้องต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำผลของการสำรวจเดลฟายมาวิเคราะห์ เพื่อหารูปแบบ (pattern) ของความคิดต่อเป้าประสงค์ ที่แตกต่างกันในระหว่างผู้ที่ตอบแบบสอบถาม และสามารถสรุปได้เป็น 4 กลุ่มที่มีแนวความคิดแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

การแบ่งกลุ่มกันของแนวความคิดต่อเป้าประสงค์นี้ ถูกนำมาใช้เป็นแกนหลักในการกำหนด scenario logics ขึ้นมา 4 ชุด ดังจะกล่าวถึงต่อไปโดยละเอียดในข้อ 4 การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อย

การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อย

การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อยอาศัยข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคตต่อคำถามต่างๆ ในการขั้นตอนของการทำกิจกรรม e-Delphi ที่นำเสนอไว้ข้างต้นแล้ว ทั้งนี้โดยนำข้อมูลคำตอบของความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละท่าน เกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่เดิมเรียกว่าเป้าประสงค์) จำนวน 5 ข้อ มาใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มด้วยวิธี Cluster analysis แบบ Kmeans partition clustering (Euclidean

distance) โดยใช้โปรแกรมสถิติ STATA 9.0 มีการเจาะจงจำนวนกลุ่มย่อยที่ต้องการไว้ล่วงหน้าจำนวน 4 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละกลุ่มย่อยมีลักษณะเฉพาะตัวของตนเอง โดยการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มย่อยได้ผลดังนี้

1. จากจำนวนผู้ให้ความคิดเห็นผ่านการทำกิจกรรม e-Delphi มีจำนวนสมาชิกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถนำมาจัดกลุ่มได้ทั้งสิ้น 59 ท่าน¹ จากจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่เชิญไว้ทั้งสิ้น 79 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 74.7 ซึ่งลักษณะเด่นของกลุ่มย่อยที่จัดได้แต่ละกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ระดับของการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย(ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย)ของการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสัมพันธ์กันระหว่างเป้าประสงค์แต่ละคู่

การให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์	กลุ่มย่อยที่ 1	กลุ่มย่อยที่ 2	กลุ่มย่อยที่ 3	กลุ่มย่อยที่ 4
จำนวนสมาชิกของกลุ่มย่อย (ร้อยละ) [n=59]	21 (35.6)	13 (22.0)	18 (30.5)	7 (11.9)
การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (-) VS. การควบคุมค่าใช้จ่าย (+)	- 1.05 (0.20)	- 1.54 (0.18)	- 0.44 (0.26)	- 1.29 (0.36)
การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (-) VS. การสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (+)	- 1.43 (0.13)	- 1.85 (0.10)	+ 1.22 (0.15)	- 2.00 (0.00)
สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (-) VS. สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือก (+)	+ 1.19 (0.11)	- 1.54 (0.14)	+ 1.00 (0.21)	+ 1.00 (0.53)
คุ้มครองโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิ (-) VS. คุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (+)	- 1.09 (0.17)	- 0.62 (0.31)	- 0.11 (0.24)	+ 1.43 (0.37)
การแข่งขันในระบบตลาด (-) VS. การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (+)	+ 1.48 (0.11)	+ 1.62 (0.18)	+ 1.17 (0.19)	- 0.86 (0.55)

¹ จำนวนสมาชิกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถนำมาจัดกลุ่มได้ทั้งสิ้น 59 ท่าน ประกอบด้วยสมาชิก 2 กลุ่ม ดังนี้
 กลุ่มที่ 1 ผู้ที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) จำนวน 53 ท่าน (ภาคผนวก 2)
 กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ได้รับเชิญเพิ่มเติมให้เข้าร่วมการสร้างภาพอนาคตและได้ทำแบบสอบถาม e-delphi หนึ่งครั้ง โดยเฉพาะในส่วนเป้าประสงค์แล้วจำนวน 6 ท่าน
 (การเชิญผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมในการสร้างภาพอนาคต เป็นไปเพื่อให้มีจำนวนผู้ให้ความคิดเห็นในการสร้างภาพอนาคตที่มาก และมีความหลากหลายเพียงพอต่อการสร้างภาพอนาคตที่มีสมดุลมากขึ้น)

- a. **กลุ่มย่อยที่ 1** เป็นกลุ่มที่มีแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป้าประสงค์ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มากกว่าการเข้าถึงบริการที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรมมากกว่าการเน้นการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือกมากกว่าภาคบังคับแบบกว้างขวาง การคุ้มครองโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิมากกว่าความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการจัดการภาครัฐเพื่อสังคมมากกว่าการแข่งขันในระบบตลาด อาจจะบ่งชี้ว่ากลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนสมาชิกมากที่สุด ถือเป็นกลุ่มที่สะท้อน**มุมมองทั่วไปเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**ในประเทศไทย
- b. **กลุ่มย่อยที่ 2** เมื่อเทียบกับกลุ่มย่อยที่ 1 และกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด คือลักษณะเด่นที่ให้ความสำคัญกับการ**ให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง** มากกว่าการให้สิทธิประโยชน์แบบที่มีทางเลือก
- c. **กลุ่มย่อยที่ 3** เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มย่อยอื่นๆ จะมีลักษณะเด่นที่แนวคิดที่มุ่งเป้าประสงค์ที่ให้ความสำคัญกับการ**สงเคราะห์ผู้ยากไร้** มากกว่าการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม และเป็นกลุ่มที่เห็นความสำคัญของเป้าประสงค์เพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับควบคุมต้นทุน น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ แม้ว่าจะยังเห็นความสำคัญของประเด็นแรกมากกว่าเล็กน้อย
- d. **กลุ่มย่อยที่ 4** เป็นกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกน้อยที่สุด ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ การให้ความสำคัญกับการ**ให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง** มากกว่าการให้ความคุ้มครองโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิ และการให้ความสำคัญกับการ**แข่งขันในระบบตลาด** เพื่อประสิทธิภาพมากกว่าการจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

อนึ่ง ด้วยแนวทางการถามคำถามในกิจกรรม e-Delphi การตั้งคำถามเป็นลักษณะของการจับเป้าประสงค์มาเทียบเคียงกันเป็นคู่ๆ ดังนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ให้ความคิดเห็นจะไม่ให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ที่ได้รับคะแนนน้อยกว่า และไม่สามารถเทียบเคียงกันระหว่างคู่ของเป้าประสงค์ได้

2. การจัดกลุ่ม 4 กลุ่มย่อยข้างต้น มีองค์ประกอบของสมาชิกแต่ละกลุ่มตามสถานะแตกต่างกันไป (ได้แก่ ผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้บริโภค ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการ) ซึ่งสามารถแสดงผลได้ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มย่อยจาก Cluster analysis จำแนกตามสถานะของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

สถานะของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	กลุ่มย่อยที่ 1	กลุ่มย่อยที่ 2	กลุ่มย่อยที่ 3	กลุ่มย่อยที่ 4	ภาพรวมตามสถานะ
หน่วยงานบริหาร กองทุนหลักประกัน	4 (44.4) [19.1]	1 (11.1) [7.7]	2 (22.2) [11.1]	2 (22.2) [28.6]	9 (100.0) [15.3]
หน่วยงานผู้ ให้บริการสุขภาพ	3 (37.5) [14.3]	1 (12.5) [7.7]	2 (25.0) [11.1]	2 (25.0) [28.6]	8 (100.0) [13.6]
กลุ่มผู้บริโภค	3 (33.3) [14.3]	6 (66.7) [46.2]	0 (0.0) [0.0]	0 (0.0) [0.0]	9 (100.0) [15.3]
กลุ่มผู้กำหนด นโยบาย	3 (42.9) [14.3]	0 (0.0) [0.0]	4 (57.1) [22.2]	0 (0.0) [0.0]	7 (100.0) [11.9]
กลุ่มนักวิชาการ	8 (30.7) [38.1]	5 (19.2) [38.4]	10 (38.4) [55.6]	3 (11.5) [42.9]	26 (100.0) [44.1]
ภาพรวม ตามการจัดกลุ่ม	21 (35.6) [100.0]	13 (22.0) [100.0]	18 (30.5) [100.0]	7 (11.9) [100.0]	59 (100.0) [100.0]

- a. กลุ่มย่อยที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีมุมมองแบบมาตรฐาน มีสมาชิกที่มีสถานะกระจายอยู่ใน 5 กลุ่ม แต่จะมีผู้บริหารกองทุนหลักประกันที่เด่นมาก และกลุ่มนักวิชาการในสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่นในกลุ่มย่อย เนื่องจากเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในการเข้าร่วมกิจกรรม
- b. กลุ่มย่อยที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเด่นด้านการให้ความสำคัญเรื่องการทำสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง มีสมาชิกจากกลุ่มผู้บริโภคที่ลักษณะเด่น แม้ว่าจะมีสมาชิกจากกลุ่มนักวิชาการที่มีจำนวนมากเช่นเดียวกัน แต่หากพิจารณาจากจำนวนนักวิชาการที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ก็จะเป็นสัดส่วนที่ไม่มากนัก เมื่อเทียบกับนักวิชาการทั้งหมด

- c. กลุ่มย่อยที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีมุมมองให้ความสำคัญกับการสงเคราะห์ผู้ยากไร้มากกว่ากลุ่มย่อยอื่นๆ มีสมาชิกโดยสัดส่วนมาจากนักวิชาการและกลุ่มผู้กำหนดนโยบายมากที่สุด และเมื่อเทียบกับจำนวนนักวิชาการทั้งหมดที่ร่วมกิจกรรมพบว่าเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดด้วย
- d. กลุ่มย่อยที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็กที่ให้ความสำคัญกับการให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง การแข่งขันในระบบตลาด มีสมาชิกจากกลุ่มนักวิชาการผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพและหน่วยงานผู้ให้บริการในจำนวนใกล้เคียงกัน

เมื่อได้ผลการจัดกลุ่มเบื้องต้นแล้ว คณะผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) นำผลที่ได้มาพิจารณาส่วนผสมของสมาชิกตามสถานะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับส่วนผสมของกลุ่มเพื่อให้มีจำนวนสมาชิกใกล้เคียงกัน โดยยังคงลักษณะเด่นของกลุ่มไว้ต่อไป โดยมีแนวทางแบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

1. ในกลุ่มผู้ให้ความคิดเห็นผ่านระบบ e-Delphi จำนวน 59 ท่าน มีผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 29 ท่าน ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหนึ่งที่ได้รับเชิญตั้งแต่เริ่มต้นแต่ไม่ได้ตอบคำถามให้ข้อคิดเห็นในระบบ e-Delphi อย่างครบถ้วนอีกจำนวน 4 ท่าน รวมจำนวนผู้ตอบรับเข้าร่วมเป็น 33 ท่าน
2. เชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติมอีก 19 ท่าน โดยมีผู้ตอบรับเข้าร่วมประชุม 16 ท่าน (ภาคผนวก 1) เป็นกลุ่มผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2 ท่าน ผู้ให้บริการสุขภาพ 3 ท่าน ผู้บริโภค 2 ท่าน ผู้กำหนดนโยบาย 5 ท่าน และนักวิชาการ 2 ท่าน โดยผู้ที่ได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคตเพิ่มเติมได้ร่วมทำแบบสอบถามความคิดเห็น e-Delphi เช่นกัน เพื่อนำมาจัดกลุ่มย่อยในกิจกรรม

โดยสรุปมีผู้ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมสร้างภาพอนาคตทั้งสิ้น 49 ท่าน² โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อยตามที่ได้จัดไว้เดิม ทั้งนี้ผลการจัดกลุ่มแสดงได้ดังตารางที่ 4.3 ต่อไปนี้

² ผู้ที่เดินทางมาเข้าร่วมประชุมจริง มีจำนวน 37 ท่าน

ตารางที่ 4.3 จำนวนสมาชิกของกลุ่มย่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต

	กลุ่มย่อยที่ 1	กลุ่มย่อยที่ 2	กลุ่มย่อยที่ 3	กลุ่มย่อยที่ 4
ลักษณะเด่น เกี่ยวกับการให้ ความสำคัญต่อ เป้าประสงค์	มุมมองทั่วไป ต่อเป้าประสงค์	สิทธิประโยชน์ ภาคบังคับ	การสงเคราะห์ ผู้ยากไร้	คุ้มครองค่าใช้จ่าย สูงและการแข่งขัน ในระบบตลาด
จำนวนสมาชิก จากกิจกรรม e-Delphi	21 (35.6)	13 (22.0)	18 (30.5)	7 (11.9)
จำนวนสมาชิก กลุ่มย่อยที่แบ่งไว้	13 (26.5)	10 (20.4)	15 (30.6)	11 (22.4)
จำนวนสมาชิก กลุ่มย่อย ที่เข้าร่วมจริง	9 (24.3)	9 (24.3)	10 (27.0)	9 (24.3)

เมื่อแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่มแล้ว ได้กำหนดสถานการณ์จาก ‘เป้าประสงค์’ ที่สมาชิกในกลุ่มนั้นๆ ให้ความสำคัญ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการสร้างภาพอนาคต และเมื่อสมาชิกได้ร่วมกันสร้างภาพอนาคต แล้วจึงมีการตั้งชื่อของภาพอนาคตตามประเด็นสำคัญของภาพที่เกิดขึ้น (รายละเอียดสถานการณ์ภาพอนาคตแต่ละภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 รายละเอียดสถานการณ์ภาพอนาคตที่กำหนด

กลุ่ม	ชื่อภาพอนาคต	สถานการณ์ที่ได้รับ
1	“ เปิดปุมเส้นทางระบบหลักประกัน สุขภาพในสิบปีที่ผ่านมา ประเทศ ไทยเดินมาถึงจุดไหนแล้ว ”	1. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ชื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็น ทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
		2. เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐม ภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage)
2	“ ปรับระบบบริหารจัดการ ใช้ งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรวม 3 กองทุน ”	1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มี คุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) บริการที่มี คุณภาพและได้มาตรฐาน
		2. หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน

กลุ่ม	ชื่อภาพอนาคต	สถานการณ์ที่ได้รับ
		3. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
3	“บริการฟรีส่งเสริมสุขภาพ ร่วมจ่ายกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย”	1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment) 2. หลักประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก
4	“เกิดการกระจายอำนาจ ใช้ระบบแข่งขันทางการตลาดในสถานให้บริการสุขภาพ”	1. เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง 2. ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)

ผลที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต

จากกิจกรรมการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคต (Scenario building) ของระบบหลักประกันสุขภาพเมื่อวันที่ 1-2 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมไอศวรรย์ รีสอร์ท แอนด์ สปา พัทยา จ.ชลบุรี ที่ผ่านมามีจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 37 คน (รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีดังภาคผนวก 2) ซึ่งผลของการระดมความคิดในกลุ่มย่อยทั้ง 4 กลุ่ม จำแนกตามสถานการณ์ที่ได้กำหนดไว้มีดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1

ภาพอนาคตเรื่อง “เปิดปุมเส้นทางระบบหลักประกันสุขภาพในสิบปีที่ผ่านมาประเทศไทยเดินทางมาถึงจุดไหนแล้ว”*

สถานการณ์ที่ได้รับ :

1. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มเติมได้
 - สิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับทุกคนและ
 - ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพบางเรื่องที่ให้เลือกซื้อ หรือร่วมจ่ายเพิ่มเติมได้

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

2. เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage) ที่คุ้มครองความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นกัน ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
3. ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)
 - สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้ โดยรัฐเข้ามาจัดการรูปแบบและทางเลือกในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม :

1. คุณกุลเชษฐ์	ลิมปิยากร	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
2. นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
3. นพ.เทียม	อังกษาน	โรงพยาบาลสระบุรี
4. ครูชบ	ยอดแก้ว	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา
5. อาจารย์รัตนสิทธิ์	ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
6. คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
7. พญ.สุพัตรา	ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
8. คุณสายหยุด	รุกขรังษี	อสม.อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
9. คุณวัชรินทร์	ตรุสนันท์	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองปี่ จ.สมุทรปราการ
10. คุณบุญยวีร์	เอื้อศิริวรรณ	สวปก. (ผู้จัดบันทึก)

Facilitators : ดร.นเรศ ดำรงชัย และนางสาวภักดี จูทะจันทร์

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers):

- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ข้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
การลดภาระงบประมาณ	(+) การเสนอให้ประกันต่อยอดจะได้ประโยชน์ต่อคนชั้นกลาง (ในปัจจุบัน 30% ของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง คนจนยอมเสียเงินข้ามเขตเพื่อให้ได้รับบริการ 5% เป็นกลุ่มข้าราชการ 20% เป็นกลุ่ม 30 บาท
	(-) ปัญหาแรงงานต่างด้าว แรงงานอพยพ เช่น แรงงานพม่า แรงงานเขมร ที่ต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลมากและหากคนต่างด้าวที่เข้ามา

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	ทำงานอาจเรียกร้องสิทธิให้ประชาชนในชนบทที่ต้องการจะมีงบประมาณไม่พอในการเข้าช่วยเหลือ (-) การรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง (-) ในระบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับกลไกการชดเชยโดยในขั้นต่อไปจะต้องนำมาคำนวณเงินเพื่อเข้ากองทุน (-) การศึกษาด้านอนามัยส่วนบุคคล ในเรื่องแนวคิดบัตรสุขภาพและกองทุนสวัสดิการชุมชน โครงการดังกล่าวลดรายจ่าย
กลุ่มผู้สูงอายุและสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น	(+) จำนวนผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะต้องได้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นมากขึ้น (+) จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งและเกิดโรคเรื้อรังถ้าให้แบบกว้างขวาง ต้องใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสูง เป็นภาระงบประมาณ แต่ถ้าให้ essential จะดีเพราะเป็นความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องไม่ขึ้นกับกลไกราคา ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อกลุ่มผู้สูงอายุ (-) สิทธิที่ได้กล่าวนั้นถ้ามีลักษณะของการกำหนดที่กว้างเกินไปอาจไม่มีขอบเขตซึ่งไม่เกิดความชัดเจนและเกิดเป็นจริงได้ยาก
การให้สิทธิซื้อเพิ่ม	(+) การให้สิทธิซื้อเพิ่มจะทำให้ภาคเอกชนมีโอกาสโตขึ้น (+) การเสนอให้ซื้อสิทธิเพิ่มจะเป็นการต่อยอดให้คนชั้นกลางเกิดความพึงพอใจได้ (+) การเติบโตของภาคเอกชนถ้าบังคับตามความจำเป็นและซื้อเพิ่มจะให้ผลดีต่อภาคเอกชน คนที่มีอำนาจในการซื้อจะไปสู่ภาคเอกชน และผู้ใช้บริการของภาคเอกชนอยู่แล้วจะได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น (-) การให้สิทธิซื้อเพิ่มเป็นคำอ้างที่ไม่ชัดเจนซึ่งจะเป็นไปตามกระแสสังคม (-) การกำหนดภาคบังคับในเรื่องการซื้อเพิ่มต้องรู้ก่อนว่ามีอะไรเป็นตัวกำหนด
การกำหนดสิทธิบังคับอาจมีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อย	(+) ผู้ไม่มีสิทธิและสวัสดิการในการรักษาพยาบาลจะได้รับความคุ้มครองมากขึ้นและเร่งกระบวนการให้เกิดผล (+) Comprehensive จะกว้างมากถ้าได้รับเงินไม่พอก็จะทำให้คนจนได้ความเป็นธรรม (-) ประชาชนที่ยากจนไม่มีความเป็นธรรม (-) คนชั้นกลาง และคนที่ขาดโอกาสทางสังคมยังคงมีอยู่เยอะให้สังคมทำให้ได้รับบริการน้อย (-) ถ้า essential ยังขาดความชัดเจนทำให้เกิดปัญหาถ้าให้ในสิ่งที่มีความ

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	จำเป็นน้อยหมายถึงคนจนจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองและต้องมีความระมัดระวังหากมีความหมายที่กว้างเกินไปจะเกิดความไม่ยุติธรรม เพราะเงินหรือค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกภาระมีมากทำให้ไม่เพียงพอ (-) การกำหนดสิทธิบังคับอาจกระทบกับผู้ที่มีรายได้น้อยหากการกำหนดสิทธิในข้อบังคับไม่ชัดเจน (-) ในโรงพยาบาลระดับล่าง คนชั้นกลางจะไม่เข้ารับบริการทำให้เกิดการแบ่งแยกของสังคม ทำให้มองหลัก 30 บาท และหลักประกันต่างๆ ที่ได้ดำเนินการเป็นเรื่องของคนจน (ความเชื่อคืออยากให้ทุกคนรวยเท่ากัน) (-) คนจนที่เจ็บป่วยจริงขาดความเชื่อมั่นในหลักประกัน หรือ 30 บาท และยอมแสวงหาคำรักษาพยาบาลเพื่อให้ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ (-) การคิดไปข้างหน้าอาจเกิดได้ยากในเรื่องการช่วยให้ทุกคนได้รับสิทธิ เพราะจะเกิดผลกระทบต่อกลุ่มคนที่ยากจน
ปัญหาแรงงานต่างด้าวและการเรียกร้องสิทธิ	(-) ปัญหาแรงงานต่างด้าว แรงงานอพยพ เช่น แรงงานพม่า แรงงานเขมร ที่ต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลมากและหากคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอาจเรียกร้องสิทธิให้ประชาชนในชนบทที่ต้องการจะมีงบประมาณไม่พอในการเข้าช่วยเหลือ (-) ปัญหาแรงงานอพยพที่เป็นภาระเพราะจำนวนของแรงงานเพิ่มมากขึ้น ในโรงพยาบาลเอกชนให้การดูแลกลุ่มแรงงานต่างด้าวประมาณล้านคน (-) ถ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะกระทบต่อทรัพยากรทางการแพทย์ของระบบเช่น เกิดการไหลของแพทย์จากภาครัฐไปภาคเอกชน (-) การฟ้องร้องก็จะมีผลกระทบทางลบในระบบบริการทั้งด้านบวกและด้านลบ การฟ้องร้องก็จะทำให้บางหน่วยงานไม่สามารถให้บริการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่คิดว่าต้องได้รับการบริการนั้นๆ ก็จะไม่เกิด เช่น ไล่ต้ง จะลดลงอย่างชัดเจนถ้าแบบกว้างมีโอกาสเกิดความผิดพลาด การผ่าตัดของแพทย์จะมีมากกว่า ถ้าแบบบังคับก็อาจน้อยกว่า (เป็นปัญหาในมิติของประชาชน)
บุคลากรสุขภาพถูกดึงออกนอกระบบ	(+) การวางแผนให้คนได้เข้ารับและเข้าถึงบริการ (-) บุคลากรสุขภาพจะถูกดึงออกนอกระบบมากขึ้น (-) ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ภาครัฐจะมาให้บริการแก่ประชาชนนั้นไม่

ปัจจัยหลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	เป็นไปตามเป้าที่คาดหวังเพราะปัญหาของระบบคือจำนวนแพทย์และการกระจายไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น (+/-) การเติบโตของภาคเอกชนถ้าบังคับตามความจำเป็นและซื้อเพิ่มจะให้ผลดีต่อภาคเอกชน คนที่มีอำนาจในการซื้อจะไปสู่ภาคเอกชน แต่จะให้ผลต่อคนจนและแพทย์ถูกดึงไปภาคเอกชนหมด
ความชัดเจนของสิทธิบังคับและความจำเป็นของเงื่อนไข	(+) ความชัดเจนในสิทธิภาคบังคับให้มองมุมที่ต้องอาศัยความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสิทธิของคนมารับบริการทุกสิทธิ (+) ความจำเป็นจะเป็นเงื่อนไขสำคัญหากกำหนดชัดเจนจะได้ประโยชน์ (+) การจัดตั้งนโยบายต่างๆ เร่งให้เป็นกรอบนโยบายชาติต่อไปในอนาคตในอีก 12 ปีข้างหน้า (-) ความจำเป็นจะเป็นเงื่อนไขสำคัญ (เช่น อะไรคือสิ่งที่เป็นความจำเป็นในการซื้อเพิ่ม การซื้อเพิ่มนั้นประกอบด้วยอะไร และมีกระบวนการหรือการจัดการอย่างไร (-) การแบ่งความจำเป็นในเรื่องบริการสุขภาพของประชาชนถูกปนไปในทุกเรื่อง กฎหมายไม่ได้ให้การรองรับและยังขาดความเข้าใจ เช่น การเข้ารับการรักษาประเภทตกแต่ง เสริมสวย (-) ความไม่ชัดเจนของคำว่า “ภาคบังคับ” ในปัจจุบันยังขาดความชัดเจนทำให้ระบบเกิดการสะดุดไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้
ภาวะเศรษฐกิจและนโยบายของรัฐ	(+/-) ภาวะด้านเศรษฐกิจ นโยบายของรัฐมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการบริการทั้งด้านบวก และด้านลบ

● เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage)

ปัจจัยหลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
last dollar ดีกว่า first dollar	(+) last dollar ดีกว่า first dollar เน้นในเรื่องการป้องกันรักษา (+) ถ้ามาตรฐานสุขภาพของประชาชนดีจะป้องกันเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งคุ้มครองความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็น
	(-) คนส่วนใหญ่มีฐานะที่ยากจนจะเข้าถึงและได้รับบริการระดับปฐมภูมิ คำว่าราคาแพงจะต้องอยู่ในปฐมภูมิ (ยังมีปัญหาการตีความ) (-) ข้าราชการยอมจ่ายเงินในสถานพยาบาลของเอกชน และหรือในคลินิกมากเช่นเดียวกัน

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(-) ค่าใช้จ่ายของกลุ่มคนทำงานที่มีเงินเดือนสูงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงอาจทำให้บุตรหมดโอกาสในการได้รับการศึกษาหรือเรียนต่อถ้านั้นในเรื่องสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพบางเรื่อง เช่น โรคไวรัสตับอักเสบ (-) ถึงประชาชนจะเข้าถึงการบริการมากขึ้น การเน้นในเรื่องการรักษาระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบได้ว่าทำจริงหรือไม่เพราะมุ่งเน้นที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เช่น ตัวอย่างโรงพยาบาลร่อนพิบูล (-) จำนวนคนไข้ที่พบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นปฐมภูมิ
ความคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ราคาแพง และทางเลือก รวมไปถึงการดูแลรักษาตนเองของประชาชน	(+) เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ (+) การรักษาโรคในระดับปฐมภูมิหรือโรคเล็กน้อยอยู่ในวิสัยที่ชาวบ้านสามารถรองรับในด้านภาระค่าใช้จ่ายได้ (+) การให้การศึกษาคู่มือแก่ประชาชนในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่ดีพอจะทำให้ประชาชนดูแลกันเองได้ (+) การมีแหล่งข้อมูล สามารถพัฒนาให้คนในชุมชนดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องวิ่งไปหาแพทย์ในขณะที่มีอาการไม่สบายเพียงเล็กน้อย (+) การกำหนดในเรื่องของโรคเพื่อการรักษาถ้าเป็นโรคที่ essential และอยู่ในภาคบังคับแต่ถ้าจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงก็ควรจ่ายได้โดยไม่เอาความถูก แพงของค่าใช้จ่ายโดยดูที่โรคมามาเป็นตัวกำหนด (-) การใช้บัตรทอง ผู้ป่วยมีการใช้บริการเยอะและไปเข้ารับบริการในสถานบริการมากเกินไปทำให้สถานบริการมีปริมาณมากคนมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการอย่างทั่วถึงทำให้ไม่อยากไปรอใช้บริการ และยอมไปใช้บริการในคลินิกที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง (-) การคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงถ้าจำเป็นก็ต้องจ่ายแต่ถ้ามีทางเลือกหลายทางก็ไม่ควรเลือกเทคนิคแพง
ความนิยมของประชาชนที่มีต่อแพทย์	(+) ชาวบ้านยังคงมีความต้องการในการรักษาด้วยแพทย์ที่ชำนาญและเก่ง (-) แพทย์ที่มีความชำนาญควรอยู่ในที่ที่ต้องรักษาโรคยาก แพทย์ที่เก่งสุดควรอยู่ที่ ER แต่ปัจจุบันจะพบว่ามีแต่แพทย์จบใหม่ที่อยู่ที่ ER ส่วนแพทย์ที่เชี่ยวชาญกับอยู่ภายใน เป็น second call ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำ ER เมื่อเกิดศัลยกรรม (-) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เป็นที่นิยม แต่นิยมแพทย์เฉพาะทาง

ปัจจัยหลักที่ระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
ปัญหาโครงสร้างในระบบและการจัดการระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ	(+) การพัฒนาในเรื่องมาตรฐานสุขภาพถ้าพัฒนาได้จริงจะสามารถทำให้การส่งเสริมป้องกันเกิดได้จริง เช่น เรื่องเบาหวาน ความดัน ในระดับปฐมภูมิสามารถทำได้แล้ว (+) ควรมีข้อบังคับในเรื่องการสร้างเสริมด้วย (-) กำหนดทิศทางของเงินประกันสุขภาพว่าควรนำไปใช้ด้านใดมากกว่าการมองในด้านการบริการทั่วไปเล็กๆ น้อยๆ แล้วไปเน้นเรื่องการป้องกัน รักษา (-) ความชัดเจนของระบบปฐมภูมิกับทุติยภูมิในปัจจุบันเป็นจริงหรือไม่ (-) การปฏิบัติในเรื่องการรักษาต้องกระทำอย่างจริงจังถ้าไม่ทำจริงจังกทั้งคนและเครื่องมือก็ไม่ได้ลงไปจริง (-) การจัดการในด้านการให้บริการของโรงพยาบาล (-) ปัญหาโครงสร้างในระบบปัจจุบัน (-) ความแตกต่างของโครงสร้างที่ไม่เหมือนกันทำให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับเงิน PP น้อย ทั้งๆที่ผู้ป่วยไปใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่ (ไม่เป็นไป ตามความคาดหวังว่าเรื่อง PP ควรอยู่ที่ชุมชน) (-) ปัญหาโครงสร้างการจัดการของระบบต้องแก้ที่ระบบจัดการ ถ้ามองกลับไป essential บางโรคอาจอยู่ที่ปฐมภูมิ บางโรคอาจอยู่ที่ค่าใช้จ่ายสูงไม่จำเป็นต้องแยก แต่ในการจัดการต่างๆ ต้องคุยกันเรื่องพวกนี้ (-) ไม่ควรนำเรื่องความคุ้มครองการรักษาทั่วไปในการบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิมาเปรียบเทียบกัน แต่ควรทำคู่กันไป และมีความสัมพันธ์กับเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพ (-) การจัดระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น และการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยควรรับภาระค่าใช้จ่ายเอง
การป้องกันและการสร้างเสริม	(+) การป้องกัน การสร้างเสริม เป็นระบบย่อย เป็นรากเหง้าของกระทรวง โดยโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง สอ.เป็นรองโรงพยาบาลเป็นที่ซ่อม (-) ความกำกวมและไม่ชัดเจนของเป้าประสงค์ที่คิดเพียงแต่รักษาแต่ไม่ได้คิดไปถึงการสร้างเสริมเช่นโรคเบาหวานต้องมาวิเคราะห์ว่าเป็นปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร (-) งานส่งเสริมสุขภาพควรมีระบบย่อยในระบบใหญ่ (-) ในเรื่องเสริมสร้างมองว่าการจัดสรรเงินไปที่สถานื่อนามัยไม่ได้ผลตามที่คาดแม้ว่าสถานื่อนามัยจะมีความตั้งใจในการทำงานด้านส่งเสริม

• ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
กระบวนการจัดการที่ดีในด้านกำลังคน และทรัพยากร	(+) กระบวนการจัดการที่ดี ส่งเสริมในเรื่องกำลังคน ทรัพยากรงบประมาณให้มากขึ้น (+) ภาระงบประมาณที่ต้องแก้ไข (+) การจัดทำลัคนภาครัฐต้องเพียงพอและจัดให้เหมาะสม (+) ระบบกำกับและการตรวจสอบที่ดี เมื่อถึงระดับหนึ่งสามารถเปิดให้มีการแข่งขันได้ ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการแข่งขัน (+) การเก็บภาษี (การเก็บภาษีโรงแรมที่ให้บริการชาวต่างชาติ) (+) ประสิทธิภาพของระบบจะเกิดเมื่อมีการแข่งขัน (-) ภาครัฐปัจจุบันเสื่อมประสิทธิภาพมาก ถ้าจะแข่งขันได้ต้องพัฒนาระบบ กำกับตรวจสอบที่ดี ถ้ารัฐจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมีข้อจำกัดก็ควรปล่อยให้คนอื่นเข้าไปจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการแข่งขัน ตัวอย่าง (การผ่าตัดไส้ติ่งเทียมของสวัสดิการข้าราชการ แพทย์ไว้ใจไม่ได้) (-) ปัจจุบันภาครัฐยังไม่สามารถควบคุมเอกชนได้
FTA ระบบการค้าเสรี	(+/-) การเก็บภาษีควรเก็บอย่างเป็นธรรมและบังคับในรูปแบบที่เหมาะสม (-) FTA มองว่าสินค้าสุขภาพจะกลายเป็นตลาดสาธารณะ ทำให้เกิดการลงทุนทั้งภายในและภายนอก ถ้ากระแสแรง ตัวอย่างประกันสังคมครั้งหนึ่งเป็นของภาคเอกชนถ้ากำกับเอกชนไม่ได้ จะมุ่งกำไรทำให้การจัดการภาครัฐของสังคมเกิดปัญหามองว่าเป็นอุปสรรคต่อการจัดการภาครัฐ (-) การจัดการสุขภาพของไทย ปัจจุบันรัฐเข้าไปจัดการ การนำระบบแข่งขันเสรีเข้าไปในระบบ (รัฐเป็นผู้คุมเหมือนเดิม แต่ออกกฎหมายมหาชน กำกับเหมือนกลุ่มประเทศในสแกนดิเนเวีย จะไม่ให้ภาคเอกชนทำก็ไม่สามารถกระทำได้เพราะจะไปขัดกับรัฐธรรมนูญ ดังนั้น ทำให้รัฐต้องไปแทรกแซงในระบบสุขภาพ (-) ภาครัฐปัจจุบันเสื่อมประสิทธิภาพมาก ถ้าจะแข่งขันได้ต้องพัฒนาระบบ กำกับตรวจสอบที่ดี ถ้ารัฐจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมีข้อจำกัดก็ควรปล่อยให้คนอื่นเข้าไปจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการแข่งขัน ตัวอย่าง (การผ่าตัดไส้ติ่งเทียมของสวัสดิการข้าราชการ แพทย์ไว้ใจไม่ได้) (-) การกระจายรายได้จากการแข่งขันไม่ดี รัฐต้องเข้ามาจัดการไม่ให้เกิดการเติบโตมากเกินไป

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties):

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
<u>นโยบายทางการเมือง</u> <u>การเมืองระหว่างประเทศ</u> • ความเป็นอาเซียน	• ระบบโครงสร้างของอาเซียนจะมีผลกระทบกับระบบสุขภาพไทย เช่นคนเคลื่อนไหลในการรับบริการ / กฎระเบียบภายในไทยก็ต้องเปลี่ยนเพื่อให้โครงสร้างไปกับอาเซียนได้ (ซึ่งรวมระบบสุขภาพด้วย) ตัวอย่างในประเทศสิงคโปร์ • มีกฎระเบียบทางสุขภาพใหม่ • ระบบในประเทศต้องมีการปรับตัว • WHO/APEC/WTO/Procurement/ ประกันชีวิต การใช้สื่อให้เกิดความกลัวทำให้เกิดการซื้อเพื่อเป็นหลักประกัน (การกระทบกับกฎระเบียบ)
<u>การเมืองในประเทศ</u> • ทุนนิยมสุดขั้ว	• ทุนนิยมเสรีสุดขั้ว เหมือนแข่งเสรี ถ้าเต็มสูบ ภาครัฐอาจเพิกเฉยมากๆ ก็ได้ ถ้าให้เอกชนบริหารแทนรัฐ ทั้งการเมือง และวิถีชีวิตจะเปลี่ยนแปลงอย่างมาก • เน้นการแข่งขันในตลาดเอกชน
• การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในประเทศ	• เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในประเทศทำให้ระบบต้องชะงักบ่อยไม่ดี
<u>ระบบเศรษฐกิจ</u> • เกิด Specialization เมืองไทยเป็น Nursing Home	• เมืองไทยจะเป็น Nursing Home ให้กับโลก ตัวอย่างคนญี่ปุ่นชอบ Nursing Home อาศัยอยู่กับวัฒนธรรม เป็นได้ทั้งสองด้านดีและไม่ดี ต้องปรับและมีระบบมารองรับ (ทำให้เกิด Specialization) อาจเกิดจาก WTO
<u>ระบบการศึกษา/สังคม</u>	• การศึกษาภาคบังคับ มีปริมาณเด็กที่ขาดการศึกษาต่อเนื่องจำนวนมาก • การให้การศึกษาควรให้ตั้งแต่แรก • คุณภาพของการศึกษาในอนาคตจะมีผลต่อเรื่องนี้
<u>ปัญหาสถานะสิ่งแวดล้อม</u> • ปรากฏการณ์ทางกายภาพ	• ธรรมชาติเกิดการเปลี่ยนแปลง สภาวะโรคระบาด ภัยพิบัติ (อสุรภัยภัย อุทกภัย, ฝนแล้ง วาตภัย) อาจทำให้ประเทศไทยดี มีศักยภาพทางการเกษตรเรื่องการส่งสินค้าออก ได้ดีขึ้นหรือตัวอย่างการปลูกพืชประเภทยางพาราได้แล้วในภาคอีสาน
• ทุนนิยมเสรี	• ความไม่แน่นอนเรื่องทุนเสรี เกิดทุนนิยมสุดขั้ว การเมืองภายในและการเมืองระหว่างประเทศ • การศึกษามีส่วนที่ประสบความสำเร็จ และล้มเหลว • การเป็น Nursing Home ของโลก ที่เป็นได้ทั้งบวกและลบ

รูปแบบการนำเสนอ :

นำเสนอแบบการสรุปประเด็นรายงานข่าวจากหนังสือพิมพ์ต่างๆ และมีหัวข้อข่าวที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย

1. หนังสือพิมพ์ สยามนิวิธ ฉบับวันที่ 1 สิงหาคม 2561
2. หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561
3. หนังสือพิมพ์มติชน หน้า 6 ฉบับวันที่ 1 สิงหาคม 2561 คอลัมน์สารจากประชาชน
4. หนังสือพิมพ์ประชาชนหน้า 4 ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561
5. หนังสือพิมพ์เนชั่นสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 27 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2561
6. หนังสือสารานุกรมการศึกษา หน้า 4 คอลัมน์การศึกษาสังคม ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2561
7. หนังสือพิมพ์ Siam Tomorrow หน้า 1 ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2516

โดยตั้งเป็นหัวข้อข่าวดังนี้

2561 "เปิดมุมมองเส้นทางระบบหลักประกันสุขภาพ ในสิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเดินมาถึงจุดไหนแล้ว"

ปี 2552 มีกระแสข้อเรียกร้องของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ที่ต้องการให้ระบบหลักประกันสุขภาพให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (essential package) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ขณะเดียวกันนั้น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลกระทบของ FTA และนโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเซียส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนไทยมุ่งให้บริการนักท่องเที่ยวต่างชาติ การบริการสาธารณสุขจึงมุ่งแสวงหากำไรมากขึ้น ในทางตรงข้ามคนต่างด้าวทั้งคนกลุ่มน้อยไร้สัญชาติและแรงงานต่างด้าวมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามภาวะเศรษฐกิจสังคม ซึ่งเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก

ปี 2555 ในสังคมเกิดการโต้เถียงกันในเรื่องเป้าประสงค์ที่เน้นความคุ้มครองรักษาโรคปฏุมภูมิและทุติยภูมิ หรือเน้นความเจ็บป่วยที่ค่าใช้จ่ายสูง การโต้เถียงกันนี้นำไปสู่ข้อสรุปว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำให้ ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ภาคบังคับมีความชัดเจนก่อนว่าครอบคลุมโรคอะไรเพียงใด ขณะเดียวกันก็มีคำถามถึงการจัดการที่เป็นเรื่องจริงเพื่อรองรับการบริการปฏุมภูมิที่ต้องการหมอเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงเป้าประสงค์ในแวดวงทางการแพทย์ต่างมุ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางเสียมากกว่า

ช่วงเวลานั้น ประเทศไทยเริ่มเห็นแนวโน้มภาระทางสุขภาพที่มากขึ้นของการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาคเอกชนที่เติบโตทางการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วขณะที่ภาครัฐที่ควรเล่นบทบาทเป็นผู้กำหนดกฎกติการะเบียบข้อบังคับกลับยังไม่สามารถทำหน้าที่ที่เข้มแข็งได้ ทำให้เกิดภาวะล่อแหลมทางจริยธรรมเนื่องจากการมุ่งกำไรจากสุขภาพ

ปี 2561 ในที่สุดระบบหลักประกันสุขภาพให้สิทธิภาคบังคับตามความจำเป็นก็มีความชัดเจน ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามปัญหาใหม่ที่ต้องเผชิญมากขึ้น คือปัจจัยความไม่แน่นอนที่อาจส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพ เช่น ผลกระทบของภาวะโรคระบาดหรือแรงงานต่างด้าวที่มากขึ้น ดังปรากฏในหน้าข่าวหนังสือพิมพ์ที่ตัดไว้วันนี้ (2 สิงหาคม 2561)

สร. คลอดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแล้ว (นสพ. สยามนิวิธ ฉบับวันที่ 1 สิงหาคม 2561)

นพ. ทูลใจ อนันต์ทรัพย์ยิ่ง โฆษกกระทรวงสาธารณสุขแถลงข่าวเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2561 ณ โรงแรมไอศวรรย์ รีสอร์ทแอนด์สปาว่า หลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบายศึกษาพัฒนาการกำหนดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับเมื่อ 10 ปีที่แล้ว บัดนี้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายหน่วยงานทั้งรัฐ นักวิชาการและประชาสังคม เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการคลัง (กรมบัญชีกลาง) และผู้แทนภาคเอกชนได้ข้อยุติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับของประชาชนไทยแล้ว ซึ่งจะได้มีการประกาศใช้ภายในเดือนกันยายน 2561 นี้

นพ. ทูลใจ กล่าวเพิ่มเติมว่าชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ จะเป็นคัมภีร์ให้กับทุกโรงพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติตามเป็นการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนจะต้องได้รับในด้านการรักษาพยาบาล โดยมีได้หมายความว่าเฉพาะโรคพื้นฐานเท่านั้น แต่คณะกรรมการพิจารณาถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและก่อภาระแก่ผู้ป่วยด้วยเช่นโรคมะเร็ง โรคไต เป็นต้น ในขั้นต้นนี้กำหนดชนิดโรคไว้ในบัญชีผู้ป่วยนอก 4,000 โรค และผู้ป่วยใน 2,000 โรค ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาอย่างครอบคลุมทุกโรคแล้ว

ทั้งนี้ สำหรับหน่วยงานต่างๆ ที่ได้มีการให้สวัสดิการกับประชาชนคนไทย ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รัฐวิสาหกิจ ฯลฯ สามารถที่จะกำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้กับผู้มีสิทธิในกองทุนของตนเองได้ หรือประชาชนคนไทยที่ต้องการได้รับการที่สูงกว่าสิทธิประโยชน์ภาคบังคับก็สามารถที่จะจ่ายเพิ่มหรือซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับนี้จะ เป็นก้าวเดินที่สำคัญเป็นเส้นแบ่งความชัดเจน ที่จะพัฒนาระบบสวัสดิการของประเทศไทยให้ไปสู่มิติใหม่ในการให้บริการ และสร้างความเข้าใจอันดีให้กับประชาชนคนไทย ลดปัญหาการฟ้องร้องของประชาชนกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้

หน้าข่าวชีวิตคุณภาพ (นสพ. มติชน ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561)

เมื่อวานนี้ แหล่งข่าวได้รายงานจากที่ประชุมสัมมนาพร้อมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ในวาระครบรอบ “10 ปีของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ภายใต้อำนาจของ “การกำกับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ”

แหล่งข่าวกล่าวว่า “ที่ประชุมทุกฝ่ายเห็นด้วยกับการแข่งขันในระบบตลาด เนื่องจากจะนำซึ่งประสิทธิภาพของระบบและเป็นการนำทรัพยากรของภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศมาใช้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบตลาดก็ไม่ควรเป็นระบบตลาดเสรีอย่างเต็มที่ แม้ว่าจะระบบเศรษฐกิจของไทยจะเป็นระบบเศรษฐกิจเสรีก็ตาม ทั้งนี้เพราะตลาดของระบบบริการสุขภาพนั้นมีเป้าหมายหรือเป้าประสงค์อยู่ที่สุขภาพของประชาชน ยังไม่สามารถเป็นตลาดที่สมบูรณ์ได้เนื่องจากยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลและมีผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตกับประชาชน”

ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า ใน 10 ปี ที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการแข่งขันภายใต้การจัดการของภาครัฐเพื่อสังคม โดยผ่าน สปสช. และ สปส. หรือสำนักงานประกันสังคม นั้น เป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้วซึ่งควรดำเนินการต่อไป แต่ควรพัฒนาในเรื่องการสร้างกลไกตลาด หรือการพัฒนาตลาดที่จะทำให้มีการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรม ตลอดจนกำหนดกติกาของการตลาดที่เหมาะสมสอดคล้องกับเป้าประสงค์ และเปิดโอกาสให้หน่วยบริการของภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการมากขึ้น นอกจากนี้ รัฐยังต้องพัฒนาระบบการกำกับและตรวจสอบหน่วยบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**ประกันสังคมไม่ปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบหลังใช้ระบบจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยใหม่ได้ผล
(นสพ. ประชาชน ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561 ข่าวนำหน้า 4)**

ผู้ประกันในระบบประกันสังคมได้เฮ ภายหลังที่รอลุ้นผลการศึกษาวិธีจัดสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาล รูปแบบใหม่มาครึ่งปีให้ผลตรงตามที่คาดไว้

ตามที่สำนักงานประกันสังคมได้เสนอแนวทางที่จะแก้ปัญหาการจัดสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2560 สปส. จ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนนี้ถึง 28,560 ล้านบาท สูงกว่ารายรับจากการจัดเก็บเงินสมทบในอัตรา 6 % ที่เรียกเก็บเพิ่มจากอัตรา 5% มาตั้งแต่ พ.ศ. 2555 แนวทางใหม่นี้หวังผลว่า สปส. สามารถลดอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ประกันตนจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองในอัตราไม่เกิน 850 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษาส่วนที่เกินกว่าระดับนี้สถานพยาบาลจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายตามรูปแบบเดิม แต่อัตราเหมาจ่ายใหม่นี้ ที่ต่ำกว่าอัตราเดิมประมาณ 275 บาทต่อหัว สำนักงานประกันสังคมได้ทดลองใช้ระบบใหม่กับผู้ประกันตนประมาณ 320,000 คน จากสถานประกอบการ 20 แห่ง กับสถานพยาบาล 8 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ระหว่าง เดือนมกราคม – มิถุนายน 2561 คณะกรรมการประกันสังคมในเดือนกรกฎาคม และในที่สุดคณะกรรมการประกันสังคมมติเห็นชอบให้ใช้ระบบใหม่นี้ในปี พ.ศ.2562

สำนักงานประกันสังคมจะประกาศรายละเอียดของระบบใหม่และอัตราค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ผู้ประกันตนจ่ายเองภายในปลายเดือนตุลาคม และทำสัญญากันสถานพยาบาลด้วยอัตราใหม่ในเดือนพฤศจิกายน และที่สำคัญที่สุดคือสำนักงานประกันสังคมคาดว่าจะคงอัตราเงินสมทบให้อัตราเดิมไม่ต่ำกว่า 5 ปี

อนึ่ง ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยรุนแรงต้องรับไว้ในสถานพยาบาลหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง จะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาส่วนที่แรกนี้แต่อย่างใด

รายงานพิเศษ : อธิปไตยรัฐไทยกับความจริงในเวทีระหว่างประเทศ : กรณีศึกษานโยบาย (กฎหมาย) สุขภาพ (นสพ. เนชั่นสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 27 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2561)

แม้ว่ารัฐบาลไทยในอดีตจะวางระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเน้นการจัดการภาครัฐมากกว่าการใช้ระบบตลาดแข่งขันเสรี ในขณะที่รัฐบาลใหม่ซึ่งเป็นฝ่ายอนุรักษ์นิยมปัจจุบันได้แถลงนโยบายที่ยังคงยืนยันให้คงไว้ ซึ่งนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลชุดก่อนก็ตาม ความไม่แน่นอนของนโยบายหลักประกันถ้วนหน้าของประชาชนไทยก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต เนื่องจากยังมีปัจจัยสำคัญจากภายนอกที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยังคงมีอิทธิพลต่อความเปลี่ยนแปลงของนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลนี้หรือรัฐบาล ชุดต่อไปของไทยโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

ปัจจัยที่สำคัญดังกล่าวหมายถึงการที่รัฐไทยยังต้องนำตัวเองเข้าสู่การเปิดเสรีทางการค้ากับต่างประเทศไม่ว่าจะเป็นไปในรูปแบบของการทำข้อตกลงการค้าแบบทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าต่างๆ (เอฟ ที เอ) หรือพหุภาคีในระดับภูมิภาค (กลุ่มอาเซียน) และระดับโลก (ดับเบิลยู ที โอ และดับเบิลยู เอช โอ) เนื่องจากรัฐไทยจะต้องอนุวัติหลักการค้าตามข้อตกลงที่ได้ให้สัตยาบันไว้กับประเทศหรือองค์กรเหล่านั้นให้มีผลต่อการปฏิบัติในรูปของกฎหมายและกฎระเบียบภายในของรัฐไทยในอนาคต

การที่รัฐไทยยังคงยืนยันการจัดการภาครัฐอาจต้องเปลี่ยนแปลงไปในทางตรงกันข้าม โดยการยอมให้เอกชนเป็นผู้จัดการแทนรัฐอย่างกว้างขวาง เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสินค้าและบริการที่ได้ตกลงไว้ให้มีการค้าเสรีผ่านกลไกตลาดที่มีการแข่งขันเหมือนสินค้าหรือบริการอื่นๆ (ทุนนิยมสุดขั้ว) หากเป็นเช่นนั้นแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองภายในประเทศระหว่างชั่วใดชั่วหนึ่งก็ไม่ใช่ว่าปัจจัยที่สำคัญต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพ ในขณะเดียวกันในเวทีความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ รัฐไทยจะยังคงกลัวที่จะกล่าวอ้างว่า ความเป็นประเทศที่มีอำนาจอธิปไตยในการกำหนดนโยบายและกฎหมายได้อีกหรือ

**เด็กไทย – เทศ การศึกษาต่ำ สุขภาพตก (สารสนเทศศึกษา คอลัมน์การศึกษาและสังคม ฉบับ
วันที่ 31 กรกฎาคม 2561 หน้า 4)**

กระทรวงศึกษาฯ เปิดผลการสำรวจการศึกษาภาคบังคับของเด็กไทย พบว่ากว่าร้อยละ 60 ไม่ได้
เกณฑ์มาตรฐาน เด็กเรียนดีแต่ยากจน ไม่มีโอกาสเรียน ต้องออกมาขายแรงงานมีคุณภาพชีวิตตกต่ำ ก่อ
ปัญหาด้านสังคมและสุขภาพ ทำให้รัฐต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการดูแลรักษา ไม่น่าเป็นเช่นนั้น ผลการสำรวจ
ยังชี้ว่า ขณะที่แรงงานต่างด้าวมากขึ้น เด็กต่างด้าวก็มากขึ้นด้วย แต่ระบบการศึกษาและบริการสุขภาพไม่
รองรับหรือให้สิทธิแก่คนต่างด้าวเหล่านี้ มากกว่า 10 ปี ปัญหาสังคมและสุขภาพจึงเพิ่มทับทวี รัฐบาลจึง
ควรยอมรับสภาพปัญหาและสร้างระบบจัดการที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาที่ต้นตอด้วย

**สิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะสังคม (สารจากประชาชน นสพ. มติชน ฉบับวันที่ 1 สิงหาคม 2561
หน้า 6)**

ปัจจุบันภาวะโลกร้อนทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยไม่อาจคาดเดาได้ และ
ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ และทุกซีกโลก ภาคอีสานพบว่าภาวะฝนแล้งติดต่อกันถึง
3 ปี ขณะที่ภาคใต้พบภาวะพายุกระหน่ำ ฝนตกหนักในภาคกลาง เกิดภาวะน้ำท่วมขังสูงในกรุงเทพฯ และ
พื้นที่เกษตร ดินโคลนถล่มและแผ่นดินไหวรุนแรงในภาคเหนือ เหตุการณ์เหล่านี้เกิดรุนแรงขึ้นทุกปี

นักวิชาการต่างระบุสาเหตุปัญหาจากภาวะโลกร้อนที่วิกฤตมากขึ้นและได้ก่อผลกระทบต่อภาวะ
สุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ผลกระทบจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ เสียชีวิต จำนวนผู้พิการจากการสูญเสีย
อวัยวะมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดการระบาดของโรคแบบใหม่ที่ติดต่ออย่างรวดเร็ว และมีการพัฒนาการของ
โรคที่เหนือความคาดหมายและความสามารถในการควบคุมโรค ทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้ที่
รอดพ้นจากวิกฤตอยู่ในภาวะกดดัน มีปัญหาทางจิต อารมณ์ซึมเศร้า ไม่อาจใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติได้

สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความไม่แน่นอนต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนที่มีผลทั้งต่อสุขภาพ และ
การรองรับทางงบประมาณ “คำถาม คือ รัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับ
สถานการณ์ที่เร้าเร้าอย่างไร”

กรม.ไม่อนุมัติให้บริษัทต่างชาติถือหุ้น Siam International Nursing Home เกิน 50 %
(นสพ. Siam Tomorrow 31 กรกฎาคม 2561 ข่าวนำหน้า 1)

หลังจากเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์กันในกลุ่มผู้ประกอบการสถานพักฟื้นและดูแลคนชราที่ถือสัญชาติไทย กันมากกว่า 6 เดือน ต่อกรณีที่บริษัท Merry Link Insurance (MLI) แห่งสหรัฐอเมริกาเสนอขอซื้อหุ้นบริษัท Siam International Nursing Home 100 ล้านหุ้นมูลค่า 1,500 ล้านบาท ทำให้ MLI เป็นผู้ถือหุ้นต่างชาติที่มี สัดส่วนเกินกว่า 50 % ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ต้องผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเป็นกรณีพิเศษ ในที่สุดที่ ประชุมคณะรัฐมนตรีวันที่ 30 ก.ค.2561 ก็ได้มีมติไม่อนุมัติให้ MLI ได้รับการยกเว้นในการถือครองหุ้นนี้เป็น การยุติข้อถกเถียงระหว่างผู้ประกอบการสถานพักฟื้นไทยที่ต้องการขยายตลาดที่มีการเติบโตอย่างมากกว่า 350% ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยอาศัยทุนจากบริษัทต่างชาติเป็นทางลัด

หลายฝ่ายเป็นห่วงว่าการประกอบการสถานพักฟื้นและดูแลคนชราโดยต่างชาติในระดับที่สูงจะทำให้ ผู้ประกอบการไทยเสียเปรียบเพราะต่างชาติมีฐานลูกค้าในเครือข่ายประกันสุขภาพของตนเป็นข้อ ได้เปรียบอยู่แล้ว หากเป็นบริษัทเหล่านั้นเป็นผู้ประกอบการเองด้วยจะทำให้ผู้ประกอบการไทยเสียเปรียบ ยิ่งขึ้นแม้ว่าอีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่าการเติบโตของตลาดจะเพิ่มรายได้และเปิดโอกาสให้มีการจ้างงานในประเทศ อย่างสำคัญ

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในต้นปีนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเริ่มมีภาวะการณืขาดแคลน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐกว่า 3,000 อัตรา เป็นครั้งแรกที่มีความขาดแคลนเกิดขึ้นอีกครั้ง นับตั้งแต่มีการแก้ปัญหาความขาดแคลนในกว่าทศวรรษ ที่ผ่านมาลุล่วงไปเมื่อ 2560 นี้เอง

ผลการตัดสินใจของคณะรัฐมนตรี ครั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพาณิชย์จะต้องรับ หน้าที่ชี้แจงและโต้แย้งข้อกล่าวหาที่ทาง MLI อ้างว่า ประเทศไทยจะต้องปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้ทำไว้กับ องค์การการค้าระหว่างประเทศ เมื่อ พ.ศ. 2559

กลยุทธ์ หรือแนวทางการแก้ไข/ป้องกัน :

จากการดำเนินการในการจัดทำ scenario ของกลุ่ม 1 สรุปเป็นประเด็นในเรื่อง การกำหนด เป้าประสงค์การเน้นความคุ้มครองรักษาปฐมภูมิและทุติยภูมิ หรือการเน้นความจำเป็นในค่าใช้จ่ายสูง ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ และการจัดการเพื่อการรองรับการบริการ ซึ่งประกอบด้วย

1. ความชัดเจนของเป้าประสงค์ว่าควรเน้นในด้านใด
 - ความคุ้มครองการรักษาในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ
 - หรือเน้นในด้านของการรักษาความเจ็บป่วยที่ค่าใช้จ่ายสูง
2. การกำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ ว่าครอบคลุมในด้านใดเพื่อให้เกิดความ ชัดเจนในการให้สิทธิประโยชน์ และนำมาเป็นตัวกำหนดในให้แก่ทุกโรงพยาบาล โดย มิได้หมายถึงเฉพาะโรคพื้นฐานเท่านั้น
 - โรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคอะไร และมีลักษณะเป็นอย่างไร

3. การจัดการที่จะต้องกระทำเพื่อให้เกิดการรองรับการบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวครอบคลุมให้มากขึ้นและในการทำความเข้าใจต่อประชาชนรวมถึงเป้าประสงค์ในแวดวงการแพทย์ที่มุ่งเพียงแพทย์เฉพาะทาง
4. จากประเด็นต่างๆ เน้นในเรื่องสังคมผู้สูงอายุ และการที่ภาคเอกชน เดิมโตในการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ภาครัฐควรมีบทบาทในการเป็นผู้กำกับและกำหนดกติกาหรือนโยบายให้สอดคล้อง และไม่ทำให้เกิดภาวะล่อแหลมทางจริยธรรมในด้านการมุ่งเน้นเพียงการทำกำไร
5. การให้บริการแก่ประชาชนไม่ว่าจะเป็นประกันสังคม สามารถกำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้กับผู้มีสิทธิในกองทุนของตนเองได้ หรือหากประชาชนต้องการได้รับการที่สูงกว่าสิทธิประโยชน์ภาคบังคับก็สามารถที่จะจ่ายเพิ่มขึ้น โดยพื้นฐานต้องได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกัน ในการให้บริการที่ดีจะมีสวนช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องของประชาชนกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้เป็นอย่างดีในอนาคต
6. ในระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันในระบบตลาด การนำทรัพยากรของภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศมาใช้ร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ไม่ควรเป็นระบบตลาดเสรีอย่างเต็มที่
7. ตลาดของระบบบริการสุขภาพควรมีเป้าหมายและเป้าประสงค์อยู่ที่สุขภาพของประชาชนและควรสร้างกลไกตลาดหรือการพัฒนาตลาดที่จะทำให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรม มีกติกาของตลาดที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์และเปิดโอกาสให้หน่วยงานบริการของภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมระบบบริการมากขึ้น
8. ภาครัฐต้องพัฒนาระบบการจำกัดและมีการตรวจสอบหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้มีประสิทธิภาพ
9. ในส่วนของการประกันสังคมจะสามารถดำเนินการลดอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาได้โดยปรับเปลี่ยนการเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองในอัตราที่ไม่เกิน 850 บาทต่อคนต่อปี ค่ารักษาส่วนที่เกินจากระดับนี้สถานพยาบาลจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายตามรูปแบบเดิม
10. การปรับและการทำความเข้าใจตามหลักการตามข้อตกลงที่ได้ให้สัตยาบันกับประเทศหรือองค์กรต่างๆ เช่น WHO, WTO ในการปฏิบัติในรูปกฎหมาย และกฎระเบียบภายในของรัฐบาลไทย
11. จากปัญหาแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ รัฐควรยอมรับสภาพปัญหาและตั้งระบบจัดการที่เหมาะสม
12. การที่รัฐต้องเข้ามาดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิตของเยาวชน ผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา แรงงานต่างด้าวที่ยังเป็นเด็ก โดยรัฐตั้งระบบจัดการที่เหมาะสมเพื่อหาและแก้ไขปัญหาค้นต้น รวบรวมไปถึงการให้สิทธิแก่คนต่างด้าวในการได้รับการบริการด้านสุขภาพ

13. ภาครัฐต้องดำเนินการในการเตรียมระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เป็นวิกฤติที่เกิดจากปัญหาต่างๆ ได้แก่ การเข้ารับบริการของประชาชนที่ล้นสถานพยาบาล การควบคุมโรคแบบใหม่ การควบคุมโรคที่เหนือความคาดหมาย ปัญหาของผู้ป่วยภาวะทางจิต และรัฐควรดำเนินการเตรียมการรองรับงบประมาณต่างๆ ให้สอดคล้องและเหมาะสมในอนาคต

ประเด็นเพิ่มเติมที่ได้จากการอภิปราย :

หลักจากการหารือกันในประเด็นต่างที่เสนอเป็นกลยุทธ์ที่ได้จากกลุ่มแล้วยังมีประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม โดยแต่ละกลุ่มมีมุมมองที่แตกต่างกันและยังคงต้องนำมาวิเคราะห์ และตั้งเป็นคำถามมีการนำข้อมูลทางวิชาการมาประกอบ รวมทั้งการนำแนวความคิดจากทุกๆ กลุ่มมาพิจารณาได้เสนอไว้ดังนี้

1. การนำเสนอเรื่อง Health Promotion ที่ไม่ควรจำกัดในเรื่องหลักประกันสุขภาพแต่ต้องเข้าไปมีส่วนในการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ ของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมจะต้องนำพิจารณาถึงหลักความเป็นจริง
2. ปัญหาของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ที่ยังไม่มี Payment Order ที่ได้ดำเนินการนั้น คำว่า Payment Order หมายถึง การจ่ายให้หน่วยบริการที่ต้องมีวิธีการในลักษณะใดอย่างไร และจะอย่างไรให้เข้าถึงประชาชนเป็นประเด็นที่ยังไม่สามารถพิจารณาได้
3. การมุ่งเน้นเรื่อง Primary care และการจัดการภาครัฐเพื่อสังคม อาจมีการแข่งขันกันบ้าง อาจเรียกได้ว่า Manage competition ไม่ใช่ปล่อยแบบเป็น Market competition เลย โดยมีการติดตามอย่างใกล้ชิด มีการตรวจสอบ โดยเฉพาะถ้าจะต้องมีส่วนร่วมของภาคเอกชนเพื่อ promote ความเป็นธรรม บางส่วนอาจต้องการการบริหารโดยสำคัญคือภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมได้
4. ในส่วนปัจจัยผลักดันที่ทำให้ภาคเอกชนเติบโตเร็ว เป็นเรื่องของ FTA ต่างๆ หรือเรื่องการขยายตัวของภาระอันเนื่องจากแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย รวมถึงเรื่องการศึกษาเรื่อง Primary care กับ Health care
5. ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นเรื่องที่ควรพิจารณา
6. การขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในที่นี้คือ Primary health care หรือ Primary medical care ต้องแยกให้ออก ถ้าต้องการให้ชุมชนดำเนินการเป็น Health care จะขยายไปหน่วยบริการนี้ได้อย่างไร และส่วนที่เป็น Primary medical care ถ้าขยายจะต้องย้อนกลับไปในเรื่องการเน้นการรักษาพยาบาลคลินิกใกล้บ้าน ดังนั้นต้องแยกและทำความเข้าใจในประเด็นนี้ก่อน
7. การ Promotion นั้น ควรมิชვნวนการที่น่าจะเป็นกลยุทธ์คือการเสริมปัญญา ให้ความรู้ต่อสังคม หนุนจูงใจให้เกิดกระบวนการดำรงชีวิตแบบใช้ปัญญา ใช้จินตนาการทำให้สุขภาพดี และการจัดระบบ การทำ Promotion มิใช่เป็นแบบกิจกรรมที่เห็นกันในปัจจุบัน และต้องสร้างให้เกิดพลังทางสังคม ที่จะผนวกเรื่องของ Decentralize ไปด้วย ในเรื่องการกระจายอำนาจไปแล้ว จะกระทำการอย่างไรให้

พลังทางสังคมสามารถพึ่งพาตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งระบบภายนอก ทำให้ระบบภายนอกเข้าไปเป็นเพียงตัวเสริม ดังนั้นในการทำการรณรงค์ในเรื่องของการสร้างสุขภาพน่าจะเป็นเรื่องการสร้างสุขภาพของสังคม

8. การมองถึงระบบสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงกระบวนการ ในการวางแผนทางและทิศทางต่างๆ ว่าระบบต้องมีกลไกอะไร รูปแบบเป็นอย่างไร ต้องอาศัยเครือข่ายใดบ้าง และกระบวนการที่จะต้องขับเคลื่อนเป็นอย่างไร

9. การให้การศึกษาแก่เยาวชนในเรื่องสุขอนามัย การให้การศึกษา เช่นในวิชาสุขศึกษา ควรบรรจุองค์ความรู้ใด ให้แก่เยาวชนให้รับรู้บ้าง

10. การสร้างกลไกใหม่ต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยประสาน และหน่วยจัดการ พร้อมทั้งเป็นหน่วยขับเคลื่อน ด้วยมิใช่ลงไปดำเนินการแค่หน่วยทำกิจกรรม

11. การเคลื่อนตัวของภาคชุมชนหรือภาคประชาสังคมหรือกองทุนชุมชนต่างๆ ในเรื่องหลักประกันหรือการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ในการจัดระบบหลักประกันต่างๆ กระบวนการต่างๆ ต้องมองถึงอนาคตว่ากลุ่มเหล่านี้จะมีวิธีการนำเข้าสู่ระบบอย่างไร เพราะกลุ่มดังกล่าวนี้เหมือนเป็นอีก 1 agency ใหญ่ที่ต้องพิจารณา

12. การพิจารณาถึงงานส่งเสริมป้องกัน ตลอดจนการดูแลส่วนบุคคลถึงสุขภาพของสังคม ต้องมีมุมมองและสามารถบอกได้ว่ามีความครอบคลุมในเรื่องใด หากมองในมุมมองประมาณหรือระบบการจัดการต้องอาศัยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนต้องพิจารณาให้ชัดเจนถึงขอบเขตเพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อน ยกตัวอย่างในต่างประเทศการกล่าวถึงงาน Health prevention หรือ Health promotion ไม่ได้มีมุมมองแค่ระบบบริการสุขภาพ หรือระบบบริการทางการแพทย์ แต่หมายถึง Public policy หรือภาครัฐในทุกส่วน ทั้งภาคการศึกษาหรือในแง่สวัสดิการสังคมต่างๆ ซึ่งต้องพิจารณาให้รอบคอบและชัดเจน

13. การวางอนาคตของ position ของงานระบบหลักประกันกับเรื่อง P&P หรืองานส่งเสริมป้องกันไว้อย่างไร แค่นั้น

14. การมองเรื่องระบบบริการในระบบบริการปฐมภูมิหรือเรื่องงานส่งเสริมป้องกันต้องปรับตัวให้ทัน ทั้งวิธีคิด และวิธีจัดการ

15. การมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การ include เรื่อง Self care หรือพลังประชาชน ต้องมีวิธีการส่งถ่ายข้อมูลระหว่างภาคประชาชนกับภาคระบบบริการให้ทราบด้วย การบริหารจัดการในระบบประกันสุขภาพต้องมีภาครัฐหรือระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงมองถึงขอบเขตของอนาคตหลักประกันว่าจะมีขนาดใดควบคู่กันไปด้วย

กลุ่มที่ 2

ภาพอนาคต เรื่อง “ปรับระบบบริหารจัดการ ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรวม 3 กองทุน”*

สถานการณ์ที่ได้รับ

1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
 - มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - แนวทางที่ใช้ในการบริการเป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้
 - ย่อมต้องใช้ทรัพยากร
2. หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน
 - เป็นสิทธิของประชาชนที่ทุกคนได้รับเสมอกัน
 - จะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้
3. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
 - สิทธิประโยชน์ในระบบที่ผู้มีสิทธิทุกคนจะได้รับเหมือนกันหมด ไม่เปิดโอกาสหรือทางเลือกให้ผู้ที่สามารถถ่วงจ่ายได้ ชื่อหรือได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

1. อาจารย์จอน	อึ้งภากรณ์	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
2. ดร.เจษฎ์	โทณะวณิก	สำนักงานมโนมัย เจษฎ์ แอนด์แอสโซซิเอท
3. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
4. คุณประยูร	เชียววัฒนา	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
5. คุณลำยอง	พลสูงเนิน	อสม.อำเภอสูงเนิน จ.นครราชสีมา
6. คุณวีรวัฒน์	คำขาย	เมืองพัทยา
7. นพ.จักรกริช	ไฉ่วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. นพ.ไชยรินทร์	ทยาวิวัฒน์	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
9. คุณจอมขวัญ	โยธาสุมุท	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. คุณนธีรัตน์	ธรรมโรจน์	สวปก. (ผู้จัดบันทึก)

Facilitators : ดร.สุรัชย์ สติตคุณารัตน์ และนางสาวเสาวนีย์ ตั้งสกุล

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers):

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	(+) (-) ไม่สามารถให้บริการคนไข้ได้เพียงพอ
มีการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	(+) ในระยะยาวจะดี (-) ในระยะสั้นยังมีระบบการจัดการไม่ดีเพียงพอ
งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีบริบูรณ์มากขึ้น	(+) อาจจะมีข้อดีในแง่ของการปรับตัว ประสิทธิภาพของระบบจัดการในงบประมาณที่จำกัด (-) เกิดปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ
ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น	(+) (-) ทำให้ใช้ทรัพยากรในการรักษามากขึ้น
นโยบายเน้นการพัฒนา ระบบปฐมภูมิ	(+) เป็นการรักษาเบื้องต้นอาจจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น (-)
การรวมกันของกองทุน	(+) น่าจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันตามเป้าหมายที่ต้องการไปถึง (-) อาจมีเรื่องความขัดแย้งเพราะเป็นนโยบายที่พยายามรวมกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองสูงมากอยู่กับกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองต่ำ
การรักษาพยาบาลมีความต้องการ Technology ทาง การแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	(+) ทำให้รักษาคนได้เร็ว และมากขึ้นตอบโจทย์ของการครอบคลุมทุกคน ไม่เกิดการแบ่งแยกเพราะทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ดีได้หมด (-) บุคลากรไม่เพียงพอที่จะรองรับกับเทคโนโลยีขั้นสูง

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties)

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
ไม่แน่ใจว่าจะเป็น + หรือ -	ปัจจัยสำคัญที่มีแนวโน้มการเกิดอยู่ในช่วงเวลาที่ใกล้ที่สุดได้แก่ การลงนามในสัญญา FTA กับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งจะเปิดให้เกิดการเข้ามาของธุรกิจสุขภาพจากต่างประเทศ ในกรณี WTO นั้นมีการกำหนดให้ต่างชาติสามารถจัดตั้งสถานบริการในประเทศอื่นได้ ในขณะที่เดียวกันการลงนามความร่วมมือด้านสิทธิบัตรก็ยิ่งทำให้ประเทศไทยพบกับความยากลำบากในเรื่องการพัฒนาเทคโนโลยีและราคาเทคโนโลยี รวมทั้งอำนาจการต่อรองกับประเทศคู่สัญญา

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
	พรบ.สุขภาพแห่งชาติจะเป็นผลดีถ้าผู้ร่างเป็นตัวแทนของประชาชนอย่างแท้จริง เพราะจะสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน แต่ในกรณีที่ผู้ร่างไม่ใช่ตัวแทนของประชาชนแต่มาจากผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์ พรบ.สุขภาพแห่งชาติจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน
ไม่แน่ใจว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่	การให้ภาคเอกชนมาบริหารระบบประกันสุขภาพแทนภาครัฐ ก็เป็นแนวโน้มที่เริ่มเกิดขึ้นในประเทศมหาอำนาจ เช่น สหรัฐอเมริกา ก็อาจเป็นแนวคิดที่เข้ามาพร้อม ๆ กับการเซ็นสัญญาการค้าเสรีประกอบกับการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อระบบประกันสุขภาพ นอกจากนั้น Pandemic ของโรคติดต่อทั้งที่เกิดขึ้นในประเทศเช่นไข้หวัดนกและโรคติดต่อที่ข้ามมาจากชายแดนของประเทศในสถานะที่มีภัยธรรมชาติเช่นแผ่นดินไหว น้ำท่วมเป็นต้น ก็เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและยากแก่การคาดการณ์ในปัจจุบัน และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อการจัดการด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง การเกิดของเทคโนโลยีใหม่ ๆ (Technology Breakthrough) ก็เป็นปัจจัยที่จะมาหนุนเสริมความขีดความสามารถของการแพทย์ ซึ่งในทางบวกอาจจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนเป้าหมายของการให้การประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนั้นยังมีมาตรฐานและคุณภาพที่ดีด้วย

รายละเอียดของภาพอนาคต

ในปีต้นปี พ.ศ. 2561 นี้ โรงพยาบาลของรัฐบาลเกิดขาดแคลนบุคลากรทางด้านการแพทย์ขึ้นมาอย่างหนักทำให้ตามโรงพยาบาลหลายๆ แห่งโดยเฉพาะต่างจังหวัดมีคนไข้รอคิวรักษาเป็นจำนวนมาก บ้างก็ไม่สามารถรักษาตามโรงพยาบาลได้จึงไปรักษาตามคลินิกต่างๆ หรือซื้อยามารักษาตัวเอง ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดจากการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์นิยมอยู่ในเมืองขนาดใหญ่ นอกจากนั้นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีศักยภาพในการรักษาคนไข้กลับไม่ยอมรับรักษาคนไข้ประกันของภาครัฐประกอบกับปัญหาที่เกิดจากการให้โรงพยาบาลประจำจังหวัดมีหน้าที่ดูแลคนไข้ระดับปฐมภูมิด้วยนั้น ทำให้คนไข้นิยมไปรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะเชื่อว่ามีเครื่องมือที่ดีกว่า และการที่โรงพยาบาลรัฐต้องรับคนไข้จำนวนมากเพราะมีกฎที่ว่า “ไม่สามารถปฏิเสธการรักษาคนไข้ได้” ขณะเดียวกันปริมาณของคนที่ต้องการมาไข้ก็เพิ่มขึ้นเนื่องจากการนำระบบ UC มาใช้ ประกอบกับโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนไปคนสูงอายุมากขึ้น โรคเรื้อรังมากขึ้น แม้ว่าจะก่อนหน้านี้ประมาณ 5 ปี ภาครัฐได้ตัดสินใจในการให้อำนาจท้องถิ่น ทำให้มีงบประมาณไปสู่ภาคปฐมภูมิมากขึ้น ส่งผลให้

ชุมชนเกิดความตระหนักในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีการให้ชุมชนไปทำเรื่องเกี่ยวกับด้านสุขภาพ เกิดกองทุนตำบลซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประสานการทำงานระหว่างท้องถิ่นและพื้นที่ นอกจากนั้นกองทุนยังสนับสนุนให้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพของชุมชนมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างความสามารถทั้งชุมชนและกองทุน นอกจากนั้นยังเกิดการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการเงินมากขึ้น ศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารกองทุนของตนเอง แต่บางแห่งก็ยังมีปัญหาเรื่องความโปร่งใส ปัญหา

เรื่องงบประมาณที่ปีบรัดในช่วงปีก่อนหน้านี้ เกิดสืบเนื่องมาจากภาคการเมืองให้ความสำคัญต่อการจัดการด้านสุขภาพต่ำ ทำให้พบว่าสัดส่วนรายได้สุขภาพต่อ GDP ต่ำมาก ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากประเทศขาดแคลนงบประมาณแต่อย่างใด แต่เกิดจากวินัยทางการเงินการคลังยังขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ แต่กลับเป็นผลดีกับหลายๆ โรงพยาบาลเพราะเกิดการใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยขณะนี้ประชาชนในประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้น หรือเรียกว่าสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งคล้ายกับที่เกิดขึ้นในประเทศญี่ปุ่นเมื่อสิบปีที่แล้ว ประชาชนเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้นและมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้นตาม คนสูงอายุต้องช่วยตัวเอง ภาครัฐยังให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เต็มที่ มุมมองสังคม ยังไม่มีรูปธรรมชัดเจน ด้านสาธารณสุขมีการจัดบริการรองรับแต่ยังไม่จริงจังชัดเจน เกิดอย่างกระจัดกระจายไม่เข้มแข็ง ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีการรวมกันของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนข้าราชการ กองทุนประกันสังคม (ปกส.) และกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) เกิดข้อดีคือ มีประสิทธิภาพในการจัดการที่ดีขึ้น ความเท่าเทียม ลด moral hazard ของข้าราชการที่ over utilization แต่ก็ยังมีข้อเสียในบางประเด็นกล่าวคือ มีการผูกขาดและถูกแทรกแซงทางการเมือง ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน การขัดแย้งระหว่างองค์กรเช่นข้าราชการไม่พอใจ มีการแข่งขันเกิดการพัฒนาแต่มีปัญหา moral hazard นอกจากนี้การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้นทำให้มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีที่ดี แต่ก็ยังพบปัญหาบ้างในด้านการขาดแคลนบุคลากรที่สามารถเรียนรู้เทคโนโลยีได้อย่างดี

กลยุทธ์ หรือแนวทางการแก้ไข/ป้องกัน

1. ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

การจัดการหลักประกันสุขภาพในชนบทกับในเมืองมีบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องมีรูปแบบที่แตกต่างกันในชนบทต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่นการอบรมคนในชุมชนมาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (ต้องมีข้อผูกมัดชัดเจนและต้องมีค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล มีความมั่นคงทางสวัสดิการ) สปสช. ต้องแบ่งทรัพยากรไปสนับสนุนการกระจายอำนาจ ชุมชนเป็นเจ้าของสถานบริการในชุมชน นอกจากนั้นรัฐบาลต้องสามารถควบคุมโรงพยาบาลเอกชน เพราะทั้งสองภาค (ชุมชนและเอกชน) เป็นทางที่ไปควบคู่กันจึงต้องมีการควบคุมให้โรงพยาบาลเอกชนรับคนไข้ประกันของรัฐจำนวนหนึ่ง นอกจากนั้น การแข่งขันระหว่างแต่ละพื้นที่ในเรื่องการรวมสามกองทุนทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดการ ในเมืองเน้นความสำคัญของเภสัชกรมากขึ้นในโรคเบื้องต้นเภสัชมีสิทธิ์จ่ายยาให้กับคนไข้ในระบบประกันสุขภาพ มีมาตรการที่ควบคุมการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ไม่เกิดการกระจุกตัวอยู่ภายในกรุงเทพฯ

2. งบประมาณปีบรัด

ยุทธศาสตร์ที่ได้ 5 เรื่องได้แก่ (1) การสร้างหลักธรรมาภิบาลให้สังคมรู้ โปร่งใส (2) มีการรับงบประมาณจากหลายแหล่งมากขึ้น (3) สร้างกองทุนการออมเพื่อสุขภาพ (4) การพัฒนากำลังคนในชุมชนหรือท้องถิ่นให้สามารถจัดการกับทรัพยากรในท้องถิ่นของตนเองได้เป็นแหล่งสำคัญที่ดึงมาช่วยด้านสุขภาพได้ (mutual fund) (5) Co-payment แนวทางร่วมจ่าย อาจจะไปเชื่อมกับ saving fund ต้องดูขอบเขตและสิทธิประโยชน์

3. การรวมสามกองทุน

ต้องมี road map ที่ชัดเจนในการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ต้องทำให้ตรวจสอบได้ ต้องมีระบบควบคุมตรวจสอบที่ดี ระหว่างช่วงนี้ไปจนถึง 10 ปีข้างหน้าต้องค่อย ๆ ปรับไประหว่างทางเพื่อลดความขัดแย้ง ปัจจุบันทั้งสามกองทุนนี้เป็นอิสระต่อกันมีเพียงการประสานในเชิงเทคนิคเท่านั้น ต้องมีการพัฒนาที่ไม่ใช่ต่างคนต่างแยกกันไป นอกจากนั้นต้องมีการเตรียมตัวเตรียมบุคลากรที่จัดการ ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลมีแนวโน้มจะไม่พัฒนากองทุนประกันสุขภาพเพราะคิดว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นคืออยู่แล้ว ต้องมีการพัฒนาการเก็บภาษีอย่างเป็นธรรม เพื่อมาสนับสนุนการพัฒนากองทุนด้านสุขภาพ หลักหนี้ co-payment ไม่ได้ แต่ต้องมีการจัดอย่างเป็นธรรม ดูตามฐานรายได้ และสุดท้ายที่ต้องคำนึงคือเรื่องของการบริหาร ในอดีตพบว่าการคลังภาครัฐที่มีเงินกองเหลืออยู่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

4. การบริการปฐมภูมิ

ต้องมีการปรับระบบไม่ให้ผู้ป่วยไปแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะทำให้คุณภาพการรักษาลดลง เช่น แพทย์เฉพาะทางต้องไปรักษาโรคทั่วไป ทำอย่างไรที่จะจัดการปัญหานี้ขณะนี้ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขกำลังแก้ปัญหา โดยอาจจะหยุดการให้บริการแบบ walk-in patient คือคนไข้ต้องไปรักษาปฐมภูมิในสถานพยาบาลอื่น ๆ ไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระบบบริการสุขภาพในชุมชน โครงสร้างระยะยาวผู้สูงอายุ การดูแลคนไข้เรื้อรัง ถ้าในเขตเมืองได้รับการบริการง่ายแต่ในต่างจังหวัดนั้นบริการยาก มาตรการในการแก้ปัญหามีหลายส่วนได้แก่ มาตรการการคลัง กองทุนตำบล (การกระจายอำนาจ) ต้องมีการแยกงบประมาณสำหรับการบริการปฐมภูมิออกมาจะได้ไม่เกิดการแย่งชิงทรัพยากร

5. การกระจายอำนาจ

ระบบที่ดีคือการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาศักยภาพ และเครื่องมือสนับสนุนการทำงานของชุมชน ต้องกระจายอำนาจให้ทั้งท้องถิ่นและชุมชน โดยอาจจะเริ่มจากกองทุนตำบล พัฒนาศักยภาพในการจัดการ ธรรมาภิบาล เครื่องมือ คู่มือ ระบบข้อมูล ในท้ายที่สุดจาก 10 ปีเกิดกองทุนตำบล ระบบบริการปฐมภูมิดีขึ้น มโนทัศน์ของชุมชนต่อสุขภาพดีขึ้นทำให้สนับสนุนการแก้ไขโรคเรื้อรังและการสร้างเสริมสุขภาพ

6. ประชาชนมีอายุยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีมีแนวโน้มเพื่อผู้สูงอายุเช่น รักษาเบาหวานเป็นต้น กระทรวงและหน่วยงานเอกชนต้องสนใจแง่มุมของวัฒนธรรมในการหันมาดูแลผู้สูงอายุ house keeper ถ้าอัตราจ้างสูงมากในอนาคต ประเทศไทยอาจไม่สามารถจ่ายเงินจ้างได้ แต่ขณะนี้เรามีทุนทางสังคมตัวนี้อยู่ ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำคือรักษาทุนทางสังคมนี้ไว้ ในด้านสาธารณสุขต้องถึงเวลาที่ระบบบริการเพื่อผู้สูงอายุต้องเป็นภาคบังคับ ด้านการแพทย์ต้องมีระบบบริการที่ชัดเจน การดูแลหรือการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังที่บ้าน บุตรหลานควรได้รับการสนับสนุนที่ดีพอจะทำให้ไม่ต้องทิ้งครอบครัวไปทำงานข้างนอก จะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ (มี subsidy จากส่วนกลาง) สิ่งที่มีมือทำได้ทันทีคือการรักษาและคงไว้ซึ่งมาตรการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีความร่วมมือจาก กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวัฒนธรรม และภาคเอกชน ในการทำระบบบริการภาคบังคับสำหรับผู้สูงอายุ hospital at home อีกแง่มุมคือจะหาอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ไปประกอบกับยุทธศาสตร์ข้างต้นเพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การนำผู้สูงอายุเข้ามาร่วมโครงการดูแล บำบัดด้วยการทำงาน occupational therapy ก็เป็นอีกทางเลือก

7. การรักษาพยาบาลมีความต้องการ Technology ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น

ให้มีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีราคาแพงในประเด็นหลักๆ 3 ประเด็นได้แก่ (a.) ประเมินเพื่อลดผลกระทบ และป้องกันการใช้ที่อาจจะเกิดผลเสียเช่น เทคโนโลยีการ cloning หรือ การฝังประสาทหูเทียม (คนใช้น่าจะมีสิทธิ์เลือก) (b.) การใช้ที่เหมาะสม (c.) การกระจายอย่างเหมาะสม และหาอย่างไรให้ทุกคนเข้าถึงได้เช่นในโรคกระดูกพรุนต้องมีการคัดกรองที่ดีเพื่อจรรยาบรรณรักษาให้เหมาะกับกลุ่มคนที่เหมาะสม (มีข้อบ่งชี้ที่ถูกต้อง) 2. ให้ความรู้กับประชาชน สร้างความตระหนัก (กันไม่ให้ประชาชนถูกหลอก ยกตัวอย่างกรณี HPV vaccine) 3. Regulation ปัจจุบันมีควบคุมเฉพาะยาเท่านั้นยังไม่ครอบคลุมเครื่องมือแพทย์และหัตถการเนื่องจากยังไม่มีวิธีในการควบคุม 4. Procurement หรือการจัดสรรให้มีในสิ่งจำเป็น สนับสนุนให้มีการกระจายที่ดีทำให้คนจนเข้าถึงได้ เช่น กรณี PET scan

สิ่งที่เพิ่มเติม (ตัวหนังสือหนาและเอียงเป็นความเห็นเพิ่มเติมจากที่ประชุมต่อ Drivers ที่ได้จากการทำการสำรวจแบบ Delphi)

1. งบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพที่ถูกจำกัดมากขึ้น
2. อายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น (ข้อ 10) เนื่องจากพฤติกรรมนั้นเปลี่ยนแปลงได้ช้าและส่งผลในระยะยาว
3. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ โดยเห็นว่าปัจจุบันขาดพยาบาลมากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบาย *medical hub* ทำให้แรงงานส่วนหนึ่งถูกดึงออกไป
4. การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และชุมชน (คือชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในระดับปฐมภูมิ เช่นในกรณีที่ชุมชนมีการลงทุนให้คนไปเรียนพยาบาลเพื่อกลับมาทำงานในสถานพยาบาลในชุมชน เป็นต้น)
5. ความคาดหวังของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น
6. ความต้องการเทคโนโลยีที่แพงขึ้น
7. การบริหารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นของโรงพยาบาลรัฐ
8. นโยบายที่เน้นการพัฒนาระบบปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงนโยบายที่ออกมาเพื่อเปลี่ยนกระแสนโยบายการบริโภคที่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงขึ้น
9. การรวมกันของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 หน่วยงานได้แก่ ข้าราชการ ประกันสังคม (ปกส.) และประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)
10. พฤติกรรมของประชาชนที่เปลี่ยนไปทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อมีอายุมากขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การรับประทานอาหารที่ไม่ดี และการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น
11. การเกิดของพรบ.สุขภาพแห่งชาติโดยเฉพาะมาตรา 46 ที่มีเรื่องของธรรมนูญระบบสุขภาพ โดยธรรมนูญสุขภาพนี้มาจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและมีผลผูกพันให้หน่วยงานอื่นนำไปปฏิบัติและมีแนวทางที่เห็นความเท่าเทียมและเป็นธรรม

หมายเหตุ

- drivers แต่ละตัวนั้นอาจจะส่งผลที่เป็นบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์ drivers บางตัวอาจจะเป็น means หรือ ends ของ drivers ตัวอื่นๆก็ได้
- ในการเลือก drivers มาคิดในกระบวนการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้นจะเลือกตัวที่มีผลกระทบที่มีขนาดใหญ่ โดยไม่จำเป็นว่าผลกระทบนั้นจะเป็นบวกหรือลบ (ให้เน้นที่ trend)
- อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเป้าประสงค์ทั้งสามข้อที่ตั้งไว้นั้นอาจจะเป็นปัญหาจึงต้องมีกลไกที่มาควบคุม

กลุ่มที่ 3

ภาพอนาคตเรื่อง “บริการฟรีส่งเสริมสุขภาพ ร่วมจ่ายกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย”*

สถานการณ์ที่ได้รับ :

1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
 - ลดความสิ้นเปลืองทรัพยากรในส่วนที่ไม่จำเป็น หรือเพื่อให้ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 - อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพและการทำตามมาตรฐาน
2. หลักประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก
 - มุ่งช่วยกลุ่มผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมาก หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นหลัก
 - ไม่ใช่สิทธิสำหรับทุกคน

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

1. คุณสุพัชรี	มีครุฑ	สำนักงานประกันสังคม
2. คุณวรัญญา	เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3. ภก.วิศิษฐ์	ประวีณวงศ์วุฒิ	สภาเภสัชกรรม
4. นพ.วิทยา	ตันสุวรรณนนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. คุณอินชวณ	ชั้นคำ	สภาองค์การลูกจ้างสภาศูนย์กลางแรงงานแห่งประเทศไทย
6. นพ.ยศ	ดีระพัฒน์นนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. คุณละอียด	กมลกาญจน์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง จ.ระยอง
8. รศ.นพ.สมพนธ์	ทัศนียม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. ดร.ชาตรี	ศรีไพพรรณ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
10. คุณธนพร	เมธาวิกุล	สำนักงานประกันสังคม
11. คุณพัชนี	ธรรมวันนา	สวปก. (ผู้จัดบันทึก)

Facilitators : นางสาวปรภัส โพธิสุข และนางสาวโสภิตา ทองโสภิต

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
สภาพเศรษฐกิจตกต่ำ และการขาดแคลนพลังงาน	(+) ประชาชนทำงานหนักขึ้น ภาวะเครียด การดูแลสุขภาพแยลง (+) ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้น
ต้นทุนการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น	(+) รัฐบาลยาลดต้นทุน เน้นการจำกัดการใช้เทคโนโลยีราคาแพง (-) คุณภาพบริการลดลง
การจัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน	(+) รัฐให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ดังนั้นจึงมีการจัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันลดลง
ความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์	(+) การเลือกใช้เทคโนโลยีใหม่ เป็นการเพิ่มต้นทุนการรักษา (-) ทำให้การรักษาโรคมียุติภาพดีขึ้น รวดเร็วมมากขึ้น
ธุรกิจสุขภาพ โฆษณาชวนเชื่อและหากลยุทธ์อื่นๆเพื่อทำตลาด	(+) สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพในทางผิดๆ แก่ประชาชน ส่งผลให้พฤติกรรมบริโภคและการดูแลสุขภาพของประชาชนแยลง (+) เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ประชาชน
คนป่วยมากขึ้น โรคเรื้อรังมากขึ้น	(+) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น เป็นภาระต่อระบบมากขึ้น
มีแรงงานต่างด้าว และคนไร้รัฐมากขึ้น	(+) รัฐมีภาระด้านงบประมาณการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties):

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
การเกิดโรคระบาดและการ फैาระวังภัยธรรมชาติ	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบ फैาระวังโรคระบาด
น้ำท่วมรุนแรง	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบ फैาระวังโรคระบาด
วิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง	(+) เกิดข้อจำกัดสำหรับงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้น
การก่อการร้าย	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบ फैาระวัง (+) รัฐต้องให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ยากไร้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนกลุ่มนี้ เข้าร่วมกับผู้ก่อการร้าย

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
การค้นพบ ทรัพยากรธรรมชาติ	(-) ทำให้ข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจลดลง อย่างไรก็ตามทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใดจากการค้นพบดังกล่าว และจะให้ความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณสำหรับด้านสุขภาพหรือไม่ (+) มีเงินหมุนเวียนในระบบมากขึ้น การจ้างงานมากขึ้น มีความต้องการการประกันสุขภาพมากขึ้น และส่งผลให้ระบบบริหารจัดการการประกันสุขภาพดีขึ้น
การเมืองเปลี่ยนแปลง นโยบาย	(+ / -) อาจส่งทั้งผลด้านบวกและด้านลบต่อการควบคุมงบประมาณ และนโยบายช่วยเหลือผู้ยากไร้

รายละเอียดของภาพอนาคต :

จากผลกระทบของแรงผลักดันต่างๆ ต่อระบบประกันสุขภาพในข้างต้น สามารถนำมาสรุปและประมวลเรื่องราวของภาพอนาคตได้ดังนี้

ด้วยสภาพเศรษฐกิจและปัญหาด้านการขาดแคลนพลังงานในปัจจุบัน ส่งผลให้ค่าครองชีพและอัตราเงินเฟ้อสูง ธุรกิจบริการทุกประเภทรวมถึงต้นทุนการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น ด้วยคุณค่าทางสังคมที่มักให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สามารถระบุบุคคลได้เหนือการป้องกันโรคที่มักไม่ทราบว่าคุณค่าจะได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ที่เรียกว่า “rule of rescue” ส่งผลให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณในการรักษาพยาบาล เมื่องบประมาณมากขึ้น เปิดโอกาสให้มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ที่ดีกว่าแต่มีราคาแพงกว่าเทคโนโลยีเดิม ในทางตรงกันข้ามงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดลงย่อมมีสัดส่วนที่ลดต่ำลง จนในที่สุดประชาชนจะเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้มากขึ้น

สาเหตุจากงบประมาณที่มีจำกัดแต่ต้นทุนการรักษามีราคาสูงและมีผู้ป่วยต้องการบริการจำนวนมาก ทำให้รัฐบาลต้องพยายามลดต้นทุนด้วยการจำกัดการใช้เทคโนโลยี (เพราะทำได้ง่ายและได้ผลมากกว่าการลดต้นทุนด้านอื่นๆ) โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่มีราคาสูง บริการในภาครัฐจะเลือกใช้เฉพาะเทคโนโลยีที่พิสูจน์ได้ชัดเจนว่ามีประโยชน์ (ประสิทธิศัky) และมีความคุ้มค่า ส่งผลให้ธุรกิจสุขภาพต้องหากยุทธ์อื่น ๆ เพื่อทำตลาดให้ธุรกิจอยู่รอด เช่น กลยุทธ์ส่งเสริมการขายผ่านผู้บริโภคและประชาชน (แทนที่จะประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่กฎหมายอนุญาต) นอกจากนี้ธุรกิจสุขภาพยังต้องขยายตลาด ไปยังกลุ่มคนที่ไม่เจ็บป่วยหรือมีแค่ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย เช่น โรคนอนกรน และให้ช้กุงให้ผู้ป่วยฟุ้งพายาหรือเทคโนโลยีมากขึ้นและลดการพึ่งพาตนเอง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยผลักดันระบบและปัจจัยความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนั้น สามารถส่งผลในเชิงบวก (สนับสนุน) ต่อการใช้นโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายและนโยบายเน้นการดูแลผู้ยากไร้และด้อย

โอกาส แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญเหล่านี้ก็ยังมีผลในเชิงลบ (ทำให้คุณภาพต่ำลง) ต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ด้อยโอกาสเช่นกัน

ดังนั้น จึงสรุปผลของภาพอนาคตในภาพรวมได้ว่า การที่สภาพเศรษฐกิจมีการแข่งขันสูง ประชาชนต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้พฤติกรรมด้านสุขภาพแย่ลง ประกอบกับการที่ภาครัฐปรับลดงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำให้มีผู้ป่วย(โรคเรื้อรัง)จำนวนมากขึ้น มีความต้องการใช้บริการสุขภาพสูงขึ้นเกิดข้อจำกัดด้านงบประมาณในระบบสุขภาพ ทำให้ท้ายที่สุดต้องเกิดการจัดสรรปันส่วน ด้วยการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อลดปัญหาด้านลบทั้งด้านสังคมและสุขภาพจากการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยยากไร้ เช่น โรคติดต่อที่เกิดจากผู้ป่วยยากไร้ที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในที่นี้สูตรระบบสุขภาพจะมีนโยบายช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้เป็นสำคัญ

กลยุทธ์ หรือแนวทางการแก้ไข/ป้องกัน :

การตอบสนองต่อผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ที่จะปรากฏเป็นภาพอนาคต สามารถพิจารณาตามปัจจัยผลักดันดังนี้

1. ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำและราคาน้ำมันขึ้นสูง – ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้
2. ต้นทุนการรักษาเพิ่ม – ให้มีการจัดระบบการลดต้นทุนการรักษา เพื่อให้ใช้งบประมาณอย่างประหยัด มีประสิทธิภาพบริหารจัดการซื้อ บริหารสต็อกสินค้า ฯลฯ
3. การจัดสรรงบประมาณในการรักษา ต้องงบประมาณการดูแลป้องกันการสุขภาพ มีการจัดการดังนี้
 - เปลี่ยนแนวคิดการจัดสรรงบประมาณ
 - โดยการคุมงบรักษายาบาล
 - เพิ่มงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP)
 - กำหนดสัดส่วนงบ PP ต้องงบการรักษาให้เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ
4. สำหรับเทคโนโลยีราคาแพง ควรมีการ ประเมินเทคโนโลยีราคาแพง และจัดระบบการอนุมัติการใช้เทคโนโลยีราคาแพง
5. การพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันที่มีอยู่จำกัด สามารถทำได้โดย
 - ควรให้ส่งเสริม อปท. ให้มีบทบาทสนับสนุนในงาน PP & งบประมาณ
 - ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้าน PP โดยเฉพาะในแต่ละระดับ เพื่อลดภาระของหน่วยงานด้านรักษา
 - ส่งเสริมบริการปฐมภูมิ (เพิ่มคน เพิ่มงบ เพิ่มจุดบริการ)
 - ผลิตบุคลากรที่ดูแลด้าน PP และบริการปฐมภูมิให้มากขึ้น : พยาบาลเวชปฏิบัติ พนักงานอนามัย นักสุขภาพ

6. การแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ และการโฆษณาชวนเชื่อคนป่วย ควรมีการควบคุมดูแล โดย
 - มีระบบกำกับดูแลทั้งด้านสังคมและกฎหมาย
 - มีหน่วยงานให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึง
 - บูรณาการความรู้โดยกลไกในระดับโรงเรียน
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
 - CSR ของเอกชน
7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชน สามารถแก้ไขโดย
 - มีหน่วยงานที่ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึง
 - บูรณาการความรู้โดยกลไกในระดับโรงเรียน
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
8. การควบคุมโรคเรื้อรังมาก โดยให้มีการบริหารจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ เช่น มีการคัดกรองอย่างทั่วถึง ป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ฯลฯ
9. สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น สามารถบริหารจัดการรายรับ-รายจ่ายได้โดย
 - จัดให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย (แต่ต้องปกป้องผู้ยากไร้และด้อยโอกาส)
 - ให้บริการฟรีสำหรับงาน PP และผู้ป่วยใน (IP)
 - ส่งเสริมบริการปฐมภูมิ

ดังนั้น เพื่อให้สามารถบริหารจัดการงบประมาณที่จำกัด ไปพร้อมๆกับการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีจึงมี 2 กลยุทธ์ คือ

*** มีการบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบใหม่** เช่น ไม่จ่ายให้สถานพยาบาลหรือบุคลากรที่มีหน้าที่หลักหรือองค์ความรู้เฉพาะการรักษาพยาบาล ควรจัดสรรงบประมาณนี้ให้เฉพาะแก่บุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

****เพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค** มีการร่วมจ่ายสำหรับการรักษาโรคที่ไม่รุนแรง (แต่ให้บริการฟรีสำหรับผู้ยากไร้) แต่ให้บริการฟรีสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่พิสูจน์แล้วว่ามีคุณค่า

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ควรมีเกณฑ์วัด ‘ความยากไร้’ ที่ชัดเจน และมีบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ ‘ผู้ยากไร้’
2. การสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีกิจกรรมเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) ในการดูแลรักษาสุขภาพควรให้มีการกระจายกิจกรรมเช่นนี้ไปสู่ประชาชนด้วย เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการใช้งบประมาณด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า
3. ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ควรมีการบูรณาการจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. หลักการ Cost Containment และการดูแล ผู้ยากไร้และด้อยโอกาส อาจเป็นไปได้ในเชิงเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตามควรพิจารณาด้านสังคมให้รอบคอบ
5. ควรมีการศึกษาหาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ และการสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากงานดังกล่าวต้องการการทำงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน และมีการทุ่มเทความตั้งใจมาก ซึ่งในการดำเนินงานการงบประมาณมาก และมีแรงจูงใจที่ดี เพื่อบุคลากรสามารถทำงานอย่างเต็มที่
6. การประเมินผลการดำเนินงานของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นไปได้ยากกว่าการรักษาโรค และขณะนี้การดำเนินการรณรงค์ต่างๆเพื่อการส่งเสริมสุขภาพยังไม่สมเหตุผลเพียงพอ
7. ควรมีการให้คำจำกัดความที่ชัดเจนของ ‘ผู้ยากไร้’ และสร้างแบบจำลองการดำเนินงาน และการติดตามผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยยากไร้ เพื่อนำเสนอต่อ steering committee ต่อไป
8. ในการมองภาพอนาคต ควรพิจารณาการสร้างระบบประกันสุขภาพให้สัมพันธ์กับรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต เนื่องจากการที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ประกอบกับการที่ประชาชนมีอายุชั้ยนานขึ้น จะนำไปสู่ aging bloom ในอนาคต และความต้องการของประชากรและประชากรสูงวัยในวันข้างหน้าจะแตกต่างกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งประเด็นดังกล่าว มีความเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีด้วยเช่นกัน เนื่องจากประเด็นนี้ เป็นประเด็นที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน จึงควรมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาให้ถี่ถ้วน
9. ในการสร้างระบบ advanced co-payment ควรมีสัดส่วนการจ่ายตามระดับรายได้ และผู้ที่ต้องจ่ายเป็นผู้มีรายได้ดีเท่านั้น ดังเช่นการจ่ายภาษี
10. การจำกัดงบประมาณอาจไม่ใช่ประเด็นข้อจำกัดของจำนวนเงิน แต่เป็นประเด็นด้านลำดับความสำคัญของงบประมาณที่จัดสรรของรัฐบาล

กลุ่มที่ 4

ภาพอนาคตเรื่อง “เกิดการกระจายอำนาจ ใช้ระบบแข่งขันทางการตลาดในสถานให้บริการสุขภาพ” *

สถานการณ์ที่ได้รับ :

1. เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
 - มุ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ถือเป็นCatastrophic illness
 - ใช้งบประมาณน้อยกว่า แต่ประชาชนอาจต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป
2. ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
 - ระบบหลักประกันสุขภาพอาศัยแรงจูงใจทางการเงินร่วมกับการมีทางเลือกให้ประชาชนสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการแข่งขันกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

1. ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2. นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. พ.อ.นพ.สุรจิต	สุนทรธรรม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. พญ.ทัศนีย์	จันทร์น้อย	โรงพยาบาลศิริราช
5. นพ.ถาวร	สกุลพาณิชย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. รศ.นพ.นิพิฐ	พิรเวช	ผู้ทรงคุณวุฒิ
7. คุณจรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา
8. คุณประเชิญ	คนเทศ	ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน จ.นครปฐม
9. ดร.พัชณา	เอ็งบริบูรณ์พงศ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
10. คุณศรีนทร	รัตน์เจริญจร	สวปก. (ผู้จัดบันทึก)

Facilitators : คุณธีรวิสา มัทวพันธุ์ และ ดร.พลพิบูล สดางค์พุฒิ

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) :

1. Aging society
 - ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนอัตราส่วนที่มากขึ้น เทียบกับประชากรโดยรวมของประเทศ จะสร้างความต้องการที่มากขึ้นอาจใช้เงินมากขึ้น แนวโน้มโรคภัยแรง ผู้คนจะอายุยืนขึ้นจากการดูแลสุขภาพและออกกำลังกายในระหว่างที่อายุยังน้อย

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

- เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป (ไม่รวนวายเท่า driver งบประมาณปีบรัด) แต่กระบวนการทางการเมืองต้องตัดสินใจเร็ว มีผลกระทบต้องงบประมาณ ตัวอย่าง เรื่องการตัดสินใจขยายสิทธิให้ผู้ป่วยไตวาย
- จะมีผู้พิการมากขึ้น (พิการทางสมอง เจ้าชายนิทรา) ไม่ได้รับความดูแลที่เพียงพอ
- มี high demand สูง

2. แพทย์ไม่พอ กฎระเบียบจำกัดของผู้ให้บริการ

อยากให้มีการแข่งขันระหว่างรัฐเอกชน แข่งด้านคุณภาพ แต่ความจริงเป็นการแย่งแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขก็ดขวางไม่ให้ สปสช.ไปใช้เอกชน แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ติดระบบราชการ รัฐเอกชนไม่ได้ในการให้ผลตอบแทน (incentive) กับแพทย์

3. เทคโนโลยี

เทคโนโลยีสูง เข้ามาในประเทศมากขึ้น แต่จะเข้ามาเฉพาะกลุ่ม เช่นเข้ามาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งแพทย์เก่งๆก็อยากจะใช้เทคโนโลยีที่ดี มีลูกเล่นเยอะๆ และจะมีคนเฉพาะกลุ่ม (มีรายได้สูง - รวย) ที่มีโอกาสเข้าถึง จ่ายเงินเอง การแข่งขันทางการตลาดจะสูงมากสำหรับลูกค้ากลุ่มนี้

4. งบประมาณปีบรัด

เป็น Uncertainty ด้วย สภาพเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอน เช่น วิกฤติเศรษฐกิจ

5. ประเด็นเพิ่มเติม

- lack of management ระบบบริหารจัดการไม่เพียงพอ (สปสช. 1% , สปส. 3-4% ราชการน้อยที่สุด แต่ผลไม่ได้ต่างกันมาก) มีความต้องการอย่างยิ่งเพื่อให้เกิด Good DIM (design Implementation Monitoring)
- พฤติกรรมการใช้บริการ (behavior) ซึ่งเปลี่ยนแปลงไป

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties)

1. Globalization

- นามาทั้งโรค และผู้รับบริการข้ามชาติ: ส่งเสริมการแข่งขันในตลาด
- ประเด็นเสริม การให้การรักษาวางต่างชาติในหน่วยปฐมภูมิแถบอีสาน เช่น กรู๊ปเลือด ฝรั่ง หายาก แต่เป็นกลุ่มน้อย กลุ่มใหญ่คือ แรงงานข้ามชาติ พม่า ลาว เขมร เป็น impact crisis

2. การกระจายอำนาจ

- เสริมระบบบริการ เพราะประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ ลดการผูกขาด ส่งเสริมการแข่งขันหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแต่ละ อปท.
- เข้ากระบวนการ สปสช. หย่าร้างกับ สธ.

3. Market competition

- Option เสริม ให้ รพ.เอกชน บริการประกันคู่ขนานกับ 3 schemes ซึ่งยังแตกต่างกัน มากๆ ให้สถานบริการแข่งขันกันเอง เมื่อการเมืองเป็นใจ

- สถานบริการปัจจุบันผูกขาดโรคค่าใช้จ่ายสูง เพราะระบบส่งต่อ ต้องส่งเสริมให้มีระบบที่ให้สถานบริการแข่งขัน หรือมี ทางเลือกให้ผู้รับบริการ

4. การเมือง

ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการบริหารจัดการ และนโยบายปรับเปลี่ยน

จากปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญและปัจจัยความไม่แน่นอนในข้างต้น สามารถสรุปและเรียงลำดับความสำคัญได้ดังนี้

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ปัจจัยความไม่แน่นอน
1. งบประมาณ **	1. Globalization
2. aging society	2. การกระจายอำนาจ
3. แพทย์ไม่พอ	3. Market competition
4. เทคโนโลยีเปลี่ยน	4. การเมือง
5. lack of management	
6. behavior	

รายละเอียดของภาพอนาคต :

2551 ระบบหลักประกันสุขภาพคุ้มครองทั้ง first dollar และ last dollar และระบบบริการสุขภาพถูกผูกขาดโดย กระทรวงสาธารณสุข

2553 เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ จากการใช้จ่ายแบบประชานิยม

- รัฐบาลตัดสินใจเพิ่มค่าปรับการใช้ทุนเป็น 3 ล้านบาท นักศึกษาและแพทย์สภา ประท้วงการเพิ่มค่าปรับการใช้ทุนนักศึกษาแพทย์ และอื่นๆ จำนวนนักศึกษาที่สมัครเรียนลดลงอย่างมาก

2554 งบประมาณ สปสช. และกรมบัญชีกลางลดลง ทำให้ต้องประกาศให้มีการจ่ายร่วมแบบมีเพดาน และกรมบัญชีกลางเปลี่ยนระบบการจ่ายเป็นปลายปี

2555 มีการประท้วงของข้าราชการ จากนั้นกรมบัญชีกลางขยายให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมบริการ และเพิ่มเงินชดเชยการรักษา

- สวปก. เสนองงานวิจัยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสำหรับสังคมผู้สูงอายุ

2556 ครม. อนุมัติตาม พรบ. กระจายอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขโอนโรงพยาบาลในสังกัดให้ อปท.

- สธ. ปรับองค์การทำหน้าที่กำกับระบบบริการสุขภาพเต็มตัว
- สปสช. กระจายอำนาจให้ สปสช.เขตเป็นเป็นผู้ซื้อบริการ

2561 Last dollar : มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเลือกคุ้มครอง last dollar โดยมีการร่วมจ่ายที่ไม่ใช่ pro-rich policy

Market Competition :

- Competition ที่ระดับ provider
สถานบริการรัฐเป็นของส่วนท้องถิ่น และมีสถานบริการเอกชนเข้ามาแข่งขัน
กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นเจ้าของสถานพยาบาล แต่ทำหน้าที่กำกับระบบ
บริการสุขภาพของประเทศ
- Competition ที่ระดับ purchaser
 - ไม่มี market competition มีการประสานระหว่างกองทุนภาครัฐทั้ง 3 กองทุน
มีการกระจายการบริหารไประดับพื้นที่ มีการแข่งขันในการจัดการบริหาร
 - ยังไม่มี Signal ให้เห็นว่าประกันเอกชนจะทำหน้าที่ top up หรือ op-out
ระบบหลักประกันภาครัฐภายใน 10 ปีนี้

สรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต

ภาพอนาคตที่ได้จากกิจกรรมการสัมมนาเพื่อการสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพ
ตลอดระยะเวลาหนึ่งวันครึ่ง ณ พัทยาที่ผ่านมาพบว่า ผู้เข้าร่วมการสัมมนาต่างแสดงความคิดเห็นและให้
ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวางระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายมุมมอง ทั้งในมุมมองของ
ตนเองตามสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมายไป รวมทั้งมุมมองอื่นๆ เช่น เรื่องของสภาพสังคมเสื่อมโทรม
การเกิดโรงงานนิวเคลียร์ เป็นต้น ซึ่งเป็นรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบกับเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจริงใน
ปัจจุบัน

ผลที่ได้จากภาพอนาคตทั้ง 4 กลุ่ม มีประเด็นหลักที่เห็นถึงความคล้ายคลึงกัน เช่น หลาย
กลุ่มมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ภาคเอกชนควรมีบทบาทในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น
ภายใต้การกำกับดูแลอย่างเหมาะสม แต่ส่วนใหญ่ภาพที่ได้จาก 4 กลุ่มมีความแตกต่างกัน เนื่องจาก
สถานการณ์ที่แต่ละกลุ่มได้รับมีความแตกต่างกัน ซึ่งประเด็นหลักๆ ที่มีการอภิปรายกันมากคือ

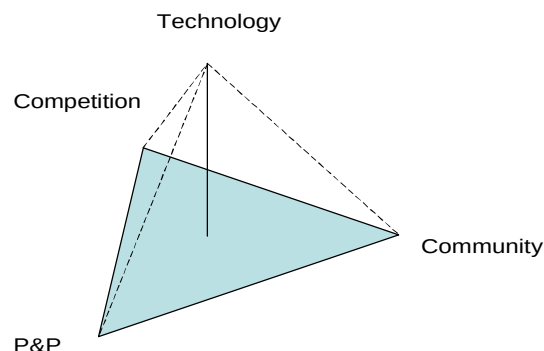
1. เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Preventive & Protection : P&P)
โดยไม่ว่าจะผ่านศูนย์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือผ่านกระบวนการอื่นๆ ก็ตาม ก็ยังมี
ภาพที่จำเป็นต้องไปศึกษาในรายละเอียดและทำความเข้าใจกับแนวคิดให้ตรงกัน
มากขึ้น เช่น ประเด็นที่กล่าวว่าการขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีหน่วยบริการปฐม
ภูมิเพิ่มขึ้นนั้น ควรต้องชัดเจนมากขึ้นว่า ปฐมภูมิในที่นี้คือ Primary health care หรือ
Primary medical care เนื่องจากสองอย่างนี้แตกต่างกัน ถ้าเป็น Primary health care
คือสังคมอยากให้ชุมชนดำเนินการเป็น Health care จะขยายหน่วยบริการตรงนี้เพิ่มขึ้น
อย่างไร หรือส่วนที่จะต้องขยายคือ Primary medical care ก็ต้องย้อนกลับไปเรื่องของ
การเน้นการรักษาพยาบาลคลินิกใกล้บ้าน
2. ประเด็นต่อเนื่องกัน คือมิติในเรื่องของหลักประกันหรือการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและ
ชุมชนที่เข้ามาเหมือนกับเป็นอีกหนึ่ง Agency ใหญ่ในการจัดระบบหลักประกันในส่วนนี้

กระบวนการตรงนี้ควรมองถึงอนาคตว่ากลุ่มเหล่านี้จะเข้ามาต่อภาพของระบบให้สมบูรณ์อย่างไร ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการ decentralize ระบบการบริการและส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะในระดับ Primary care และยังเกี่ยวโยงไปถึงเรื่องของ Sponsor ว่าจะมีการ Sponsor local health personnel คือผลิตแล้วใช้ในพื้นที่ได้หรือไม่

3. เรื่องการจัดการกองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นท้าทายคือการรวมกองทุน ข้อสำคัญของการรวมกองทุนและมี Single fund ก็คือทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า Share capacity ของสิทธิ คือทำให้ผู้มีสิทธิสามารถไปใช้ตรงไหน อย่างไรก็ได้เหมือนกันหมด
4. การนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ฯลฯ

เห็นได้ว่า เรื่องหลักๆ ที่มีการอภิปรายกันมากที่สุด ซึ่งยังเป็น Area ใหญ่ ก็คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นผ่านศูนย์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือผ่านกระบวนการอื่นๆ ก็ตาม ในเรื่องนี้ก็ยังมีภาพที่ผู้ศึกษาและผู้เข้าร่วมโครงการมองเห็นว่ามีโอกาสในการเข้าไปศึกษาในรายละเอียดอีกมาก

หากจะสรุปประเด็นหลักๆ ที่มีผลต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพ และควรจะต้องนำมาพิจารณาต่อ อาจพอสรุปได้เป็นภาพปริมาตรสามเหลี่ยม ที่ฐานเป็นรูปสามเหลี่ยมที่มีมุมทั้งสามเป็น P&P, Competition, Community และอนาคตจะเปลี่ยนไปอย่างไร ในทิศทางไหน ขึ้นอยู่กับการผสมผสานกันของแรงทั้งสามนี้ โดยมี Technology เป็นแรงขับเคลื่อนตัวที่ 4 ที่ส่งอิทธิพลต่อแรงอื่นๆ ที่เหลือ (ภาพที่ 4.3)



ภาพที่ 4.3 แรงขับเคลื่อนหลักที่มีอิทธิพลต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย

แนวทางการศึกษาในภาพรวมต่อจากนี้จะได้หลายทาง เช่น แดกย่อยประเด็นที่มีความคล้ายคลึงกันของภาพอนาคตทั้ง 4 ภาพ และนำมารวบรวมและสร้างให้เกิดเป็นภาพอนาคตที่มีบูรณาการเพิ่มขึ้น ส่วนประเด็นที่ยังมีความขัดแย้งกันก็เป็นปัญหาที่จำเป็นต้องนำไปศึกษาในรายละเอียดเชิงลึกของแต่ละประเด็นนั้นๆ ต่อไป โดยวิธีการหนึ่งก็คือการระดมความคิดจัดทำ scenario เฉพาะเรื่องที่ยังมีความขัดแย้งกันเหล่านี้ทั้งนี้เพื่อให้ภาพของการวางระบบหลักประกันสุขภาพที่เกิดจากผู้ที่มีส่วนร่วมของระบบหลักประกันสุขภาพ มีข้อสรุปและมีความชัดเจนมากขึ้น สำหรับเตรียมความพร้อมสู่การจัดทำเส้นทาง (Road map) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามฉากทัศน์ที่เป็นไปได้ตามเป้าประสงค์ในระยะ 5-10 ปี ตามวัตถุประสงค์ของโครงการต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ดร.นเรศ ดำรงชัย และคณะ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับเป้าประสงค์ ปัจจัยผลักดันระบบ และความไม่แน่นอน

ประเด็นที่น่าสนใจโดยย่อจากบทความวิชาการของผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ ที่ได้จัดทำไว้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการฯ สามารถสรุปได้ดังนี้ (รายละเอียดของบทความทั้งหมดศึกษาได้จากเอกสารประกอบโครงการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย)

เป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และได้มาตรฐาน หรือเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost containment) ของระบบบริการสุขภาพ

- บริการที่มีคุณภาพมีความหมายครอบคลุมมากกว่าบริการที่ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ (professional standard) แต่บริการนั้นต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้ระบบมีค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว (long term financial sustainability)
- มีความเชื่อว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มักจะมีต้นทุนในการจัดบริการสูงกว่าบริการที่ด้อยคุณภาพ หรือคุณภาพบริการมักจะผันแปรตามต้นทุนที่ใช้ในการจัดบริการ
- ที่ผ่านมามีรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการมักสะท้อนว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพที่ประชาชนจะได้รับ จนดูเหมือนว่าประเด็นเรื่องคุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย เป็นประเด็นที่จะต้องเลือกไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง
- อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีหลักประกันว่าบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะเป็นบริการที่มีคุณภาพและให้ผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) ดีกว่าบริการสุขภาพเดียวกันที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า นอกจากนี้ บริการพื้นฐานควรเป็นบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานด้วย
- การจัดบริการจนกระทั่งถึงจุดหนึ่ง (threshold) ที่การลดต้นทุนจะกระทบต่อคุณภาพบริการ ต้นทุน ณ จุดนั้นจึงเป็น “ต้นทุนขั้นต่ำ” ในการจัดบริการนั้นๆ ตามมาตรฐานที่กำหนด
- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพจึงสามารถดำเนินการ โดยการลดทอนสิทธิประโยชน์บางรายการที่อาจมีต้นทุนประสิทธิผลต่ำโดยไม่กระทบต่อคุณภาพของบริการได้

2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเห็นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) หรือมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor)

- การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม (Equitable access) หมายถึงการใช้หรือได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยมากมักดำเนินการโดยให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิหรือประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งข้อดีทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ใน 2 มิติ คือความครอบคลุมประชากร และความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ อันทำให้เกิดความเป็นธรรมและเกื้อกูลกันได้ แต่ข้อพึงพิจารณาคือภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่สูงและต้องให้ความอย่างเพียงพอ และอุปสงค์ต่อบริการที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากราคา ณ จุดใช้บริการของประชาชนลดลง
- การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ (Helping the poor) หมายถึงรัฐบาลให้ความช่วยเหลือที่มุ่งต่อผู้ยากไร้หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมในด้านต่างๆ เช่น รายได้ บริการทางสังคมหรืออื่นๆ ซึ่งมีข้อดีที่หากมาตรการในการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสมีประสิทธิภาพจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงเป้าหมาย โดยภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐไม่สูงมากนัก ในขณะที่ประชาชนมีเสรีภาพและทางเลือกในการตัดสินใจเป็นของตนเอง แต่มักมีข้อจำกัดที่การขาดประสิทธิภาพของการค้นหาและเข้าถึงผู้ด้อยโอกาสตลอดจนไม่สามารถทำให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพได้
- พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงจากการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรม ให้ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 33 ในปี 2534 สู่ร้อยละ 95 ในปี 2546 (เช่นเดียวกับการงบประมาณที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย)

3. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care) หรือความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care)

- หลักการพื้นฐานของระบบประกันคือการคุ้มครองผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิ จากภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ซึ่งอยู่ในขอบเขตการครอบคลุมของการประกันนั้น โดยวัตถุประสงค์หลักในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินหรือความเดือดร้อนอันเกิดจากภาระทางการเงินซึ่งไม่สามารถจ่ายได้
- ระบบหลักประกันที่จ่ายค่าบริการสำหรับความครอบคลุมที่กว้างขวางย่อมตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้มากกว่า แต่ต้องระมัดระวังประเด็นที่เกี่ยวกับ Moral Hazard ที่จะทำให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น และภาระทางการเงินที่สูงของภาครัฐ ซึ่งหากการอุดหนุนงบประมาณไม่เพียงพอ จะส่งผลถึงการเข้าถึงบริการและคุณภาพได้
- ระบบหลักประกันที่ความคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคที่มีความรุนแรงหรือการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการจัดระบบแบบ Safety Net ประชาชนยังคงมีส่วนร่วมจ่ายในระดับที่น่าจะดูแลตนเองได้ ทำให้ต้องมีการ Trade-off ระหว่างการลดความเสี่ยงทางการเงิน และการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ระบบอาจเสี่ยงต่อ

การโยกย้ายบริการจากส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองสู่ส่วนที่ได้รับความคุ้มครอง และควรเปิดโอกาสให้ซื้อประกันสุขภาพเสริมด้วยสำหรับบริการพื้นฐานด้วย

- ทางเลือกที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือการกำหนดและบริหารสิทธิประโยชน์ที่มีความชัดเจนว่า อะไรคุ้มครอง และอะไรที่ไม่คุ้มครอง (Essential package) มากกว่าการคำนึงถึงเพียงประเด็นค่าใช้จ่าย เพื่อการคำนวณภาระทางการเงินที่ชัดเจน และความเข้าใจที่ตรงกันของผู้ให้และผู้มีสิทธิใช้บริการ

4. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม (Compulsory Equitable Benefit) หรือสิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing)

- สิทธิประโยชน์ที่มีความแตกต่างกัน จะแสดงถึง “ความไม่เท่าเทียม” ในสังคม หรือจัดให้ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกันแล้วเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ และผู้ให้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (ถ้ามี) ย่อมถือว่ามีความเท่าเทียมกันได้เช่นกัน
- การให้เลือกรวบรวม (1) มีบริการสุขภาพแบบบังคับแบบเดียว ไม่มีแบบอื่นให้เลือกทั่วประเทศ (2) มีชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียวไม่มีให้เลือก แต่สามารถซื้อบริการได้จากนอกกระบวนการประกันสุขภาพ (3) มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภาคบังคับ แต่เปิดให้มีทางเลือกเพิ่มเติมได้เป็นแบบต่อยอด
- ปรัชญาสำนักต่างๆ ตีความค่านิยม “ความเท่าเทียม” แตกต่างกัน จึงควรระบุให้ชัดเจนว่า ความเท่าเทียมที่ต้องการ เป็นความเท่าเทียมของอะไร ในรูปแบบใด
- กลุ่ม Egalitarian เชื่อว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชน ไม่ควรถูกกำหนดด้วยสถานะทางเศรษฐกิจ หากเปิดให้ผู้ป่วยเลือกสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมและจ่ายเองได้ อาจมีผลกระทบให้มีความไม่เท่าเทียมกัน
- “ทางเลือก” (choice) เป็นสาระสำคัญของปรัชญาสำนักอรรถประโยชน์นิยม ซึ่งให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์โดยรวมของสังคม โดยไม่ให้ความสำคัญมากนักกับความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกในสังคม
- สำนัก Libertarian เห็นว่า บุคคลมีสิทธิที่จะใช้ทรัพย์สินของตนในการให้ได้มาซึ่งบริการสุขภาพที่มากกว่าหรือดีกว่า อย่างน้อยก็ในส่วนชายขอบ (at the margin) นั่นคือ ตามความต้องการที่จะจ่าย (willingness to pay) และความสามารถในการจ่าย (ability to pay)
- การมีสิทธิประโยชน์แบบเดียวน่าจะนำไปสู่คุณภาพบริการในระดับเดียวกัน โดยไม่มีเหตุปัจจัยเรื่องการจ่ายค่าบริการมาเกี่ยวข้อง (อาจมีเหตุปัจจัยอย่างอื่น) หากมีสิทธิประโยชน์หลายแบบ อาจมีความกังวลในเรื่องคุณภาพ ฉะนั้นควรคำนึงว่าสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมดังกล่าว จะไม่มีผลต่อคุณภาพทางการแพทย์หรือคุณภาพทางคลินิก แต่เป็นการเพิ่มความสะดวกต่างๆ
- ระบบที่มีทางเลือกย่อมมีโอกาสนำไปสู่ระดับความพึงพอใจโดยรวมที่มากกว่าการมีระบบที่มีสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบเดียว ในขณะที่การเปิดทางเลือกพร้อมกับการให้มีส่วนร่วมจ่ายน่าจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบมากขึ้น

5. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market) หรือระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed or socialized system)”

- การแข่งขันในระบบตลาด (Market competition) ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ผู้บริโภคมีอิสระในการเลือกซื้อ ผู้ผลิตมีแรงจูงใจในการให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคและคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ แต่ในด้านบริการสุขภาพมักมีข้อจำกัดด้านการสร้างความเป็นธรรม และกลไกตลาดมักล้มเหลว เนื่องจากการขาดสมดุลของข้อมูล ความลำเอียงในการเลือกรับความเสี่ยง (Selection bias) และความจำกัดในการเข้าสู่ตลาดของผู้ให้บริการทำให้จำกัดทางเลือกโดยเฉพาะในชนบท
- บริการการแพทย์เพื่อสังคม (Socialized medicine) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้การคลังภาครัฐเป็นหลัก โดยรัฐบาลไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของหน่วยบริการ แม้จะส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมได้ แต่ก็มีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ทำให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย และส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยี อีกทั้งมักต้องจำกัดทางเลือกของประชาชน ทำให้อาจมีข้อสงสัยต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการ
- รัฐบาลสามารถควบคุมกำกับตลาดสุขภาพโดยใช้การแข่งขันเป็นเครื่องมือในการกระตุ้นประสิทธิภาพได้ เรียกว่า Managed competition

ปัจจัยหลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพที่อาจถูกควบคุมเข้มงวดมากขึ้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการในระบบตามกรอบสิทธิประโยชน์ที่กำหนดและระดับของคุณภาพที่คาดหวัง
 - ประเมินการว่ารายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2547 เท่ากับร้อยละ 3.5 ของ GDP และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.64 และ 3.68 ของ GDP ในปี 2553 และ 2563 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสัดส่วนดังกล่าวยังต่ำกว่าประเทศอื่นซึ่งโดยเฉลี่ยจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 9 ของ GDP ทำให้แนวโน้มโดยรวมแนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพย่อมจะเป็นไปในทางที่สูงขึ้นอย่างแน่นอน
 - ในปีงบประมาณ 2551 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามยุทธศาสตร์ของประเทศ 6 ด้าน โดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ซึ่งได้รับงบประมาณรวมทั้งยุทธศาสตร์ร้อยละ 33.9 ของงบประมาณทั้งหมด ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้รับงบประมาณเป็นสัดส่วนมากที่สุดอยู่แล้ว
 - หากคาดการณ์ภายใต้กรอบที่เศรษฐกิจไทยจะมีการขยายตัวอย่างยั่งยืน งบประมาณที่ต้องจัดสรรเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีก 10 ปีข้างหน้า หักรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับเงินเดือนบุคลากรจะเพิ่มจาก 76,558 ล้านบาทในปี 2552 เป็น 110,527 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 40
 - ความเสี่ยงของระบบในมุมมองของรัฐบาลเป็นผลมาจากการขาดระบบบัญชี บัญชีต้นทุน และการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงกัน

2. ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยมีแนวโน้มไปสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
 - ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนนานขึ้นและเจ็บป่วยน้อยลง สัดส่วนของประชากรไทยวัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลปี 2548 ชีวอายุที่ประมาณร้อยละ 10.4 อัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในภาพรวมสูงขึ้น และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะพักอาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2548
 - การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year, DALY) พบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านสุขภาพจากโรคที่ไม่ติดต่อมากกว่าโรคติดต่อถึงเกือบ 8 เท่า โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองอุดตัน หัวใจขาดเลือด เบาหวาน มะเร็งตับและถุงน้ำดี ต้อกระจก กล้ามเนื้อโป่งพอง และสมองเสื่อม เป็นต้น
 - ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประชากรจะเปลี่ยนไปตามกลุ่มอายุในลักษณะ J-curve โดยจะสูงขึ้นและสูงสุดในช่วงวัยชรา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพด้วย ปัจจัยที่น่าจะมีผลอย่างสำคัญ คือการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี เช่น ยาใหม่ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาแบบใหม่
 - ความท้าทายอีกประการในอนาคต คือการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล ซึ่งจากข้อมูลที่มีอยู่อาจต้องใช้เงินกว่า 2,000 - 20,000 ล้านบาทต่อปี
3. ปัจจัยผลักดันด้านทรัพยากรบุคคลในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - จากการประเมินในปี 2549 ปริมาณแพทย์ของประเทศยังน้อยกว่าความต้องการ ประมาณ 6,092 คน ในขณะที่สามารถผลิตได้ปีละ 1,500 คน และเสียแพทย์ออกจากระบบของรัฐประมาณ 700 คนต่อปี
 - การกระจายของแพทย์ยังกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่าที่อื่นๆ
 - ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการแพทย์เพิ่มมากขึ้น คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเพิ่มปริมาณภาระงานของแพทย์ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและปัญหาสาธารณสุข การเติบโตของบริการภาคเอกชน และนโยบาย Medical Hub of Asia
 - ในสถานการณ์ดังกล่าว ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่ด้อยลง และต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนที่สูงขึ้น
4. นโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพรบ.สุขภาพแห่งชาติกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในขณะที่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะลดลงและเปลี่ยนแปลงรูปแบบไป

- การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศใน 4 มิติ ได้แก่ (1) ด้านกฎหมาย ซึ่งในด้านสาธารณสุขยังมีน้อย (2) ด้านการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งขณะนี้ยังขาดทิศทางและแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน (3) ด้านการคลังสุขภาพ ซึ่ง อปท. จะได้รับงบประมาณด้านนี้มากขึ้น แต่อาจขาดประสบการณ์ในการจัดการทางสุขภาพ (4) การบริหารจัดการทั่วไป ซึ่งอาจมีขอบเขตพื้นที่จัดบริการที่ไม่สอดคล้องกันและมีปัญหาการทับซ้อนของพื้นที่
- แม้ว่าอาจทำให้การตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่มีผลกระทบด้านการคลังจากความเสี่ยงต่อการสูญเสียงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมสาธารณสุขในภาพรวมของระบบ การบันทึกต้นทุนประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณเนื่องจากขาดประสิทธิภาพเนื่องจากขนาดและความไม่เหมาะสมของการใช้เงินทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและมีการแข่งขันในการให้บริการที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้อาจส่งผลต่อความเป็นธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพอื่น เนื่องจากความสามารถและศักยภาพของ อปท. แต่ละพื้นที่ที่ไม่เท่ากัน

5. ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของระบบบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ให้บริการและทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนผ่านกลไกต่าง ๆ ตลอดจนการฟ้องร้องขยายตัวขึ้น

- การร้องเรียนเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น การเสนอข้อหาเกี่ยวกับการผู้เสียหายทางการแพทย์ผ่านสื่อเพิ่มขึ้น การฟ้องร้องคดีแพ่งและอาญากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น
- ผู้เสียหายยังประสบปัญหาเรื่องภาระในกระบวนการทางศาล ระยะเวลาที่ยาวนาน ค่าใช้จ่ายสูงและผู้ป่วยส่วนน้อยที่ชนะคดี
- การชดเชยผู้เสียหายตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เฉลี่ยรายละ 99,925 บาท แต่ปัญหาสำคัญคือการเชื่อมโยงผลสู่การตัดสินใจ “ผิด” “ถูก”
- ผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ และค่าใช้จ่ายในระบบ อันเนื่องจากการส่งต่อเพื่อหลีกเลี่ยงการเหนี่ยวนำให้เกิดเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง (Defensive medicine) และการขาดความร่วมมือช่วยเหลือจากฝั่งผู้ให้บริการ
- ขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ซึ่งอาจทำให้ต้นทุนของระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ข้อมูลประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่าทำให้สถิติการร้องเรียนและการร้องเรียนวินัยแพทย์เพิ่มขึ้น

6. สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน

- เทคโนโลยีทางการแพทย์ในนี้ครอบคลุมยาและเครื่องมือแพทย์ โดยตลาดยาในประเทศมีมูลค่ากว่า 120,000 ล้านบาท เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี การขึ้นทะเบียนยาต้องมีข้อมูลด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพ ในขณะที่การขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ไม่จำเป็นต้องแสดงข้อมูล

- ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้แก่ ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โรคติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและต้องการยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง การขยายตัวของอุตสาหกรรมด้านสุขภาพและเทคโนโลยีใหม่ การฟ้องร้องและการเรียกร้องสิทธิสำหรับผู้ป่วย
- เทคโนโลยีใหม่สร้างโอกาสสำหรับหลักประกันสุขภาพในอนาคตได้ เช่น เป็นเครื่องมือในการลดต้นทุนการให้บริการ การเพิ่มความรวดเร็วและการให้บริการนอกโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าจะอาจสามารถทำได้ในปริมาณกว่าร้อยละ 50 ของบริการทั้งหมดใน 5-10 ปีข้างหน้า การป้องกันโรคด้วยวัคซีน การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยยีน
- ประเทศไทยต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีมากขึ้นเรื่อยๆ และน่าจะต้องการระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง

7. โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการ และปรับตัวเพื่อประสิทธิภาพขององค์กร รองรับการแข่งขันและเพื่อความอยู่รอดทางการเงินมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นองค์กรมหาชน

- โรงพยาบาลของรัฐมีการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการองค์กร ตลอดจนระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการมาแล้วเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 และเมื่อเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อันเนื่องมาจากแรงกดดันของกลไกการจ่ายเงินปลายปิดและงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่ภาระงานเพิ่มขึ้น
- ความพยายามควบคุมต้นทุนส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรและปัญหาสมองไหล
- มีการเพิ่มบริการที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์ตลอดจนผลักดันการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการที่ยุ่ยากซับซ้อนและที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง และการทำการตลาดในบริการตรวจสุขภาพและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และบริการข้ามพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มรายได้
- การปรับปรุงประสิทธิภาพยังคงดำเนินต่อไปตามนโยบาย Good Health at Low Cost
- โรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบองค์กรมหาชนที่นำร่องไว้ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพกว่าโรงพยาบาลในระบบราชการในพื้นที่ใกล้เคียงกัน เมื่อประเมินโดยดัชนีเฝ้าระวังหลาย ๆ ด้าน

8. สถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ในประเทศไทยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและมากที่สุด โดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย
- ปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคเรื้อรัง ปัญหาที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ความหนาแน่นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และความต้องการบริการที่ทันสมัยของประชาชนเป็นปัจจัยผลักดันการพัฒนาที่สำคัญ
- จากการศึกษาเปรียบเทียบในนานาประเทศพบว่าคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลต่อการเข้าถึง ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

- การสนับสนุนบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ยังไม่เพียงพอหากพิจารณาจากอัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข (กสร.) ต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าลดลงจาก 1:1390 ในปี 2541 เป็น 1:1637 ในปี 2549 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด กสร. ยังมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน
- แนวโน้มของการพัฒนาด้านบุคลากรคือ การเพิ่มแพทย์ พยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติเข้าไปมีส่วนร่วมมากขึ้น ในขณะที่ยังขาดทันตแพทย์และทันตภิบาล ซึ่งยังมีความท้าทายที่สำคัญ คือ การลาออกและผู้ที่จบการศึกษาใหม่ไม่นิยมและมีแนวโน้มถูกจำกัดไม่ให้เข้ามาทำงานในภาครัฐ รวมถึงความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจ ตามนโยบายกระจายอำนาจ
- ข้อมูลถึงปี 2547 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังประสบปัญหาขาดทุนอยู่บ้างทั้งที่สถานีอนามัย (15%) และโรงพยาบาลชุมชน (37%)
- ในเขตกรุงเทพมหานคร การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของระบบบริการปฐมภูมิยังทำได้ค่อนข้างจำกัด หน่วยบริการในระบบส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งมีข้อจำกัดที่ต้องปรับปรุงหลายประการ เช่น ภาพพจน์ ระยะเวลาารับบริการ และคุณภาพบริการ ต่ำกว่าที่คาดหวัง ระบบส่งต่อยุ่งยาก ขาดงบประมาณในการพัฒนาให้เกิดความคล่องตัว ตลอดจนการประชาสัมพันธ์
- หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมบริการได้มากขึ้น สอดคล้องกับค่านิยมคนเมือง ทั้งร้านยาและคลินิกเอกชน แต่ต้องการระบบในการจัดการที่ดีและคล่องตัว ตลอดจนการดูแลเรื่องความขัดแย้งผลประโยชน์ (Conflict of interest) ของบุคลากร รวมถึงระบบการส่งต่อการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ และการกำกับดูแลคุณภาพ

ปัจจัยความไม่แน่นอนที่อาจมีอิทธิพลต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความไม่แน่นอนหากมีเปลี่ยนแปลงของระบบอภิบาลและการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐโดยให้เอกชนเข้ามามีดำเนินการ
 - ระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยส่วนใหญ่มีลักษณะสัญญา สิทธิประโยชน์ที่คล้ายกันบนโครงสร้างของสัญญาประกันภัยที่ชดเชยความเสียหายแบบดั้งเดิม (Traditional indemnity) ไม่รับรองการรับประกัน (Non-guaranteed issuing) และไม่รับรองการต่ออายุสัญญาเมื่อครบกำหนด (Non-guaranteed renewal) แต่เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายจะมีการนำแนวทางการจัดการใหม่ๆ มาใช้ เช่น แนวทางบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed care) การใช้ระบบเครือข่ายสถานพยาบาลหลักแบบ Preferred provider การบริหารการใช้ทรัพยากรการแพทย์ (Utilization management) การบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล (Provider management) งานระบบสารสนเทศและข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management information) งานบริหารการเบิกจ่ายผลประโยชน์และค่าบริหารสุขภาพ (Claim & Reimbursement management) งานบริหารการเงิน

- ประกันสุขภาพ (Financial management) และการต่อต้านทุจริต (Anti-frauds) ทำให้บริษัทรายใหญ่อยู่ในสถานะมีกำไร
- ทิศทางที่ภาคเอกชนอาจมีโอกาสดำเนินการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (1) ภาคเอกชนไม่มีส่วนร่วมโดยตรง อันเป็นสถานการณ์ปัจจุบัน
 - (2) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนบริหารจัดการโดยไม่รับความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งอาจมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจ คุณภาพและการเข้าถึงบริการได้ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น
 - (3) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยต่อ ซึ่งน่าจะทำให้ความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนดีขึ้น ซึ่งหากเป็นแบบรับจ้างบริหารจัดการด้วย คุณภาพและการเข้าถึงบริการอาจดีขึ้น แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้นและอาจมีแรงกดดันระหว่างกองทุนรัฐที่เลือกใช้ หรือไม่เลือกใช้ภาคเอกชน
 - (4) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยตรง ผู้มีสิทธิอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากการใช้โครงสร้างสิทธิประโยชน์แบบมีเพดานทุกหมวดรายการ และต้องระวังเรื่องเสถียรภาพทางการเงินซึ่งขึ้นกับจำนวนประชากรและโอกาสเกิด Adverse selection และหากเป็นแบบประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplemental insurance plan) จะมีประเด็นด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงความคุ้มครอง อย่างไรก็ตามหากใช้แนวทางแบบ Managed care plan ประเด็นส่วนเกินสิทธิอาจน้อยกว่าแบบอื่น
 - ในการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะต่างๆ ระบบอภิบาลของกองทุนภาครัฐจะต้องมีการปรับตัว และปรับบทบาทการทำงานให้เหมาะสม สอดคล้องกันด้วย

2. การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญ อย่างต่อเนื่อง และซ้ำซากจนเป็นภาระแก่ระบบ

- องค์การอนามัยโลกคาดว่าจะมีการระบาดใหญ่ของโรคติดต่อ โดยเฉพาะไข้หวัดใหญ่ได้อีก แต่ผู้เชี่ยวชาญยังไม่สามารถระบุลงไปได้ว่าเมื่อใด และยังขาดความแน่นอนทางระบาดวิทยาว่าจะเริ่มจากที่ใด จะมีประชาชนเจ็บป่วยเท่าใด หรือความรุนแรงถึงระดับไหน
- การระบาดของไข้หวัดใหญ่ทางเป็นไปได้จะเกิดอย่างรวดเร็ว แพร่กระจายข้ามภูมิภาคและประชากรที่เสี่ยงในแต่ละพื้นที่ คลื่นการระบาดอาจคงอยู่ประมาณ 4 – 5 เดือน และคลื่นการระบาดต่อไปจะเกิดขึ้นได้ประมาณ 1 - 3 เดือนภายหลังคลื่นแรก
- ผลกระทบระยะสั้น จะต้องให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน หากมีการระบาดรุนแรงมาก ประเทศไทยอาจมีผู้ป่วยถึง 20+ ล้านคนและเสียชีวิตราว 5 แสนคน หากการระบาดรุนแรงน้อย จะมีผู้ป่วยราว 15 ล้านคน และชีวิตประมาณ 20,000 คน ส่งผลต่อ GDP ร้อยละ 1.00 - 4.25 ในปีที่เกิดการระบาด ทั้งนี้โดยมีผลกระทบระยะยาวต่อไปถึงพฤติกรรม การบริโภค แบบแผนการเข้าถึงสังคม รวมถึงการเพิ่มความต้องการบริการและการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- ความสามารถในการป้องกันด้วยวัคซีนอาจไม่เพียงพอในระยะอันใกล้ การค้นหา เติมน้ำยา และจำกัดการแพร่กระจายยังคงเป็นประเด็นสำคัญ

3. ความไม่แน่นอนอันเนื่องมาจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงอัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญต่อแนวโน้มในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การพึ่งพิงงบประมาณแผ่นดินของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับรายได้ของประเทศเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับแหล่งเงินทุนของการสร้างหลักประกันสุขภาพด้วย ทั้งนี้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศมีปัจจัยที่กำหนดสถานะเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศคู่ค้าหลักของไทย ภาวะและแนวโน้มราคาน้ำมันดิบ อัตราแลกเปลี่ยน อัตราดอกเบี้ยนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ และรายจ่ายภาคสาธารณะ
- เงินบาทที่แข็งค่าขึ้นประมาณ 3% จะทำให้การจัดเก็บรายได้ในปีงบประมาณ 2552 ลดลงประมาณ 7 พันล้านบาท
- การลดอัตราดอกเบี้ยนโยบายเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจอาจเป็นผลลบในการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่การเพิ่มอัตราดอกเบี้ยเพื่อป้องกันปัญหาเงินเฟ้อจะส่งผลบวก
- ราคาน้ำมันดิบที่เพิ่มขึ้นประมาณ 12% (US\$10/Barrel) จะทำให้จัดเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น 0.7% (ประมาณ 10,000ล้านบาท) ถ้าปัจจัยอื่นๆ คงที่
- สถานะเศรษฐกิจซบเซา ทำให้รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ อันทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการอื่น
- ภาวะเศรษฐกิจยังทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพด้านต้นทุนในการจัดบริการ ทั้งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงชุดสิทธิประโยชน์ การเพิ่มขึ้นของต้นทุนด้านบุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ เนื่องจากทำให้งบประมาณสุทธิเพื่อดำเนินการลดลง

4. ความไม่แน่นอนจากผลกระทบของภัยธรรมชาติที่รุนแรงต่อโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุข

- แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ได้ตั้งอยู่ใกล้บริเวณแหล่งกำเนิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ กระนั้นหลายเหตุการณ์ยังสามารถส่งผลกระทบถึงประเทศไทย และยังมีรอยเลื่อนของแผ่นดินที่ยังมีพลังอยู่กลุ่มหนึ่ง
- การเกิดแผ่นดินไหวและสึนามิยังเป็นสิ่งที่คาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้และมีความไม่แน่นอนสูง เช่นเดียวกับพายุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายในโลก การเกิดสภาวะโลกร้อน และการกระทำของมนุษย์ เช่น การตัดไม้ทำลายป่า
- แม้เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ผ่านมายังไม่รุนแรงพอที่จะทำให้อาคารเสียหายถึงขั้นถล่มลงในประเทศไทย แต่แผ่นดินไหวที่รุนแรงเพียงพอให้อาคารเสียหายขนาดประมาณ 5.5 ริคเตอร์ขึ้นไปสามารถเกิดขึ้นบริเวณรอยเลื่อนที่มีพลังในประเทศ หรือจากแผ่นดินไหวที่รุนแรงจากนอกประเทศได้

5. การขยายวงของปัญหาการก่อการร้ายภายในประเทศ

- สงครามการก่อการร้ายสากลในปัจจุบันสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ใช้อาวุธที่พัฒนาขึ้นได้อย่างหลากหลาย และที่สำคัญที่สุดนั้นกลุ่มก่อการร้ายสามารถใช้ระบบสื่อสาร คอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งระบบอินเทอร์เน็ตในการปฏิบัติการได้
- ความเสียหาย 6 ประการสำคัญที่เห็นได้ชัด ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สินและกระทบกระเทือนต่อเศรษฐกิจของชาติ การทำให้สูญเสียบุคคลสำคัญหรือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศ การทำให้กระทบกระเทือนต่อภาพพจน์ของรัฐบาลและของประเทศ ความสั่นเปลี่ยงงบประมาณของประเทศในการเตรียมการต่อต้านการก่อการร้าย การก่อให้เกิดความวิตก ทำลายขวัญประชาชนเสมือนหนึ่งสงครามจิตวิทยา และความบาดหมางในทางการเมืองระหว่างประเทศ
- เหตุการณ์การก่อการร้ายในอนาคตสำหรับประเทศไทยยังมีความเสี่ยงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นลักษณะดังนี้ (1) การทำลายระบบความปลอดภัยข้อมูลข่าวสารของประเทศทาง Internet (2) การลอบวางระเบิด ลอบยิง ช่มชู้ จี้ตัวประกัน (3) การจู่โจมด้วยวิธีการ หรือเครื่องมือที่ไม่คาดคิดที่อาจรวมไปถึงการใช้อาวุธเชื้อโรคและเคมีชีวภาพ ซึ่งต้องการการเตรียมพร้อมของระบบสาธารณสุขของประเทศ

6. ความไม่แน่นอนต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการระบบ

- เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่ จะเปลี่ยนแปลงแนวทางการวินิจฉัยโรคที่เพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยมากขึ้น ซึ่งแม้จะได้ประโยชน์ในด้านต่างๆ จากเทคโนโลยี แต่ก็เป็นเรื่องยากที่จะประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีจำนวนมาก
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะส่งเสริมแนวทางการแพทย์เชิงป้องกันส่วนบุคคล ผ่านการค้นพบโรคในระยะแรก การพัฒนาด้านการพยากรณ์โรค อย่างไรก็ดีตามในโรคที่มีความซับซ้อนและยังไม่มีการรักษาที่ได้ผลดี ประเด็นนี้อาจส่งผลกระทบร้ายแรงจนถึงระดับที่มีการฟ้องร้องกันมาแล้วได้
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะเกี่ยวพันกับประเด็นทางชีวจริยธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการบำบัดโรค เช่น การใช้ Stem cell หรือ Therapeutic cloning แต่มักเป็นประเด็นที่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์กันกว้างขวาง
- เทคโนโลยีใหม่ๆ จะเกี่ยวพันกับความลับส่วนบุคคล ทั้งในส่วนของความก้าวหน้าทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบฐานข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข และความก้าวหน้าด้านสารสนเทศด้านพันธุกรรม ซึ่งมีทั้งประโยชน์และเป็นความเสี่ยงต่อระบบที่จะต้องปกป้องความลับของผู้ป่วย อันเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา
- เทคโนโลยีใหม่จะเปิดโอกาสให้รองรับสังคมชราภาพและทุพพลภาพได้ดีขึ้น เช่น เทคโนโลยีวิศวกรรมเนื้อเยื่อ ความก้าวหน้าด้านวัสดุศาสตร์ โรโบติกส์ และไบโอนิกส์ ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้มักต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

สรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพอนาคต

จำนวนผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม Real time e-Delphi 98 คน มีผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Real Time Delphi จำนวน 74 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 75.51 และมีผู้ไม่ตอบแบบสอบถาม (No visit) 24 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.49 โดยในกลุ่มผู้ที่ตอบแบบสอบถาม 74 คน มีผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบเพียง 1 รอบ (Single visit) จำนวน 21 คนและมีผู้ที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 54.08 ซึ่งในกลุ่มของผู้ที่ตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 รอบนี้ สามารถแยกตามภาระงานหลักของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มนักวิชาการ 2) กลุ่มผู้บริหาร 3) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 4) กลุ่มผู้ให้บริการ 5) กลุ่มผู้บริหารระบบหลักประกัน โดยสัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละประเภท แสดงได้ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 รายละเอียดจำนวนและประเภทของผู้ตอบรับการตอบแบบสอบถามเดลิฟายล์

จำนวนครั้งของการตอบแบบสอบถาม Delphi	จำนวน	ร้อยละ	ประเภทของผู้ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละประเภทของผู้ตอบแบบสอบถาม	
				จาก multiple visit	จากผู้ตอบรับทั้งหมด
ผู้ที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (multiple visit)	53	54.08	นักวิชาการ	32.08	17.35
			ผู้บริหาร	18.86	10.2
			นักบริหาร	16.97	9.18
			หลักประกันสุขภาพ	16.97	9.18
			ผู้ให้บริการ	15.09	8.16
			ผู้กำหนดนโยบาย	(100)	(54.07)
ผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบเพียง 1 รอบ (single visit)	21	21.43			
ผู้ไม่ตอบแบบสอบถาม (no visit)	24	24.49			
ผู้ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม Real time e-Delphi ทั้งหมด	98	100.00			

เมื่อประมวลผลคะแนนระดับความคิดเห็นของผู้ที่ร่วมกิจกรรมเฉพาะส่วนที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (Multiple visits) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ไปในทิศทางต่อไปนี้

- ➡ มีแนวโน้มอย่างชัดเจนว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และได้มาตรฐาน มีความสำคัญสูงกว่า การประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost containment) ของระบบบริการสุขภาพ
- ➡ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) ก่อนข้างจะมีความสำคัญสูงกว่า การมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor) อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหนึ่งที่ยังเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจต้องให้ความสำคัญกับผู้ยากไร้ก่อน
- ➡ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความสำคัญกับ สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing) มากกว่าสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียมกันทุกคน (Compulsory Equitable Benefit) ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มของการให้ความสำคัญในประเด็นการให้ทางเลือกที่ลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับความคิดเห็นในช่วงแรกกับเมื่อสรุปผล และยังมีกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนหนึ่งที่ยืนยันว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน
- ➡ มีแนวโน้มที่ในระดับหนึ่ง แม้จะไม่ชัดเจนนักว่ามี การให้ความสำคัญกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความสำคัญครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care) สูงกว่าความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care)
- ➡ มีแนวโน้มอย่างชัดเจนพอสมควรกับการที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed or socialized system) มากกว่าระบบที่ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market)

รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (n=53 คน) [ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)]

เป้าประสงค์ที่แทนด้วยตัวเลข (-)	ระดับความคิดเห็นเมื่อเริ่มต้น	ระดับความคิดเห็นเมื่อสรุปผล	เป้าประสงค์ที่แทนด้วยตัวเลข (+)
การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ	-0.66 (1.20)	-1.02 (0.93)	การควบคุมค่าใช้จ่าย
การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม	-0.71 (1.62)	-0.93 (1.39)	การสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้
สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง อย่างเท่าเทียม	+0.92 (1.26)	+0.59 (1.29)	สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือก
คุ้มครองโรคทั่วไป	-0.24 (1.28)	-0.39 (1.22)	คุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
การแข่งขันในระบบตลาด	+0.92 (1.32)	+1.19 (1.20)	การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญว่าจะมีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละเรื่องที่น่าสนใจมาสอบถาม สรุปได้ดังต่อไปนี้

- 1) งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีบริบูรณ์มากขึ้น น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่เป็นอุปสรรคต่อการมุ่งสู่การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่คุณภาพและได้มาตรฐาน [-0.76 (SD0.44)] และการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง [-0.60 (SD0.77)] ในขณะที่สนับสนุนให้ควบคุมค่าใช้จ่าย [+0.43 (SD0.83)] และการเน้นความคุ้มครองการรักษาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ [+0.36 (SD0.86)]
- 2) ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนการเน้นความคุ้มครองการรักษาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเล็กน้อย [+0.18 (SD0.92)] แต่มีแนวโน้มว่าจะเป็นอุปสรรคต่อการมุ่งสู่การให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง [-0.38 (SD0.86)]
- 3) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนการส่งเสริมระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ [+0.31 (SD0.93)] และอาจมีผลบ้างต่อการสนับสนุนการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น และให้ทางเลือก [+0.24 (SD0.85)] ในขณะที่จะเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด [-0.54 (SD0.82)] และการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางสำหรับประชาชน [-0.94 (SD0.36)]

- 4) การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด [+0.42 (SD0.76)] ในขณะเดียวกันที่ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม [+0.57 (SD0.63)] การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน [+0.38 (SD0.82)] รวมถึงการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย [+0.45 (SD0.78)] นอกจากนี้ยังสนับสนุนทั้งการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นและให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม รวมทั้งสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง แต่มีแนวโน้มว่าจะสนับสนุนสิทธิประโยชน์แบบให้มีทางเลือกมากกว่า [+0.77 (SD0.51) vs. +0.45 (SD0.78) ตามลำดับ]
- 5) ประชาชนต้องการ คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันหลักที่สนับสนุนการบรรลุการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน [+0.78 (SD0.64)] ในขณะที่จะเป็นอุปสรรคต่อการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน [-0.81 (SD0.48)] นอกจากนี้ยังสนับสนุนสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค [+0.37 (SD0.76)] แต่ไม่ชัดเจนถึงผลกระทบต่อการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นและให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม [+0.11 (SD0.88)]
- 6) การรักษายาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยราคาแพงหรือที่มีค่าใช้จ่ายสูง [+0.45 (SD0.81)] และการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับเท่าที่จำเป็นและให้ทางเลือกให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ [+0.50 (SD0.78)] ในขณะที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง [-0.67 (SD0.61)] อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่มีต่อเป้าประสงค์ต่อไปนี้ไม่ชัดเจน ได้แก่ การเน้นความคุ้มครองโรคทั้งไปในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ [+0.06 (SD0.85)] การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยการควบคุมต้นทุน [+0.03 (SD0.95)] การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน [+0.03 (SD0.85)]
- 7) โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ในเรื่องการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน [+1.00 (SD0.00)] และโดยการควบคุมต้นทุน [+0.73 (SD0.64)] อย่างชัดเจน
- 8) นโยบายเน้นการพัฒนาบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยผลักดันที่สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ในเรื่องการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า

ทั้งที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน $[+0.88 \text{ (SD0.44)}]$ และโดยการควบคุมต้นทุน $[+0.86 \text{ (SD0.45)}]$ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการเน้นให้ความสำคัญคุ้มครองโรคทั้งไปในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ $[+0.93 \text{ (SD0.27)}]$ แต่มีผลเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์ที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้ความสำคัญคุ้มครองความเจ็บป่วยราคาแพงหรือที่มีค่าใช้จ่ายสูง $[-0.48 \text{ (SD0.69)}]$

ภาพรวมทั้งหมดของอิทธิพลของปัจจัยผลักดันระบบต่อการบรรลุเป้าประสงค์แสดงได้ดังตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 อิทธิพลของปัจจัยผลักดันระบบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันที่มีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์	สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์
งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีบริบูรณ์มากขึ้น	- คุณภาพ - โรคค่าใช้จ่ายสูง	+ ควบคุมต้นทุน + โรคทั่วไป
ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น	- โรคค่าใช้จ่ายสูง	+/- โรคทั่วไป
บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	- แข่งขันระบบตลาด - สิทธิภาคบังคับ	+/- เพื่อสังคม +/- จำเป็น&ทางเลือก
การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	ไม่มีผลกระทบเชิงลบกับเป้าประสงค์ที่สอบถาม	+/- แข่งขันระบบตลาด + เพื่อสังคม +/- สิทธิภาคบังคับ + จำเป็น&ทางเลือก +/- คุณภาพ +/- ควบคุมต้นทุน
ประชาชนต้องการ คัดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น	- ควบคุมต้นทุน	+ คุณภาพ +/- จำเป็น&ทางเลือก 0/+ สิทธิภาคบังคับ
การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	-/0 โรคทั่วไป -/0 คุณภาพ - สิทธิภาคบังคับ	+ โรคค่าใช้จ่ายสูง 0/+ ควบคุมต้นทุน + จำเป็น&ทางเลือก
โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ไม่มีผลกระทบเชิงลบกับเป้าประสงค์ที่สอบถาม	+ คุณภาพ + ควบคุมต้นทุน
นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ	- โรคค่าใช้จ่ายสูง	+ คุณภาพ + ควบคุมต้นทุน + โรคทั่วไป

หมายเหตุ	-	เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์ชัดเจน
	-/0	ผลกระทบค่อนข้างสมดุลระหว่างเป็นอุปสรรคหรือสนับสนุน แต่ค่อนข้างไปทางเป็นอุปสรรคมากกว่าเล็กน้อย
	0/+	ผลกระทบค่อนข้างสมดุลระหว่างสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค แต่ค่อนข้างไปทางสนับสนุนมากกว่าเล็กน้อย
	+/-	สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ แต่ยังมีผู้เห็นว่าอาจเป็นอุปสรรคอยู่บ้าง
	+	สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ชัดเจน

นอกจากประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันระบบข้างต้น ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่แน่นอนที่สำคัญ ว่าอาจจะมีผลต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละเรื่องที่น่าสนใจ สรุปลำดับต่อไปนี้

- 1) การให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ หากเกิดขึ้นในอนาคตน่าจะเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางสำหรับประชาชน [-0.86 (SD0.52)] ในขณะที่สนับสนุนต่อการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น และให้ทางเลือก [+0.65 (SD0.75)]
- 2) การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซากจนเป็นภาระแก่ระบบ หากเกิดขึ้นในอนาคต อาจมีผลกระทบในด้านเป็นอุปสรรคทั้งต่อการมุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) [-0.17 (SD0.80)] และการมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor) [-0.11 (SD0.88)] แต่ความคิดเห็นต่อผลกระทบดังกล่าวกระจายตัวมาก ไม่ชัดเจน
- 3) การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ หากเกิดขึ้นในอนาคต อาจมีผลกระทบในด้านเป็นอุปสรรคต่อการประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน [-0.93 (SD0.38)] การมุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (Equitable access) [-0.77 (SD0.62)] ในขณะที่ยังไม่สามารถประเมินผลกระทบที่ชัดเจนต่อการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมต้นทุน [+0.22 (SD0.93)] และการมุ่งการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor) [+0.15 (SD0.91)] เนื่องจากความคิดเห็นกระจายตัวมาก
- 4) การเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องอย่างก้าวโดดกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการระบบ หากเกิดขึ้น น่าจะมีผลสนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ทั้งการเน้นให้ความสำคัญคุ้มครองโรคทั้งไปในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ [+0.34 (SD0.77)] และการให้ความสำคัญคุ้มครองความเจ็บป่วยราคาแพงหรือที่มีค่าใช้จ่ายสูง [+0.33 (SD0.78)]

ภาพรวมทั้งหมดของอิทธิพลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุเป้าประสงค์แสดงได้ดังตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 อิทธิพลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความไม่แน่นอนที่อาจมีอิทธิพลต่อการบรรลุเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์	สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์
การให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ	- สิทธิภาคบังคับ	+ จำเป็น & ทางเลือก
การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก จนเป็นภาระแก่ระบบ	-/0 เพื่อทุกคน -/0 เพื่อผู้ยากไร้	ไม่มีผลกระทบเชิงบวกกับเป้าประสงค์ที่สอบถาม
การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ	- คุณภาพ - เพื่อทุกคน	+/- ควบคุมต้นทุน +/- เพื่อผู้ยากไร้
การเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องอย่างก้าวโดดกับการดูแลสุขภาพหรือการบริหารจัดการระบบ	ไม่มีผลกระทบเชิงลบกับเป้าประสงค์ที่สอบถาม	+/- โรคทั่วไป +/- โรคค่าใช้จ่ายสูง

- หมายเหตุ
- เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าประสงค์ชัดเจน
 - /0 ผลกระทบค่อนข้างสมดุลระหว่างเป็นอุปสรรคหรือสนับสนุน แต่ค่อนข้างไปทางเป็นอุปสรรคมากกว่าเล็กน้อย
 - +/- สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ แต่ยังมีผู้เห็นว่าอาจเป็นอุปสรรคอยู่บ้าง
 - + สนับสนุนการบรรลุเป้าประสงค์ชัดเจน

ภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดสมาชิกเข้าประชุมแยกเป็น 4 กลุ่มย่อยบนพื้นฐานของระดับความคิดเห็นที่มีต่อเป้าประสงค์ 10 ประเด็นข้างต้น การประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ได้ประเด็นที่สะท้อนภาพอนาคตนำเสนอในรูปแบบต่างๆ กัน (รายละเอียดการจัดประชุมเชิงปฏิบัติและผลงานรายกลุ่มย่อย ศึกษาได้จากรายงานวิจัยเล่มที่ 5)

ข้อมูลต่างๆ อาจนำมาประมวลเนื้อหาสำคัญ และวิเคราะห์ตามประเด็นว่ามีประเด็นใดที่อาจมีการกล่าวถึงแต่ลดบทบาทไป ประเด็นที่ได้รับการขยายความเพิ่มขึ้น ประเด็นที่มีการเชื่อมโยงออกไปสู่เรื่องอื่นๆ และประเด็นพบใหม่ที่ทำให้ประหลาดใจ ทำให้สามารถเรียบเรียงข้อความสังเคราะห์เป็นภาพอนาคตที่อาจเป็นไปได้ หากการพัฒนามุ่งไปสู่เป้าประสงค์ที่เป็นไปได้ต่างๆ กัน ดังต่อไปนี้

ภาพอนาคตที่ 1

สถานการณ์ของการมุ่งเป้าประสงค์ที่กลุ่มย่อยได้รับ

- สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพกำหนดให้ในส่วนที่จำเป็น และให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย (Consumer Choice with Cost Sharing)
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย (First-Baht Primary Care)
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้ระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed or socialized system)

เนื้อหาสำคัญจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อย

- 1) ธุรกิจโรงพยาบาลเติบโตมาก รองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติและชนชั้นกลางถึงสูงของสังคม ตลอดจนเป็น Nursing home ของโลก การให้ซื้อสิทธิหลักประกันเพิ่มเติมได้ส่งเสริมให้ภาคเอกชนยิ่งโตขึ้น บริการดีขึ้น คนมีอำนาจซื้อจะสะดวกขึ้น แต่ปัญหาคือ การใช้เป็นคำอ้างที่ไม่ชัดเจน และต้องรู้ก่อนว่ามีอะไรเป็นตัวกำหนด คนจนอาจไม่ได้รับความคุ้มครองที่ดีพอ และระยะยาวเกิดการแบ่งแยกชนชั้น
- 2) ปัญหาคนต่างด้าวอาจเรียกร้องสิทธิ (แต่ก็ยังไม่ได้รับสิทธิ) ทำให้เป็นภาระต่อระบบ ทรัพยากรทางการแพทย์ (แพทย์) ไม่สามารถอยู่ในระบบภาครัฐได้ และไหลไปภาคเอกชน
- 3) รัฐพยายามเล่นบทบาทเป็นผู้กำหนดกติกา แต่ยังไม่สามารถทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งได้
- 4) ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ในส่วนที่จำเป็นชัดเจนขึ้นว่า โรคอะไรอยู่ในภาคบังคับ
- 5) ประเด็นที่มีการอภิปรายในกลุ่มเพิ่มเติม ได้แก่

- a. เป้าประสงค์ว่า “ปฐมภูมิ” กับเรื่องราคาถูกหรือแพงอาจจะเป็นคนละมิติกัน โดยมีตัวอย่างการเสนอว่า แม้การดูแลนั้นจะมีค่าใช้จ่ายสูงราคาแพง ก็ต้องรวมอยู่ในระดับปฐมภูมิ
- b. เป้าประสงค์ไม่ชัดเจน ค่อยไปดำเนินการรักษามากกว่าเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวอย่างโรคเบาหวาน เพราะต้องมาคิดว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะถูกมองว่าเป็น “ปฐมภูมิ” ด้วยหรือไม่ อย่างไร
- c. มีผู้เสนอว่า ใน 10 ปี บทบาทของรัฐในฐานะ Regulator ก็คงยังไม่เข้มข้น แต่ภาพอนาคตมีการเสนอข่าวว่าคณะรัฐมนตรี ไม่นุมัติให้ต่างชาติถือหุ้นเกินร้อยละ 50

การวิเคราะห์เนื้อหา

ประเด็นที่ลดบทบาทไป (Dropped)	ประเด็นที่ได้รับการขยายความ (Enhanced)
- สถานการณ์เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	- ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นและให้ทางเลือก สัมพันธ์กับสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย
ประเด็นที่เชื่อมโยงออกไป (Linked)	ประเด็นพบใหม่ที่ทำให้ประหลาดใจ (Surprise)
- ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นที่ให้สิทธิให้สามารถให้เพิ่มเติมได้ นำไปสู่การแบ่งชนชั้นของประชาชนที่ชัดเจนขึ้น	- คนส่วนใหญ่ในกลุ่มไม่เห็นด้วยกับการให้สิทธิที่มีความครอบคลุมกว้างขวางตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย - ประเด็นคนต่างด้าว

การสังเคราะห์เป็นภาพอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเป็นระบบที่มุ่งให้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพครอบคลุมประเด็นที่ถือว่ามีความจำเป็น แต่ยังคงครอบคลุมกลุ่มโรคต่างๆ อย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ความเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่มีการให้ทางเลือกผู้บริโภคในการซื้อความครอบคลุมเพิ่มเติมและเก็บส่วนร่วมจ่าย การจัดการระบบบริการยังอยู่ภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม มากกว่าใช้การแข่งขันในระบบตลาด โดยภาครัฐพยายามเล่นบทบาทเป็นผู้กำหนดกติกา แต่กระนั้นภาครัฐยังคงไม่สามารถทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งได้

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังคงเติบโตมาก ส่วนหนึ่งด้วยเหตุที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ทางเลือกในการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม อีกส่วนหนึ่งจากการขยายตัวเพื่อรองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติ และความต้องการของชนชั้นกลางถึงสูงของสังคม คนมีอำนาจซื้อจะสะดวกขึ้น และได้รับบริการที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ทางเลือกดังกล่าวส่งผลต่อให้ระบบบริการสุขภาพกลายเป็นระบบ 2 ปลาย (Two-tiered system) มีการไหลของทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพมีภาระการบริการและงบประมาณเพิ่มขึ้นจากปัญหาแรงงานต่างด้าวด้วย ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างชนชั้นมากขึ้น

และคนจนอาจไม่ได้รับความคุ้มครองที่ดีเพียงพอ ด้วยความไม่ชัดเจนว่าบริการระดับปฐมภูมิหมายถึงบริการราคาถูกเป็นหลัก อีกทั้งความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอาจถูกมองข้ามไป”

ภาพอนาคตที่ 2

สถานการณ์ของการมุ่งเป้าประสงค์ที่กลุ่มย่อยได้รับ

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และได้มาตรฐานมากกว่าเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นสิทธิเพื่อประกันโอกาสในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม เสมอภาคกัน

เนื้อหาสำคัญจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อย

- 1) โรงพยาบาลภาครัฐขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์มักจะกระจุกตัวในเมืองใหญ่
- 2) ประชาชนนิยมไปรักษาตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- 3) มีความต้องการใช้เทคโนโลยีราคาแพง ทำให้เกิดประเด็นที่เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม เช่น Cloning และประชาชนถูกหลอก เช่น HPV Vaccine
- 4) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- 5) มีพัฒนาการเกิดกองทุนสุขภาพในระดับตำบล
- 6) กองทุนหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศ รวมตัวกันเป็นหนึ่งเดียว
- 7) การเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพขาดวินัย แต่กลับกลายเป็นผลดีที่กระตุ้นให้หน่วยบริการปรับปรุงประสิทธิภาพ
- 8) ภาคการเมืองละเลยการจัดการด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา

ประเด็นที่ลดบทบาทไป (Dropped)	ประเด็นที่ได้รับการขยายความ (Enhanced)
- ปัญหาที่เกิดจากการไม่เปิดโอกาสให้มีทางเลือกในการซื้อสิทธิหลักประกันสุขภาพเพิ่มเติม	- การกระจายอำนาจและกองทุนสุขภาพระดับตำบล - การรวมตัวกันของกองทุนหลักประกันสุขภาพ - การขาดแคลนบุคลากร รวมถึงพยาบาล - การใช้เทคโนโลยีราคาแพง ซึ่งครอบคลุมถึงปัญหาจริยธรรม และประชาชนถูกหลอก

ประเด็นที่เชื่อมโยงออกไป (Linked)	ประเด็นพบใหม่ที่ทำให้ประหลาดใจ (Surprise)
- ส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ซึ่งอาจเป็น เชื่อมโยงกับ Saving fund ซึ่งต้องดูขอบเขตและ สิทธิประโยชน์	- การเงินการคลังที่ขาดวินัยกลายเป็นผลดี - โรงพยาบาลรัฐหยุดรับ Walk-in patient - ภาครัฐต้องควบคุมโรงพยาบาลเอกชนให้รับ คนไข้ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การสังเคราะห์เป็นภาพอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเป็นระบบที่มุ่งให้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ
อย่างเป็นธรรม โดยเสมอภาค เน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Quality) และได้มาตรฐาน มากกว่า
เพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบ
บริการสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศ อันได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าราชการและครอบครัว ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมตัวกันเป็น
หนึ่งเดียว รวมทั้งมีพัฒนาการเกิดกองทุนสุขภาพในระดับตำบล

อย่างไรก็ตาม ภาคการเมืองละเลยการจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ประชาชนมี
พฤติกรรมนิยมไปรักษาตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มักจะกระจุกตัวใน
เมืองใหญ่ การดูแลสุขภาพมีความต้องการใช้เทคโนโลยีราคาแพงสูง การมุ่งการค้าทำให้เกิดประเด็นที่
เสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม และประชาชนถูกหลอก นอกจากนี้การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มยังภาระในการ
รับบริการและภาระทางงบประมาณในขณะที่การเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพขาดวินัย
แม้อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้หน่วยบริการปรับปรุงประสิทธิภาพ แต่โรงพยาบาลภาครัฐยังประสบปัญหา
ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์”

ภาพอนาคตที่ 3

สถานการณ์ของการมุ่งเป้าประสงค์ที่กลุ่มย่อยได้รับ

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมาย
เพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ยากไร้ (Helping the poor)

เนื้อหาสำคัญจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อย

- 1) ปัญหาเศรษฐกิจและการขาดแคลนพลังงานส่งผลให้ ต้นทุนในการรักษายาบาลสูงขึ้น
และประชาชนมีการแข่งขันมากขึ้น ทำงานหนัก เครียด และเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น
- 2) ธุรกิจสุขภาพขยายตัว ประชาชนเข้าใจการดูแลสุขภาพอย่างผิดๆ และสามารถพึ่งพา
ตนเองได้น้อยลง และลดการพึ่งพาตนเองลง

- 3) สังคมให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สามารถระบุบุคคลได้เหนือการป้องกันโรคที่มักไม่ทราบว่าเป็นบุคคลใดได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ทำให้รัฐเพิ่มงบรักษาพยาบาล ขณะที่งบประมาณส่งเสริมสุขภาพมีจำกัด
- 4) จากการที่งบประมาณมีจำกัดและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูง รัฐจึงจำกัดการใช้เทคโนโลยีราคาแพงและเลือกใช้เฉพาะเทคโนโลยีที่มีประโยชน์จริงๆ
- 5) เนื่องจากงบประมาณที่จำกัด งบประมาณการส่งเสริมสุขภาพถูกปรับลด ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่ม และระบบสุขภาพมีนโยบายช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้เป็นหลัก (จะนิยามผู้ป่วยยากไร้อย่างไร)

การวิเคราะห์เนื้อหา

ประเด็นที่ลดบทบาทไป (Dropped)	ประเด็นที่ได้รับการขยายความ (Enhanced)
- เทคโนโลยีใหม่ทำให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้น - แรงงานต่างด้าวและคนไร้รัฐ เป็นภาระต่อระบบ - โรคระบาด ภัยธรรมชาติ วิกฤติเศรษฐกิจก่อการร้าย ส่งผลกระทบต่องบประมาณ	- ธุรกิจสุขภาพ โฆษณาชวนเชื่อในการดูแลสุขภาพในทางที่ผิดส่งผลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคและดูแลสุขภาพ และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่ประชาชน - ผู้ป่วยเรื้อรังมีมากขึ้น เป็นภาระต่อระบบ
ประเด็นที่เชื่อมโยงออกไป (Linked)	ประเด็นพบใหม่ที่ทำให้ประหลาดใจ (Surprise)
- ภาวะเศรษฐกิจ ธุรกิจสุขภาพเอกชน และสุขภาพของประชาชนและการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อการควบคุมงบประมาณ	- การเมืองเปลี่ยนแปลงนโยบายจนยากจะพยากรณ์ผลที่เกิดขึ้น

การสังเคราะห์เป็นภาพอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเป็นระบบที่มุ่งประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ และมุ่งเน้นการสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ รัฐเพิ่มงบรักษาพยาบาลในขณะที่งบประมาณส่งเสริมสุขภาพมีจำกัด ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจและการขาดแคลนพลังงาน ตลอดจนการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สังคมให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สามารถระบุบุคคลได้เหนือการป้องกันโรคที่มักไม่ทราบว่าเป็นบุคคลใดได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ส่งผลให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

ในขณะเดียวกันธุรกิจสุขภาพขยายตัว ทำให้ประชาชนเข้าใจการดูแลสุขภาพอย่างผิดๆ และสามารถพึ่งพาตนเองได้น้อยลง และลดการพึ่งพาตนเองลง รัฐจึงจำกัดการใช้เทคโนโลยีราคาแพงและเลือกใช้เฉพาะเทคโนโลยีที่มีประโยชน์จริงๆ”

ภาพอนาคตที่ 4

สถานการณ์ของการมุ่งเป้าประสงค์ที่ได้รับ

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic Tertiary Care)
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Competitive market)

เนื้อหาสำคัญจากการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มย่อย

- 1) วิฤติเศรษฐกิจทำให้การใช้จ่ายแบบประชานิยม เปลี่ยนเป็นระบบจ่ายแบบปลายปิด
- 2) มีการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ
- 3) สถานการณ์บีบให้เข้าสู่การคุ้มครองแบบ Last dollar โดยมีการร่วมจ่ายที่ไม่ใช่ Pro-rich policy
- 4) การแข่งขันที่ระดับผู้ให้บริการ จะมีภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันกับสถานบริการภาครัฐและส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแลเท่านั้น
- 5) ไม่มีการแข่งขันในระดับผู้ซื้อบริการ ในขณะที่มีการทำงานประสาน 3 กองทุน กระจายการบริหารจัดการไปในระดับพื้นที่ ทำให้มีการแข่งขันในการบริหารจัดการ
- 6) ไม่มีสัญญาณว่าประกันภาคเอกชนจะทำหน้าที่ประกันเสริม (Top-up) หรือทดแทน (Opt out) ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
- 7) แพทย์ภาครัฐมีจำนวนไม่พอ

การวิเคราะห์เนื้อหา

ประเด็นที่ลดบทบาทไป (Dropped)	ประเด็นที่ได้รับการขยายความ (Enhanced)
- สังคมผู้สูงอายุ มีโรคร้ายแรงมากขึ้น รัฐต้องตัดสินใจในการดูแลโรคร้ายแรง เร็วจริง ซึ่งต้องใช้งบประมาณมากขึ้น - ผู้พิการเพิ่มขึ้น - อุปสงค์ด้านสุขภาพมากขึ้น - มีการนำเทคโนโลยีมาใช้มากขึ้น แต่การเข้าถึงแตกต่างกันไปตามฐานะผู้ป่วย - พฤติกรรมการใช้บริการแตกต่างกันไป - Globalization คนต่างด้าว คนไร้สัญชาติ ทำให้เกิดผลกระทบกับระบบ	- ไม่มีการจัดการระบบที่ดี
ประเด็นที่เชื่อมโยงออกไป (Linked)	ประเด็นพบใหม่ที่ทำให้ประหลาดใจ (Surprise)
- งบประมาณปีบรัด - แพทย์มีความขาดแคลน	ไม่มี

การสังเคราะห์เป็นภาพอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเป็นระบบที่มุ่งให้ความครอบคลุมเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด มีการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจอย่างกว้างขวาง ระบบบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพภาครัฐ จะมีการแข่งขันที่ระดับผู้ให้บริการมีมากขึ้น โดยภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันกับสถานบริการภาครัฐ และส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแลเท่านั้น แต่ยังไม่มีการแข่งขันในระดับผู้ซื้อบริการ เนื่องด้วยมีการทำงานประสาน 3 กองทุนหลัก การกระจายการบริหารจัดการไปสู่ระดับพื้นที่ ทำให้มีการแข่งขันในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตามการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจทำให้การใช้จ่ายแบบประชานิยม เป็นระบบจ่ายแบบปลายปิด สถานการณ์บีบให้เข้าสู่การคุ้มครองแบบ Last dollar โดยมีการร่วมจ่ายที่ไม่ใช่ Pro-rich policy ทั้งนี้ประกันภาคเอกชนจะยังไม่สามารถเข้าร่วมในการทำหน้าที่ประกันเสริม (Top-up) หรือทดแทน (Opt out) ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

รายชื่อคณะทำงาน

1. ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (প্রধান)
2. นางจิราภรณ์	เกษรสุจริต	สำนักงานประกันสังคม
3. นพ.ชาญวิทย์	เทพเทพ	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. นพ.ถาวร	สกุลพาณิชย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. รศ.นพ.นิพิฐ	พิรเวช	ศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพ
6. นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นพ.ภูษิต	ประคองสาย	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
8. นพ.วิทยา	ตันสุวรรณนนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. ดร.ศิริวรรณ	พิทยรังสฤษฏ์	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
10. นพ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
11. นพ.สมศักดิ์	ชุนห์รัมย์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
12. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธรรมาสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
13. นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
14. รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตรศิลป์	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
15. รศ.นพ.สุวัฒน์	จริยาเลิศศักดิ์	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
16. นพ.อำนาจ	กาจันะ	กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ

ดร. ชชาติ	ศรีไพพรรณ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

ภาคผนวก 2

รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเตลฟาย

1*	คุณกรณ์	จาทิภวณิซ	พรรคประชาธิปัตย์
2**	คุณกุลเพชร	ลิมปิยากร	กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
3**	พ.อ.(พิเศษ)นพ.กัญญาพล	วัฒนกุล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4*	คุณเกรียงไกร	ทางจำกัด	เครือข่ายเด็กและเยาวชน จ.ชลบุรี
5**	นพ.เกรียงศักดิ์	วัชรกุลเกียรติ	โรงพยาบาลภูกระดึง จ.เลย
6*	นพ.เกษม	เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
7**	คุณคำเตื่อง	ภาชี	ปราชญ์ชาวบ้าน จ.บุรีรัมย์
8**	อาจารย์จอ	อึ้งภากรณ์	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
9*	นพ.จักรกริช	ไ้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
10**	คุณจิราภรณ์	เกษรสุจริต	สำนักงานประกันสังคม
11**	ดร.เจษฎ์	โทณะณิก	สำนักงานนโยบาย เจษฎ์ แอนด์แอทโซซิเอท
12**	นพ.เจษฎา	จงไพบูลย์พัฒน	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จ.ภูเก็ต
13**	นพ.เฉลิม	หาญพาณิชัย	โรงพยาบาลเกษมราษฎร์
14**	นพ.เฉลิมชัย	ชูเมือง	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล
15**	คุณครูชบ	ยอดแก้ว	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา
16**	คุณชวลิต	อาคมธน	สภาองค์กรนายจ้างผู้ประกอบการค้า และอุตสาหกรรมไทย
17*	นพ.ชาญวิทย์	พระเทพ	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
18*	นพ.ชูชัย	ศรธานี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
19**	นพ.ทิพนกร	โนรี	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ
20**	นพ.ณรงค์ศักดิ์	อังคะสุพล	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
21**	นพ.ถาวร	สกุลพาณิชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
22**	พญ.ทัศนีย์	จันทร์น้อย	โรงพยาบาลศิริราช

รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเดลฟาย (ต่อ)

23**	พญ.ทานทิพย์	ข้าราชการ	มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อ คุณภาพชีวิตดี จ.ขอนแก่น
24**	นพ.เทียม	อภิสาน	โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี
25**	นพ.ธเรศ	กฤษฎีกรวิวงศ์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
26**	รศ.นพ.นรินทร์	หิรัญสุทธิกุล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
27**	นพ.นิรันดร์	พิทักษ์วัชร	ภาคการเมือง (อดีต สว.)
28**	รศ.นพ.นิพัฏฐ	พิรเวช	ศูนย์นวัตกรรมระบบบริหารบริการสุขภาพ
29**	ดร.นำชัย	ชีวิวรรณ	ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยี ชีวภาพแห่งชาติ
30**	คุณบารมี	ชัยรัตน์	ภาคประชาชน
31*	นพ.บุรณชัย	สมุทรักษ์	พรรคประชาธิปัตย์
32*	นายประยูร	เชียววัฒนา	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี แห่งชาติ
33*	คุณประเสริฐ	เล็กสรเสริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
34**	นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
35*	นพ.พงศ์เทพ	วงศ์วัชรไพบูลย์	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
36**	คุณพงษ์ศักดิ์	พยัคฆ์เขียว	บริษัท มติชน จำกัด
37**	ศ.พิเศษ พลโทพิศาล	เทพสิทธิ	ทันตแพทยสภา
38**	นพ.พีระพงษ์	สายเชื้อ	สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
39*	ดร.พชนา	เฮ้งบริบูรณ์พงศ์	กระทรวงสาธารณสุข
40**	นพ.ภูษิต	ประคองสาย	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
41**	นพ.ยศ	ธีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพ
42**	ดร.รพีสุภา	หวังเจริญรุ่ง	สถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง
43**	อาจารย์รัตนสิทธิ์	ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช
44*	นพ.วิชัย	โชควิวัฒน์	ผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเดลฟาย (ต่อ)

45*	นพ.วิทิต	อรรถเวชกุล	องค์การเภสัชกรรม
46**	นพ.วินัย	สวัสดิวร	เลขาธิการสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ
47**	นพ.วินัย	ลีสมิทธิ์	โรงพยาบาลคลองขลุง จ.กำแพงเพชร
48**	นพ.วิทยา	ตันสุวรรณนนท์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
49**	คุณวิสุทธิ	บุญญะโสภิต	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
50**	ภก.วิศิษฐ์	ประวีณวงศ์วุฒิ	อุปนายกสภาเภสัชกรรม
51*	คุณวีรวัฒน์	คำชาย	เมืองพิทยา จ.ชลบุรี
52**	นาวาตรีภูมิพงศ์	พงศ์สุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
53**	คุณวรัญญา	เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ
54**	คุณวลัยพร	พัชรนฤมล	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
55**	นพ.ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
56**	คุณสมพร	ทองชื่นจิตต์	สำนักงานประกันสังคม จ.นนทบุรี
57**	นพ.สมพงษ์	บุญสืบชาติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
58*	รศ.นพ.สมพันธ์	ทัศนียม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
59*	นาวาเอก ดร.สมัย	ใจอินทร์	โครงการไบโอดีเซล กรมพัฒนาการช่าง กรมอุทกหารเรือ
60**	นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน สุขภาพไทย
61**	นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
62**	นพ.สุนทร	สุนทรชาติ	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
63**	นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
64**	คุณสุเทพ	ชูชัยยะ	อบต.ตลิ่งชัน อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา

รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเดลฟาย (ต่อ)

65**	คุณสุรรัตน์	ตรัมรรคา	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (ภาคประชาชน)
66**	พญ.สุพัทธา	ศรีวิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
67**	นพ.เสรี	หงษ์หยก	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
68**	คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
69**	คุณอรพิน	วิมลภูษิต	สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
70*	ดร.อริยะ	บุญงามชัยรัตน์	กระทรวงสาธารณสุข
7*1	นพ.อภิชาติ	รอดสม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
72*	นพ.อำนาจ	กาจันะ	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
71*	นายอินชวน	ชันคำ	สภาองค์กรลูกจ้างสมาพันธ์กลางแรงงานแห่งประเทศไทย
74*	ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

หมายเหตุ :

- ** หมายถึง ผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) และนำผลของกลุ่มนี้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยตามรายชื่อเพื่อเปรียบเทียบผลการตอบครั้งแรกกับผลครั้งสุดท้าย (จำนวน 53 ท่าน)
- * หมายถึง ผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบเพียง 1 รอบ (Single visits) และไม่ได้นำผลของกลุ่มนี้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง

ภาคผนวก 3

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมสร้างภาพอนาคตหลักประกันสุขภาพ วันที่ 1-2 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมไอศวรรย์ รีสอร์ท แอนด์ สปา พัทยา จ.ชลบุรี

กลุ่มที่ 1

1	คุณกุลเชษฐ์	ลิมปิยากร	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
2	นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
3	นพ.เทียม	อังสาชน	โรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี
4	ครูชบ	ยอดแก้ว	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา
5	อาจารย์รัตนสิทธิ์	วงศ์ทิพย์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช
6	คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
7	พญ.สุพัตรา	ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
8	คุณสายหยุด	รุกขรังษี	อสม.อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา
9	คุณวัชรินทร์	ตรุสนันท์	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองบางปิ้ง จ.สมุทรปราการ

กลุ่มที่ 2

1	อาจารย์จอน	อึ้งภากรณ์	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
2	ดร.เจษฎ์	โทณะวณิก	สำนักงานมโนมัย เจษฎ์ แอนด์แอสโซซิเอท
3	นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
4	คุณประยูร	เชียววัฒนา	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
5	คุณลำยอง	พลสูงเนิน	อสม.อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา
6	คุณวีรวัฒน์	คำขาย	เมืองพัทยา จ.ชลบุรี
7	นพ.จักรกริช	ไ้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8	นพ.ไชยรินทร์	ทยาวิวัฒน์	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
9	คุณจอมขวัญ	โยธาสุมุท	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมสร้างภาพอนาคตหลักประกันสุขภาพ
วันที่ 1-2 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมไอศวรรย์ รีสอร์ท แอนด์ สปา พัทยา จ.ชลบุรี

กลุ่มที่ 3

1	คุณสุพัชรี	รอดภัยปวง	สำนักงานประกันสังคม
2	คุณวรัญญา	เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3	ภก.วิศิษฐ์	ประวิณวงศ์วุฒิ	สภาเภสัชกรรม
4	นพ. วิทยา	ตันสุวรรณนันท	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5	คุณอินชาน	ชันคำ	สภาองค์การลูกจ้างสภาศูนย์กลางแรงงานแห่งประเทศไทย
6	นพ.ยศ	ดีระพัฒนานนท	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7	คุณละเอียด	กมลกาญจน์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง จ.ระยอง
8	รศ.นพ.สมพนธ์	ทัศนียม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9	ดร.ชาตรี	ศรีไพพรรณ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
10	คุณธนพร	เมธาวีกุล	สำนักงานประกันสังคม

กลุ่มที่ 4

1	ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2	นพ.สุรเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3	พ.อ.นพ.สุรจิต	สุนทรธรรม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4	พญ.ทัศนีย์	จันทร์น้อย	โรงพยาบาลศิริราช
5	นพ.ถาวร	สกุลพาณิชย์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6	รศ.นพ.นิพิฐ	พิรเวช	ผู้ทรงคุณวุฒิ
7	คุณจรรยาวัฒน์	ทับจันทร์	โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา
8	คุณประเชิญ	คนเทศ	ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีน จ.นครปฐม
9	ดร.พัชนา	เฮ้งบริบูรณ์พงศ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



แบบสอบถามความคิดเห็น

ด้วยระบบ RealTime E- Delphi

ในโครงการ

การศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามส่วนที่ 1

ถามถึงประเด็นเป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญ
มีทั้งหมด 5 ข้อ

คำถามข้อที่ 1

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



เป้าประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าประสงค์ (Values) หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ท่านเห็นว่าประเด็นด้านใดมีความสำคัญกว่า		
ประเด็นฝั่งซ้ายสำคัญกว่า	◀ เป็นกลาง ▶	ประเด็นฝั่งขวาสำคัญกว่า
คำถามข้อที่ 1 [อ่านเอกสารประกอบ]		
การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ความเป็นของท่าน ○ -2 ○ -1 ○ 0 ○ 1 ○ 2 แสดงความคิดเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ก่อนหน้า

[ไปยังหน้าแรก](#)

เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน
1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U สรุป ถัดไป

ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 2

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



เป้าประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าประสงค์ (Values) หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ท่านเห็นว่าประเด็นด้านใดมีความสำคัญกว่า

ประเด็นฝั่งซ้ายสำคัญกว่า ◀ เป็นกลาง ▶ ประเด็นฝั่งขวาสำคัญกว่า

คำถามข้อที่ 2 [อ่านเอกสารประกอบ]

เพื่อทุกคน	ความเห็นของท่าน ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 แสดงความเห็น	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 3

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



เป้าหมายประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายประสงค์ (Values) หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าหมายประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ท่านเห็นว่าประเด็นด้านใดมีความสำคัญกว่า

ประเด็นฝั่งซ้ายสำคัญกว่า ◀ เป็นกลาง ▶ ประเด็นฝั่งขวาสำคัญกว่า

คำถามข้อที่ 3 [อ่านเอกสารประกอบ]

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	ความเห็นของท่าน ◉ -2 ◉ -1 ◉ 0 ◉ 1 ◉ 2 แสดงความเห็น	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

เป้าหมายประสงค์
 ก่อนหน้า 1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D 22 23 24 25 26 U สรุป

ปัจจัยผลักดัน

ความไม่แน่นอน
 22 23 24 25 26 U สรุป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 4

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



เป้าหมายประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายประสงค์ (Values) หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าหมายประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ท่านเห็นว่าประเด็นด้านใดมีความสำคัญกว่า

ประเด็นฝั่งซ้ายสำคัญกว่า ◀ เป็นกลาง ▶ ประเด็นฝั่งขวาสำคัญกว่า

คำถามข้อที่ 4 [อ่านเอกสารประกอบ]

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ความเห็นของท่าน ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 แสดงจาวามเห็น	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

	เป้าหมายประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 5

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



เป้าประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าประสงค์ (Values) หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ท่านเห็นว่าประเด็นด้านใดมีความสำคัญกว่า

ประเด็นฝั่งซ้ายสำคัญกว่า ◀ เป็นกลาง ▶ ประเด็นฝั่งขวาสำคัญกว่า

คำถามข้อที่ 5 [อ่านเอกสารประกอบ]

ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	ความเห็นของท่าน ○ -2 ○ -1 ○ 0 ○ 1 ○ 2 แสดงความเห็น	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

ก่อนหน้า

เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน
1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D		22 23 24 25 26 U สรุป

ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามส่วนที่ 2

ถามถึงปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า มีทั้งหมด 16

คำถามข้อที่ 6

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้าง
 (Key System Drivers) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ
 ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

คำถามข้อที่ 6 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
งบประมาณของรัฐเพื่อ หลักประกันสุขภาพปีบริ มาณขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	การประกันการเข้าถึงบริการ ทั่วหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า 1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D 22 23 24 25 26 U สรุป ถัดไป			

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

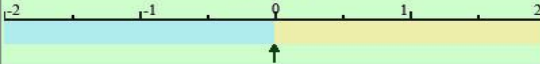
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 7

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ **logout**
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 4

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ค่าเฉลี่ย 	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 7 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีจำกัดมากขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	D	22 23 24 25 26 U สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

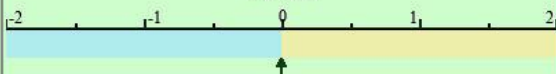
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 8

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 4

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ค่าเฉลี่ย 	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงบวก ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงบวก ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

เป้าประสงค์

1
2
3
4
5
V
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
D

ปัจจัยผลักดัน

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
D

ความไม่แน่นอน

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
D

ก่อนหน้า
ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

207

ภาคผนวก 4

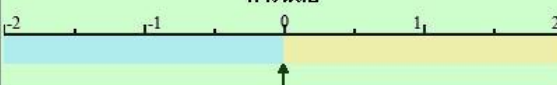
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 9

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 5

ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	ค่าเฉลี่ย 	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยหลักต้นต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

คำถามข้อที่ 9 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยหลักต้น	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

ก่อนหน้า

1

2

3

4

5

V

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

D

22

23

24

25

26

U

สรุป

ปัจจัยหลักต้น

ความไม่แน่นอน

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

208

ภาคผนวก 4

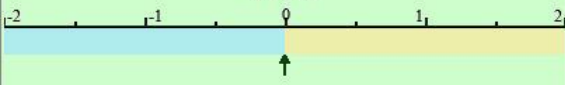
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 10

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ **logout**
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 3

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค	ค่าเฉลี่ย 	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เติมเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้าง
(Key System Drivers) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยหลักต้นต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

คำถามข้อที่ 10 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยหลักต้น	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เติมเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

เป้าประสงค์
 ก่อนหน้า 1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D 22 23 24 25 26 U สรุป ถัดไป

ปัจจัยหลักต้น

ความไม่แน่นอน

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

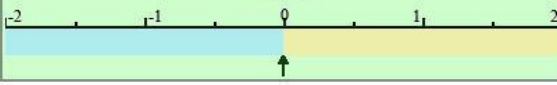
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 11

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 5

ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	ค่าเฉลี่ย 	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

ปัจจัยหลักด้านระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยหลักด้านระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยหลักด้านต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

ปัจจัยหลักด้าน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)

	เป้าประสงค์	ปัจจัยหลักด้าน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

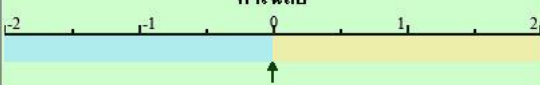
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 12

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 3

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	ค่าเฉลี่ย 	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ชื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

คำถามข้อที่ 12 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	ผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความคิดเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความคิดเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ชื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ก่อนหน้า

เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน																		ความไม่แน่นอน									
1	2	3	4	5	V	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	D	22	23	24	25	26	U

ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

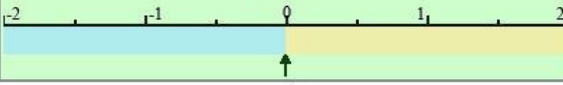
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 13

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้าง
 (Key System Drivers) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ
 ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 13 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อนโยบาย
การกระจายอำนาจใน ระบบบริการสุขภาพ	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

	เป้าหมาย	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

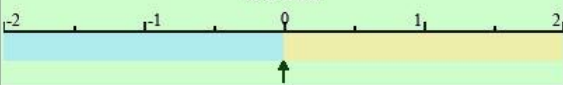
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 14

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยหลักต้นต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

คำถามข้อที่ 14 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยหลักต้น	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และพึงร้องมากขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก ○ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

เป้าประสงค์

12345V6789101112131415161718192021D

ปัจจัยหลักต้น

2223242526Uสรุป

ความไม่แน่นอน

27282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899100

ก่อนหน้า
ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 15

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 3

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	ค่าเฉลี่ย -2 -1 0 1 2 ↑	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยหลักต้นต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

คำถามข้อที่ 15 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยหลักต้น	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความคิดเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความคิดเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

เป้าประสงค์

1

2

3

4

5

V

ปัจจัยหลักต้น

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

D

ความไม่แน่นอน

22

23

24

25

26

U

กลับไป
สรุป
ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

214

ภาคผนวก 4

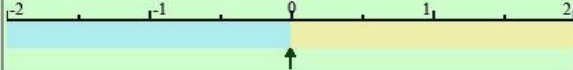
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 16

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 4

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ค่าเฉลี่ย 	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 16 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

[ไปยังหน้าแรก](#)
[ออกจากระบบ](#)

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

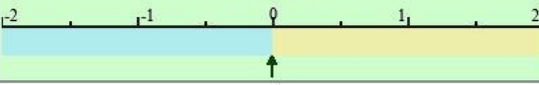
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 17

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

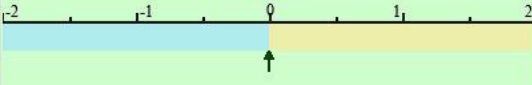
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 18

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 3

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค	ค่าเฉลี่ย 	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เต็มเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้าง
(Key System Drivers) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ
ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

คำถามข้อที่ 18 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การรักษาพยาบาลมีความ ต้องการเทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่มีราคาแพง เพิ่มขึ้น	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ○ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เต็มเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

	เป้าประสงค์		ปัจจัยผลักดัน		ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป	ถัดไป	

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

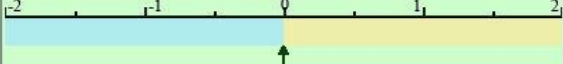
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 19

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

ปัจจัยผลักดัน	คำถามข้อที่ 19 [อ่านเอกสารประกอบ]	ต่อเป้าประสงค์
โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	ความเห็นของท่าน ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 20

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย 	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้าง
 (Key System Drivers) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

คำถามข้อที่ 20 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
นโยบายเน้นการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิและ การสร้างเสริมสุขภาพ	ความเป็นห่วง ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่เห็นผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	ความเป็นห่วง ☐ ในเชิงลบ ☐ ไม่เห็นผลกระทบ ☐ ในเชิงบวก แสดงความเห็น	การประกันการเข้าถึงบริการ ด้านหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

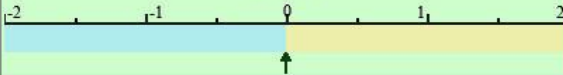
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 21

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 4

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ค่าเฉลี่ย 	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ หมายถึง หลักการหรือแนวคิดสำคัญ ที่ใช้เป็นหลักในการกำหนดเป้าประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการดำเนินการ

ด้วยปัจจัยผลักดันต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 21 [อ่านเอกสารประกอบ]

ปัจจัยผลักดัน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
นโยบายเน้นการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิและ การสร้างเสริมสุขภาพ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ ☐ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

เป้าประสงค์

ปัจจัยผลักดัน

ความไม่แน่นอน

ก่อนหน้า

1

2

3

4

5

V

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

D

22

23

24

25

26

U

สรุป

ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

คำถามส่วนที่ 3

220

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

ถามถึงปัจจัยความไม่แน่นอนที่ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

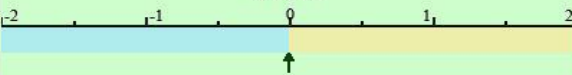
คำถามข้อที่ 22

มีทั้งหมด 5 ข้อ

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ **logout**
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 3

สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค	ค่าเฉลี่ย 	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เติมเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

ประเด็นความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความไม่แน่นอน (Uncertainties) หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของ
การขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทาง
หนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ ไปในทิศทางหรือรูปแบบ
อย่างไร

ด้วยความไม่แน่นอนต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 22 [อ่านเอกสารประกอบ]

ประเด็นความไม่แน่นอน	ผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การให้ภาคเอกชนเข้า มาบริหารจัดการหลัก ประกันสุขภาพแทนภาครัฐ	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบ กว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับ ประชาชนอย่างเสมอภาค
	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตาม ความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่ม เติมเป็นทางเลือกกับ ประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่าย เพิ่มได้

	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป	ถัดไป

ไปยังหน้าแรก ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

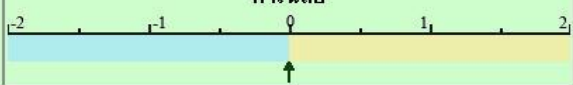
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 23

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 2

เพื่อทุกคน	ค่าเฉลี่ย 	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

ประเด็นความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความไม่แน่นอน หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ไปในทิศทางหรือรูปแบบอย่างไร

ด้วยความไม่แน่นอนต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

ประเด็นความไม่แน่นอน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การเกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก จนเป็นภาระแก่ระบบ	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	เพื่อทุกคน
	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

เป้าประสงค์
ปัจจัยผลักดัน
ความไม่แน่นอน

ก่อนหน้า
1 2 3 4 5 V 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D 22 23 24 25 26 U สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 24

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 1

การประกันการเข้าถึงบริการ ตัวหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)	ค่าเฉลี่ย -2 -1 0 1 2 ↑	การประกันการเข้าถึงบริการ ตัวหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

ประเด็นความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพตัวหน้า

ความไม่แน่นอน หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพตัวหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ ไปในทิศทางหรือรูปธรรมอย่างไร

ด้วยความไม่แน่นอนต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพตัวหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

คำถามข้อที่ 24 [อ่านเอกสารประกอบ]

ประเด็นความไม่แน่นอน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่อการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	การประกันการเข้าถึงบริการ ตัวหน้าที่มีคุณภาพ และได้ มาตรฐาน (Quality)
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	การประกันการเข้าถึงบริการ ตัวหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)

เป้าประสงค์

ก่อนหน้า
12345V

ปัจจัยผลักดัน

6789101112131415161718192021D

ความไม่แน่นอน

2223242526Uสรุปถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

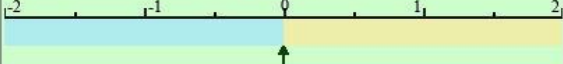
แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 25

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ [logout](#)
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 2

เพื่อทุกคน	ค่าเฉลี่ย 	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

ประเด็นความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความไม่แน่นอน (Uncertainties) หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นหรือถ้าเกิดขึ้นหรือไม่ไปในทิศทางหรือรูปแบบอย่างไร

ด้วยความไม่แน่นอนต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร

ประเด็นความไม่แน่นอน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	เพื่อทุกคน
	☐ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ☐ ในเชิงบวก	เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก

เป้าหมาย	เป้าประสงค์	ปัจจัยผลักดัน	ความไม่แน่นอน	
ก่อนหน้า	1 2 3 4 5 V	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 D	22 23 24 25 26 U	สรุป ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

ภาคผนวก 4

แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยระบบ Real Time E-Delphi

คำถามข้อที่ 26

ยินดีต้อนรับ ผู้ทรงคุณวุฒิ **logout**
 Last login 0000-00-00 00:00:00



คำถามข้อที่ 4

เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	ค่าเฉลี่ย 	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ประเด็นความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความไม่แน่นอน (Uncertainties) หมายถึง ปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่สามารถมีอิทธิพลผลักดันให้เกิดหรือเปลี่ยนแปลงแนวโน้มของการขับเคลื่อนความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้ แต่ยังไม่ทราบว่าเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นหรือไม่ ไปในทิศทางหรือรูปธรรมอย่างไร

ด้วยความไม่แน่นอนต่อไปนี้ ท่านคิดว่าจะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร

คำถามข้อที่ 26 [อ่านเอกสารประกอบ]

ประเด็นความไม่แน่นอน	มีผลกระทบ (กรุณาแสดงความเห็น)	ต่อเป้าประสงค์
การเกิดขึ้นของ Breakthrough technology ที่เปลี่ยนโฉมบริการที่เคยมีอย่างสิ้นเชิง	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
	○ ในเชิงลบ ความเห็นของท่าน ☐ ไม่มีผลกระทบ แสดงความเห็น ○ ในเชิงบวก	เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง

ก่อนหน้า

1

2

3

4

5

V

ปัจจัยผลักดัน

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

D

ความไม่แน่นอน

22

23

24

25

26

U

สรุป
ถัดไป

ไปยังหน้าแรก
ออกจากระบบ

Last edited: Sat 14 Jun 2008

225



ผลสำรวจความคิดเห็น

ด้วยระบบ Real Time E- Delphi

ในโครงการ

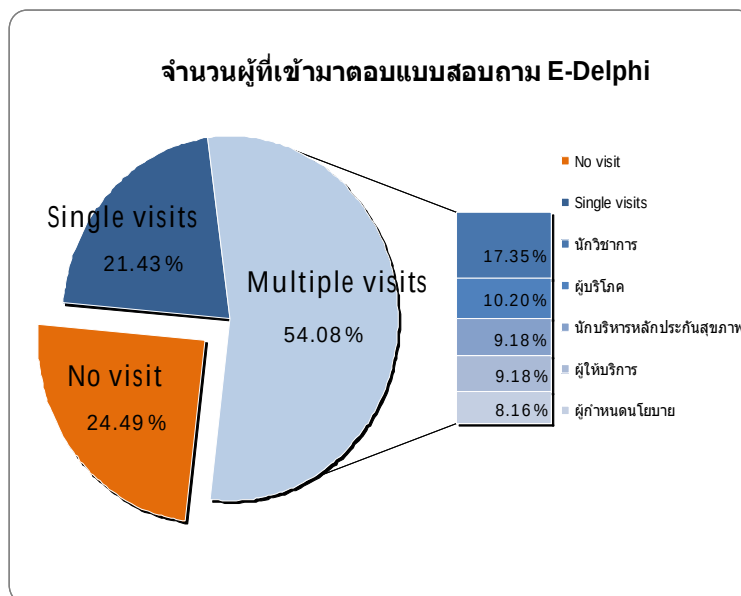
การศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย

จำนวนผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถาม

จากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาจำนวนทั้งสิ้น 98 ท่าน ที่ได้ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม E-Delphi โดยการแสดงความคิดเห็นและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมต่อประเด็นเป้าหมาย ประเด็น ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ และปัจจัยความไม่แน่นอน ในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตผ่านทางระบบ Real Time E-Delphi ตลอดระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผลความคิดเห็นที่ได้ทั้งหมดสามารถสรุปและวิเคราะห์ในเบื้องต้นได้ดังนี้

จากจำนวนผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรม E-Delphi ทั้ง 98 ท่าน มีผู้ตอบแบบสอบถามผ่านทางระบบ Real Time E-Delphi จำนวน 74 ท่าน หรือคิดเป็น 75.51% และมีผู้ไม่ตอบแบบสอบถาม 15 (No visit) 24 ท่าน หรือคิดเป็น 24.49%

โดยในจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้ง 74 ท่าน มีผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามในระบบเพียง 1 รอบ (Single visit) จำนวน 21 ท่าน และมีผู้ที่เข้ามาตอบมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) (Multiple visits) จำนวน 53 ท่าน ซึ่งในกลุ่มของผู้ที่ตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 รอบนี้ สามารถแบ่งกลุ่มตามภาระงานหลักของผู้ทรงคุณวุฒิได้ 5 กลุ่มดังกราฟ



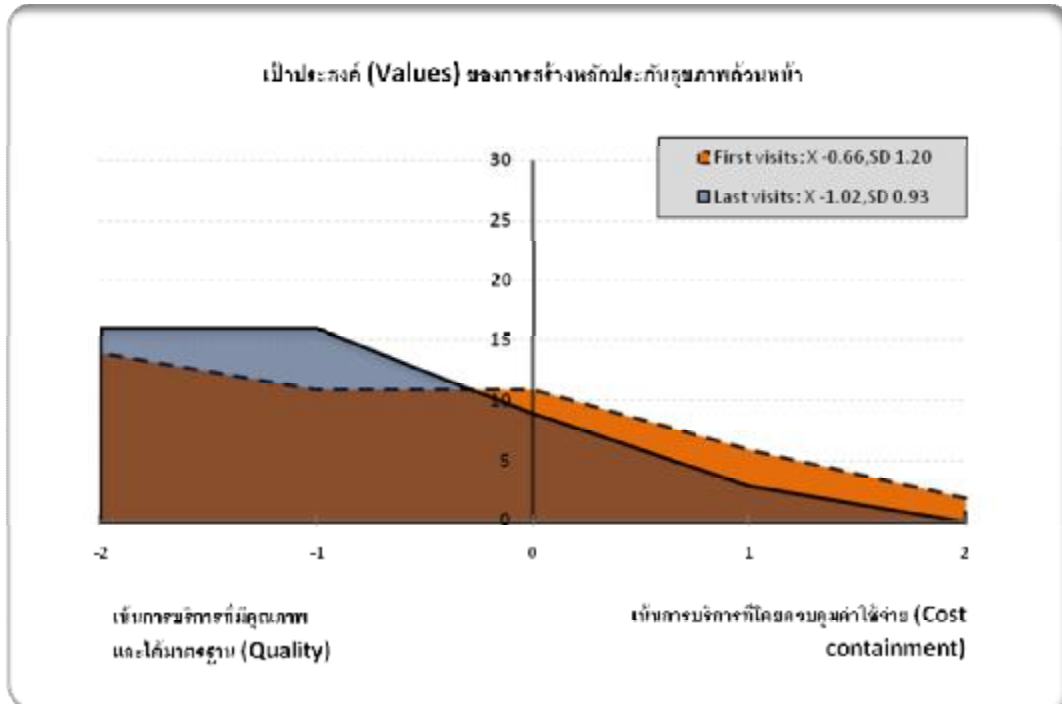
กราฟแสดงสัดส่วนของจำนวนผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม E-Delphi และตอบแบบสอบถามผ่านระบบ Real Time E-Delphi

สำหรับผลความคิดเห็นที่ได้ของผู้เข้ามาตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 รอบ (อย่างน้อย 1 ข้อ) มีจำนวน 53 ท่านหรือคิดเป็น 54.08 % ดังแสดงในกราฟข้างต้น สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นรายข้อ เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของคำตอบในครั้งแรกเปรียบเทียบกับคำตอบครั้งสุดท้ายตามหลักเกณฑ์ของ Delphi อีกทั้งยังรวบรวมข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด สรุปไว้เป็นรายข้อดังนี้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิใช่เพื่อเป้าประสงค์



(ด้านซ้าย -) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (Quality)

1	สิทธิเบื้องต้นสำหรับประชาชนทุกคนคือการได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ถ้วนหน้า มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับที่เหมาะสม โดยรัฐคือผู้สนับสนุนงบประมาณและควบคุมให้เกิดผลเต็มประสิทธิภาพ
2	หน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการ set มาตรฐานการรักษายาบาลขึ้น เพื่อเป็นบรรทัดฐาน และคนไทยทุกคนควรได้รับการบริการอย่างน้อยเท่ากับมาตรฐานนั้น
3	คุณภาพและมาตรฐานหากมีการวางระบบที่ดีค่าใช้จ่ายอาจไม่สูง
4	การบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ประชาชนทุกคนต้องได้รับเท่าเทียมกัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตที่ปลอดภัย การควบคุมค่าใช้จ่ายจะเป็นข้อจำกัดของการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ
5	การรักษาพยาบาลกายใจ ต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน สัมกับความเป็นมนุษย์ ซึ่งต้องใช้การบริหารจัดการที่มีคุณภาพด้วย
6	การเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพเป็นสิทธิพื้นฐานที่รัฐควรตอบสนอง
7	การควบคุมค่าใช้จ่ายจำเป็นต้องมี เพราะหากไม่มีก็จะขาดประสิทธิภาพ และกระทบกับระบบงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตามก็ควรคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานเช่นกัน เพราะเราไม่ต้องการสวัสดิการเพื่อคนจนเท่านั้น
8	คุณภาพและมาตรฐานการบริการเป็นหัวใจหลักของการรักษายาบาลสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลควรจัดและควบคุมค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของการให้การรักษายาบาล
9	สิ่งที่สำคัญที่สุดในการให้บริการสุขภาพ คือ เรื่องคุณภาพบริการ
10	บริการด้านสุขภาพเรื่องที่จะประณีตประណไม่ได้อยู่ คือ เรื่องคุณภาพ เมื่อไรที่หลักประกันด้านสุขภาพไม่สามารถกั้นตีเรื่องคุณภาพได้ จะทำให้ระบบประกันสุขภาพทั้งหมดอาจจะเกิดปัญหาได้
11	การเข้าถึงบริการโดยถ้วนหน้าเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญ แต่บริการดังกล่าวก็ต้องมีมาตรฐานและมีคุณภาพเป็นเป้าประสงค์ถัดไป และด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายควรเป็นเป้าประสงค์สุดท้ายสำคัญจัดการให้บริการมีประสิทธิภาพควบคุมการให้บริการที่เกินความจำเป็น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

12	ความครอบคลุมดีแล้วแต่ควรพัฒนาคุณภาพ
13	หลักสำคัญต้องอยู่ที่คุณภาพและมาตรฐานก่อนเป็นสำคัญเพื่อเป็นหลักประกันของชีวิตและสุขภาพ
14	เป้าหมายของประชาชนน่าจะอยู่ที่สุขภาพที่ดีมากกว่าการมีรายได้สูง แต่ปราศจากความสุข แต่อย่างไรก็ดีก็ต้องอยู่ในปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แบบที่เราตอบสนองได้
15	การเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นปรัชญาพื้นฐานที่สำคัญของการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในขณะที่นักวิชาการโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญที่น้อยกว่ากับการควบคุมค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า และมักจะเสนอว่าเป็น affordable price หรือ reasonable costs.
16	การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้าเป็นปรัชญาพื้นฐานของ universal coverage policy ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในต่างประเทศทั่วโลก
17	บริการในระบบต้องมีคุณภาพ (ไม่ได้หมายถึงต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงล่าสุด) มีบริการตามจำเป็นการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพอาจทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่ม
18	การเข้าถึงบริการบริการสุขภาพถ้วนหน้าต้องให้มีคุณภาพและมาตรฐานที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศในฐานะที่เป็นคนไทยด้วยกัน การนำค่าใช้จ่ายมาเป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการจะกลายเป็นการเลือกปฏิบัติ ที่ไม่สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
19	การประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีคุณภาพและมาตรฐานระบบเดียวทั้งประเทศ การนำการควบคุมค่าใช้จ่ายมาเป็นเงื่อนไขจะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทั้งๆที่เป็นมนุษย์เหมือนกันและขัดต่อหลักการสิทธิมนุษยชน
20	สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต แต่การใช้งบประมาณต้องมีเหตุผลและไม่สุรุ่ยสุร่าย
21	การได้รับบริการแบบถ้วนหน้า ทั้งถึงเท่าเทียม เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน
22	สุขภาพของสังคมเป็นสิทธิของพลเมือง การบริการสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ
23	ณ บัดนี้ ควรมีการกำหนด essential needs เพื่อสร้างความเข้าใจในสิทธิ ทำประชาสัมพันธ์ และลดปัญหาการร้องเรียนลดความขัดแย้ง ของผู้ให้ และ ผู้รับบริการ การเงินก็จะสอดคล้องตามมา
24	ที่ไม่คิดเรื่องเงิน เพราะการเข้าถึง ทำให้คนได้ตรวจเร็วขึ้น การดูแลแต่แรกเริ่ม จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่บานปลายในการรักษาระยะสุดท้าย
25	1. บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานจริง ๆ เป็นบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นหากกำหนดมาตรฐานบริการของทั้งประเทศได้ จะทราบต้นทุนตามมาตรฐานที่ต้องใช้ประมาณการงบประมาณ 2. การเริ่มต้นการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่ายทำได้ในบริการที่มีใช้เกี่ยวกับสุขภาพ เนื่องจากบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและกระทบต่อชีวิตของคน
26	การประกัน.....การเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า....เป็นสิ่งที่ต้องใช้เหตุผลทางคุณภาพและมาตรฐาน ที่ต้องมาก่อนเรื่องของการจัดการงบประมาณ
27	การบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็นอย่างน้อยที่สุดที่พึงมี แต่ถ้ามีการบริการมากกว่า 1 อย่างที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ค่อยพิจารณาเลือกอันที่คุ้มค่าใช้จ่าย
28	Any covered services must be of good quality. However, a health insurance program can choose the scope of their covered services, to be broad or narrow depending on available resources
29	ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ต้องใช้จ่ายเท่าไรก็จำเป็น แต่ทั้งนี้การใช้จ่ายต้องมีประสิทธิภาพด้วย
30	มาตรฐานและคุณภาพควรเป็นเป้าประสงค์ของการบริการ ค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวมอาจมีต้นทุนสูงจากสาเหตุอย่างอื่นก็ได้
31	ถ้าหลักประกันสุขภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานสร้างความมั่นใจ และการบริการที่ดี ประชาชนส่วนใหญ่ก็อยากจะใช้บริการ แต่ปัจจุบัน ประชาชนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อยที่เข้าไปใช้บริการ ประชาชนที่มีทางเลือกยังคงไม่มั่นใจในด้านคุณภาพและมาตรฐาน
32	คุณภาพและมาตรฐาน เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงอันดับแรก การควบคุมค่าใช้จ่ายสามารถบริหารจัดการได้ โดยให้เป็นไปในลักษณะตามความเหมาะสมของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม
33	การจัดบริการพื้นฐานที่จำเป็น รัฐควรจัดให้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ แต่ต้องภายใต้ความพอเพียงเหมาะสมของค่าใช้จ่ายด้วย
34	สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ที่ยังมีปัญหาความคลั่งใจเกี่ยวกับไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์กับอุปทาน และไม่เท่าเทียมกันด้านข้อมูลความรู้คุ้มครองผู้บริโภค ต้องให้นานักด้านมาตรฐาน คุณภาพมากกว่า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

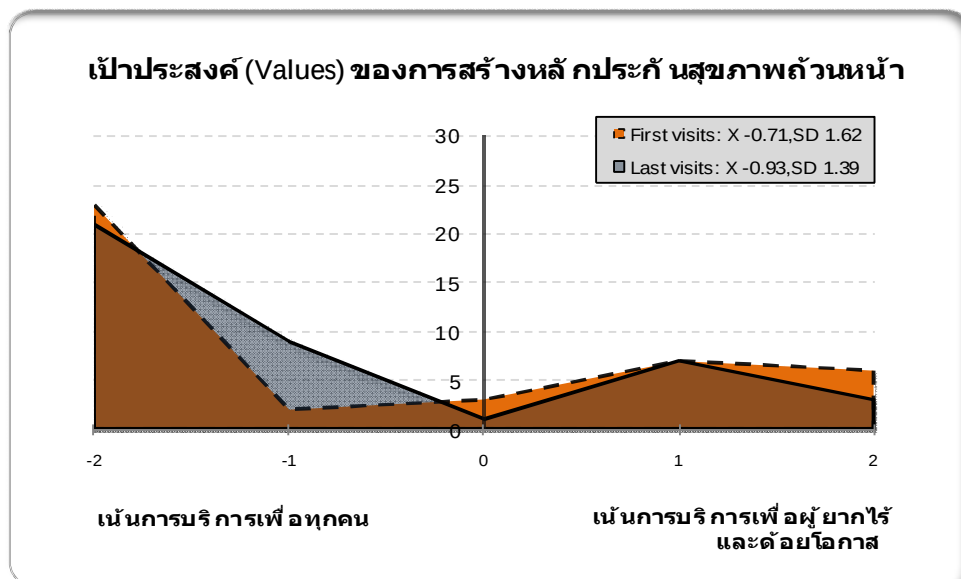
(ตรงกลาง 0) ความคิดเห็นที่ไม่สนับสนุนเป้าประสงค์ฝั่งใดฝั่งหนึ่งชัดเจน	
1	ควรมีการพิจารณางบประมาณที่เหมาะสม และสามารถควบคุมได้ควบคู่ไปกับการสร้างคุณภาพการให้บริการ เพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนทางการคลัง ควบคู่ไปกับการให้บริการที่ทั่วถึงและเท่าเทียม
2	ทรัพยากรมีจำกัด ความต้องการคุณภาพมีไม่จำกัด ต้องให้ได้สมดุล
3	1. คุณภาพและมาตรฐานไม่ได้ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่าย 2. การทุจริตในงบประมาณ 3. การสูญเสียงบประมาณไม่คุ้มกับคุณภาพและมาตรฐาน
4	ปัจจุบันระบบมีปัญหาประสิทธิภาพอยู่มาก เราสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นจะกระทบต่อคุณภาพของบริการได้
5	ทั้งสองอย่างมิได้เป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามและระบบสุขภาพที่ดีควรบรรลุทั้งสองเป้าประสงค์
6	จำเป็นต้องให้ความสมดุลทั้งในด้านความสามารถในการจ่ายของประเทศและด้านคุณภาพมาตรฐานบริการ
7	1. การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไม่จำเป็นต้องมีราคาสูงเสมอไป ควรต้องพิจารณาใช้ intervention ที่มี cost effectiveness 2. การบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพและอยู่ต้องในความสามารถของรัฐบาลที่จ่ายได้
(ด้านขวา +) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นบริการที่โดยควบคุมค่าใช้จ่าย(Cost containment)	
1	การควบคุมต้นทุนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการสร้างคุณภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ไม่ได้เป็นการป้องกันการขาดทุน แต่เป็นการสร้างเงื่อนไขให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมพอเพียง
2	บริการสุขภาพบางประการอาจมีราคาแพง และในอนาคตมีแนวโน้มว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายสุขภาพจะมีราคาสูงขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าเงินเฟ้อ ดังนั้นคนจึงต้องมี conscious และ awareness เกี่ยวกับต้นทุนสุขภาพ เพื่อให้ใช้บริการสุขภาพอย่างมีความรับผิดชอบ การประกันสุขภาพโดยคนไม่ต้องจ่าย ทำให้คนคิดว่า "ฟรี" และไม่เห็นคุณค่า ทั้งที่โดยข้อเท็จจริงนั้นรัฐเป็นผู้จ่าย
3	ทรัพยากรของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องนำไปใช้จ่ายในการพัฒนาด้านอื่นที่เหมาะสม
4	การประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและทั่วถึง ควรกำหนดสำหรับการบริการขั้นพื้นฐาน และควรมีการควบคุมค่าใช้จ่ายในบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยการลดสิทธิประโยชน์บางประการที่มีต้นทุนประสิทธิภาพต่ำเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหารเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ ทั้งนี้เพื่อการลดภาระด้านงบประมาณของประเทศ
5	การประมาณการทางงบประมาณยังเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพราะระบบงบประมาณ และระบบกองทุนจะต้องอยู่ได้ ในขณะที่การบริการจะต้องมีคุณภาพ และ มาตรฐานที่ชัดเจน ไม่มากเกินไป ซึ่งทำให้คนส่วนใหญ่อาจจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม
6	ขึ้นกับการบริหารจัดการที่ดีด้วย เพราะคำว่าคุณภาพหรือมาตรฐานนั้นไม่ใช่ว่าต้องมีต้นทุนที่สูงในทุกเรื่อง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 2

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้เพื่อเป้าประสงค์



(ด้านซ้าย -) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นการบริการเพื่อทุกคน

1	จัดบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน กลุ่มผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาสควรมีการขึ้นทะเบียนและให้อยู่ในความรับผิดชอบของอปท.
2	การเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเพื่อทุกคน ส่วนการจัดกลุ่มผู้ใช้บริการ รัฐควรใช้การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ให้เกิดความสมดุลกับสถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สถานะทางการเงินของรัฐ
3	เป็นทัศนคติที่ผู้ให้บริการควรตระหนัก โดยไม่เอาแหล่งทุนผู้จ่ายเงินมาตัดสินการให้บริการ เลือกให้บริการ
4	เพื่อทุกคนเพราะเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย
5	ควรเพื่อทุกคน แต่ถ้างบประมาณมีจำกัดก็ขอให้ครอบคลุมผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส
6	1. เป็นสิทธิของประชาชนที่จะต้องได้รับหลักประกัน ด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ไม่แยกคนจนหรือคนรวยหรือคนด้อยโอกาส 2. หลักประกันสุขภาพ หมายถึง มาตรฐานในการดูแลรักษาสุขภาพและโอกาสในการเข้าถึง 3. ต้องสร้างระบบหลักประกันในข้อ1และข้อ2 และทำให้เกิดการยอมรับ 4. ต้องแยกระหว่างสิทธิของหลักประกันสุขภาพที่ได้คุณภาพและมาตรฐานกับเสรีภาพในการได้รับบริการเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วย(ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบร่วม)
7	ต้องแยกระหว่างสิทธิซึ่งควรจะให้กับทุกคนแต่การจ่ายเงินอาจไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้นหากกล่าวเฉพาะสิทธิควรให้กับทุกคน อีกประเด็นเป็นปัญหาเรื่องการค้นหากลุ่มเป้าหมาย หากต้องการคุ้มครองเฉพาะผู้ยากไร้ ซึ่งที่ผ่านมาก็ล้มเหลวตลอดคนที่ควรได้ก็ไม่ได้
8	ปัญหาของการจัดระบบเฉพาะเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสคือ เราจะระบุกลุ่มเป้าหมายอย่างไร ทำอย่างไรเมื่อระบุแล้วคนจนจะไม่หลุด เพราะที่ผ่านมาระบบมักจะมีปัญหาครอบคลุมคนจน คนด้อยโอกาสไม่ได้จริง
9	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยควรเป็นระบบเพื่อทุกคนสามารถได้รับประโยชน์ เนื่องจากเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ นอกจากนี้ การมีเป้าหมายเพื่อทุกคนยังสอดคล้องกับปรัชญาการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข หรือ solidarity ของสังคม และเป็นการสร้างแรงกดดันกับผู้ให้บริการในการรักษามาตรฐานและคุณภาพ เนื่องจากกลุ่มคนชั้นกลางและผู้มีฐานะในสังคมจะเป็นกลุ่มที่มีปากเสียงและสามารถสะท้อนความเห็นและความรู้สึกของตนเองได้ดีกว่าประชาชนที่มีฐานะยากจน
10	การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนควรได้รับและได้บัญญัติในรัฐธรรมนูญ
11	หลักประกันสุขภาพต้องครอบคลุมทุกคน แต่ไม่ควรเปิดโอกาสให้คนที่ได้เปรียบในสังคมฉวยโอกาสและเอาเปรียบผู้ด้อยโอกาส
12	ประชาชนในไทยส่วนใหญ่ยังขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบสุขภาพที่มีมาตรฐานเนื่องการกระจายรายได้ยังไม่ดี มีคนที่มีรายได้น้อยอยู่มาก
13	การให้เฉพาะกลุ่มมีหลักฐานยืนยันว่าไปไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย การบริหารจัดการยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูง
14	ทุกคนควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียม

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

15	เพื่อทุกคนเพื่อเป็นการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข หากเป็นเพื่อผู้ยากไร้และด้วยโอกาส ก็จะทำให้มีปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐาน
16	ทุกคนต้องมีหลักประกันทางสุขภาพที่มีความเสมอภาค ไม่มุ่งไปที่กลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ
17	การเข้าถึงบริการสุขภาพควรเป็นไปเพื่อทุกคนและตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่ากันควรหรือได้รับการสุขภาพที่จำเป็นเท่ากัน ในขณะที่ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าควรใช้หรือได้รับการสุขภาพมากกว่า อย่างไรก็ตามเพื่อมิให้เป็นภาระด้านงบประมาณของประเทศ จึงจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพทางการบริหารเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพด้วย
18	ผู้ที่มีความสามารถที่จะชำระค่าใช้จ่ายเอง น่าจะให้เลือกบริการที่ดีกว่าโดยไม่ต้องนำเงินกองทุนที่ควรสนับสนุนผู้ยากไร้ไปใช้
19	1. ถ้วนหน้า แปลว่า ทุกคน 2. การพิสูจน์ผู้ยากไร้เพื่อให้สิทธิในภาพรวมทั้งประเทศทำได้ยากในทางปฏิบัติ แต่การพิสูจน์ความยากไร้และผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อต้องได้รับการรักษาทำไ้ได้ง่ายกว่า (จำนวนน้อยกว่า)
20	หลักประกันต้องมีไว้สำหรับทุกคน โดยในส่วนของผู้ยากไร้ต้องได้รับการดูแลตั้งแต่ระดับโรคทั่วไป ซึ่งผู้ที่สามารถจ่ายได้ควรให้ร่วมจ่าย และในส่วนของโรคราคาแพงควรครอบคลุมตามความจำเป็นทุกคน
21	Any national system should include all people. But whether every one is entitled to free healthcare or not is another issue. Some systems might limit beneficiaries to only certain groups based on a set of criteria. But those who are not eligible at present can be eligible when they fulfill those criteria over time.
22	ทุกคนต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพ รวยจ่ายมาก จนจ่ายน้อย ดังนั้นทุกคนต้องได้สิทธิการรักษา และต้องเท่าเทียมกันด้วย ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมกันแบกรับภาระและความจำเป็นด้านสุขภาพของทุกคน เป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีอารยธรรม
23	ต้องทำให้บริการมีคุณภาพดีพอจนทุกคนอยากใช้บริการ คนรวยจะได้ไม่โยยวายว่าเสียเงินเยอะแต่ได้บริการห่วยจนไม่ต้องการใช้บริการ ซึ่งจะมีผลทำให้คนรวยเกี่ยงการจ่ายเงิน รายได้รวมจะตกต่ำจนกลายเป็นบริการคุณภาพต่ำที่มีไว้ให้คนจนเท่านั้น ขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการมีสุขภาพ
24	เป็นสิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพของความเป็นมนุษย์แต่จัดให้อย่างไรครอบคลุมขนาดไหน ใครร่วมจ่าย ฯลฯ ต้องนำมาพิจารณาอีก
25	เป็นสิทธิของทุกคนที่จะได้รับการที่จำเป็น
26	กฎหมายบอกว่า ประชาชนทุกคนที่เป็นคนไทยมีสิทธิ เท่าเทียมกัน
27	การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เป็นการสงเคราะห์ ต้องวางวิสัยทัศน์ว่าทุกคนในสังคมหนึ่งซึ่งมีวิวัฒนาการแล้วจะยกระดับความมั่นใจในการใช้ชีวิตร่วมกันด้วยสุขภาวะที่ดีกว่าเดิม ไปด้วยกัน
(ตรงกลาง 0) ความคิดเห็นที่ไม่สนับสนุนเป้าประสงค์ฝั่งใดฝั่งหนึ่งชัดเจน	
1	ทรัพยากรของประเทศมีจำกัด อาจต้องมองถึงบุคคลที่มีความจำเป็นที่ได้รับการช่วยเหลือก่อน การบริการบางอย่างอาจให้กับทุกคนได้ แต่บางอย่างอาจต้องเน้นเฉพาะกลุ่ม
2	บางกลุ่มต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
(ด้านขวา +) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นบริการเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก	
1	ควรมีการพิจารณาการให้บริการเพื่อผู้ยากจน และด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการมากกว่าการพยายามให้ครอบคลุมถึงคนทุกคน เพราะความพยายามครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีรายได้จะทำให้เกิดการออกแบบระบบที่ไม่คล่องตัวและเห็นประสิทธิภาพได้ช้า
2	ทรัพยากรมีจำกัด ต้องจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย มากกว่าการปูพรมที่ทำให้ทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับเรื่องอื่น ๆ ด้วย
3	ควรเน้น Equity มากกว่า Equality เนื่องจากการจัดการทรัพยากรที่จำกัด ดังนั้นการจัดการทรัพยากรไปยังกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการสูงสุดจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ
4	แม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเน้นความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของทุกคน แต่ไม่ควรถูกมองว่าเป็นการเฉลี่ยทรัพยากรที่มีจำกัดแล้วให้ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แต่ควรเป็นหลักประกันที่ได้ชื่อว่าการบริหารจัดการที่ดีสามารถกระจายทรัพยากรไปยังผู้ที่ด้อยโอกาส ที่ไม่มีทางเลือกอื่นในการได้รับการบริการสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคมจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ
5	แม้ว่าการทำเพื่อทุกคนจะเป็นเหตุผลที่ถูกต้อง แต่ปัญหาของประเทศไทยนั้นมีระบบบริการ 2 มาตรฐานคือของภาครัฐและ เอกชน ซึ่งประชาชนที่มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงบริการในฟากเอกชนได้มาก ในขณะที่ผู้ยากไร้เข้าถึงได้น้อยกว่า เมื่อเรามองงบประมาณจำกัด การพยายามช่วยคนที่ยากไร้ให้มากขึ้น ย่อมทำให้กลับมาอยู่ตรงกลางได้ นิยามของความยุติธรรมคือ ให้สิ่งที่เหมือนกันกับคนที่เหมือนกัน แต่ให้สิ่งที่ต่างกันกับคนที่ต่างกัน ไม่ใช่รัฐให้เหมือนกันหมดทุกคน อย่างนั้นเรียกว่าความเท่าเทียม ไม่ใช่ความชอบธรรมหรือยุติธรรม
6	My opinion is based on the theory of justice on which the priority for public policy is given to the worst off

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7	เพื่อทุกคน แต่ทุกคนมีฐานะต่างกัน ฐานะดีก็มีความร่ำรวย เจ็บป่วยเล็กน้อยก็มาใช้บริการ และเข้าถึงได้ง่าย ส่วนผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับโอกาสสูง เพราะการเข้าถึงก็ยากอยู่แล้ว การดูแลก็ไม่ดีพอ ลองดูรายการคนค้นคนซิครับ
8	ควรกำหนดสิทธิ์ผู้รับบริการตามความเป็นจริง ขณะนี้ งบประมาณก็ไม่พออยู่แล้ว ยังต้องมาใช้จ่ายในการช่วยเหลือ เบื้องต้น อีกปีละ ๓๐ ล้านบาท และ นอกจากทรัพยากรบุคคลสายแพทย์จะน้อยแล้ว ปริมาณงานยังเพิ่มขึ้น เมื่อคนถอดใจ งานก็มีจุดโหว่ การฟ้องร้องก็มากขึ้น ท้ายสุดผู้ให้บริการจะไม่เหลือ
9	การจัดการบริการสุขภาพ มีส่วนสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการเป็นอย่างมาก - คนที่มีเศรษฐกิจดีกว่า จะมีโอกาสเข้าถึง บริการมากกว่าคนที่ด้อยโอกาสอยู่แล้ว - ในขณะที่ประเทศของเรามีทรัพยากรจำกัด การเปิดให้ทุกคนเข้าถึงบริการ เท่ากัน เป็นภาระต่อผู้ให้บริการภาครัฐจำนวนมาก - การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบริการอาจเป็นปัญหาเรื่องพฤติกรรม สุขภาพ
10	เนื่องจากประเทศเรามีงบประมาณจำกัด ผู้ที่สามารถจ่ายได้น่าจะมีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษา เพื่อให้โอกาสกับผู้ ยากไร้
11	การใช้เงินภาษีของรัฐบาลควรต้องคำนึงถึงผู้ที่มีความต้องการมากที่สุดเป็นหลัก
12	เน้นผู้ยากไร้เป็นเบื้องต้นเมื่อบริบทสนใจเพื่อทุกคน
13	หลักประกัน เน้นอนตามหลักการสร้างขึ้นเพื่อทุกคน แต่ในความเป็นจริง ประชากรกลุ่มชายขอบต่างๆ มักเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงหลักประกันที่ว่ำนั้น และไม่มีแม้แต่โอกาส ดังนั้นการที่คนในกลุ่มนี้ได้รับการมุ่งเน้นเป็นหลัก ก็สามารถพูดได้ว่า ถ้วนหน้าอย่างแท้จริง

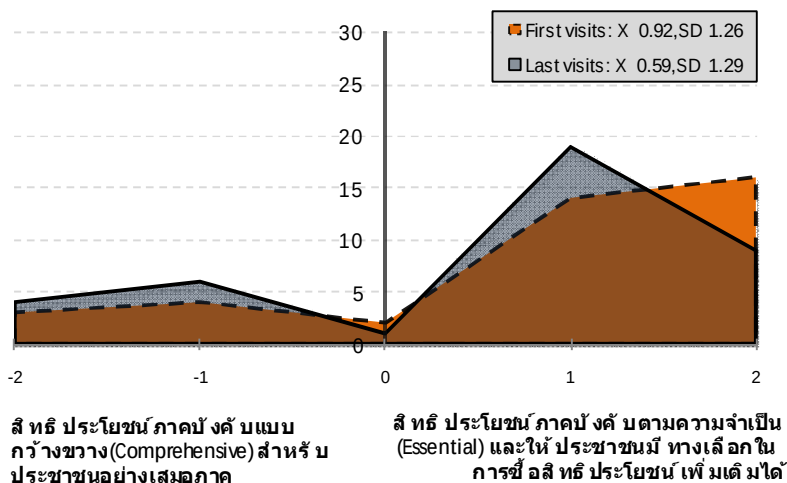
ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 3

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้เพื่อเป้าประสงค์

เป้าประสงค์ (Values) ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



(ด้านซ้าย -) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นสิทธิประโยชน์ภาครัฐบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค	
1	ประชาชนต้องได้รับสิทธิประโยชน์ภาครัฐบังคับแบบกว้างขวางอย่างเสมอภาคกัน เพราะความจำเป็นของแต่ละคนมีความต่างกัน
2	การกำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มให้กับคนที่จ่ายได้ เท่ากับการทำให้การเข้าถึงถูกกำหนดได้โดยการมีรายได้สูงกว่า ถือว่าทำให้เกิดสิทธิที่ไม่เท่าเทียมกัน
3	การกำหนดให้สิทธิประโยชน์เพียงขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นและให้ประชาชนกลุ่มหนึ่งสามารถซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ จะทำให้บริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย จะเกิดความเหลื่อมล้ำของบริการสุขภาพที่ประชาชนที่มีฐานะและยากจนควรได้รับ สถานพยาบาลอาจมีพฤติกรรมจัดบริการที่คุณภาพเป็นหลายระดับ และเลือกที่จะให้บริการกับกลุ่มที่จ่ายเงินได้มากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจยากจน
4	เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์ควรเป็นลักษณะภาครัฐบังคับแบบกว้างขวาง ครอบคลุมความจำเป็นทางสุขภาพโดยส่วนใหญ่และเพื่อประชาชนอย่างถ้วนหน้า
5	สิทธิด้านการรักษาต้องได้ตามจำเป็นโดยเท่าเทียม บริการเสริมอื่นซื้อเพิ่มได้ หากให้ซื้อสิทธิประโยชน์บางกลุ่มได้ต้องเป็นเรื่องริเริ่มใหม่และควรพิจารณาให้เหมาะสมเฉพาะพื้นที่
6	เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง อย่างแท้จริง
7	อยู่ที่ความหมายของคำว่า "กว้างขวาง" กับ "จำเป็น" แต่ข้าพเจ้ากลัวว่าคำว่า "จำเป็น" จะถูกตีความแคบไป เช่นมีการอ้างว่าบริการทำฟันหลายอย่างไม่จำเป็น หรือ การรักษาด้วยยาแพงที่มีประสิทธิภาพสูงไม่จำเป็นเมื่อมียาราคาถูกกว่ามากแต่ประสิทธิภาพที่ต่ำกว่ามากเช่นกัน
8	ถ้าถือว่าสิทธิประโยชน์ที่ "จำเป็น" หมายถึงการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูง เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว ครอบคลุมโรคทุกโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และถ้าหากว่าสิทธิประโยชน์ที่ "กว้างขวาง" เป็นการเพิ่มเติมในเรื่องสิ่งไม่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ห้องพิเศษ รักษาโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ข้าพเจ้าพร้อมที่จะลงความเห็นด้านบวก แต่ข้าพเจ้ากลัวว่าการตีความจะไม่เป็นเช่นนี้
9	ถ้านำเรื่องเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง ประชาชนผู้มีรายได้น้อย จะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน และมาตรฐาน คงจะลดลง เพราะ ประชาชน คงจะเชื่อว่าการจ่ายเงินจะต้องดีกว่า
(ตรงกลาง 0) ความคิดเห็นที่ไม่สนับสนุนเป้าประสงค์ฝั่งใดฝั่งหนึ่งชัดเจน	
1	ควรเป็นระบบผสมผสาน คือ ทุกคนได้รับการบริการพื้นฐานที่เท่าเทียมกันตามมาตรฐาน แต่บุคคลใดที่ต้องการได้รับการบริการที่ดีกว่า ก็สามารถเลือกซื้อสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

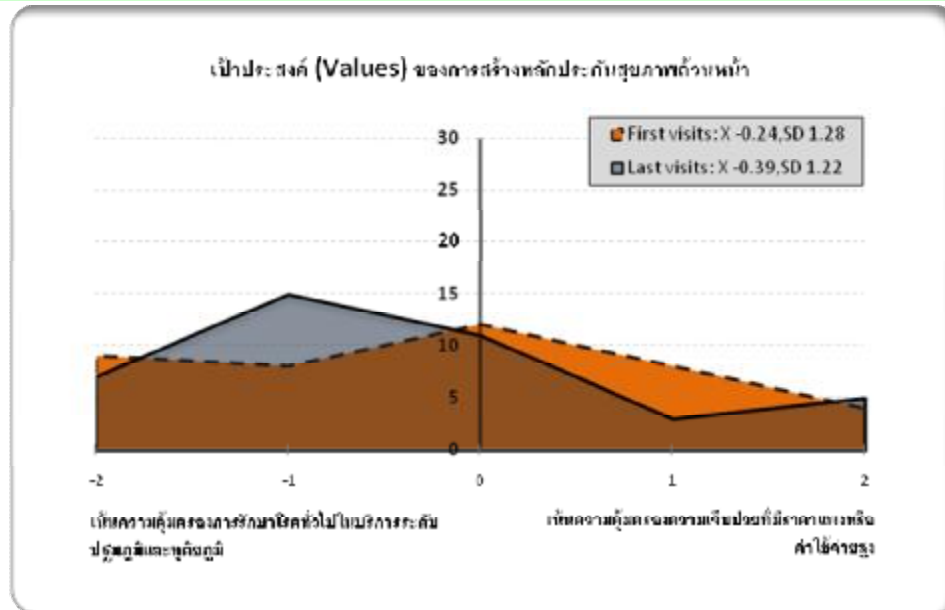
(ด้านขวา +) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นสิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น(Essential) และให้ประชาชนมีทางเลือกในการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้	
1	สิทธิพื้นฐานของประชาชนควรเท่ากัน และควรมีการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานในประเทศ เพราะยังไม่ชัดเจนว่าอะไรคือพื้นฐานที่ประชาชนได้รับ ส่วนสิทธิพิเศษเพิ่มเติมอื่น สามารถซื้อเพิ่มได้ โดยการซื้อเพิ่มน่าจะเป็นความหมายกว้าง ซึ่งหมายรวมถึงนายจ้างที่จะซื้อสิทธิประโยชน์ให้กับลูกจ้างด้วย
2	เพื่อให้ผู้มีความสามารถร่วมจ่ายได้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันต้องมีระบบประเมินรายได้ ทรัพย์สิน ในการกำหนดความรับผิดชอบ
3	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นถือว่าเป็นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับส่วนบุคคลที่มีฐานะที่ดีกว่าสามารถเลือกซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้
4	ควรจัดให้มี essential package และซื้อบริการเพิ่ม แต่คนยากจนและด้อยโอกาส รัฐจะต้อง subsidize ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เขาอาจจำเป็นต้องจ่ายเพิ่ม
5	1. ต้องสร้างมาตรฐานสิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นให้มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม(ไม่มีการซ่อนเร้น) 2. สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่เป็นทางเลือก ต้องไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและมาตรฐานแต่เน้นการบริการและความพึงพอใจผู้ป่วย 3. ข้อมูลทั้งหมดต้องเปิดเผย โปร่งใส ตรวจสอบได้
6	บริการสุขภาพไร้ขอบเขต แต่ความจำเป็นมีขอบเขต การจัดให้ขอบเขตความต้องการกับบริการที่จำเป็นเป็นข้อตกลงที่ตกลงกันเบื้องต้น เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาต่ออย่างเป็นระบบ
7	สิทธิพื้นฐานทุกคนควรมีเท่าเทียมกันในการรักษาโรคอย่างมีมาตรฐาน แต่นอกเหนือพื้นฐานประชาชนควรมีส่วนร่วมจ่าย
8	เพื่อลดภาระทางงบประมาณของประเทศ ควรสร้างหลักประกันทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างเสมอภาคให้กับประชาชน โดยถ้วนหน้า และใช้ระบบการจ่ายร่วมในกรณีการบริการขั้นสูงที่อยู่นอกเหนือจากสิทธิขั้นพื้นฐาน
9	รัฐควรให้หลักประกันทางสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่บุคคลทุกคน กรณีที่ต้องการใช้สิทธิทางสุขภาพที่มากกว่าสิทธิพื้นฐาน ย่อมควรเป็นผู้จ่ายเงิน เนื่องจากการมีงบประมาณจำกัดของประเทศ ไม่สามารถดูแลสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพได้ทุกอย่าง
10	การเลือก เป็นวิธีหนึ่งของมนุษย์ที่จะเลือกความสะดวกสบายได้ตามที่ตนเองสามารถ
11	๑.ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น แก่ผู้ให้บริการ ๒.ลดการใช้บริการที่ฟุ่มเฟือยจากผู้รับบริการ ๓.ช่วยให้มีเวลาทำงานที่มีคุณภาพมากขึ้น
12	1. สิทธิประโยชน์พื้นฐานถือเป็นสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ 2. ประชาชนส่วนหนึ่งสามารถร่วมจ่ายในส่วนที่ต้องการความสะดวกสบาย หรือเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น ซื้อเข้าเทียมแบบนั่งพับเข่าเพื่อเล่นโยคะได้ กับซื้อเข้าเทียมที่พับเข้าไม่ได้
13	พอดี พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน
14	Comprehensive is not strategic, is OK only in ideal system where resources are unlimited. In real world, strategic or selective coverage is key to sustainability
15	must be essential comprehensive benefit package
16	ในระยะยาวขยายไปสู่การครอบคลุมสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง
17	เป็นการลดภาระของภาครัฐงบประมาณ
18	คนยากจนและด้อยโอกาสทางสังคมยังคงต้องการได้รับการดูแลทั้งกว้างขวางโดยไม่ต้องซื้อ ชนชั้นกลางขึ้นไปควรซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มได้ แต่การใช้ทรัพยากรต้องไม่เป็นการเบียดเบียนกลุ่มยากจนและด้อยโอกาส
19	ต้องมีมาตรการสร้างความเข้าใจกับประชาชนและผู้ให้บริการถึงกฎเกณฑ์ที่เป็นรูปธรรม
20	ความจำเป็นด้านสุขภาพประชาชนเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่เรื่องความหุรหระสะดวกสบายอาจเป็นอาภรณ์ได้กับผู้ที่มิกำลังความสามารถในการจ่ายและใครที่จะจ่าย
21	สิทธิประโยชน์ที่จำเป็น ควรเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคน นั่นคือ"หลักประกัน" ส่วนผู้ใดต้องการอย่างอื่นเพิ่มเติม ก็สามารถเลือก และจ่ายเงิน เพิ่มร่วม ได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 4

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิใช่เพื่อเป้าประสงค์



(ด้านซ้าย -) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	
1	เพื่อให้ผู้มีความสามารถร่วมจ่ายได้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันต้องมีระบบประเมินรายได้ ทรัพย์สิน ในการกำหนดความรับผิดชอบ
2	การคุ้มครองการรักษาโรค และความเจ็บป่วย ประชาชนควรได้รับการเข้าถึงบริการทุกระดับที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง จำเป็นต้องให้ประชาชนรู้หน้าที่ของตนเองในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์
3	ประเทศไทยมีข้อจำกัดทั้งงบประมาณและเทคโนโลยี การกำหนดบริการปฐมภูมิเหมาะสมกับภาวะและสถานการณ์จริง
4	ควรคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในการบริการทั้ง 2 ระดับเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนส่วนใหญ่ทำให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม
5	คนส่วนใหญ่เจ็บป่วยและต้องการรักษาในระดับปฐมภูมิถึงทุติยภูมิ และควรได้รับการดูแลตั้งแต่ยังไม่ป่วย การรักษาในระดับทุติยภูมิแม้ว่าดูไม่มากสำหรับคนระดับกลางถึงบนแต่ก็เป็นภาระหนักกับคนระดับล่างได้
6	ควรให้บริการพื้นฐานเพื่อเป็นการป้องกัน และเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน
7	การสร้างนาซอมเป็นหลักการใหญ่ที่ควรนำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อลดภาระด้านงบประมาณสำหรับการรักษาที่จำเป็นและเกิดขึ้นตามวาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
8	ควรเน้นให้ความคุ้มครองการรักษาโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นสำคัญ ภายใต้สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน และมีการนำระบบการร่วมจ่ายมาใช้ในการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
9	กรณีค่าใช้จ่ายสูงก็มีความจำเป็น แต่ควรกำหนดการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบ เช่น เมมาแล้วขับ หรือเป็นผู้ก่อให้เกิดอุบัติเหตุเอง บาดเจ็บจากการทะเลาะวิวาทโดยตนเองเป็นผู้ก่อ เป็นต้น ที่เน้นควรให้เน้นระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ เพราะถ้าประชาชน ผู้ป่วย ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ มีความรู้ในการดูแลตนเอง การเจ็บป่วย หรือ ความรุนแรงของโรคจะน้อยลงได้ นั่นก็คือ จะประหยัด ค่าใช้จ่ายสูงในทางอ้อม

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

10	- งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยหนัก.....ที่รักษาหายไม่รักษาตายนั้น ซึ่งต้องการเทคโนโลยีและความรู้ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข มีสัดส่วน 25 % ของการเจ็บป่วยทั้งหมดเท่านั้น สัดส่วนของการเจ็บป่วยเป็นกลุ่มโรคปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็น 75 - 77 % ของการเจ็บป่วยทั้งหมด - ความเจ็บป่วยราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง มีที่มา.....จากพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมการใช้ชีวิต ดังนั้น งานที่ต้องทำคือเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างพันธมิตรการบริการ เช่นเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน การปรับปรุงระบบร้านขายยา
11	ถ้าไม่ครอบคลุมโรคทั่วไป จะทำให้ระบบสุขภาพเสียโอกาสที่จะดักอาการป่วยที่รุนแรงกว่าหรือแอบแฝงตั้งแต่เนิ่นๆ ผลพวงอาจทำให้ค่าใช้จ่ายกลับเพิ่มโดยไม่จำเป็น และประชาชนก็ตายไปมากโดยไม่จำเป็น
12	ถ้าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครอบคลุมโรคพื้นฐานที่รักษาง่าย ประชาชนส่วนใหญ่จะมีสุขภาพพื้นฐานที่แย่งการป้องกันโรคจะถูกกระทบมากเลย ทำให้ประชาชนป่วยเป็นโรครักษาแพงและโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมากขึ้น เป็นผลเสียอย่างมากต่อสุขภาพของประเทศชาติและประชาชน
13	เป็นการประกันพื้นฐานที่จำเป็นทางสุขภาพ
14	ค่าใช้จ่ายในการดูแลความเจ็บป่วยของคนจนและด้อยโอกาสในโรคทั่วไปแม้มีราคาไม่แพงแต่มีผลกระทบต่อการดำรงอยู่ของคนกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มชนชั้นกลางขึ้นไปหลายเท่า
15	ประชาชนส่วนใหญ่จะเป็นโรคอยู่ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มากกว่า
16	ควรคุ้มครองโรคพื้นฐานทั่วไปก่อน แต่อาจมีความจำเป็นในบางโรคที่ต้องคุ้มครองโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่เป็นส่วนน้อย
17	ควรครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น ขั้นพื้นฐาน แต่การบริการที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ต้องมีการร่วมจ่าย และรับผิดชอบ โดยเฉพาะให้มีการพิจารณาในเรื่องของป้องกัน และสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้วย
(ตรงกลาง 0) ความคิดเห็นที่ไม่สนับสนุนเป้าประสงค์ฝั่งใดฝั่งหนึ่งชัดเจน	
1	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความสำคัญทั้งการรักษาพยาบาลแบบง่าย และแบบที่มีความซับซ้อน
2	1. การคุ้มครองต้องยึดหลักคุณภาพและมาตรฐานทางการแพทย์ที่สอดคล้องต่อสุขภาพของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรักษาในระดับปฐมภูมิหรือการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง 2. รัฐมีหน้าที่จัดระบบงบประมาณ การบริหารจัดการ(การดูแลรักษา การส่งต่อ การพัฒนามูลค่าการ)ให้สอดคล้องกับ 1
3	สำคัญไม่ต่างกันทั้ง 2 ด้าน ในด้านหนึ่งการบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตัวเอง แต่อีกด้านหนึ่งถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงก็ควรจะได้รับการคุ้มครองดูแลไม่ให้ถึงกับล้มจม
4	การเจ็บป่วยไม่ว่าระดับไหนก็ควรจะได้รับการคุ้มครองเท่าเทียมกัน
5	สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีอยู่ในบริการทั้งสามระดับ
6	ต้องพิจารณาความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นหลัก และเลือกใช้ intervention ที่มี cost effectiveness
7	การบริหารเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี และมีศักยภาพในการสร้างผลิตภาพแก่สังคม ต้องสร้างระบบที่คุ้มครองในทุกสถานะ ไม่อาจเน้นที่ด้านใดด้านหนึ่งได้ ทั้งนี้เป็นไปตามระบาดวิทยาคลินิกและเทคโนโลยีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยัน
8	ต้องสร้างความสมดุลทั้งสองระบบ อาจต้องมี Co-pay ในระดับ Primary care และกลไกให้เกิด Self care ส่วน High cost / Tertiary care ใช้มาตรการทางภาษีเป็นตัวจัดการเนื่องจากบางโรคเป็นสิ่งที่เกิดในลักษณะ Externality
(ด้านขวา +) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง	
1	รายการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระมากกับประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ (ผู้มีรายได้น้อย)
2	ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงสูงเป็นภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งบางครอบครัวอาจถึงเข้าขั้นล้มละลายได้(Last dollar)
3	ค่าใช้จ่ายสูงมีราคาแพงเป็นเหตุให้เกิดหนี้สินและความยากจน ขณะที่ค่ารักษาโรคทั่วไป อาจไม่ภาระมากนัก ยกเว้นคนจน ซึ่งรัฐควรดูแลเป็นพิเศษ
4	การคุ้มครองเป็นการระบุว่า ระบบจะดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายให้ แต่กรณีนี้เน้นเฉพาะบริการรักษาพยาบาลที่ประชาชนมีอุปสงค์อยู่แล้ว จึงไม่พบว่ามีปัญหาหากบริการมีค่าใช้จ่ายไม่สูง หากเป็นบริการส่งเสริมป้องกันที่ไม่มี express demand ไม่ครอบคลุมอยู่ในประเด็นนี้ เพราะรัฐควรคุ้มครองอยู่แล้ว

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

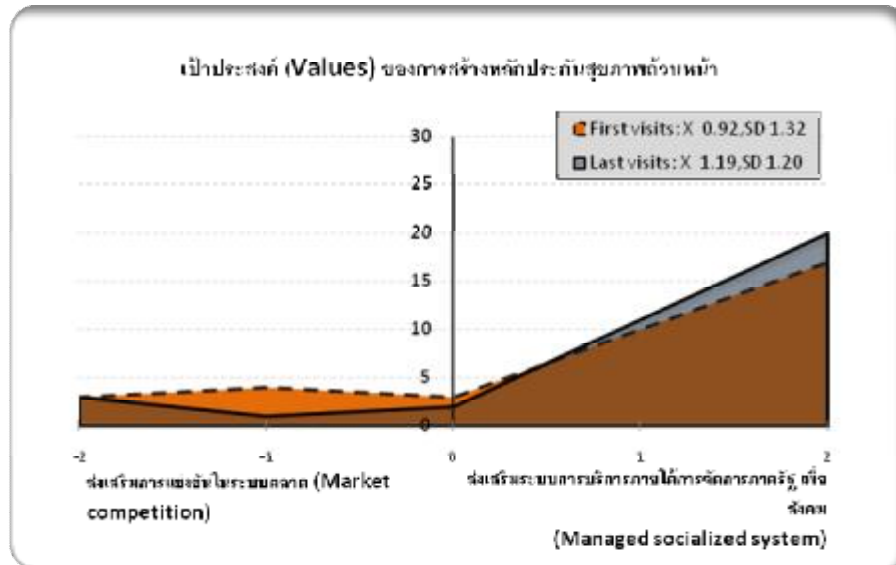
5	เนื่องจากเป้าหมายที่สำคัญของระบบการเงินการคลังสุขภาพคือการปกป้องประชาชนหรือครัวเรือนจากภาวะวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง หากทรัพยากรมีจำกัด อย่างไรก็ตาม หากทรัพยากรมีเพียงพอ ก็ควรให้ความสำคัญคุ้มครองบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งประชาชนที่เศรษฐกิจยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้ค่อนข้างสะดวก
6	เนื่องจากเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการป้องกันประชาชนจากภาวะวิกฤตทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้น ระบบจึงควรเน้นการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่เดียวกัน ก็ไม่ควรละเลยการคุ้มครองในการรักษาโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากประชาชนที่มีเศรษฐกิจยากจนในชนบทจะได้รับประโยชน์และเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น
7	การบริการระดับปฐมภูมิ โดยทั่วไปมีราคาไม่สูงมากนัก เมื่อคนมีระดับคุณภาพชีวิต/รายได้อยู่ระดับหนึ่งแล้ว โดยทั่วไปจะสามารถ afford ได้ แต่บริการทุติยภูมิบางประเภท หรือบริการโรคราคาแพง คนทั่วไปไม่สามารถ afford ได้ ดังนั้นจึงควรมีประกันในลักษณะ risk pooling ในกลุ่มนี้เพื่อคุ้มครองคนจน คนธรรมดาจากโรคเจ็บป่วยล้มละลาย และให้จ่ายเองสำหรับโรคสามัญ ซึ่งปกติเป็นไข้เจ็บหัวตัวร้อน คนก็ซื้อยากินเองอยู่แล้ว
8	ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทั่วไป ผู้ป่วยทำได้โดยง่ายเนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่มาก หรือ รักษาสุขภาพให้ดีด้วยตนเองได้ การคุ้มครองน่าจะเน้นเรื่องโรคค่าใช้จ่ายสูงกว่าปกติ ที่ทำให้ผู้ป่วยยากลำบากในการหาค่าใช้จ่ายได้
9	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงมีสัดส่วนไม่มาก แต่อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวประสบภาวะล้มละลาย และหากคุ้มครองโรคทั่วไปในภาวะที่งบประมาณจำกัด อาจทำให้ผู้ได้รับการคุ้มครองไม่สนใจการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
10	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงยังอาจทำให้เกิดการสูญเสียบุคคลที่เป็นหลักของครอบครัว ทำให้ครอบครัวประสบปัญหา และอาจเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีประโยชน์ต่อประเทศ
11	การคุ้มครองให้คลุมถึงค่าใช้จ่ายราคาสูงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะค่าใช้จ่ายราคาสูงที่เรียกกันว่า last dollar นั้นอาจทำให้แม้กระทั่งคนชั้นกลางล้มละลายกลายเป็นคนจนไปได้ และไม่ใช่คนรวยเท่านั้นที่ป่วยเป็นโรคราคาสูง คนจนก็เป็นได้และควรจะได้รับคุ้มครองเช่นกัน อย่างไรก็ตามทั้งหมดนี้มีได้หมายความว่าเราจะละเลยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ แต่ต้องให้ไปพร้อมกันด้วย

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 5

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีไว้เพื่อเป้าประสงค์



(ด้านซ้าย -) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)	
1	ควรส่งเสริมให้มีการแข่งขันในระบบการตลาด โดยให้มีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมจำนวนมากเพื่อทดแทนจำนวนทรัพยากรที่ขาดแคลนในภาคของรัฐไม่ว่าจะเป็นบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข ด้านจำนวนเตียงที่ขาดแคลน ลดการลงทุนในภาคของรัฐ จะทำให้เข้าถึงคุณภาพและมาตรฐานทางการรักษาได้เร็วขึ้น ลดการฟ้องร้องที่ไม่จำเป็นจากการไม่ได้มาตรฐานและคุณภาพบริการ สุดท้ายประชาชนจะได้ระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานบริการที่พึงประสงค์
2	ไม่ปรากฏหลักฐานว่าการคุ้มครองหรือผูกขาดบริการโดยรัฐแล้วประชาชนจะได้บริการที่ดีมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะเมืองไทย การแข่งขันภายใต้กฎเกณฑ์ที่เป็นธรรม มีการกำกับดูแลที่เชื่อถือได้ประชาชนได้ประโยชน์ชัดเจนกว่า
3	การผูกขาดโดยรัฐพิสูจน์แล้วว่าไปไม่รอดทุกเรื่องที่ผ่านมา พื้นที่พิเศษที่ยังไม่มีการเพียงพอรัฐดำเนินการเพื่อประชาชนนั้นดีภาคเอกชนมองว่าเป็นทรัพยากรของประเทศเช่นกันควรมาใช้ให้เกิดประโยชน์
4	State run service programs are most likely bureaucratic and less likely to be creative and consumer friendly. State's role is more appropriate as regulator though it is also not easy to be good regulator. A good regulator will ensure that business sectors that provide services to end consumers really compete with each other to make consumers better-off while making acceptable profits. State should directly provide services only in areas that no private player is available for the job.
5	ควรต้องมีทั้งสองอย่าง ให้มีการแข่งขันทางการตลาดอย่างเหมาะสม เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นและมีแรงจูงใจในการให้บริการที่ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการจัดการของภาครัฐร่วมด้วย เช่น การควบคุมดูแลกำกับจากภาครัฐ การคุ้มครองผู้บริโภค
6	ไม่ว่าเราจะชอบหรือไม่ชอบภาคเอกชนก็ตาม ต้องยอมรับว่าขณะนี้ภาคเอกชนมีขนาดใหญ่ และสามารถนำมาใช้เป็นทรัพยากรสำหรับการประกันสุขภาพได้ (ในกองทุนประกันสังคม รพ.เอกชนสามารถมีส่วนแบ่งตลาดได้กว้างขวาง ทั้งๆ ที่ไม่มีการอุดหนุนเงินเดือนเหมือน รพ.รัฐ) และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถหาเงินมาลงทุนได้ทันกับความต้องการความพยายามที่จะ "หวงก้าง" ไม่ให้ภาคเอกชนเข้ามาในโครงการ UC (โดยพฤตินัย) ไม่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนเลย
7	อยากเห็นมีการจัดการแบบภาครัฐ แต่มีการนำการตลาดมามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการแข่งขัน ระหว่าง โรงพยาบาล และมีรางวัลสำหรับโรงพยาบาล ที่มีการบริการ ที่ดีและมีมาตรฐาน
(ตรงกลาง 0) ความคิดเห็นที่ไม่สนับสนุนเป้าประสงค์ฝั่งใดฝั่งหนึ่งชัดเจน	
1	ต้องจัดการความสมดุลของทั้งสองด้าน เพราะเศรษฐกิจแบบตลาดโลกาภิวัตน์เป็นกระแสแรงที่ผลักดันการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกยุคปัจจุบัน การฉกฉวยโอกาสวิธีการการตลาดเพื่อสังคมมาเพื่อพัฒนาความเท่าเทียมในสังคมจะเป็นทางเลือกที่ไม่สุดโต่ง
2	ควรแจกแจงให้ชัดว่าสิ่งไหนควรใช้วิธีการอะไร ดังนั้นมองว่าทั้งสองมาตรการมีความสำคัญขึ้นกับวัตถุประสงค์

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 1 เป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

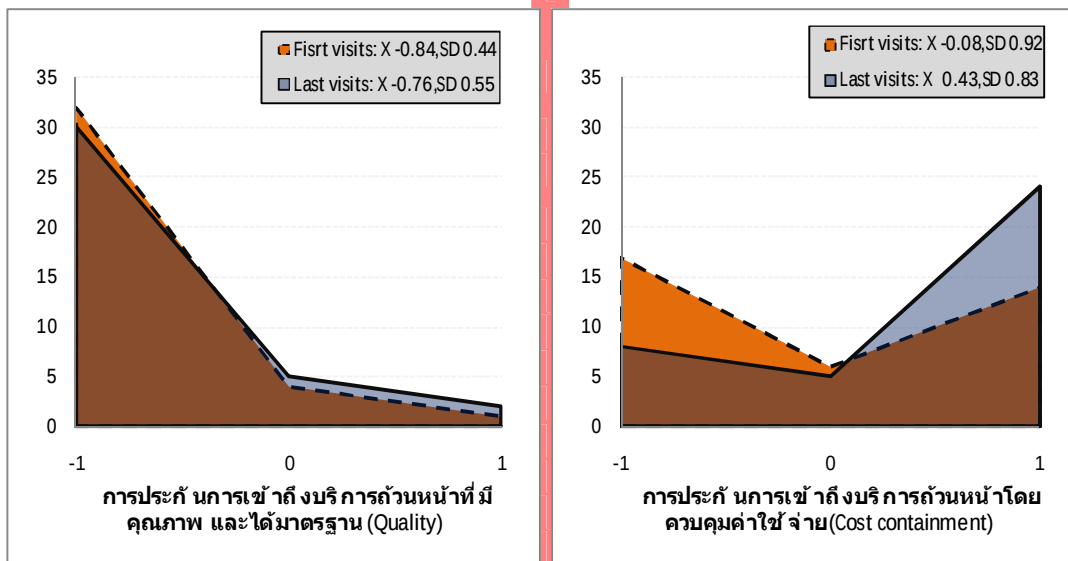
(ด้านขวา +) ความคิดเห็นสนับสนุนเป้าประสงค์ที่เน้นส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)	
1	เนื่องจากระบบการรักษายาบาลในประเทศไทยไม่ใช่ระบบแข่งขันสมบูรณ์ รัฐควรต้องเข้าแทรกแซง และช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส หรือมีรายได้น้อย ให้สามารถได้รับการบริการอย่างทั่วถึง และเหมาะสม
2	ระบบสุขภาพพื้นฐานที่ให้ประชาชนทุกคนไม่ควรอยู่ภายใต้การแข่งขัน
3	สุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ ระบบบริการ รัฐควรควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ด้วยการจัดการแบบผสมผสานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกระดับ และเอกชนที่ใช้ระบบการตลาด
4	เป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โดยใช้โอกาสของทรัพยากรบุคคลในการเลือกระบบบริการของตนเองด้วย แต่ไม่ปล่อยการแข่งขันเสรีจนเกิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการระหว่างต่างเศรษฐกิจ รัฐจึงควรเข้ามาดูแลการจัดการระบบเพื่อสังคม
5	การสร้างหลักประกันสุขภาพ เป็นรัฐสวัสดิการ ไม่ใช่ทุนนิยม ไม่ต้องใช้ตลาด
6	ระบบประกันสุขภาพควรเป็นรัฐสวัสดิการ ที่ต้องดูแลโดยรัฐ ถ้าหากปล่อยให้กลไกตลาดดูแล อาจทำให้ระบบบริการสุขภาพอาจบิดเบี้ยวได้ และผู้ที่ได้รับผลกระทบคือประชาชน ตัวอย่างที่อาจเห็นได้ชัด คือ ระบบประกันสังคม
7	การแข่งขันในระบบตลาดย่อมชักนำให้ระบบบริการสุขภาพเป็นไปตามอำนาจการซื้อมากกว่าHealth Needของสังคม และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมของการใช้ทรัพยากร และทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหา ระบบบริการสุขภาพจึงต้องอยู่ภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม
8	1. ระบบสุขภาพถ้ารัฐไม่เข้ามาควบคุม จัดการ เพื่อประโยชน์สาธารณะ จะเกิดความไม่เป็นธรรม 2. สังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำในชนชั้น ระบบธุรกิจเอกชนจะผูกขาดบุคลากร(แพทย์ พยาบาล)และสร้างระบบบริการตอบสนองต่อธุรกิจมากกว่าประโยชน์สาธารณะ (สิทธิเสมอภาคในหลักประกันสุขภาพ)
9	การแข่งขันในระบบตลาดมีข้อดีในเรื่องแข่งด้านคุณภาพ แต่อาจทำให้เกิดอุปสงค์เทียมขึ้นมาได้มาก และมักจะมีข้อเสียเรื่องการเข้าถึงของผู้ที่มีอำนาจเงินน้อยกว่า ประเทศไทยมีความแตกต่างทางเศรษฐกิจอย่างมาก การใช้ระบบรัฐสวัสดิการยังเหมาะสมกับประเทศไทยมากกว่า
10	เห็นด้วยกับความเห็นด้านล่างว่า บริการสุขภาพไม่ควรเป็นเรื่องของการแสวงหากำไร และไม่ควรใช้ระบบธุรกิจในการจัดบริการ เนื่องจากอาจมีการสร้าง false demand หากผู้ให้บริการนึกถึงแต่เพียงผลประโยชน์ด้านธุรกิจ และระบบบริการสุขภาพจะมีปัญหาเรื่อง asymmetry of information อีกด้วย ทำให้ผู้ให้บริการมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ
11	บริการสุขภาพเป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก asymmetry of information และ externalities ดังนั้น จึงไม่ควรให้เป็นระบบการแข่งขันในตลาด แต่รัฐควรยื่นมือเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดหรือซื้อบริการสุขภาพ
12	กลไกตลาดดีกับการแข่งขันเชิงธุรกิจ แต่การบริการสุขภาพที่มีงบประมาณและตลาดสุขภาพที่ประชาชนขาดองค์ความรู้ จำเป็นต้องอาศัยการจัดการที่เหมาะสมของภาครัฐจนกว่าจะพัฒนาได้เหมาะสม
13	การส่งเสริมระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคมเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยเนื่องจากมีความแตกต่างทางเศรษฐกิจสูง คนจนไม่มีกำลัง
14	เพราะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐาน การดำรงชีวิตของสังคม เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี ห่างไกลจากการเจ็บป่วย
15	เรื่องสุขภาพ ไม่ควรเป็นเรื่องของการแสวงหากำไร ไม่ใช่เรื่องธุรกิจ หากเป็นเช่นนั้นจะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม
16	รัฐควรเข้ามาจัดการดูแลระบบการบริการขั้นพื้นฐาน สำหรับส่วนที่เป็นการจัดบริการบางประเภทที่นอกเหนือการจัดบริการขั้นพื้นฐาน ควรเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันในระบบตลาด
17	ภาครัฐควรมีบทบาทสำคัญในการจัดการระบบบริการ เพื่อเป้าหมายการได้รับการบริการที่ทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยรัฐไม่จำเป็นต้องเป็นเจ้าของหน่วยบริการเอง เปิดให้มีการแข่งขันในระบบตลาดแต่อยู่ภายใต้การควบคุมของภาครัฐอย่างใกล้ชิด
18	การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องของการทำให้สังคมโดยรวมดีขึ้น ไม่ใช่การแข่งขันทางการตลาด
19	แข่งขันทางการตลาด ใช้ได้กับการขายของ การจัดการตลาด - การจัดการสุขภาพต้องมีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเรื่องคุณธรรม คุณภาพตามมา จากนั้นจึงใช้การจัดการทำสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ให้เป็นไปได้ management makes impossible possible.
20	ระบบตลาดเสรีไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรได้จริงเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ก่อให้เกิดการผูกขาดของระบบการแข่งขัน
21	ในทางปฏิบัติกลไกราคาของสินค้าและบริการทั่วไปตามแนวคิดเสรีนิยมไม่อาจทำงานได้จริงแท้เนื่องจากปัจจัยทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมในยุคโลกาภิวัตน์ถูกแทรกแซงจากภายนอกได้ง่าย ดังนั้น การปล่อยให้กลไกดังกล่าวเข้ามาสู่การแข่งขันของสินค้าและบริการสุขภาพแล้ว น่าจะเพิ่มค่าใช้จ่ายและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น
22	เรื่องสุขภาพเป็นความจำเป็นพื้นฐาน ที่รัฐควรจัดการให้ครอบคลุมระดับหนึ่ง และไม่ควรเป็นการแข่งขันเชิงธุรกิจ แต่ควรแข่งขันในด้านคุณภาพบริการมากกว่า
23	ควรจะต้องเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ควรมีระบบบริหารจัดการแบบเอกชน

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 6

หาก งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ด้วยงบประมาณของรัฐมีข้อจำกัด การจัดตั้งกองทุน โดยประชาชนเพื่อประชาชนเพื่อหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน	ถึงแม้จะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดีแล้ว แต่หากรัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอ รัฐก็ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจหมายถึงต้องลดสิทธิประโยชน์บางอย่างหรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น
2	คุณภาพบริการ ขึ้นกับ คุณภาพคนให้บริการ ที่ได้รับการดูแลด้านงบประมาณเพียงพอเพียง	การมีงบรัฐเรื่องงบประมาณอาจส่งผลให้คนในระดับทำงานเลือกควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงย่อมขึ้นกับ "ความตึง" ของการบีบรัดนั้น
3	การมีงบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการอย่างแน่นอนต้องยอมรับความเป็นจริงว่าการให้บริการทางสุขภาพมีต้นทุนที่ใช้ในการบริการ ถ้างบประมาณไม่เพียงพอก็จะกระทบทั้งทางด้านการพัฒนาและคุณภาพมาตรฐานบริการ	การมีงบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะยิ่งเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น
4	งบประมาณที่จำกัด ภายใต้สมมุติฐานว่าปริมาณการใช้บริการเท่าเดิม ถ้าสถานพยาบาลจะอยู่รอด จะต้องลดต้นทุนการจัดบริการซึ่งวิธีลดต้นทุนง่ายที่สุดคือการจัดการบริการที่คุณภาพลดลง	งบประมาณที่บีบรัดมากขึ้น จะทำให้ cost containment ทำได้ยากขึ้น หรือกลายเป็นการจ่ายค่าบริการที่ไม่คุ้มกับการจัดบริการ หรือไม่ได้ cost recovery ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้
5	1. งบประมาณของรัฐในเรื่องสุขภาพต้องถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้น ซึ่งยังไม่สอดคล้องต่อสภาพความเป็นจริงของการจัดสรรงบประมาณ 2. งบประมาณที่บีบรัดจะทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนคนยากคนจน และผู้ด้อยโอกาสลดลง	เกิดปฏิกริยาของระบบบริการที่จะเลือกให้บริการเฉพาะบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ทำให้ระดับของมาตรฐานและคุณภาพต่ำลงไปด้วยเข้าทำนอง "ของดี ราคาแพง หรือ ของถูก ราคาถูก"
6	เมื่อทรัพยากรมีจำกัดและลดลงหรือไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพให้ไม่สามารถได้คุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด	งบประมาณที่บีบรัดทำให้บุคลากร ผู้ให้บริการทำงานยากลำบากขึ้น
7	ทรัพยากรสุขภาพที่จำกัดหรืองบประมาณที่บีบรัด จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับ	การประกันการเข้าถึงบริการควรได้รับความคุ้มครองโดยเฉพาะกรณี primary และ secondary services เมื่องบประมาณไม่พอ ก็ไม่ควรลดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ แต่ควรแบ่งเป็น 1) สิ่งที่ต้องให้/จัดหาให้ 1.1) Patient --> CURE 1.2) People--> CARE 2) รัฐจัดให้ Extra Service ประชาชนร่วมจ่าย
8	การมีงบประมาณจำกัดย่อมทำให้มีผลกระทบต่อการจัดบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน	ทำให้ไม่สามารถขยายสิทธิประโยชน์ได้ครอบคลุม

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) ต้องใช้งบประมาณพอสมควรถ้าไม่เพียงพอจะไม่ได้คุณภาพ	หากงบประมาณในปัจจุบันมีเพียงพอ หรือมีงบเกินอยู่ อาจลดงบประมาณลงได้โดยการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่หากงบประมาณไม่เพียงพอ การลดงบประมาณจะทำให้การเข้าถึงลดลง
10	คุณภาพของบริการในบางกรณีจำเป็นต้องใช้งบประมาณ	ไม่ว่าจะเป็นประกันด้วยหลักใด การมีเงินน้อย ย่อมมีผลกระทบในด้านลบได้ทั้งสิ้น
11	ทำให้สถานบริการมีข้ออ้างในการจัดบริการที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐานที่เพียงพอ	ยิ่งมีขีดจำกัดบริการที่จำเป็นจะถูกกระทบ การควบคุมค่าใช้จ่ายมีวิธีอื่นมากมายที่ดีกว่า
12	งบประมาณน้อยลง ส่งผลต่อระบบบริการอย่างแน่นอน	การควบคุมค่าใช้จ่ายอาจมีผลต่อการสร้างความเป็นธรรมในระบบ
13	ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีวิธีการรักษาโรคที่หลากหลายมากขึ้น และมีราคาสูงซึ่งหากถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาที่มีคุณภาพ จะทำให้ต้องใช้งบประมาณมากขึ้นในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างถ้วนหน้า การมีงบจัดงบประมาณจะทำให้ต้องไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาความก้าวหน้าทางการแพทย์จะชะลอหรือหยุด และอาจทำให้มาตรฐานบริการทางการแพทย์ต่ำลงเมื่อเทียบกับเวลาที่ผ่านไป	หากงบประมาณของรัฐมีขีดมากขึ้น ในขณะที่การดูแลสุขภาพในปัจจุบันทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนั้นแม้จะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายก็จะมีผลกระทบให้ต้องลดทอนสิทธิประโยชน์
14	ของดีราคาถูกมีน้อยมากโดยเฉพาะระบบกลไกตลาดเสรี	จะรัดเข็มขัดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างไรก็เกิดผลทางลบทั้งนั้นในภาวะงบมีขีด สุดท้ายกรรมจะตกแก่ประชาชน ที่ได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ และเข้าไม่ถึง
15	คุณภาพและมาตรฐานโดยรวมอาจลดลงได้หากเน้นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพงมาบริการ	จะทำให้เกิด Moral hazard กับบริการ
16	งบประมาณด้านสุขภาพในปัจจุบันในภาพรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นอยู่แล้ว	
17	งบประมาณเพื่อหลักประกันสุขภาพที่จำกัดมีขีด ย่อมส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานการบริการ จะทำให้หยุดและชะลอการพัฒนา	
18	ปัจจุบัน โรงพยาบาลของรัฐค่อนข้างจะมีปัญหาเรื่องงบประมาณ ไม่เพียงพอ ต่อรายหัวที่รัฐบาลให้	
19	เรื่องคุณภาพในบางเรื่องต้องมีการลงทุน	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	ไม่ว่างบประมาณจะเป็นเท่าไร เป้าหมายของระบบต้องคงไว้คือ รักษาทั้งคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้	1. ผลการมีขีดงบประมาณอาจทำให้เกิดผลทางลบให้หันกลับมาควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานการบริการที่ได้รับผลกระทบ 2. นโยบายหลักประกันสุขภาพเพียงจะมีผลในเรื่องปริมาณผู้ป่วยในการเข้าถึง แต่คุณภาพและมาตรฐานยังเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาและปรับงบประมาณให้เหมาะสม
2	ผลกระทบอาจขึ้นกับระบบการจัดการ หากไม่มีการจัดการ (เช่น เพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งยังมีปัญหาความไร้ประสิทธิภาพอยู่มาก) ก็อาจผลกระทบต่อคุณภาพได้ แต่กรณีที่มีการจัดการดี ก็น่าจะไม่มีผลกระทบ	ไม่ว่างบประมาณจะเป็นเท่าไร เป้าหมายของระบบต้องคงไว้คือ รักษาทั้งคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้
3		การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอยู่แล้วไม่ว่างบประมาณจะมีการมีขีดหรือไม่
		การบริการของรัฐใดๆก็ตาม จำเป็น ต้องมีสมดุล ระหว่างการให้บริการ กับ ความสามารถ ให้บริการ ทั้งนี้ ระบบบริการ ที่ให้อย่างไม่มีเงื่อนไข ย่อมสร้างความหวั่นไหว ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกัน ระบบที่ไม่ดูแลค่าใช้จ่าย ย่อมไม่สามารถดำเนินไปได้ยาวนาน และ จะสร้างผลเสียได้
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	งบประมาณที่มีขีดเป็นปัจจัยผลักดันให้พัฒนาคุณภาพ เพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างประสิทธิภาพ	การมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ปัญหาที่เกิดจากงบประมาณมีขีดมีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนน้อยลง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

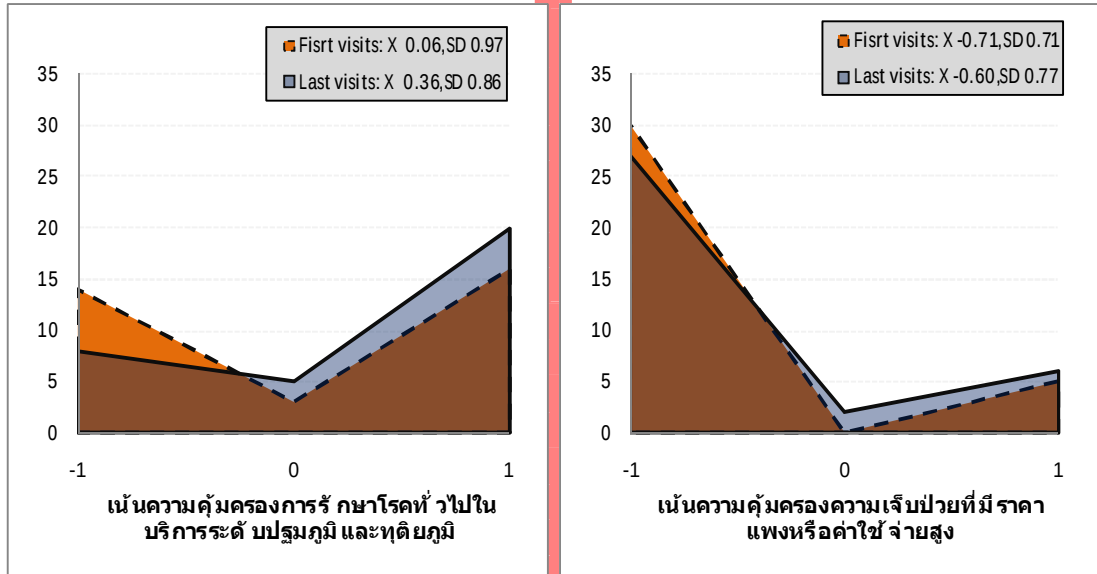
2	เมืองงบประมาณไม่เพียงพอหรือบีบรัด ย่อมเกิดปัญหาการบริการที่คุณภาพต่ำ แต่รัฐบาลและผู้ดูแลงบประมาณ ย่อมสร้างเงื่อนไขที่กำหนดคุณภาพมากขึ้น ภายใต้สมมติฐานที่คิดว่าคุณภาพบริการที่ดีไม่ได้มาจากแลกด้วยเงินและเทคโนโลยีเท่านั้น	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย จะทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3	ระบบบริการทางสุขภาพนอกจากการประกันทางด้านความครอบคลุมกลุ่มประชากรแล้ว ต้องมีการประกันทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้วย เพื่อตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล	เมืองงบประมาณถูกบีบรัดมากขึ้น รัฐบาลจำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย หากยังคงดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4	การมีงบประมาณที่บีบรัด จะเป็นปัจจัยหลักให้มีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น	เมืองงบประมาณมีจำกัดขณะที่รัฐต้องจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน รัฐจะต้องให้ความสำคัญและแรงจูงใจในเรื่อง p&p ที่เป็นวาระแห่งชาติ
5	งบประมาณของรัฐที่จำกัด ทำให้การเข้าถึงของผู้มีความจำเป็นที่จะได้รับบริการหลักประกันสุขภาพ ยากยิ่งขึ้น และคุณภาพบริการจะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด	เป้าประสงค์ของรัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพก็เพื่อต้องการจะควบคุมค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสุขภาพ เมืองงบประมาณบีบรัดก็ยิ่งจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น
6	หลักประกันสุขภาพ ควรเน้น การป้องกัน การส่งเสริมด้านสุขภาพ อนามัย เป็นหลัก เพื่อสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพ และ ลดโอกาสของโรค และ การรักษา การรักษาหากเป็นการดำเนินการแบบ ถ้วนหน้า และ มีคุณภาพ น่าจะมีผลกระทบ ต่องบประมาณ ควรมีการแยกแยะ โดยให้การดูแล ในกรณีที่เป็นพื้นฐาน และ ในกรณีพิเศษ ควรจะผู้ที่สามารถซื้อบริการ ขณะที่ ผู้มีรายได้น้อย สามารถรับบริการจากรัฐได้	เมื่อทรัพยากรลดลงหรือไม่เพียงพอ รัฐจะให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น
7	คุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบันมีทิศที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศการสื่อสารและเทคโนโลยีนาโนเข้ามามีบทบาททำให้ต้นทุนต่อผลลัพธ์น่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันที่วากันว่าแพงก็เพราะยังมีปัญหาเรื่องการปิดกั้นสิทธิทางปัญญาจากเจ้าของอย่างมากและทำให้ราคาแพงอย่างไม่มีเหตุผล แต่กระแสดันกำลังแรงขึ้น	ทัศนคติของการให้บริการ ยิ่งควบคุมตนเองมากขึ้น
8	งบประมาณที่ลดลง ทำให้ต้องมีการคิดเพื่อปรับมีการบริหารเงินให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลมากขึ้น ภายในกรอบของคุณภาพและมาตรฐานที่ยอมรับได้	เป็นเรื่องจริงๆที่งบประมาณบีบรัด ย่อมทำให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพ ในภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน
9		หากทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ก็ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการได้
10		เนื่องจากงบประมาณของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ
11		การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อมเหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
12		Resource constraints naturally drive cost containment
13		การควบคุมต้นทุนใหญ่ทางด้านบริการสุขภาพคือค่าแรง ค่ายาเวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถทำได้หากระบบงานวิจัยทางวิชาการและประเมินเทคโนโลยีเข้มแข็ง และมีการส่งเสริมให้บุคลากรในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิมีทักษะในการส่งเสริมประชาชนบริหารสุขภาพตนเองได้ดี

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 7

หาก งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การมีบริดงบประมาณของหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น	การเจ็บป่วยค่าใช้จ่ายสูง ต้องแยกประเภท : ควบคุมได้ : ควบคุมไม่ได้, โรคชรา, โรคหัวใจ, โรคมะเร็ง... ไม่มีใครอยากเป็น เพราะฉะนั้นต้องคุ้มครอง แต่โรคแสวงหา เช่น เมาแล้วขับ เกิดอุบัติเหตุ ควรร่วมจ่าย
2	เมื่อมีงบประมาณโดยรวมมีจำกัดย่อมจะกระทบถึงการบริการในทุกกระด บ อีกทั้งสัดส่วนของงบประมาณที่ใช้ในระดับตติยภูมิจะสูงกว่าระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิมากด้วย	การมีบริดงบประมาณของหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น
3	1. การจัดสรรงบประมาณยังไม่เท่าเทียมกัน ความเป็นจริงงบประมาณยังจัดสรรสู่ภาคปฐมภูมิและทุติยภูมิน้อย 2. สาเหตุเกิดจากการที่ยังไม่มีภาพที่ชัดเจนของการบริหารจัดการการร ักษาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การร ักษาพยาบาลไปเน้นที่การร ักษาผู้ป่วยราคาแพง 3. การบริหารงบประมาณที่ยังรวมศูนย์ ไม่กระจายอำนาจสู่พื้นที่	1. การคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงจำกัดแต่เฉพาะการร ักษา ไม่เน้นการป้องกัน(งบประมาณทุ่มไปที่เรื่องอุปกรณ์และยาราคาแพง) 2. งบประมาณที่บริดทำให้การจัดสรรงบประมาณในส่วนของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ(โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงส่วนใหญ่ต้องใช้การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เช่นโรคติดต่อ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง)
4	เมื่อมีงบประมาณจำกัด การแย่งงบประมาณในส่วนต่างๆก็จะมีมาก ในที่สุดก็จะลงท้ายด้วยการเกลี้ยกล่อมไป ได้น้อยลงทั้งสองทาง	เมื่อทรัพยากรสุขภาพหรืองบประมาณของรัฐมีจำกัดหรือลดลง ความสามารถของรัฐในการคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงย่อมลดลงไปด้วย
5	เมื่อมีงบประมาณมีจำกัด จึงจำเป็นต้องจำกัดสิทธิประโยชน์เหลือเท่าที่จำเป็น	เมื่อมีงบประมาณถูกบริดมากขึ้น โอกาสที่รัฐจะครอบคลุมการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงจะลดลง
6	บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิแม้ว่าต้นทุนต่อครั้งจะถูกกว่า แต่ปริมาณการใช้บริการมากกว่า การคุ้มครองบริการระดับนี้จึงไม่จำเป็นต้องถูกกว่าบริการตติยภูมิหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงเสมอไป ที่สำคัญหากมองในมุมของชาวบ้านการคุ้มครองบริการที่มีราคาแพงน่าจะได้ประโยชน์กว่า	การดูแลความเจ็บป่วยที่ค่าใช้จ่ายสูงจะถูก เลือกและกำหนดอย่างเข้มงวด ภายใต้งบประมาณที่จำกัด และให้การบริการที่รัฐไม่สามารถอุ้มได้ให้ภาคเอกชนเข้ามาจัดบริการแทน
7	งบประมาณมีน้อยความคุ้มครองจะไม่ทั่วถึง	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงประชาชนควรมีส่วนร่วมถ้าไม่สามารถจ่ายได้ ควรมีระบบสนับสนุนแบบอื่นมาช่วย
8	เมื่อให้สิทธิประโยชน์แล้วไม่ว่างบจะไม่เพิ่มก็ลดไม่ได้ โดยเฉพาะโรคค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มพลังต่างๆจะผลักดันให้ได้มาในเรื่องโรคค่าใช้จ่ายสูงจะมีกำลังมากกว่า	จะทำให้โรคพื้นฐานไม่ได้รับการดูแลใกล้ชิดอาจมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงในปริมาณมากขึ้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	ทรัพยากรจะถูกดึงไปใช้ในงานประจำคือการรักษาเป็นหลัก และกลุ่มพลังที่สามารถเรียกร้องหรือดึงทรัพยากรไปสนับสนุนโรคเฉพาะทำได้ดีกว่าด้านปฐมภูมิและการป้องกัน	งบประมาณบีบรัด ทำให้ต้องพิจารณาลดสิทธิประโยชน์ในโรคค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจจะยังมีข้อสงสัย/ ข้อโต้แย้งในด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่า
10	ประชาชนยังสามารถรับคิดชอบโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ในระดับหนึ่ง และหากเน้นการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้โรคกลุ่มนี้ลดลงได้	เมื่องบประมาณมีจำกัด อาจส่งผลต่อการจัดการบริการเพื่อคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง หากไม่มีการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ
11	Resource constraints will pressure all ranges of free coverage	ความเจ็บป่วยของมนุษย์ควรได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอภาคกัน
12	ไม่สามารถกระจายการบริการระดับปฐมภูมิไปได้อย่างทั่วถึง	ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน
13	รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ให้เพียงพอ	การบีบรัดงบประมาณ..... ทำให้สนับสนุนระบบประกันได้น้อยลง ดังนั้นอาจไม่มีผลกระทบต่อระบบ แต่ในภาพรวมประชาชนต้องจ่ายเองมากขึ้น
14	1. งบประมาณบีบรัด จะทำให้ความคุ้มครองลดลง 2. งบประมาณที่ใช้ในปัจจุบันยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น	เนื่องจากงบประมาณจำกัด จึงต้องใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง และให้ประโยชน์ในมุมกว้าง
15	งบที่บีบรัด ก็จะลดทั้งคุณภาพและความครอบคลุมของการจัดการบริการ ทำให้การบริหารกำลังคนและงานยุ่งยากขึ้น	Resource constraints pressure all ranges of free coverage
16	นั่นหมายถึง ควรส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น การบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น โดยการสร้างความเข้มแข็งระดับปัจเจก ประชาสังคมให้มากขึ้น	ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงไม่ควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐแต่ผู้เดียว
17	เนื่องจากการ empower ระบบ primary care ยังไม่เข้มแข็งพอหากมีปัจจัยเรื่องงบประมาณ อาจทำให้ระบบยิ่งอ่อนแอลง ประชาชนจะเข้าหากระบวนการดูแลรักษาแบบอื่นมากขึ้น	ยิ่งหนักหนาสาหัส จำกัดแค่บริการพื้นฐานก็แย่แล้ว
18		ไม่ค่อยอยากรักษา
19		ขาดแรงจูงใจ Providers และ การเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสจะมีมากขึ้น
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การรักษาขั้นพื้นฐาน ถือเป็นการป้องกัน เป็นการบริการที่ใช้งบประมาณไม่มาก ดังนั้น งบประมาณที่บีบรัดมากขึ้น จึงไม่น่ามีผลต่อการบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	งบประมาณที่บีบรัดทำให้สนับสนุนระบบประกันได้น้อยลง ดังนั้นอาจไม่มีผลกระทบต่อระบบ แต่ในภาพรวมประชาชนต้องจ่ายเองมากขึ้น
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ความชัดเจนของการให้บริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ควรมีการทบทวน บทบาทภารกิจ สำหรับผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพราะมีข้อจำกัดของบุคลากรโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ	การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจทำให้เกิดการล้มละลาย หรือผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถรับคิดชอบได้ แต่ในขณะที่งบประมาณบีบรัด ต้องกำหนดการคุ้มครองในรายการการรักษาที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่า
2	เมื่องบประมาณมีจำกัด มีความน่าจะเป็นว่าการออกแบบระบบจะถูกจำกัดให้อยู่ในขอบเขตของความต้องการพื้นฐาน และความจำเป็นหลักก่อน	ประชาชนต้องรับผิดชอบค่ารักษาโรคทั่วไปอาจมีผลกระทบต่อกลุ่มผู้ยากไร้ในเรื่องค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันการใช้บริการในสถานพยาบาลน่าจะมีแนวโน้มลดลง
3	หากงบประมาณของรัฐมีจำกัด รัฐจะเน้นบริการที่มีราคาถูกเพื่อให้สามารถให้บริการอยู่ได้ในภาวะที่จำกัด ได้แก่ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพราะไม่มีเงินลงทุนสำหรับบริการระดับสูงกว่า	ถ้างบประมาณจำกัด การมุ่งเน้นการลดปัญหาการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพจึงเป็นเรื่องต้องพิจารณา ก่อน ซึ่งกรณีนี้มักเป็นผู้ป่วยจำนวนไม่มาก แต่ใช้เงินต่อครั้งการรักษาสูง
4	เมื่อทรัพยากรด้านสุขภาพหรืองบประมาณลดลง รัฐจะหันกลับมาให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสามารถครอบคลุมประชาชนในวงกว้าง	ถ้างบประมาณมีจำกัด การดำเนินการที่คุ้มค่ามากที่สุดควรเป็นการช่วยเหลือกรณีที่เป็นการรักษาโรคแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงก่อน เนื่องจากประชาชนจะประสบปัญหาล้มละลายได้ ส่วนโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนน่าจะรับภาระได้ กล่าวคือ ควรให้ประชาชนจ่าย first dollar และระบบประกันครอบคลุม last dollar
5	เมื่องบประมาณของรัฐสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกบีบรัดมากขึ้น มีความเป็นไปได้สูงที่รัฐจะมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงหากเป็นโรคที่จำเป็นจริงมักเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องล้มละลายหรือเป็นหนี้สินเพื่อนำเงินมารักษา ตรงกันข้ามกับโรคพื้นฐานทั่วไปมักมีค่าใช้จ่ายที่ไม่มากนัก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักในระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

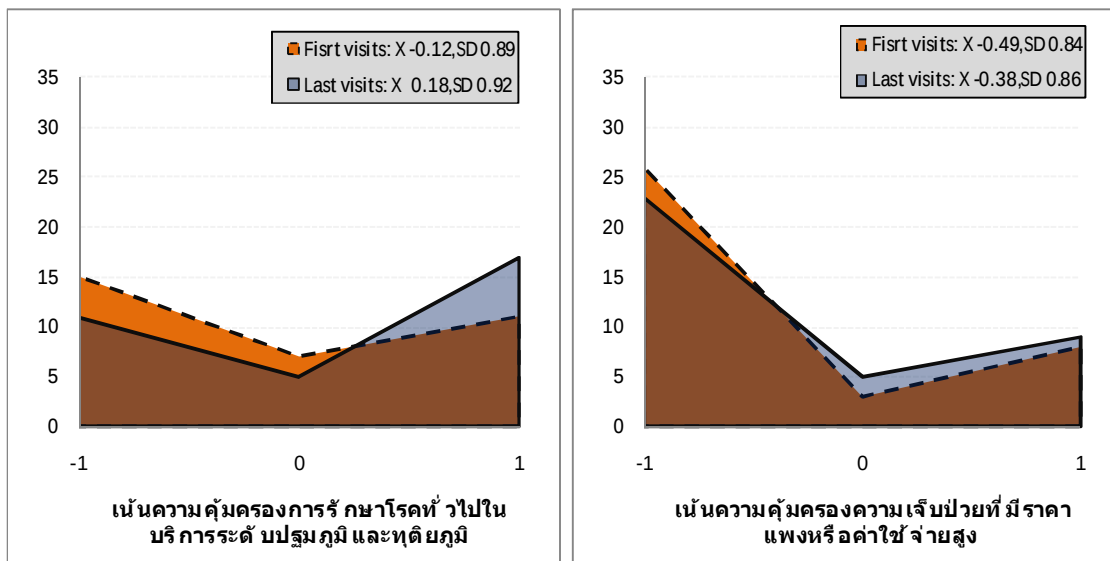
6	ถ้าผู้บริหารไม่เข้าใจ อาจคิดว่าการให้บริการปฐมภูมิ ประหยัดงบประมาณ ทั้งที่จริงอาจมีค่าใช้จ่าย เพราะ given at low costs but high volume the primary health care services may cause significant budget impact	งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น ประชาชนก็จ่ายได้น้อยลง ดังนั้นการนำไปใช้เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงซึ่งประชาชนอาจไม่สามารถจ่ายได้ประชาชนจะรู้สึกว่าการนี้ได้ช่วยเหลือเขาจริงเหมือนสถานการณ์ปัจจุบัน ที่กลุ่มหนึ่งมีสิทธิหลักประกันแต่ไปbpdpที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแต่เมื่อต้องทำหัตถการแพงแพงหรือ ipdก็กลับมาใช้สิทธิหลักประกัน
7	เพราะบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น การที่งบประมาณมีบริดย่อมจัดลำดับความสำคัญแก่ประชาชนทุกคนที่จำเป็นก่อน	เมื่องบประมาณมีจำกัด จึงจำเป็นต้องจำกัดสิทธิประโยชน์เหลือเท่าที่จำเป็น
8	การให้บริการปฐมภูมิที่ดีจะช่วยลดการใช้บริการในระดับ ตติยภูมิและทุติยภูมิ อาจทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง หากไม่ครอบคลุมบริการปฐมภูมิอาจทำให้คนไข้ต้องไปใช้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิมากขึ้น นอกจากนั้นอาจทำให้ ภาวะสุขภาพของประชาชนแย่ลง	ต้องมองในมุมของประชาชนด้วยกว่า การคุ้มครองบริการ แบบใดจะมีประโยชน์มากกว่า บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงแม้ ไม่เกิดบ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อครัวเรือน อย่างมาก จึงควรได้รับการคุ้มครอง
9	ลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระดับทุติยภูมิที่ส่วนใหญ่เป็น การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง	สิทธิประโยชน์ได้รับแล้วลดไม่ได้ โรคค่าใช้จ่ายสูงจะมี การบริหารจัดการดีขึ้น
10	เมื่อมีปัญหาด้านงบประมาณที่จำกัด รัฐจะหันมาให้ความสำคัญกับการจัดการบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้มีคุณภาพที่ดีมากขึ้น เพื่อลดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น	การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อม เหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
11	ควรเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้ในการดูแล ตนเอง Self care, เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก, เพิ่มภาษี Sin Tax..สถานเริงรมย์.. เพิ่มลานออกกำลังกาย..	Resource constraints naturally drive cost containment
12	การบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า	รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่สูง
13	การลงทุนเพื่อสุขภาพประชาชนของรัฐได้ก็ตามถือเป็นการกีดกันฟังก์กระทำตามศักยภาพความสามารถทาง เศรษฐกิจของรัฐนั้นอยู่แล้ว หากประสงค์ที่จะให้สังคม พัฒนายั่งยืน รัฐต้องไม่มีเหตุผลในทางลบเพื่อหยุดการพัฒนา	เห็นควรมีการจำแนก หลักประกัน สำหรับผู้สามารถจ่าย กับผู้ไม่สามารถจ่าย ในกรณีความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง โดยความเข้าใจของผม เห็นว่า ประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญของประชาชน คือ การเกิดโรค หรือ เป็นโรค ที่ไม่สามารถจะดูแลตัวเองได้ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ รัฐ ควรเข้ามา มีบทบาท อย่างไรก็ตาม หากมีปัญหาด้านงบประมาณ ก็ ควรจำแนก โดยการ"ขาย"หลักประกันแก่ผู้สามารถจ่าย กับการ"ให้"บริการ แก่ผู้ไม่สามารถจ่าย
14	ประชากรส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์และเข้าถึงบริการ หลักประกันสุขภาพยิ่งขึ้น	การให้การเอาใจจริงเอาใจแก่การดูแลด้วยเทคโนโลยี นอกจากจะช่วยเหลือควบคุมค่าใช้จ่ายได้ง่ายแล้วยังอาจเป็น การยกระดับมาตรฐานการใช้ชีวิตแก่ประชากรได้ด้วย
15	โดยพื้นฐานต้นทุนของระบบบริการในระดับนี้มีน้อยกว่าในระดับที่ซับซ้อนกว่า	
16	บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ของประชาชนส่วนใหญ่และมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ต่ำ	
17	เมื่อมีงบประมาณน้อย ก็ไม่ยากรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	
18	ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์มากขึ้น ในทรัพยากรที่มี	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 8

หาก ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ประชาชนสูงอายุมีรายได้ลดลงค่ารักษาโรครื้อรัง/ ค่าใช้จ่ายสูงไม่สามารถรับได้	อาจมีผลให้ประชาชนมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้นและบางกลุ่มอาจเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์
2	เมื่อประชาชนมีอายุมากขึ้น โรคที่เป็นส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นโรคที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง หากแต่ความถี่ของการเป็นโรคนั้นบ่อย และอาจจะต้องมีการเปลี่ยนวิธีการรักษาอยู่เรื่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมแล้วสูง และต้องจ่ายยาวนานขึ้นด้วย	การคุ้มครองเฉพาะกรณีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้การใช้บริการจำเป็นระยะแรกนั้นไม่ถูกคุ้มครองประชาชนต้องจ่ายเอง อาจทำให้คนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการ และมีการใช้บริการค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น
3	มีผลในเชิงลบเนื่องจากประชาชนอายุยืนยาวขึ้นเจ็บป่วยเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น แต่ระบบการเงินเป็นระบบเหมาจ่ายปลายปิด เงินจะถูกกักไว้ในส่วนนี้มากขึ้น ทำให้เงินส่วนการรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิน้อยลง ทำให้คุณภาพและมาตรฐานของปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ต่ำลง เนื่องจากเงินที่ใช้ในการดำเนินการอาจไม่เพียงพอ	การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง ควรปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ให้บริการ ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค
4	health transition towards chronic, high-cost illnesses will increase demand for last dollar coverage, as opposed to demand for general, ambulatory or minor illnesses (first dollar coverage).	เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น ต้องการทรัพยากรมากขึ้น แต่ทรัพยากรมีจำกัด ต้องแย่งกันมากขึ้น จึงต้องมีความพยายามที่จะจำกัดสิทธิประโยชน์ โดยการลดการคุ้มครองกรณีค่าใช้จ่ายสูง ตัวอย่างเช่นในประเทศญี่ปุ่นปัจจุบันที่เพิ่ม ค่า copayment
5	การมุ่งเน้นคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอาจไม่ครอบคลุมความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของประชาชนกลุ่มผู้สูงวัยที่ยอมมีความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้	ประชาชนที่มีอายุยืนยาว และมีโรคค่าใช้จ่ายสูง (เช่น มะเร็ง ฯลฯ) การรักษามักไม่ให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี และอาจทนการรักษาไม่ได้
6	ประชาชนมีอายุสูงขึ้น ถือเป็นข้อมูลในการศึกษา เพราะเราไม่ได้คุ้มครองสวัสดิภาพเรื่องการดูแลตนเอง โภชนาการ ภูมิคุ้มกัน บุคคลเหล่านี้จึงเจ็บป่วยมาก ต้องลงทุนรักษาและทำประชาสัมพันธ์ เก็บสถิติ ต่อไปจะดีเอง และลดค่าใช้จ่ายลงไปเอง เมื่อคนรุ่นใหม่แข็งแรงขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น ...คนไทยทั้งนั้นครับ...อดทนหน่อย...	ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ย่อมส่งผลในเชิงลบต่อความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากระบบการเงินเป็นระบบเหมาจ่ายปลายปิด จะมีการแย่งกันระหว่างปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
7	Increasing demand puts pressure on all type of free coverage	ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น
8	การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะมาเบียดบังที่ใช้โดยรวมมากขึ้น	หากครอบคลุมเฉพาะบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่ไปดูต้นทุน อาจทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะสุขภาพแย่และมาใช้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

		บริการเพิ่มมากขึ้น
9		เพื่อป้องกันการลุกลามไปสู่โรคเรื้อรัง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและยาวนาน จึงควรเน้นความคุ้มครอง
10		ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพ และโรคที่เป็นก็เป็นโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น มะเร็ง ไต ลำไส้
11		ผู้สูงอายุที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรักษาอย่างมาก
12		อายุยิ่งมาก ยิ่งต้องใช้บริการทางแพทย์มากขึ้น และ ยังไม่มีรายได้เข้าระบบอีก
13		ยิ่งรัฐต้องให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ ทดเยี่ยมโรคที่ใช้ค่าใช้จ่ายสูงจึงต้องร่วมจ่ายมากขึ้น
14		ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาแพง เพราะเป็นโรคเรื้อรังจึงมีผลต้องงบประมาณที่รัฐต้องจัดให้
15		Increasing demand will put pressure on all ranges of free coverages
16		ส่งผลต่อต้นทุนของระบบในอนาคตเนื่องจากมีแนวโน้มของคนชราเพิ่มขึ้น
17		ระบบบริการของรัฐที่มีอยู่อาจต้องถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริการใหม่
18		ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น โรงพยาบาลอาจมีงบประมาณไม่เพียงพอ
19		ภาระการดูแลจะยิ่งสูงขึ้นทั้งต้นทุน เทคโนโลยี บุคลากร และจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	1. ควรกระจายการดูแลรักษาพยาบาลสู่ชุมชนท้องถิ่น 2. เน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม	1. อยู่ในการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องต่อสภาพของการเจ็บป่วย(ความรุนแรงของโรค, ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของญาติและผู้ป่วย) 2. สร้างระบบการรักษาความเจ็บป่วยราคาแพง ที่ยึดหลักการควบคุมงบประมาณที่เหมาะสม(ค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์การแพทย์ ค่ายา)
2		คนแก่มีมากขึ้นเป็นปรากฏการณ์ค่อยเป็นค่อยไป ระบบจะปรับตัวไปในทิศทางเดิมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น
3		เป็นกระบวนการ และการดำเนินการที่เป็นไปด้วยกัน ควบคู่กันไป การที่ประชาชนสูงวัยมากขึ้น ไม่ได้หมายความว่าทุกคนเหล่านั้นต้องรับการรักษาที่แพง (เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น) หากคนเหล่านั้นมีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลตนเอง และความพอเพียงทางสุขภาพ
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	งบประมาณที่มีบิรัดเป็นปัจจัยผลักดันให้พัฒนาคุณภาพเพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างประสิทธิภาพ	เมื่องบประมาณมีจำกัดขณะที่รัฐต้องจัดการสุขภาพให้กับประชาชน รัฐจะต้องให้ความสำคัญและแรงจูงใจในเรื่อง p&p ที่เป็นวาระแห่งชาติ
2	เมื่องบประมาณไม่เพียงพอหรือบิรัด ย่อมเกิดปัญหาการบริการที่คุณภาพด้อย แต่รัฐบาลและผู้ดูแลงบประมาณ ย่อมสร้างเงื่อนไขที่กำหนดคุณภาพมากขึ้นภายใต้สมมติฐานที่คิดว่าคุณภาพบริการที่ดีไม่ได้มาจากแลกด้วยเงินและเทคโนโลยีเท่านั้น	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3	ระบบบริการทางสุขภาพนอกจากการประกันทางด้านความครอบคลุมกลุ่มประชากรแล้ว ต้องมีการประกันทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้วย เพื่อตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล	เมื่องบประมาณถูกบีบรัดมากขึ้น รัฐจำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย หากยังคงดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4	การมีงบประมาณที่บีบรัด จะเป็นปัจจัยผลักดันให้มีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น	หากทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ก็ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

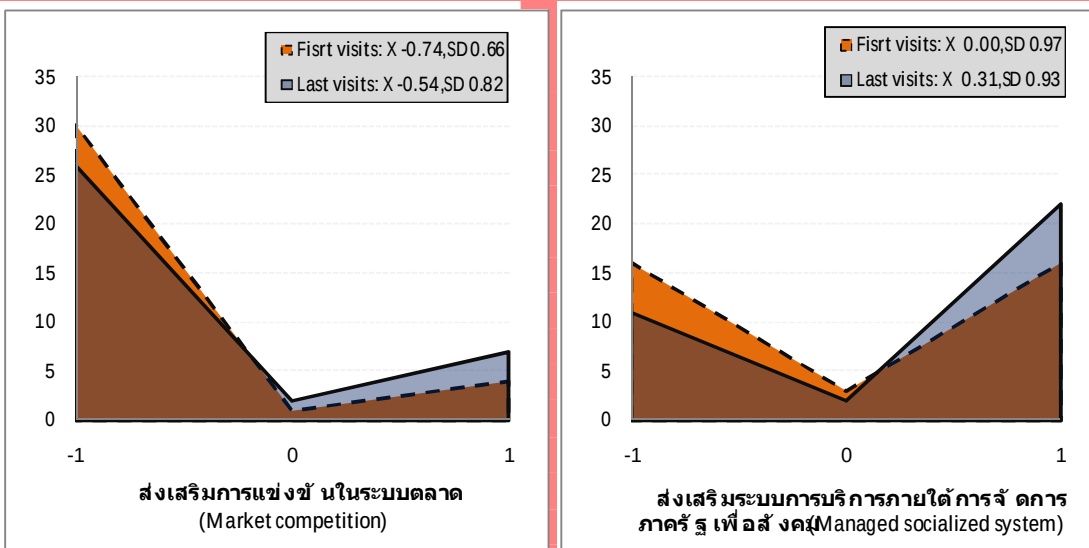
5	งบประมาณของรัฐที่จำกัด ทำให้การเข้าถึงของผู้มีความจำเป็นต้องใช้บริการหลักประกันสุขภาพ ยากยิ่งขึ้น และคุณภาพบริการจะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด	เป้าประสงค์ของรัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพก็เพื่อต้องการจะควบคุมค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสุขภาพ เมื่องบประมาณบีบรัดก็ยิ่งจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น
6	ต้องไปเน้นเรื่องโรคเรื้อรัง เวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	เมื่อทรัพยากรลดลงหรือไม่เพียงพอ รัฐจะให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น
7	วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ความเชื่อเรื่องผู้สูงอายุจะเป็นภาระแก่ระบบสาธารณสุขจะต้องเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต หากผนวกกับนวัตกรรมทางการแพทย์พัฒนาสังคม เช่นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงหรือบ้าน วัด โรงเรียน มิติด้านภาระค่าใช้จ่ายจะไม่ใช่วัฒนธรรมการขับเคลื่อนต่อไป	ทัศนคติของการให้บริการ ยิ่งควบคุมตนเองมากขึ้น
8	การบริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจยิ่งต้องเพิ่มความสำคัญมากขึ้น ให้สามารถเป็นแหล่งพึ่งพิงเบื้องต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ในเรื่องของแหล่งความรู้ของการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งการดำเนินการกิจกรรมชุมชนอื่นๆควบคู่ เช่น การเยี่ยมบ้าน ชมรมต่างๆของผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน หรือคู่หูเพื่อสุขภาพ เป็นต้น	เป็นเรื่องจริงๆที่งบประมาณบีบรัด ย่อมทำให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพ ในภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้น
9	ยังต้องทำให้ระบบ Primary care strengthen มากขึ้น เพื่อให้เกิด self care management	การมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ปัญหาที่เกิดจากงบประมาณบีบรัดมีผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของประชาชนน้อยลง
10		เนื่องจากงบประมาณของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ
11		การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อมเหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
12		Resource constraints naturally drive cost containment
13		เชิงบวกเฉพาะกลุ่ม และคาดการณ์รับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต
14		เมื่อประชาชน มีอายุยืนยาวขึ้น ปัญหาหลักด้านสุขภาพ จะอยู่กับผู้สูงอายุ และ ความเจ็บป่วยก็จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
15		วิศวกรรมพันธุศาสตร์ นาโนเทคโนโลยี เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เอามาประยุกต์ทางการแพทย์และสาธารณสุข จะทำให้รู้ล่วงหน้าวางแผนล่วงหน้าได้เพื่อการจัดการกับภาวะคุกคามเรื่องโรคเรื้อรัง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 9

หาก **บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ** จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	หากเป็นตลาดแข่งขัน การที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะทำให้มีการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรับไปโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งให้ผลตอบแทนมากกว่า	ถึงแม้ว่ารัฐจะส่งเสริมการบริการภายใต้การจ้ กการภาครัฐ แต่การขาดแคลนบุคลากรจะทำให้คุณภาพการให้บริการและความทั่วถึงในการให้บริการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้
2	ระบบการบริหารของรัฐสามารถรองรับการแข่งขันในตลาดกับภาคเอกชน? ถ้าไม่ใช่รัฐจำเป็นต้องใช้มาตรการเพื่อบังคับให้บุคลากรทางการแพทย์อยู่กับรัฐเพราะเงินคงไม่ใช่คำตอบสุดท้าย	ระบบเศรษฐกิจในประเทศไทยเป็นระบบทุนนิยม บุคลากรสามารถไหลไปมาระหว่างระบบบริการภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคบริการระหว่างประเทศ ดังนั้นถ้าบุคลากรจำกัด จะมีการแย่งตัวบุคลากรระหว่างภาคส่วนต่างๆ ซึ่งจะทำให้ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐมีบุคลากรไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถแข่งขันราคากับภาคเอกชนได้
3	เมื่อบุคลากรไม่เพียงพอ ยังใช้กลไกตลาด ระบบที่ต้องการรองรับทุกคนก็จะยิ่งร่อยหรอ จะมีแต่ไปรองรับคนมีสตางค์	บุคลากรไม่เพียงพอ ภาคเอกชนย่อมดึงดูดคนไปจากภาครัฐ
4	เมื่อคนไม่พอ แต่รัฐยังจำเป็นต้องให้หลักประกันสุขภาพ ก็ต้องมีการออกมาตรการต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อบังคับให้ให้บริการตามนโยบายมากกว่าจะปล่อยตามตลาดเสรี	ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการภาครัฐเพื่อสังคม หรือ Managed socialized system เนื่องจากระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นระบบทุนนิยมเสรี ซึ่งภาคเอกชนที่ไ้การควบคุมสามารถตั้งค่าตัวแพทย์ที่มีราคาสูงได้ และสามารถดูดแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้ไหลออกจากระบบราชการได้โดยใช้ financial incentives.
5	1. สังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำ ระบบตลาดมักจะถูกผูกขาดโดยทุนและผู้มีอำนาจในการซื้อบริการ(คนรวยทั้งในและต่างประเทศ) 2. บุคลากรทางการแพทย์ จะเคลื่อนย้ายจากภาครัฐสู่ภาคเอกชนมากขึ้น 3. ต้องใช้นโยบายของรัฐมาควบคุม	เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้การจัดการของภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)
6	บุคลากรน้อย ภาครัฐก็จะแข่งขันกับภาคเอกชนได้ยาก	หากความขาดแคลนมีมาก รัฐก็ไม่สามารถจัดการได้
7	การแข่งขันอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ แต่อาจทำให้เกิดปัญหาความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประชาชนมีกำลังซื้อแตกต่างกัน แต่เราควรปกป้องประชาชนเนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกคน	ในโลกความเป็นจริงการจัดการภาครัฐด้วยประสิทธิภาพมักตอบสนองผู้มีอำนาจ ยิ่งขาดแคลนยิ่งแย่งแย่งโดยผู้มีอำนาจรัฐ(ภายใต้บริบทปัจจุบันและประวัติศาสตร์ไทย)
8	การแข่งขันเสรีเกิดในตลาดที่มีการบริการเพียงพอ หากบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลนการแข่งขันเสรีจะไม่เป็นธรรม เกิดการแย่งทรัพยากรและเกิดสมองไหลมากกว่าการแข่งขันบริการที่สร้างคุณภาพ	การจัดการที่ขาดประสิทธิภาพไม่สามารถดึงให้บุคลากรอยู่กับระบบ หากรัฐหันมาให้ความสนใจและมุ่งเน้นพื้นที่จำเพาะน่าจะดีกว่า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	การส่งเสริมการแข่งขันในภาวะที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้คนที่สามารถจ่ายได้สามารถช่วงชิงทรัพยากรไปได้ ในขณะที่คนที่ไม่สามารถจ่ายจะเป็นผู้เสียเปรียบ	การจัดการที่ขาดประสิทธิภาพไม่สามารถดึงให้บุคลากรอยู่กับระบบ หากรัฐหันมาให้ความสนใจและมุ่งเน้นพื้นที่จำเพาะน่าจะดีกว่า
10	การแข่งขันในระบบตลาดทำให้เกิดสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชนจะทำให้ระบบโดยรวมแย่ลง	เมื่อบุคลากรขาดแคลนมากขึ้น สถานพยาบาลภาครัฐจะอับเฉาเลย เพราะไม่สามารถเก็บแพทย์ได้ การจะใช้สถานพยาบาลของรัฐจึงมีทางเป็นไปได้ยาก
11	บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การแข่งขันในระบบตลาดรุนแรงขึ้น	การขาดแคลนบุคลากรในขั้นต้นจะส่งผลเสียต่อสถานพยาบาลภาครัฐในอันดับต้น ทำให้การส่งเสริมบริการภายใต้การจัดการของภาครัฐยากขึ้นมาก
12	หากส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาครัฐยังมีจุดอ่อนของโครงสร้าง จะยิ่งทำให้เกิดผลทางลบกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งยังต้องอาศัยโรงพยาบาลภาครัฐในการให้บริการประชาชนส่วนใหญ่	การขาดแคลนบุคลากรนั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาของภาครัฐ ผมไม่เห็นภาคเอกชนมีปัญหาในการหาแพทย์มาบริการ คนไข้ต่างชาติหรือคนไข้ OOP ไข้แพทย์ที่เขาได้มานั้นได้มาจากภาครัฐ แต่ถ้าเช่นนั้น ทำไมรัฐไม่แก้ปัญหาตรงนี้อย่างน้อยด้วยการปรับอัตราการใช้ทุนด้วยเงินเพียงสี่แสนบาท และถ้ารัฐไม่พร้อมที่จะแก้ปัญหาตรงนี้ สปสช. ก็ควรจะส่งคนไข้ของตนไปที่ที่มีแพทย์หรือหน่วยบริการที่พร้อมที่จะจัดหาแพทย์มาให้ ซึ่งขณะนี้ สปสช. ซึ่งอยู่ภายใต้การครอบงำของ สปสธ. ก็ไม่ยอมส่งคนไข้ไป ด้วยเหตุผลที่ฟังไม่ขึ้น
13	หากใช้การแข่งขันเสรี ส่วนที่มีกำลังจ่ายสูงย่อมได้เปรียบและดึงบุคลากรไปมากขึ้น ยิ่งจะเป็นผลให้เกิดความขาดแคลนและความไม่เท่าเทียมมากขึ้น	ในภาวะบุคลากรไม่พอ เป็นผลลบทั้งนั้น แต่การจัดการเพื่อสังคม ย่อมบรรเทาความเดือดร้อนได้มากกว่า
14	การแข่งขันเสรีการแพทย์ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริงต้องได้รับการแทรกแซงจากรัฐ	เนื่องจากการแข่งขันทางการตลาดสูงหากใช้กลไกรัฐอย่างเดียวอาจไม่สำเร็จ รัฐควรเป็นผู้กำกับและสร้างมาตรการหรือกลไกทางนโยบายและกฎหมายก็น่าจะดีกว่า
15	กลไกราคาในตลาดสินค้าและบริการด้านสุขภาพไม่สามารถทำงานได้จริงแท้	การจัดการที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ยาก เมื่อมีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอ
16	การแข่งขันในระบบตลาดจะทำให้การกระจายของบุคลากรบิดเบี้ยว เกิดการกระจุกตัวในแหล่งเจริญ ประชาชนในที่ห่างไกลจะยิ่งลำบาก	
17	การแข่งขัน จะยิ่งสร้างความเหลื่อมล้ำ ระหว่างผู้ที่มีจ่ายกับผู้ไม่มีจะจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวโน้มโลกาภิวัตร์ด้านบริการการแพทย์	
18	บุคลากรไม่เพียงพอ จะส่งผลลบ ต่อการแข่งขันในระบบตลาด ทั้งนี้ เพราะ อำนาจต่อรองจะอยู่ที่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวโน้ม จะไปกระจุกตัว อันจะยิ่งทำให้ การแข่งขันในระบบตลาด เป็นไปได้ยากขึ้น	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	ไม่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐจะเพียงพอหรือไม่ก็ตาม การแข่งขันในระบบตลาดเสรีก็จะดำเนินไปอย่างเข้มข้นเช่นเดิม เนื่องจากระบบของประเทศไทยเป็นระบบเปิดและส่งเสริมการค้าแบบเสรี แม้แต่เรื่องการให้บริการสุขภาพ	การให้บริการพื้นฐานเป็นเรื่องของส่วนรวม ฉะนั้นจึงต้องยอมรับสภาพการมีบุคลากรที่จำกัด และสถานการณ์ที่เป็นอยู่
2		เพื่อให้เห็นความสำคัญในการเสียสละเพื่อสังคม
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่งควรใช้ระบบการตลาดเข้าร่วมกับรัฐที่จัดให้ เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างครอบคลุม	1. สร้างระบบในการควบคุมและดูแลบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้ไหลไปสู่ภาคเอกชน 2. กระจายโอกาสในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่นและภูมิภาคให้มากขึ้น 3. สร้างจิตสำนึกในการรับใช้สังคมของบุคลากรทางการแพทย์
2	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะส่งผลในเชิงบวกของการแข่งขันในระบบตลาด เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพเป็นระบบราคาเหมาจ่ายรายหัวในหลักเดียวกันให้ทั้งสถานพยาบาลในรัฐและเอกชน แต่ในภาคของรัฐมีการขาดแคลนทรัพยากรจำนวนมาก จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะเอาสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำ	แพทย์ไม่เพียงพอ เป็นความจริงที่สังคมต้องรับรู้ แต่จัดการบริหารได้ด้วยระบบการบริหาร ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ระดับอื่น ๆ และต้องปรับพฤติกรรมการใช้บริการของสังคมใหม่ จึงเสนอว่าอย่าเน้นรักษาแค่ Patient เท่านั้น People ที่แข็งแรง สุขภาพดี ไม่รบกวนการสาธารณสุขของรัฐ รัฐก็ควรคืนกำไรบางอย่างให้ด้วย

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

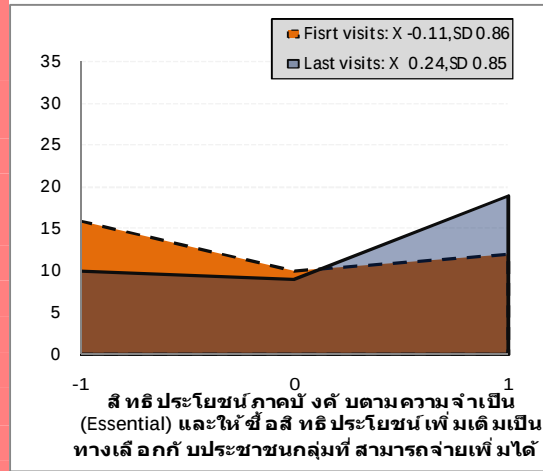
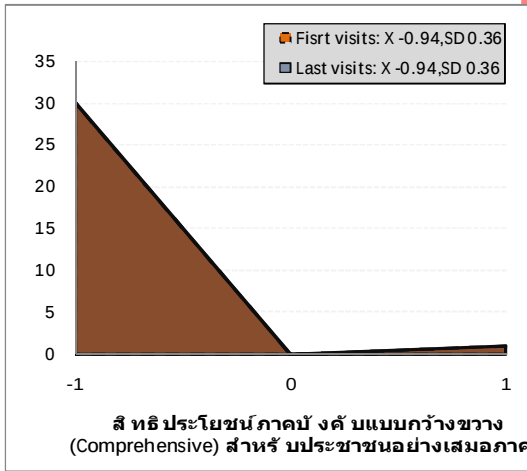
	ให้คุณภาพและมาตรฐานบริการดีขึ้นและลดการขาดแคลนในทรัพยากรด้านต่าง ๆ ของภาครัฐ	
3	ระบบตลาดจะทำงานขึ้นแข็งขึ้นเพราะต้องพยายามหาคนมาเพิ่ม = สงเสริม? ผมตอบแบบนี้ว่าจะเป็นเพราะมองว่าคำถามเป็นเชิงซ้อน (การแข่งขันทางตลาดเป็นเรื่องดี ที่ไม่ดีคือการแข่งขันนั้นไม่มีใครมาคุม)	ระบบสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีต้องตอบสนองความจำเป็นสุขภาพประชาชนทุกคนที่จำเป็นได้รับ และคุ้มกันทางการเงินแก่ประชาชนที่จำเป็นต้องรับบริการ จึงต้องอาศัยกลไกการกำกับโดยภาครัฐมากกว่าปล่อยกลไกตลาดเสรีทำงานอย่างเดียว
4	เพื่อให้มีแรงจูงใจ	การที่รัฐเข้าไปควบคุมกำกับระบบตลาดทำให้สามารถลดผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่หรือคุ้มครองคนที่ไม่สามารถจ่ายหรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้
5	การเน้นการแข่งขันในการตลาดเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์	การจัดระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐจะแก้ไขปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ
6	ระบบการจัดบริการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะเกิดการแข่งขันกันในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการจัดบริการ	จะเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพเร็วขึ้น
7	สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ได้ เพราะจะมีคนสนใจอาชีพนี้มากขึ้น	บุคลากรไม่เพียงพอทำให้ระบบบริการภาครัฐลดลง
8	: การขาดแคลนบุคลากรนั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาของภาครัฐ ผมไม่เห็นภาคเอกชนมีปัญหาในการหาแพทย์มาบริการคนไข้ต่างชาติหรือคนไข้ OOP ไข้แพทย์ที่เขาได้นั้นได้มาจากภาครัฐ แต่ถ้าเช่นนั้น ทำไมรัฐไม่แก้ปัญหาตรงนี้ อย่างน้อยด้วยการปรับอัตราการใช้ทุนด้วยเงินเพียงสี่แสนบาท และถ้ารัฐไม่พร้อมที่จะแก้ปัญหาตรงนี้ สปสช. ก็ควรจะส่งคนไข้ของตนไปที่ที่มีแพทย์ หรือหน่วยบริการที่พร้อมที่จะจัดหาแพทย์มาให้ ซึ่งขณะนี้ สปสช. ซึ่งอยู่ภายใต้การครอบงำของ สปสธ. ก็ไม่ยอมส่งคนไข้ไป ด้วยเหตุผลที่ฟังไม่ขึ้น	ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ ต้องมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แก่นาสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีอสม. ที่มีอยู่ ในประเทศ 8 แสนกว่าคน การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ได้มีมาตรฐาน ในการดูแลสุขภาพของประชาชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง
9	ถ้าองค์กรไม่มีความพร้อม ทำการตลาดอย่างไร คนก็ไม่มา	ในระบบที่ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การสนับสนุนระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ โดยมีแผนพัฒนาที่ชัดเจนจะทำให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเข้มแข็ง จนสามารถเข้าสู่ระบบแข่งขันอย่างเสรี
10	ถ้าเอาความคิดเรื่อง Public Private Partnership มาประยุกต์ใช้โดยให้มีการแข่งขันกันแบบ Social Marketing จะทำให้ภาพรวมของประเทศได้ใช้สรรพประโยชน์จากทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ บริการ อย่างเต็มที่ทั่วถึงมากขึ้น โดยเฉพาะคนที่ขาดโอกาสในเขตเมือง	ความแตกต่างทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนามีอยู่สูงมากเนื่องจากกลไกตลาดไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง การจัดการภาครัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็น
11	จะเป็นตัวผลักดันให้รัฐโดยเฉพาะ รพ. ในระบบราชการ รวมทั้ง หน่วยงานต้นสังกัดต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และที่สำคัญจะทำให้ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากส่วนนี้มากขึ้นโดยที่กลไกการควบคุมกำกับต้องเข้มแข็งด้วย	รัฐไม่ได้มุ่งแสวงหากำไร ทำให้ต้นทุนของผู้ใช้บริการส่วนนี้ถูกตัดออกไปจากการคิดค่าบริการ
12		บุคลากรไม่เพียงพอ นาที่จะส่งผลบวก ต่อแนวคิด การพัฒนาระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ เพราะ จะช่วยสร้างสมดุลของความคลาดแคลนบุคลากร และ ความเสี่ยงที่จะเกิดการกระจุกตัวของบุคลากร
13		ถูกต้อง ถ้าภาครัฐไม่พร้อม การบริการ ก็ย่อมไม่ดีตาม
14		กระแสการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะเอาเรื่องนี้มาเป็นประเด็นที่จะผลักดันตามแนวคิด Public private mix

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 10

หาก บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การพัฒนาศักยภาพ และบทบาท ของ อสม. ที่มีอยู่ในประเทศ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม	การจัดตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชน ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ผู้นำชุมชน ประชาชนจะเห็นความสำคัญ ของการใช้สิทธิที่จะเข้าถึงบริการและมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ที่จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นการดูแลประชาชน ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และบูรณาการงานด้านสุขภาพทุกภาคส่วนในชุมชน
2	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากจะไม่ได้ให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งเป็นปัญหาหลักปัจจุบัน ปัจจุบันนี้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นที่พอใจแต่ประชาชนส่วนใหญ่เหล่านั้นมักเรียกร้องคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งยังไม่ได้เกิดขึ้นโดยทั่วไปทำให้เกิดการฟ้องร้องกันจำนวนมาก	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากจะไม่ได้ให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานซึ่งเป็นปัญหาหลักปัจจุบัน ปัจจุบันนี้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นที่พอใจแต่ประชาชนส่วนใหญ่เหล่านั้นมักเรียกร้องคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งยังไม่ได้เกิดขึ้นโดยทั่วไปทำให้เกิดการฟ้องร้องกันจำนวนมาก
3	1. ขาดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นภูมิภาค 2. ขาดการควบคุมดูแลระบบภาคเอกชน สร้างนโยบายที่เสรี เช่น นโยบาย Medical Hub จึงเกิดภาวะสมองไหล	ขึ้นอยู่กับความควบคุมภาครัฐ การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่นและระบบการส่งต่อที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข
4	เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ จะทำให้สิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางไม่สามารถให้บริการได้ในทางปฏิบัติ ในขณะที่อัตราการใช้บริการและภาระงานจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น	เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การกำหนดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น โดยให้ประชาชนเลือกจ่ายเพิ่มในบริการทางเลือก จะต้องมีการปฏิบัติที่ไม่เพิ่มภาระกับแพทย์ แต่ในปัจจุบันกำหนดให้แพทย์ต้องชี้แจงทางเลือกกับผู้ป่วย ซึ่งท้ายที่สุดจะมีข้อสงสัยว่าแพทย์ได้ชี้แจงทางเลือกดีพอหรือไม่? มีการ induce demand หรือไม่? เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ไม่เท่าแพทย์
5	การขาดบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลให้การกำหนดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค ไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติ	จะทำให้บุคลากรไหลไปสู่ที่มีเงินซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มควรให้ระบบแข่งขันและจูงใจการให้บริการดีกว่า
6	ความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตบริการตั้งนั้นความกว้างขวางของบริการย่อมเป็นลำดับที่พิจารณาแคลงให้เหมาะสม	บุคลากรไม่เพียงพอ จะไม่สามารถให้บริการตามสิทธิประโยชน์ โดยต้องชี้แจงทางเลือกกับประชาชนที่ต้องการร่วมจ่ายให้ประชาชนเข้าใจ ซึ่งต้องใช้เวลาต่อบริการ 1 ครั้ง มากขึ้น
7	ความไม่เพียงพอของบุคลากรเป็นการเพิ่มภาระแก่การบริการ	บุคลากรไม่พอ สิทธิขั้นพื้นฐานในบางพื้นที่ก็อาจจะไม่ได้ด้วยซ้ำ
8	การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้ข้อจำกัดของบุคลากร เป็นความยากลำบาก	การให้ประโยชน์เพิ่มเติมแก่ประชาชนที่สามารถจ่ายได้ในขณะที่ระบบบริการมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนที่ไม่สามารถซื้อสิทธิเพิ่มเติมได้
9	อาจส่งผลทางลบต่อการให้บริการเพื่อตอบสนองสิทธิประโยชน์ของประชาชนอย่างเสมอภาคได้	อาจเกิด Moral hazard ได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

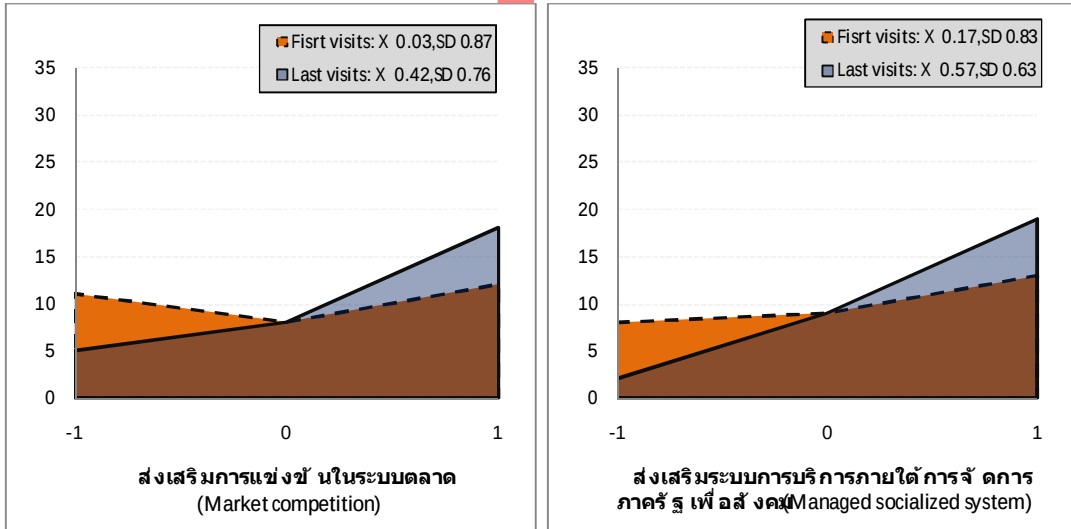
10	บุคลากรไม่เพียงพอไม่สามารถให้บริการตามสิทธิประโยชน์ได้อย่างมีคุณภาพ	บุคลากรไม่เพียงพอ จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพ
11	บุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบไม่บรรลุเป้าประสงค์	
12	หลักประกันสุขภาพ ควรเน้น การให้ประชาชนดูแลตัวเอง พัฒนาสุขภาพตัวเอง การให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวาง ย่อมขาดแรงจูงใจ ที่จะให้ประชาชนสนใจดูแลตัวเอง ขณะเดียวกัน การขาดแคลนบุคลากร ย่อมสร้างผลกระทบด้านลบ ต่อการผลิตกันแนวคิดนี้	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวางสำหรับทุกคน ทำให้สามารถจัดการได้ในระดับหนึ่งทั้งนี้ขึ้นกับสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ทั้งนี้การมีบุคลากรจำกัดอาจไม่เกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์เพราะถึงแม้ไม่ได้ให้สิทธิประโยชน์ คนมีเงินก็ไปจ่ายเองอยู่แล้วทำให้คนไม่มีเงินเข้าไม่ได้	
2	ไม่เกี่ยวข้องกับกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์เพียงพอกหรือไม่ เกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมของผู้ให้บริการมากกว่า ที่จะไม่เป็นบุคคลประเภท provider induce demand	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	จะมีผลต่ออัตราการใช้บริการมากยิ่งขึ้น	เมื่อมีการร่วมรับผิดชอบจะมีผลต่อการใช้บริการตามความจำเป็น
2	ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จึงควรกำหนด Essential Medical needs & supports เพื่อความเสมอภาค เช่น immunization, vaccine ฯลฯ จากนั้นจึงเพิ่ม Extra-Specific requirements โดยต้องร่วมจ่าย	supply-side driven constraints (i.e, lack of personnel), may exert pressure towards rationing care, assuming market-based incentives result in continual brain-drain therefore necessitating increased public private mix mechanisms, both on financing as well as provision - one of which is out-of-pocket top-up for non-essential care.
3	ทั้งนี้ การกำหนดสิทธิประโยชน์ควรถูกกำหนดลำดับการบริการตามความจำเป็นพื้นฐานและให้บริการอย่างสอดคล้องกับปริมาณเงิน	สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนร่วมจ่ายมาเพิ่มค่าตอบแทนและแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ทำงานเพิ่มขึ้นได้
4	การปรับตัวของกระบวนการผลิตบุคลากรสุขภาพทั้งในเชิงจำนวนและคุณภาพ การก่อเกิดนวัตกรรมทางวิชาชีพสุขภาพแนวใหม่โดยการบูรณาการความรู้ทั้งทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ทันต่อความต้องการของประเทศ	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะเป็นแรงกดดันให้รัฐต้องเลือกการให้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเพียงเท่านั้น เนื่องจากไม่สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมกว้างขวางให้กับประชาชนได้
5	ทำให้ต้องกลับมามองถึงการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และทรัพยากรอย่างคุ้มค่ารวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกันมากขึ้น	สามารถทำให้เกิดระบบการตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานมากขึ้นได้
6		ความจำเป็นพื้นฐานที่จำเป็น เป็นความสำคัญที่ต้องกำหนดแก่ระบบที่มีความขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์
7		การให้บุคลากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการแบ่งเบาภาระ
8		จะมีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ที่ตอบสนองสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นก่อน
9		จะมีงบประมาณ กลับมาตอบแทนบุคลากร และ ส่งผลในการผลิตบุคลากรให้มากขึ้นได้อีก
10		ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และ ประชาชน มีโอกาสเลือกได้มากขึ้น และ เปิดทาง ให้มีงบประมาณ พัฒนาแพทย์เพิ่มเติมได้ เนื่องจากมีอัตราว่างในระบบราชการ
11		ก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย
12		บุคลากรไม่เพียงพอ จะผลักดัน ให้มีความจำเป็น ต้องดำเนินการสองระดับ คือส่งเสริมสุขภาพ และดูแลตัวเอง ในโรคภัยไข้เจ็บทั่วไป ขณะเดียวกัน ก็เน้นทรัพยากรทางการแพทย์ มาที่โรคภัย ที่อาจจะป้องกันยาก ดังนั้น ควรจะส่งผลด้านบวก ต่อแนวคิดนี้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นแบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 11

หาก มีการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	หากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐ การกระจายอำนาจไม่ได้สะท้อนการแข่งขัน เป็นเพียงการเปลี่ยนมือผู้รับผิดชอบ	การกระจายอำนาจ ทำให้องค์กรปกครองท้องถิ่น อาจจะปรับตัวเป็นผู้ซื้อบริการ จากภาคเอกชน มากขึ้น(พื้นที่เขตเมือง) ทำให้บริการแบบรัฐสวัสดิการลดลง เป็นเชิงตลาดมากขึ้น
2	การกระจายอำนาจ โดยให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมและรับรู้ ร่วมสร้างกติกาและรับผิดชอบ จะช่วยสร้างความเข้าใจและลดการร้องเรียน ลดความฟุ่มเฟือย ไม่ควรใช้ระบบแข่งขัน เพราะไม่ส่งเสริมการรับรู้ความจริง และความพอเพียง	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม เพราะจะตัดการผูกขาดจำนวนประชากรในระบบประกันสุขภาพที่เป็นมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี และพิสูจน์ว่าระบบที่ผ่านมาเป็นระบบที่ไม่ถึงเป้าหมายบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอันพึงประสงค์ของประชาชน
3	การส่งเสริมการแข่งขันโดยกลไกการตลาดไม่สามารถสร้างประโยชน์และความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพได้	การกระจายอำนาจออกไปแล้ว ทำให้โอกาสในการรวมศูนย์จัดการทำได้ยากขึ้น เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วน ที่ได้รับอำนาจไปแล้ว
4	ความสามารถในการแข่งขันในการจัดบริการของ อปท. ไม่เทียบเท่าภาคเอกชน อาจส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานได้ เพราะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูง	เมื่อมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพออกไป ในขณะที่ท้องถิ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสังคม และความจำกัดของทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ในบางพื้นที่) มีความเป็นไปได้สูงที่การกระจายอำนาจจะทำให้การจัดการสุขภาพโดยภาครัฐอ่อนแอลงและขาดคุณภาพ
5	เมื่อกระจายอำนาจออกไป บางพื้นที่ไม่มีอำนาจการแข่งขันได้ รัฐต้องเป็นส่วน buffer และเข้ามาช่วย	หากท้องถิ่นขาดความชัดเจน ในขณะเดียวกัน รัฐในส่วนกลางขาดการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง จะทำให้การจัดระบบบริการเพื่อสังคมภายใต้การจัดการภาครัฐเป็นไปได้ยาก
6	สถานพยาบาลอาจใช้ระบบมุ่งเน้นกำไร	เมื่อกระจายอำนาจ รัฐก็จัดการยากขึ้น
7		การกระจายอำนาจอาจทำให้การจัดการและควบคุมกำกับทำได้ยากขึ้น
8		การจัดการแบบ socialized system โดยปกติแล้วมักจะต้องดำเนินการโดยมีการรวมศูนย์ แต่ถ้ากระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ก็จะมีการแข่งขันกันได้ในระดับหนึ่ง
9		การกระจายอำนาจ จะทำให้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม ทำได้ยากขึ้น ควรมีขั้นตอน การดำเนินการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อระบบประกันสุขภาพหรือไม่. กล่าวคือ ในระยะแรก พยายามใช้ระบบการจัดการภาครัฐฯ เพื่อสร้างกลไกการตรวจสอบ ถ่วงดุล กลไกด้านสารสนเทศ ต่างๆ. ต่อเมื่อระบบพื้นฐานแข็งแกร่งเพียงพอ จึงเข้าสู่ระยะที่สอง โดยการกระจายอำนาจ.

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การกระจายอำนาจเป็นเพียงระบุว่าอำนาจการตัดสินใจ (ขอบเขตขึ้นกับว่ากระจายอำนาจมากน้อยเพียงไร ในเรื่องใด) ได้ถูกถ่ายโอนไปจากรัฐบาลส่วนกลางมากน้อยเพียงไร ส่วนกลไกตลาดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับนโยบายส่วนรวมว่า ต้องการให้ความสำคัญมากน้อยแค่ไหน จึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกันหรือไม่ผลกระทบกัน	ระยะสั้นจะยังไม่เห็นผลเนื่องจากความสามารถในการจัดการไม่แตกต่างกันแต่ระยะยาวน่าจะดีเนื่องจากท้องถิ่นจะตอบสนองประชาชนในพื้นที่ดีกว่า จะมีท้องถิ่นที่ยากจนที่มีปัญหาหรือพัฒนาได้ช้ากว่า
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะทำให้ระบบการแข่งขันในระบบตลาดเกิดขึ้น เนื่องจากประชาชนจะเป็นผู้ซื้อบริการ ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน จะมีทางเลือกในระบบบริการ ไม่เพียงรัฐเท่านั้น แต่เอกชน ก็จะเลือกใช้บริการได้ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้าใจหลักการ แนวคิด สิทธิประโยชน์ของประชาชน ที่จะได้รับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ด้วยกายการมีส่วนร่วมของ อสม./ประชาชน /บุคลากรทางการแพทย์ ในระดับพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่ง	การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นช่วยบริการเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ดำเนินการเมื่อท้องถิ่นพร้อม) การเร่งรัด หรือขยายพร้อมกันทั้งหมด จะส่งผลกระทบต่อบริการรวมทั้งรัฐควรวางระบบ และวางมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลให้ชัดเจนก่อนการกระจายอำนาจ
2	การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจะส่งเสริมให้เกิดการจัดบริการสุขภาพในลักษณะเพิ่มการแข่งขัน และหากสถานพยาบาลต้องส่งรายได้กลับสู่ท้องถิ่น จะทำให้ในบางพื้นที่ที่ได้เปรียบในเชิงสถานที่ตั้งและระดับเศรษฐกิจในพื้นที่ สามารถใช้บริการสุขภาพในการแสวงหากำไรและรายได้ ซึ่งจะหนุนเสริมการแข่งขันในตลาดเสรีอย่างแน่นอน	การกำหนดบทบาทภารกิจที่ชัดเจน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของภาครัฐ ภาคท้องถิ่น การเชื่อมประสานของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน สร้างความเข้มแข็ง ให้ชุมชน มี อสม. เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อน ด้วยการจัดการสุขภาพของชุมชนตามบริบทพื้นที่
3	การส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุข จะเป็นการส่งเสริมการแข่งขันคุณภาพการให้บริการ และสามารถบรรลุเป้าหมายของการให้บริการ คือ ความพึงพอใจ และความมีประสิทธิภาพสูงสุดของการให้บริการ	ท้องถิ่น ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการระบบบริการ ทำให้ภาครัฐและชุมชนมีบทบาทร่วมกันจัดระบบเพื่อสังคมมากขึ้น
4	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพย่อมส่งผลในเชิงบวกในการทำให้สถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตและความมั่นคงของสังคม รัฐต้องเข้ามาจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุล
5	เมื่อมีการกระจายอำนาจ แต่ละพื้นที่จะมีอำนาจในการจัดบริการ เพิ่มผลิตสิทธิประโยชน์ จะเกิดการแข่งขันระหว่างส่วนที่ได้รับอำนาจ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น หรือมีการกระจายต่อให้ภาคเอกชน ก็ล้วนแต่ทำให้ กลไกตลาดทำงานเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น	รัฐท้องถิ่นสามารถให้หรือจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นในระดับพื้นที่โดยเฉพาะระบบบริการในชุมชนและระบบบริการขั้นปฐมภูมิรวมทั้งทุติยภูมิ
6	เมื่อมีการกระจายอำนาจ แต่ละพื้นที่จะมีอำนาจในการจัดบริการสุขภาพ สามารถเพิ่มหรือลดสิทธิประโยชน์ และจะเกิดการแข่งขันระหว่างพื้นที่หรือระหว่างสถานพยาบาลหรือมีการกระจายต่อให้ภาคเอกชนซึ่งล้วนแต่ทำให้กลไกตลาดทำงานเพิ่มขึ้น	ถึงแม้จะมีการกระจายอำนาจก็ต้องอยู่ในการกำกับดูแล และสนับสนุนจากภาครัฐอย่างใกล้ชิด เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานของประชาชน
7	การกระจายอำนาจจะช่วยให้มีการตัดสินใจเลือกบริการที่มีคุณภาพคุ้มค่าได้ดีกว่า	เห็นชอบด้วย 100% ที่ให้รัฐต้องบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
8	การกระจายอำนาจทำให้มีการแข่งขันระหว่าง อปท. ทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างพื้นที่หลายๆ	การกระจายอำนาจจะส่งเสริมระบบบริการภาครัฐให้ทันต่อเหตุการณ์และประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดการ
9	ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดบริการ ต้องสร้างคุณภาพแข่งขันกับเอกชนด้วย เพราะประชาชนมีสิทธิเลือกมากขึ้น	เป็นหลักประกันที่ดีในการสร้างความเป็นธรรมแก่กลุ่มคนที่ยากไร้ในขณะที่ภาคเอกชนยังสามารถเข้าไปมีบทบาทในการร่วมจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
10	การกระจายอำนาจ ส่งผลให้เกิดการแข่งขันของหน่วยงานต่างๆ	
11	ส่วนท้องถิ่นจะทราบปัญหาของตนเอง และสามารถสื่อสารโดยกลยุทธ์ในระบบตลาด ให้ประชาชนเข้าใจหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดีขึ้น	ทุกคนมีโอกาสแสดงความสามารถที่แตกต่างและหลากหลาย
12	เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบแสดงความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่	แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน คนพื้นที่จะเข้าใจพื้นที่ดีกว่า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักค้ำระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

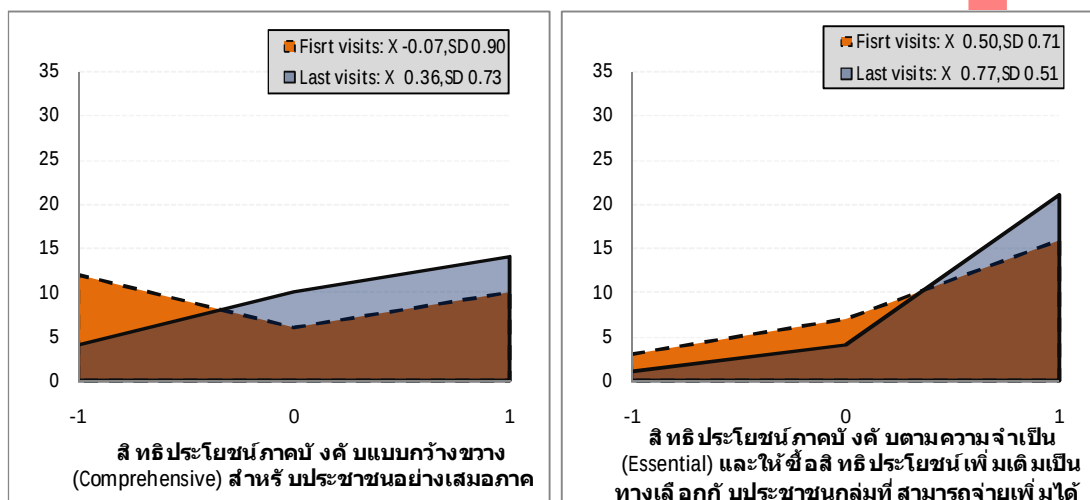
13	การจัดการบริการโดยหน่วยงานภาครัฐส่วนท้องถิ่นสามารถแข่งขันกับการจัดการบริการโดยเอกชนหรือรัฐส่วนกลางได้ หากได้รับการพัฒนาศักยภาพ	
14	เป็นการประกวดการจัดการบริการขององค์กรภาครัฐที่ไม่ได้เน้นกำไรมากกว่าเพราะไม่ใช่กลไกตลาดที่จัดโดยเอกชน	
15	การกระจายอำนาจ จะกระตุ้นให้เกิดภาวะการแข่งขัน ซึ่งต้องมาพิจารณาให้ต้องแท้ ว่าเป็นการแข่งขันที่เป็นคุณอย่างแท้จริง ต่อระบบประกันสุขภาพโดยรวมหรือไม่ ความเห็นส่วนตัวของผม เห็นว่า ในสภาวะปัจจุบัน และ ในขนาดของการกระจายอำนาจ การแข่งขันในระบบตลาด อาจจะส่งผลลบ ต่อระบบฯ โดยรวมมากกว่า	
16	เมื่อมีการแข่งขัน การบริการและมาตรฐานก็จะพัฒนาตาม	
17	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตก็กำลังแข่งขันกันสร้างผลงาน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักคั้งระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 12

หาก การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เนื่องจากในสภาพปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถให้สิทธิประโยชน์ที่เป็นภาคบังคับแบบกว้างขวางกับประชาชนอย่างเสมอภาคในระดับหนึ่ง แต่หากมีการกระจายอำนาจ ก็มีความเป็นไปได้สูงที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไปปรับลดสิทธิประโยชน์ในบางพื้นที่ที่ไม่มีความจำเป็นหรือมีประโยชน์น้อย	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีทางเลือกที่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และใช้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนในรูปแบบการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนขึ้นมา ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในพื้นที่ มี อสม. เป็นแกนนำสุขภาพที่ขับเคลื่อนในชุมชน เพื่อการจัดการสุขภาพ และซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างมีทางเลือก
2	เมื่อมีการกระจายอำนาจ การดำเนินการจะขึ้นกับท้องถิ่น ซึ่งมีทรัพยากร ปัญหาต่าง ๆ กัน สิทธิประโยชน์ที่ต้องการ จะแตกต่างกัน การดำเนินการแตกต่างกัน ความเสมอภาค เป็นไปได้ยากขึ้น	สถานพยาบาลอาจเน้นเรื่องแสวงหากำไรโดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ที่ต้องซื้อเพิ่มเติม
3	มีความแตกต่างในเรื่องรายได้และฐานะของแต่ละท้องถิ่น จึงทำให้เป็นไปได้ยากที่จะมีการให้บริการแบบสิทธิประโยชน์ในแบบกว้างขวางเหมือนกันทุกพื้นที่ นอกจากนี้ การกระจายอำนาจทำให้ความสามารถในการตรวจสอบและการเข้าไปควบคุมกำกับโดยส่วนกลางลดลง	ความสามารถในการจัดบริการภาคบังคับของ อปท. ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการตอบสนองสิทธิประโยชน์ของประชาชนได้
4	แผนในอนาคตต้องปรับเปลี่ยนความคิดให้ประชาชนจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเองมากขึ้น	
5	รายได้และความตระหนักของท้องถิ่นแตกต่างกันมาก	
6	it is difficult that all local authorities will agree upon the same health benefit package. The richer local health authorities may want to give more health benefit to their people.	
7	อาจมีปัญหาในเรื่องความเสมอภาคเนื่องจากท้องถิ่นมีรายได้ที่แตกต่างกันทำให้การสนองตอบต่อความจำเป็นทางสุขภาพมีความแตกต่างกันในเชิงพื้นที่	
8	ความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นจากศักยภาพที่แตกต่างกันมากของท้องถิ่น	
9	ท้องถิ่นที่ยากจนจะมีปัญหาควรต้องมีการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางแต่ต้องไม่ก้าวก่ายการบริหาร	
10	การกระจายอำนาจอาจให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง แต่ผมไม่แน่ใจว่าจะมีความเสมอภาค เพราะ อปท.ต่าง ๆ มีอำนาจเงินที่แตกต่างกันมาก	
11	องค์กรกระจายอำนาจไม่สามารถรับภาระการจัดการบริการได้อย่างกว้างขวางเนื่องจากอาจมีพื้นฐานที่มีรายได้หรือ	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

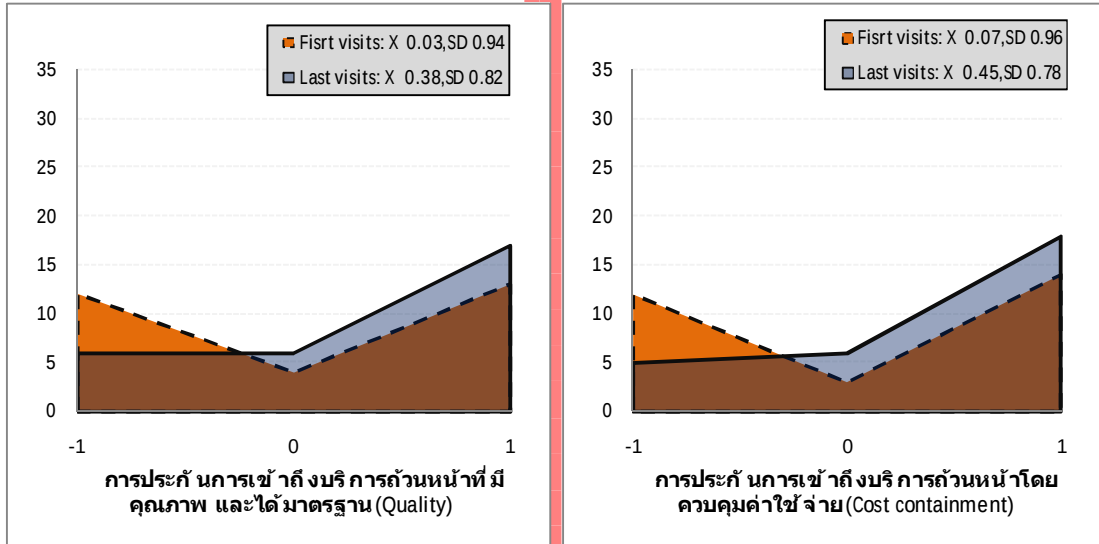
	ศักยภาพด้านการจัดการและการเงินที่แตกต่างกัน	
12	การกระจายอำนาจ ย่อมทำให้ แต่ละท้องถิ่น มีการปรับเปลี่ยน เงื่อนไขบริการ ตามสภาวะของแต่ละท้องถิ่น ทำให้ เกิดผลกระทบด้านลบต่อสิทธิประโยชน์ภาค บังคับ	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	เรื่องสิทธิประโยชน์ควรเป็นประเด็นที่ตัดสินใจในระดับประเทศ เพื่อความเสมอภาคเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคน แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจ ประเด็นนี้ไม่ควรจะเป็นประเด็นที่ให้แต่ละท้องถิ่นตัดสินใจเอง จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อกัน	เรื่องสิทธิประโยชน์ควรเป็นประเด็นที่ตัดสินใจในระดับประเทศ เพื่อความเสมอภาคเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคน แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจ ประเด็นนี้ไม่ควรจะเป็นประเด็นที่ให้แต่ละท้องถิ่นตัดสินใจเอง จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อกัน
2	สิทธิประโยชน์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง	ไม่น่าจะเกี่ยวกัน เพราะ การกำหนดสิทธิประโยชน์นั้นถูกกำหนดจากส่วนกลาง
3		เป็นเรื่องของแนวนโยบายในการจัดการระบบ อำนาจที่กระจายไปนั้นแปรอิสระจากเรื่องนี้
4		การจ่ายเพิ่มในการรับบริการขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการ
5		สิทธิประโยชน์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน จะได้รับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างเสมอภาค ขึ้นอยู่ศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นที่มีความหลากหลายรูปแบบบริหารจัดการ ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพภายหลังการกระจายอำนาจ ควรมีบทสรุปความเป็นไปได้มากนักน้อยเพียงใดในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้มาตรฐานในการประเมินผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ที่งบประมาณถ่ายโอนไปให้บริหารจัดการ	ความแตกต่างของงบประมาณระหว่างพื้นที่ ความไม่ชัดเจนในการจัดระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐ การสนับสนุนปรัชญาของภาคเอกชนเกี่ยวกับการแข่งขันและระบบตลาดเสรี จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางพื้นที่ เลือกที่จะให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นพื้นฐานเท่านั้น และให้ประชาชนที่มีกำลังจ่ายซื้อสิทธิประโยชน์อื่นๆ เพิ่มเติม
2	ผู้บริหารท้องถิ่นอาจต้องการจัดบริการเพื่อเอาใจประชาชนทุกคนมากที่สุด	ต้องสร้างโอกาสในการได้รับบริการตามเสรีภาพของบุคคล
3	การกระจายอำนาจทำให้เกิดความสามารถในการให้บริการที่มากขึ้น และกว้างขวางขึ้น ทำให้มีการเข้าถึงอย่างมากขึ้น และเสมอภาคมากขึ้นเมื่อมีทรัพยากรในการจัดสรรมากขึ้น	เนื่องจากความแตกต่างของความต้องการด้านสุขภาพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ท้องถิ่นจะเลือกจัดบริการสุขภาพตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และให้ประชาชนที่มีกำลังซื้อ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน
4	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกกับสิทธิภาคบังคับอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคเนื่องจากการเพิ่มทรัพยากรจากภาคสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยในระบบและทดแทนการขาดแคลนทรัพยากรของภาครัฐ	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกกับสิทธิภาคบังคับอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคเนื่องจากการเพิ่มทรัพยากรจากภาคสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยในระบบและทดแทนการขาดแคลนทรัพยากรของภาครัฐ
5	ต้องกระจายทั้งงบประมาณและอำนาจในการบริหารจัดการสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง	ท้องถิ่นมีข้อมูลบุคคลที่เจ็บป่วยในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นคนชราหรือโรคเรื้อรังที่ท้องถิ่นสามารถรบบาลในพื้นที่ได้ทำให้ต้นทุนการให้บริการสุขภาพต่ำลง
6	การดูแลครบถ้วน ครบวงจรน่าจะเกิดได้ในระดับท้องถิ่นเนื่องจากมองเห็นปัญหาได้ง่ายเพราะจำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อย ประกอบกับต้องหาเสียงอยู่แล้ว	การกระจายอำนาจ น่าจะนำไปสู่ การปรับระบบประกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับท้องถิ่น. ขณะเดียวกัน อาจเกิดข้อจำกัดทางการเงิน เนื่องจากปัญหาด้านขนาด จึงอาจจะต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น กับทั้งให้มีการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้.
7	การกระจายอำนาจผลักดันให้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ	
8	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคยิ่งขึ้น	
9	การกระจายอำนาจทำให้ทุกคนได้รับการบริการในขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 13

หาก การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เมื่อกระจายอำนาจแล้ว นโยบาย และการดำเนินการ ขึ้นกับ การเห็นความสำคัญของผู้บริหารในแต่ละแห่ง ซึ่ง ไม่น่าจะเห็นเหมือนกัน พื้นที่ ที่ให้ความสำคัญมาก ก็จะ เข้าถึง และมีคุณภาพ แต่ พื้นที่ที่ไม่ให้ความสำคัญก็จะ เข้าถึงได้น้อย และ บริการไม่มีคุณภาพ	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการ เข้าถึงบริการถ้วนหน้า จะมีการรองรับการประกันโดย กองทุนหลักประกันสุขภาพในชุมชน หากประชาชนใน พื้นที่ที่มีการจัดการสุขภาพของชุมชน ที่เข้มแข็ง การส่งเสริม สุขภาพ และการป้องกันโรค ของประชาชน ที่มีสุขภาพที่ดี งบประมาณที่จะมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะลดลง
2	ประสบการณ์จากหลายประเทศพบว่ามาตรฐานด้าน คุณภาพต่างกันมากระหว่างแต่ละท้องถิ่น	ท้องถิ่นที่มีทรัพยากรสูง ก็สามารถจัดบริการให้มีคุณภาพ เดิมที ตามข้อเรียกร้องของประชาชน ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่ง อาจเกินจำเป็น ในภาพรวมประสิทธิภาพน่าจะลดลง
3	การกระจายอำนาจลงระดับพื้นที่หรือเขต หากภาค ประชาชนไม่เข้มแข็งจริง ผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่ก็ยัง มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและอาจกังวลใจกับเงิน งบประมาณอาจเป็นต้นเหตุให้มาตรฐานการบริการและ คุณภาพบริการต่ำกว่าที่ควรได้	ในสถานการณ์ปัจจุบันขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยัง ไม่มีความสามารถในการจัดการทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพได้ อีกทั้งการจัดการต้นทุนในโรคที่มีค่าใช้จ่าย สูงมาก อาจจะไม่สามารถจัดการในระดับท้องถิ่นได้
4	เนื่องจากในพื้นที่ที่มีขนาดเล็กและเศรษฐกิจไม่ดี ความสามารถของท้องถิ่นในการจัดให้มีบริการสุขภาพที่ มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า มีความเป็นไปได้ยาก	การกระจายอำนาจอาจส่งผลให้เกิดการให้บริการที่สนองต่อ want มากกว่า need แต่อย่างไรก็ดีการให้ความรู้เพื่อให้ เห็นความสำคัญ และ ในระยะยาว ถ้างบประมาณเป็นของ พวกเขา ย่อมทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้เอง แต่ในอีก ส่วนหนึ่ง การกระจายอำนาจย่อมทำให้การใช้เงินมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ย่อมทำให้ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หรือ ลดโครงการที่คิดจากหอคอยงาช้างได้
5	ความจำกัดของทรัพยากรสุขภาพในบางพื้นที่จะเป็นแรง กดดันที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่ สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้ อย่างถ้วนหน้า	การกระจายอำนาจทำให้มีการควบคุมกำกับได้น้อยลง ดังนั้น สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจดี อาจมีการ ใช้ทรัพยากรอย่างเกินความจำเป็นโดยขาดการควบคุมตาม หลักวิชาการ โดยผู้นำในท้องถิ่นมีแนวโน้มที่จะใช้ทรัพยากร ให้มากที่สุดโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมที่อาจจะ เพิ่มขึ้น ในขณะที่พื้นที่เล็กก็มีทรัพยากรไม่เพียงพอ
6	คุณภาพบริการเป็นเรื่องทางเทคนิคซับซ้อน ศักยภาพ ของท้องถิ่นจำกัด	ขึ้นกับการตัดสินใจ การบริหารจัดการที่แตกต่างกันของแต่ละ หน่วยงาน
7	การกระจายอำนาจ โดยเฉพาะหากกระจาย สถานพยาบาลไปยังท้องถิ่นอาจทำให้การควบคุม คุณภาพมาตรฐานทำได้ยากขึ้น	ประสบการณ์ในการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพของ อปท. อาจส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการใช้ บริการของประชาชนอย่างถ้วนหน้าได้
8	ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้มีอำนาจแต่ละหน่วยงาน	ค่าใช้จ่ายจากการบริหารอาจเพิ่มขึ้นโดยรวมเนื่องจาก ท้องถิ่นมีขนาดเล็ก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

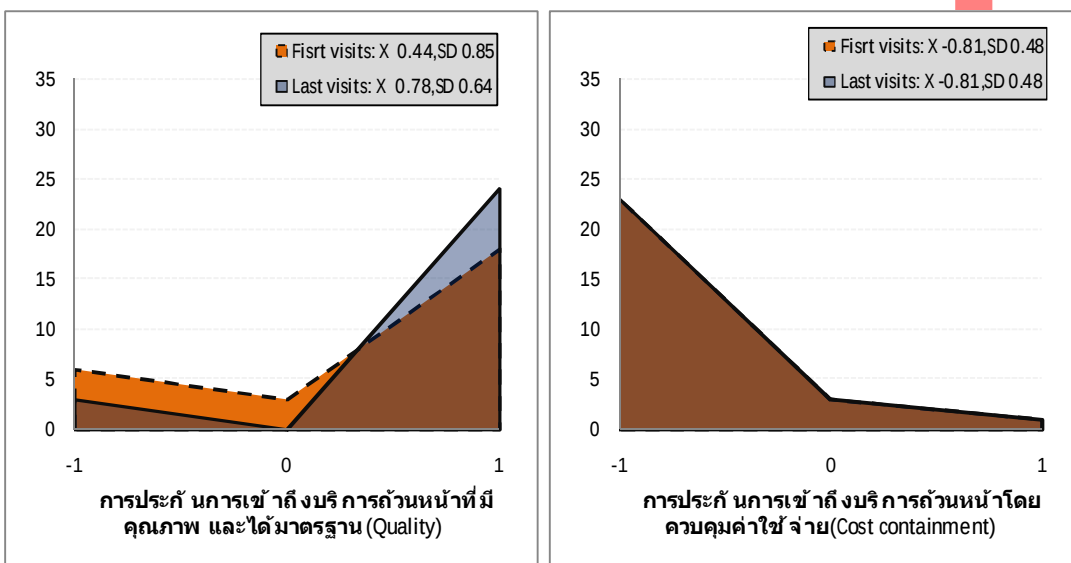
9	อปท. อาจมีข้อจำกัดในการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเฉพาะบริการที่มีความซับซ้อนทางเทคโนโลยีสูง	ประสิทธิภาพของระบบอาจไม่ดีพอเนื่องจากความรู้ ความเชี่ยวชาญของการจัดการ แต่ในระยะยาวอาจพัฒนาได้
10	แต่อาจมีการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมได้จากนโยบายที่ชัดเจน	
11	เข้าถึงได้ง่ายแต่อาจมีมาตรฐานแลคุณภาพที่ไม่เสถียร	
12	ถ้าเน้นการครอบคลุม อาจทำให้คุณภาพและมาตรฐานไม่เป็นไปเท่าที่ควร	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดการในรูปแบบกองทุนสุขภาพชุมชน ที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม และมี อสม. ที่เพื่อใช้บริหารจัดการสุขภาพของประชาชน ตามความเป็นจริง ประชาชนมีทางเลือกในการซื้อบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานได้อย่างกว้างขวางตามความพึงพอใจ	มีแนวโน้มว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากจะมีทรัพยากรไม่เพียงพอในการจัดระบบบริการสุขภาพและให้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าอย่างกว้างขวาง ดังนั้นหลายพื้นที่คงจะมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
2	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก
3	1. เป็นการกระจายโอกาสในการบริหารจัดการและงบประมาณให้สอดคล้องต่อพื้นที่ 2. ต้องเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการสร้างหลักการกระจายอำนาจให้สอดคล้องต่อพื้นที่	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เกิดการแข่งขันในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพทำให้ Cost containment ดีขึ้น
4	ต้องสนับสนุนการเข้าถึงบริการ มาตรฐานควรจะเท่ากัน แต่อาจแตกต่างกันบ้างตามสถิติโรค, พฤติการณ์ของโรค และพฤติกรรมการใช้บริการ แต่สิทธิการรับรู้ การให้ข้อมูล ต้องเสมอภาคและควรทำเชิงรุก	การกระจายอำนาจ น่าจะทำให้สเกลระบบการจัดการเล็กลง ทำให้การดูแลเรื่อง cost containment ง่ายขึ้น
5	ส่วนท้องถิ่นจะทราบปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าส่วนกลาง	ส่วนท้องถิ่นเข้าใจปัญหาของตนเองมากกว่าส่วนกลาง
6	หากมีการเตรียม และ สร้างกลไกธรรมาภิบาลที่ดี การกระจายอำนาจ ควรนำไปสู่ระบบที่มีคุณภาพในระยะยาว	การกระจายอำนาจจะทำให้ทราบถึงความต้องการ ประโยชน์ และงบประมาณที่สอดคล้องกับความเป็นจริง
7	ท้องถิ่นปัจจุบัน ผู้บริหารและผู้แทนต่างๆในสภาท้องถิ่น มีการพัฒนาความรู้และศักยภาพไปอย่างมากโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยให้การสนับสนุน จึงมีความรู้ความสามารถในการพิจารณาประเด็นด้านพัฒนาคุณภาพและควบคุมคุณภาพ	การกระจายอำนาจลงระดับเขตหรือพื้นที่ จะทำให้เขตหรือพื้นที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เข้มงวด เพราะเกรงกองทุนจะขาดทุน
8		ท้องถิ่นต้องการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้บริการครอบคลุมที่สุด ต้องควบคุมทรัพยากร
9		ขนาดของระบบเล็กลง ทำให้ดูแลต้นทุนเป็นไปได้ง่ายขึ้น.

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 14

หาก ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การฟ้องร้องทำให้เกิดความต้องการที่จะหลบเลี่ยงความรับผิดชอบ รวมทั้งปิดความเสี่ยง แม้ว่าจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย มากกว่าจะคิดถึงผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การลงทุนในที่สุดจะมุ่งไปสู่การบริการที่ปลอดภัย มากกว่า ลงทุนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ควรมีการแยกออกให้ชัดเจน ระหว่างการให้บริการในระบบสุขภาพที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ และ ค่าใช้จ่าย การนำผลมาใช้เปรียบเทียบ ต้นทุนกำไร สำหรับการช่วยเหลือเป็นมนุษย์จากการเจ็บป่วย ไม่ใช่สิ่งของหรือวัตถุ
2	การฟ้องร้องจะทำให้เกิดแรงต้านและมาตรการย้อนกลับเชิงลบจากบุคลากรแพทย์	เนื่องจากการฟ้องร้องเกิดทั้งความทุกข์และค่าใช้จ่าย ทางด้านการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลในเชิงลบกับระบบบริการถ้วนหน้าที่ควบคุมค่าใช้จ่าย
3	มาตรฐานคุณภาพสูงขึ้นมีความระมัดระวัง แต่อาจมีผลต่อการเข้าถึง	เป็นไปได้ว่าปัญหาการฟ้องร้องทำให้ระบบบริการปรับตัวไปสู่ defensive medicine มากขึ้น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้นตาม
4	คุณภาพของหน่วยบริการมีไม่เท่ากันตามสภาพ แต่ประชาชนคาดหวังให้ทุกแห่งบริการได้เท่ากันหรือต้องได้ดีที่สุดเป็นเหตุให้ฟ้องร้องหรือไม่ก็หน่วยบริการ-โรงพยาบาลขนาดเล็กจะส่งต่อผู้ป่วยเกินจำเป็นเพราะไม่อยากเสี่ยง	ความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ความพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายดำเนินการได้ยากขึ้น เพราะประชาชนมักให้คุณค่าบริการตามปริมาณบริการที่ได้รับ (ยาและบริการอื่นๆ) ทั้งๆ ที่บริการจำนวนหนึ่งอาจไม่จำเป็น
5		เนื่องจากความคาดหวังและความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดและให้บริการสุขภาพกับประชาชนสูงเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการเช่น แพทย์อาจมีลักษณะของ defensive treatment and investigation เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มต้นทุนในการให้บริการสุขภาพ
6		ความคาดหวังและความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะเป็นแรงกดดันที่ทำให้รัฐไม่สามารถจัดบริการสุขภาพในลักษณะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะเมื่อภาคประชาชนมีความเข้มแข็งทางการเมืองและมีการต่อสู้เรียกร้องอย่างมีประสิทธิภาพ
7		การจัดบริการภายใต้การควบคุมค่าใช้จ่าย อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการและคาดหวังของประชาชน และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องจากการรับบริการสาธารณสุขมากขึ้น
8		การประกันโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ในขณะที่มีการฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อทุนแรงในทางลบต่อระบบ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9		การควบคุมต้นทุนมีผลต่อคุณภาพบริการและมีผลต่อการฟ้องร้องในที่สุด
10		ผู้ให้บริการ อาจจำเป็นต้อง "ประกันความเสี่ยง" จากการถูกฟ้องร้อง ฯลฯ การบริการจึงอาจจะ "เกินความจำเป็น" ทำให้ต้นทุนแพงขึ้น.
11		ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น อาจส่งผลให้ภาครัฐไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ ทั้งนี้ควรมีมาตรฐานที่มีคุณภาพและชัดเจน เหมาะสมเพียงพอ
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	เมื่อมีการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนแล้ว หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามนั้น ผู้ป่วยก็จะมีอาการฟ้องร้องมากขึ้น (ผู้ป่วยรู้สิทธิว่าตนต้องได้รับการบริการอย่างไร) ซึ่งจะทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้บริการตามมาตรฐานมากขึ้น	ความคาดหวังและการฟ้องร้องของสังคม จะทำให้ผู้ให้บริการจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานมากขึ้น ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการบริการที่ไม่จำเป็นลงได้
2	เนื่องจากประชาชนมีการได้รับข้อมูลข่าวสาร อย่างทั่วถึง ด้วยระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ของประชาชน ที่จะได้รับการเข้าถึงการบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	ต้องศึกษาและเรียนรู้ในเรื่องความต้องการ ความคาดหวัง และกรณีฟ้องร้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการควบคุมค่าใช้จ่ายและควบคุมพฤติกรรม จิตสำนึกของผู้รับและผู้ให้บริการ
3	ส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้นเพื่อตอบสนองความคาดหวังและลดการฟ้องร้อง ทำให้แพทย์บางจุดบริการพยายามไม่รักษาผู้ป่วยจึงทำให้มีการ Refer ผู้ป่วยไปจุดบริการที่สูงกว่า โดยไม่จำเป็นจำนวนมาก	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมาก มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในบางด้านเพื่อดูแลให้ได้มาตรฐานที่ดีขึ้น งบประมาณโดยรวมจะลดน้อยลง งบประมาณส่วนที่เหลือต้องดำเนินการแบบ cost containment มากขึ้น
4	1. ความต้องการและความคาดหวัง ต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดการองค์ความรู้ให้เกิดการพัฒนาสู่นโยบายสาธารณะ ภาคประชาชน 2. การฟ้องร้อง เกิดจากความขัดแย้ง ในเรื่องความต้องการและความคาดหวังต้องแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งเพื่อสร้างความเข้าใจในการพัฒนาปฏิรูประบบสุขภาพให้ดีขึ้น	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมาก มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในบางด้านเพื่อดูแลให้ได้มาตรฐานที่ดีขึ้น งบประมาณโดยรวมจะลดน้อยลง งบประมาณส่วนที่เหลือต้องดำเนินการแบบ cost containment มากขึ้น
5	แรงกดดันจากความต้องการ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะกดดันให้บุคลากรสาธารณสุขมีความระมัดระวังในการให้บริการให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	1. คำว่า "ประกันการเข้าถึง" ทำให้เกิดความคาดหวัง 2. คำว่า "ประกันคุณภาพ" ทำให้คาดหวังว่าต้องได้สิ่งที่ดีที่สุด 3. คำว่า "ควบคุมค่าใช้จ่าย" ทำให้คาดหวังว่า ต้องได้มาด้วยราคาถูก หรือ ไม่ต้องจ่ายเงินเลย
6	ความต้องการ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะเป็นแรงกดดันให้ภาครัฐจำเป็นต้องจัดให้มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	การประกันโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ในขณะที่มีการฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบ
7	การมีเรื่องฟ้องร้องกันมากขึ้น ทำให้ระบบต่อระมัดระวังและรอบคอบมากขึ้น ดังนั้นน่าจะเป็นผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ	
8	บุคลากรต้องรักษาคุณภาพ ความพึงพอใจสูงสุด	
9	เป็นปัจจัยผลักดันให้มีการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานยิ่งขึ้น	
10	เป็นโอกาสในการพัฒนา แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง ทำได้จริงและประชาชนต้องมีส่วนร่วม กำหนดประเภทของบริการ และรูปแบบการใช้บริการที่เหมาะสม เช่น ตามระเบียบที่กำหนดให้	
11	คำว่า "ประกัน" ทำให้เกิดความคาดหวัง	
12	การประกันทำให้เกิดความคาดหวัง หากมีความชัดเจนบนพื้นฐานความเป็นจริง อาจทำให้ประชาชนเข้าใจว่าควรคาดหวังอะไร อาจช่วยลดการฟ้องร้องได้	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

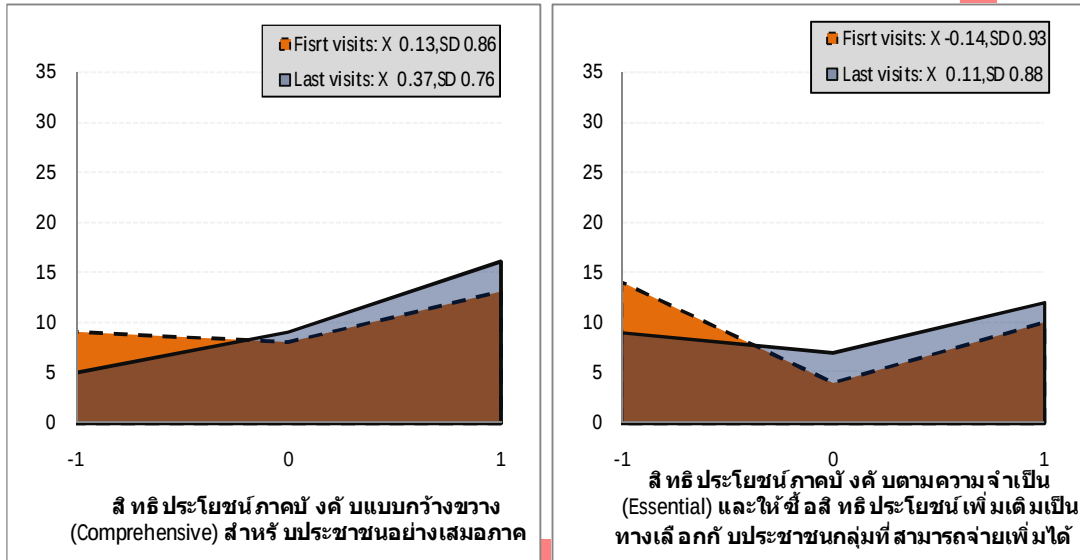
13	คุณภาพมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการฟ้องร้อง	
14	เกิดสมดุล ความรับผิดชอบ ของการให้บริการ.	
15	เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ภาคบริการต้องปรับตัว ที่จริงการมองภาพว่าเราจะบริหาร complaint management แล้วก็จะสามารถเดินหน้าได้ ในธุรกิจบริการอื่นๆ เขาก็มีเรื่องอย่างนี้ทั้งนั้น ธุรกิจขายกาแฟ ขายอาหาร เคยถูกฟ้องเคยถูกเอากาแฟใส่หน้าแต่เขาก็ก้าวหน้ามาได้ เราอยู่ภาคบริการสุขภาพถือว่าเป็นบริการอย่างหนึ่งต้องปรับตัวไปตามพัฒนาการของสังคม	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 15

หาก ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การมีสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางทำให้การพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวัง และเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพการให้บริการเพื่อป้องกันการฟ้องร้องเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น	ส่งผลในเชิงลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากบุคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพในภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์ขาดแคลนทำให้ไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความคาดหวังของประชาชนได้
2	ส่งผลในเชิงลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวางเนื่องจากบุคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพในภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์ขาดแคลนทำให้ไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความคาดหวังของประชาชนได้	ประชาชนมีทางเลือกที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ทำให้ความต้องการ ความคาดหวัง และการฟ้องร้องจึงเกิดขึ้นมาก เพราะข้อมูลข่าวสารที่สามารถเข้าถึงได้หลายช่องทาง และมีกฎหมายการคุ้มครองสิทธิของประชาชนด้านข้อมูลข่าวสาร
3	ความคาดหวังเพิ่มขึ้น ทำให้การบังคับแบบกว้างขวางต้องเพิ่มสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่าย จนไม่น่าจะควบคุมได้	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น การเลือกให้เฉพาะตามที่จำเป็นย่อมต้องก่อให้เกิดความไม่พอใจ เนื่องจากความจำเป็นของแต่ละคนนั้นต่างกัน เมื่อไม่พอใจมากขึ้นก็อาจจะก่อให้เกิดการฟ้องร้อง ต่าคิดกัน
4	การคาดหวังมากขึ้น ย่อมทำให้ภาครัฐไม่สามารถสนับสนุนการบริการที่เสมอภาคได้ ในที่สุดจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการให้บริการแบบที่เลือกจ่ายเพิ่มได้	การจัดบริการภายใต้เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ และเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ตามกำลังการจ่ายเงินของประชาชน จะนำสังคมไปสู่สังคมที่ใช้เงินเป็นอำนาจ จะนำไปสู่การฟ้องร้องทั้งในกรณีที่ไม่มีการจ่าย และจ่ายแล้วไม่ได้รับตามที่คาดหวังมากขึ้น
5	ความคาดหวังที่สูงทำให้ประชาชนคิดเข้าข้างตัวเองว่า ได้สิทธิทุกเรื่องไม่เข้าใจข้อจำกัดเมื่อไม่ได้ตามมาด้วยการฟ้องร้อง การให้สิทธิประโยชน์กว้างขวางจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติ ประชาชนคาดหวังเฉพาะส่วนที่จะได้รับแต่จะติดที่ระเบียบทำให้มีปัญหาต่อกัน	การที่ประชาชนมีความต้องการหรือคาดหวังมากขึ้น เมื่อมีการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจะทำให้ความต้องการหรือคาดหวังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น เนื่องจากประชาชนไทยหากเห็นว่าระบบที่สามารถใช้สิทธิได้โดยไม่ต้องจ่ายเพิ่ม ก็จะต้องการใช้สิทธิโดยไม่ต้องจ่ายเพิ่ม จึงเห็นว่าผลกระทบในทางลบต่อเป้าประสงค์ในข้อนี้
6	การจัดบริการภายใต้เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการและคาดหวังของประชาชน และจะนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น	เห็นด้วยกับความเห็นด้านล่างว่า กลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย (ยากจน) จะเรียกร้องความเท่าเทียม ในขณะที่กลุ่มที่สามารถจ่ายได้ จะเรียกร้องเพิ่มมากขึ้น หากไม่ได้รับบริการตามที่ตนเองคาดหวัง
7	เป็นโอกาสในการพัฒนา แต่ต้องอยู่บนพื้นฐาน ของข้อมูลที่เป็นจริง ทำได้จริงและประชาชนต้องมีส่วนร่วม กำหนดประเภทของบริการ และรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม เช่น ตามระบบที่กำหนดให้	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งมีการฟ้องร้องกันมากขึ้น รัฐจะถูกกดดันให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่มีความกว้างขวางเพิ่มมากขึ้น มิใช่สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานเพียงเท่านั้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

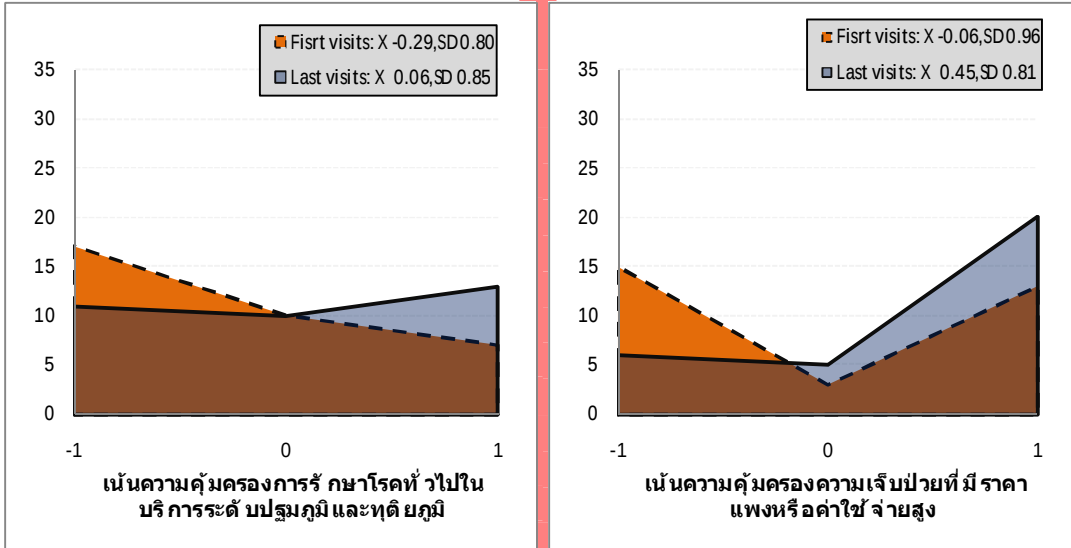
8	จะมีผลต่อการให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง เพราะเหตุว่าปัญหาการฟ้องร้องมักจะเกิดในกรณีโรคภัยแรงต่างๆ ทำให้ผู้ให้บริการไม่ให้บริการประเภทเหล่านี้ ดังนั้นสิทธิอาจยังมีอยู่แต่เป็นสิทธิบนกระดาษเท่านั้น	กลุ่มที่ต้องจ่ายยิ่งเรียกร้องมากขึ้น กลุ่มไม่สามารถจ่ายเรียกร้องความเท่าเทียม
9	อาจเกิดโอกาสของการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นหากการบริการมีจำนวนมากแต่ไม่ได้คุณภาพ	ข้อมูลที่ไม่เท่ากันทำให้เกิดเสียงฟ้องร้องเมื่อต้องชำระเงินมากกว่าที่ประมาณการไว้ และมักจะคาดหวังคุณภาพที่สูงกว่า
10	เนื่องจากแหล่งทรัพยากรทางด้านสุขภาพขาดแคลน ประกอบกับประชาชนมีความคาดหวังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น จึงส่งผลด้านลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เสมอภาคแก่ทุกคน	เมื่อมีข้อดกเพิ่ม โดยเฉพาะมีการจ่ายเพิ่มความคาดหวังที่สูงและข้อมูลที่ไม่เท่ากันทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ง่าย ในอีกด้านหนึ่งพื้นที่ยากจนไม่สามารถซื้อบริการเพิ่มจะรู้สึกไม่เป็นธรรมและมีอคติกับระบบได้ง่าย
11	ระบบที่เสมอภาค ควรมีมาตรฐานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาโดยเฉพาะการฟ้องร้อง	เมื่อมีการจ่ายเพิ่มเติมผู้ใช้บริการย่อมมีความคาดหวังกับคุณภาพและสิทธิที่ควรได้
		เนื่องจากประชาชนเป็นผู้จ่ายด้วยดังนั้นความคาดหวังก็จะสูงขึ้นตามสิ่งที่จ่ายไป
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	เพราะทุกคนพึงพอใจบริการที่ได้รับ	เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกบริการด้วยตนเองมากขึ้น
2	ต้องปรับเปลี่ยนความต้องการ ความคาดหวัง และการฟ้องร้องให้เป็นองค์ความรู้ของการปฏิรูประบบสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนโดยยึดหลักสิทธิและความเสมอภาค ไม่ใช่ความเมตตากรุณา(ทัศนคติเดิม)	เมื่อคาดหวังมากขึ้น ต้องการมากขึ้น ฟ้องร้องมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่รัฐจะต้องหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นมารองรับ โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
3	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพและมีการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น มีความเป็นไปได้สูงที่ประชาชนจะเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมแบบกว้างขวางและเสมอภาคระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ	ต้องปรับเปลี่ยนความต้องการ ความคาดหวังและการฟ้องร้องมาสู่การสร้างสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในขณะเดียวกันไม่เปิดโอกาสในการเลือกกระบวนบริการ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานที่ใช้องค์ความรู้เปิดเผย โปร่งใส เกิดความเข้าใจร่วมกันของผู้รับบริการ
4	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพและมีการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น เป็นไปได้อย่างยิ่งที่รัฐจะถูกกดดันให้ต้องขยายสิทธิประโยชน์ให้เป็นลักษณะภาคบังคับแบบกว้างขวาง และไม่สามารถถดถอยสิทธิประโยชน์ลง	โรคภัยไข้เจ็บ เป็นปัญหาเฉพาะตัว ดังนั้น แรงผลักดันให้เกิด สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น จึงควรจะมีสูงขึ้น.
5	ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริการมากขึ้น ทำให้บริการ และคุณภาพดีขึ้น	หน่วยบริการจะต้องระวังในการให้บริการ ให้ดี มีมาตรฐานมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ซึ่งส่งผลดีต่อประชาชนมากกว่า
6	ประชาชนสามารถเรียกร้องสิทธิของตนเอง และคุณภาพที่ตนต้องการได้	ประชาชนที่เลือกจ่ายเพิ่มจะมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น
7	ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การจัดการโดยภาครัฐ และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารมีความจำเป็นอย่างยิ่ง	หากประชาชนคาดหวังมากขึ้น และฟ้องร้องมากขึ้น ผู้ซื้อบริการจะถูกกระแสนบังคับให้ขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ภายใต้งบประมาณจำนวนหนึ่ง สิทธิประโยชน์จะเพิ่มได้จำนวนหนึ่งเช่นกัน หากยังมีความคาดหวังอยู่อีก ทางออกโดยการร่วมจ่ายจะช่วยคัดกรองความคาดหวังนั้นว่า เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ที่มีประสิทธิผลดีจริงหรือไม่ และทำให้ระบบคงอยู่ได้
8	หากประชาชนคาดหวังมากขึ้น ฟ้องร้องมากขึ้น การกำหนดสิทธิประโยชน์อย่างเสมอภาค และประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจทั่วกัน จะช่วยให้ประชาชนคาดหวังในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม	การฟ้องร้องส่วนใหญ่เป็นผลที่เกิดจากความรุนแรงของการเข้าใช้บริการจนถึงเสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นการให้สิทธิประโยชน์ที่จำเป็นอาจทำให้คุณภาพของการบริการดีขึ้น
9	ประชาชนคาดหวังมากขึ้น ว่าจะได้รับความเสมอภาคแบบกว้างขวาง	คนที่ฟ้องร้องมากขึ้นอาจจะเป็นเพราะไม่มีทางเลือกให้
10	ประชาชนเรียกร้องได้มากขึ้น ทำให้สถานบริการต้องระวังเรื่องคุณภาพ	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 16

หาก การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง มีข้อจำกัดด้านงบประมาณที่จัดสรรให้ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ให้กับประชาชนดูแลสุขภาพตนเองด้วยทางเลือกอื่น เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น แพทย์ทางเลือก	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง จะเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาต่อเนื่อง ไม่หายขาด เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงอาจไม่สัมพันธ์ที่จะต้องนำมาใช้กับการรักษาการเจ็บป่วย ทุกรายไป การใช้ภูมิปัญญาทางท้องถิ่น สมุนไพร แพทย์ทางเลือก จะช่วยรักษาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้
2	อาจเกิดความเข้าใจผิด สร้างภาพลักษณ์ของประสิทธิภาพการรักษาแบบไม่ถูกต้อง และส่งเสริมใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างฟุ่มเฟือย	เมื่อเทคโนโลยีมีราคาแพงขึ้น ความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงอยู่แล้ว ก็จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอีก
3	1. เกิดการสูญเสียงบประมาณโดยไม่เกิดประโยชน์ 2. การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิต้องเน้นที่การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอและ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม	ส่งเสริมในทางอ้อมต่อการทำให้บริการทางการแพทย์เป็นผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์มากขึ้น
4	ประชาชนย่อมคาดหวังที่จะไปรับบริการในสถานบริการที่มีไฮเทคโนโลยีมากกว่าสถานบริการใกล้บ้าน	ค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงอยู่แล้ว การคุ้มครองต้องใช้ทรัพยากรมาก ยิ่งใช้เทคโนโลยีแพงเพิ่มขึ้น ทำให้ยิ่งมีความเป็นไปได้ที่จะมีทรัพยากรรองรับต่ำ
5	เทคโนโลยีราคาแพง หากมีความจำเป็นและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ควรได้รับการคุ้มครอง หากมีข้อจำกัดทางงบประมาณ ก็ควรให้ความคุ้มครองบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงก่อน	แพงขึ้น ระบบก็จะถอยจากเทคโนโลยีเอง
6	เมื่อประชาชนมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ความต้องการการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้รับผลกระทบในทางลบ และทรัพยากรสุขภาพจะถูกนำไปใช้เพื่อการรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น	ควรเน้นเรื่องระบบ รูปแบบการใช้บริการ เพราะจะต้องปรับพฤติกรรมผู้รับบริการ เทคโนโลยีทางการแพทย์แพง ๆ ควรจัดเป็น Mapping Zone ตาม incidence ของการเกิดโรค ทั้งนี้ จะช่วยระบบการส่งต่อให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดการจัดหาที่ฟุ่มเฟือย
7	ทำให้บริการในระดับนี้บิดเบี้ยวในเชิงสัดส่วน เอาทรัพยากรส่วนมากไปใช้กับเทคโนโลยีราคาแพง	เมื่อมียาหรืออุปกรณ์ราคาแพงมากขึ้น ผู้ขอรับการย้อมจะพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น และพยายามที่จะกีดกันการใช้ยาหรืออุปกรณ์เหล่านี้
8	การรับรู้และคิดเอาว่าของใหม่ราคาแพงดีกว่าชนิดเก่า ราคาถูกทำให้ต้องการของใหม่เสมอ เทคโนโลยีใหม่และแพงทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้สูงขึ้นเร็วกว่าส่วนอื่น	เกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

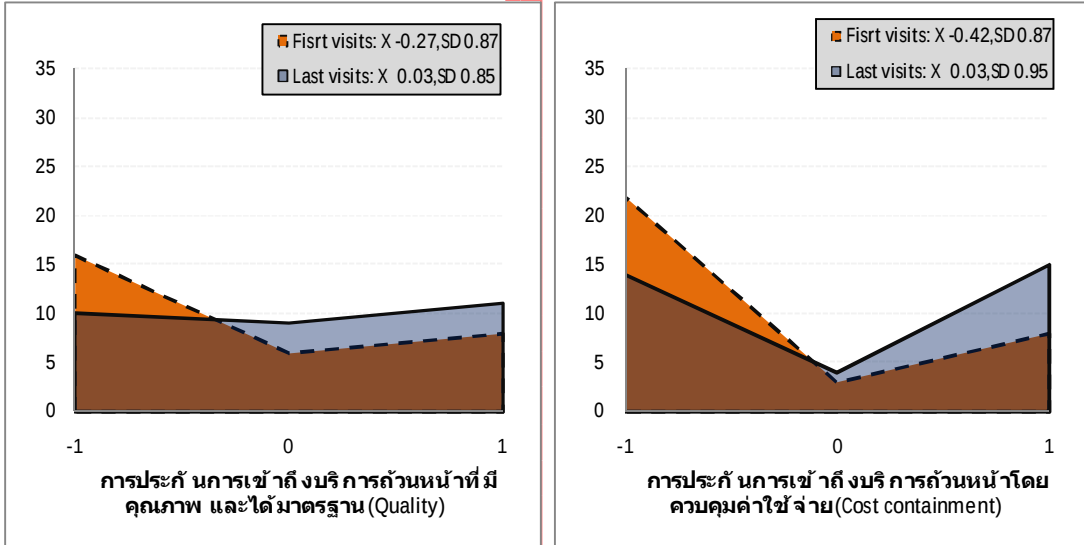
9	เทคโนโลยีใหม่มักถูกรับภาพว่าดีกว่าเดิมเร็วกว่า ทำให้ผู้รับบริการสนใจบริการระดับต้นและกลางน้อยลง		เป็นการจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาที่ปลายสุดของเหตุที่แพงที่สุดของระบบในขณะที่บริการขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุมกลุ่มประชากรมากกว่าและเป็นการแก้ปัญหาที่กลางเหตุหรือต้นเหตุมากกว่า
10	การที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด ประกอบกับการใช้จ่ายเพื่อซื้อเทคโนโลยีราคาแพง ทำให้อาจส่งผลเชิงลบต่อการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ		เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ และจะทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยโอกาสมีน้อยลง เป็นต้น
11	เหตุผลขัดแย้งกันเองที่เป็นโรคทั่วไป ไม่ซับซ้อน		
12	จะเกิดการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรอันจำกัดของประเทศ		
ไม่มีผลกระทบ (0)			
1	สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมนั้นครอบคลุมบริการที่ต้องการเทคโนโลยีที่มีราคาแพงอยู่แล้ว จึงไม่มีผลกระทบอะไร		
2	เทคโนโลยีที่มีราคาแพงอาจจะเป็นเทคโนโลยีที่ไม่จำเป็นเลยก็ได้ หรือ เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย และ ใช้อย่างไม่จำเป็น		
มีผลในเชิงบวก (+)			
1	การพัฒนาเทคโนโลยีจะทำให้ความสามารถในการให้บริการดีขึ้นสำหรับการให้บริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ด้วยต้นทุนที่ลดลง ความสามารถในการให้บริการน่าจะเพิ่มขึ้น ภาระของแพทย์น่าจะลดลง		เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้เกิดข้อเรียกร้องและแรงกดดันจากประชาชนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพและต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ดังกล่าว ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องให้ความสำคัญคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงในท้ายที่สุด
2	ส่งผลในเชิงบวกในการรักษาพยาบาลรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ถ้ามองในมิติของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แต่จะทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น		ส่งผลในเชิงบวกในการรักษาพยาบาลรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ถ้ามองในมิติของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แต่จะทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น
3	เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทรัพยากรค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง จะเป็นแรงกดดันให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องหันกลับไปพึ่งพาการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมากขึ้น จึงจะสามารถอยู่รอดและมีทรัพยากรเพียงพอ		เมื่อประชาชนมีความต้องการการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะกดดันเรียกร้องให้รัฐต้องดำเนินการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือมีค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มมากขึ้น
4	เพื่อลดการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง		เพื่อให้คุ้มกับการลงทุนทางเทคโนโลยี
5	ยิ่งเทคโนโลยีมีราคาแพง ยิ่งต้องเน้นการคุ้มครองบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ		ประชาชนที่มีความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะได้รับการดูแล
6			The public will even increasingly demand the high cost services because they cannot afford themselves. So, politicians or decision makers will want to response to the public request.
7			เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา แต่ต้องระวังการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงที่สิ้นเปลืองงบประมาณโดยไม่เกิดประโยชน์
8			ต้องเน้นการคุ้มครองการรักษาที่มีราคาแพง โดยการพิจารณาประสิทธิผลที่ได้ก่อนให้ความสำคัญคุ้มครอง
9			Increasingly expensive new "life saving" technologies/treatments will increase risk for catastrophic loss, hence create pressure from consumers for selective coverage on high cost care

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 17

หาก การรักษายาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การให้ความรู้แก่ประชาชนที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน กับการรักษาพยาบาลที่มีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกัน ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยที่จะรับการรักษา	ความต้องการใช้เทคโนโลยีใหม่ทั้งผู้ให้และผู้รับไปทางเดียวกันในขณะที่ข้อมูลด้านความคุ้มค่าของเทคโนโลยีเหล่านี้มีไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับความสนใจ ผู้ให้บริการหากจัดให้ จะคุ้มค่าใช้จ่ายไม่ได้ หากไม่ให้ จะถูกมองว่าไม่มีคุณภาพ
2	มาตรฐานและคุณภาพเปลี่ยนไปตามเทคโนโลยี เมื่อเทคโนโลยีเปลี่ยน การปรับตัวให้ทันย่อมต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น	ส่งผลในเชิงลบต่อระบบบริการถ้วนหน้าที่ควบคุมค่าใช้จ่าย เพราะจะทำให้ผู้ให้บริการขาดทุน
3	คุณภาพและมาตรฐานไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง แต่ต้องคำนึงถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม	การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงจะทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้นในภาวะที่มีทุนต่ำเช่นในปัจจุบัน
4	เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทรัพยากรจำกัด ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้เกิดความยากลำบากต่อการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน	การเพิ่มขึ้นของความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5	ด้วยงบประมาณและทรัพยากรสุขภาพที่จำกัดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความต้องการการรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง จะส่งผลกระทบต่อผลการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า	เทคโนโลยีราคาแพงเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย ประชาชนมีอายุยืนขึ้น โรคที่เคยต้องตาย กลับรอดชีวิต และทุกคนคาดหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว
6	การลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง อาจส่งผลต่อการรับบริการที่มีเป้าหมายครอบคลุมอย่างถ้วนหน้า มีคุณภาพ และได้มาตรฐานภายใต้งบประมาณที่จำกัด	ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่ม จะทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับการประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าเป็นไปได้น้อยลง
7	เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ควรมีมาตรฐานและข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการเลือกใช้	ต้องใช้จ่ายกับเทคโนโลยีราคาแพง จะคุ้มค่าใช้จ่ายได้อย่างไร
8		ผู้เกี่ยวข้องมักคิดคำนวณเฉพาะครั้งเฉพาะราย ผู้ให้บริการเมื่อต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายจะถูกมองว่าให้บริการไม่มีคุณภาพ ในขณะที่ผู้ซื้อบริการก็ไม่สามารถบังคับควบคุม
9		การรักษาที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพง จะทำให้นโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นไปได้ยาก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นแบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

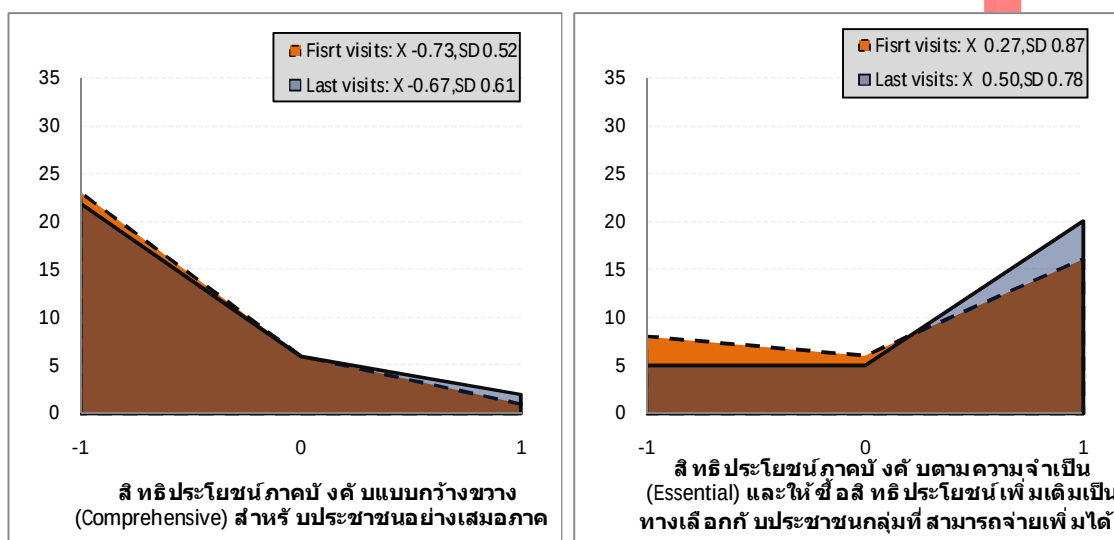
10		การเข้าถึงบริการที่ถูกควบคุมค่าใช้จ่ายอาจไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายกับการบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง
11		ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในเรื่องเทคโนโลยี อาจจะทำให้ต้องเก็บเงินเพิ่ม ทำให้เกิดปัญหาของกองทุนได้
12		การควบคุมค่าใช้จ่าย จะทำให้ไม่สามารถให้การรักษายาบาลที่ใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง
13		เทคโนโลยีที่มีราคาแพงจะทำให้การควบคุมต้นทุนทำได้ยากลำบากขึ้น
14		เหตุผลขัดแย้งในตัวของตัวเอง กล่าวคือ การแพทย์+เทคโนโลยี = ต้นทุนสูง
15		เมื่อต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาจทำให้ส่งผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายได้
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	เรื่องนี้ขึ้นกับงบประมาณและสิทธิประโยชน์พื้นฐาน	
2	เทคโนโลยีราคาแพงที่มีความจำเป็นและมีประสิทธิผลคุ้มค่า กับบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในบริการที่เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ ล้วนเป็นสิ่งที่ประชาชนคาดหวัง หากงบประมาณจำกัด สองเรื่องนี้มีผลกระทบต่อกัน	
3	การบริการที่ได้คุณภาพและมาตรฐานไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงเท่านั้น	
4	ต้องมีการเลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	1.อยู่ที่ระบบการ training แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2. พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน 3. การโฆษณาชวนเชื่อของภาคเอกชน --> ที่มีผลต่อการเข้าถึงและมาตรฐานบริการ เพราะฉะนั้นต้องจัดระดับ Essential needs	ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้การวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมาตรฐานในการรักษายาบาลที่รวดเร็ว ทันต่อการให้บริการ จึงทำให้การเข้าถึงบริการถ้วนหน้ามีข้อจำกัดโอกาสของประชาชน
2	ส่งผลในเชิงบวกในแง่คุณภาพและมาตรฐาน	เทคโนโลยีมีราคาแพงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ความพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีก
3		การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นการสร้างหลักประกันความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง
4		การรักษายาบาลที่ต้องการเทคโนโลยีราคาแพงยิ่งจะไม่ผลักดันให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัยที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 18

หาก การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคจะถูกจำกัดในการเข้าถึงการบริการที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึงจะทำให้ลดความคาดหวังของประชาชน	เทคโนโลยีใหม่จะถูกบรรจุอยู่ในส่วนที่ต้องซื้อเพิ่มหากกระบวนการทบทวนชุดสิทธิพื้นฐานล่าช้า ความไม่เป็นธรรมจะมากขึ้น
2	ส่งผลในเชิงลบ เพราะต้นทุนของสถานพยาบาลจะสูงขึ้นหรือประสบภาวะขาดทุน	ส่งผลในเชิงลบ เพราะต้นทุนของสถานพยาบาลจะสูงขึ้นหรือประสบภาวะขาดทุน
3	1. มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น 2. มีการทุจริต	จะถูกสร้างภาพว่าบริการเดิมเป็นบริการชั้นสองความไม่เท่าเทียมจะมากขึ้น
4	เมื่อการรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรสุขภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความจำกัด ดังนั้นการให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวางครอบคลุมประชาชนทุกคนจึงมีความเป็นไปได้น้อย	1. จะเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลของเทคโนโลยีที่มีราคาแพง 2. เพิ่มปริมาณการรับบริการที่ไม่จำเป็น และ Over Load
5	เมื่อทรัพยากรสำหรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่อนข้างจำกัด ในขณะที่ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้นจะทำให้เป็นไปได้ยากในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนทุกคน	
6	การลงทุนกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงอาจส่งผลต่อความต้องการของประชาชนที่เสมอภาคได้เนื่องจากปัจจัยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด	
7	เทคโนโลยีราคาแพงที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า จะถูกผลักดันให้สิทธิประโยชน์ด้วยความคาดหวังของประชาชนและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการคุ้มครอง แต่จะไม่สามารถเป็นสิทธิประโยชน์แบบกว้างขวาง หากต้องการให้เสมอภาค	
8	ต้นทุนของระบบเพิ่มสูงขึ้นตามกิจกรรมของเทคโนโลยีที่ใช้บริการอย่างกว้างขวาง	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

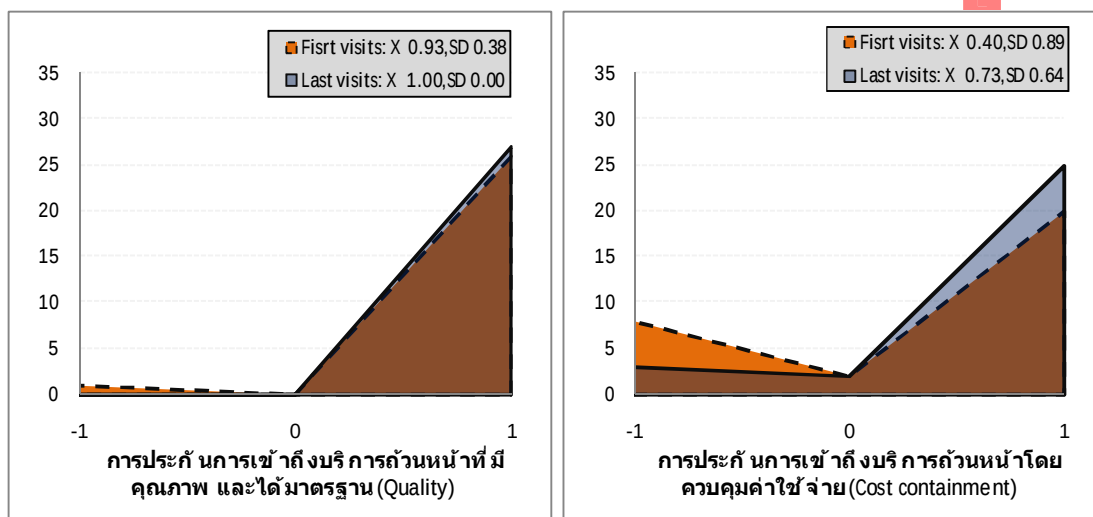
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	1.อยู่ที่ระบบการ training แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2.พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน 3.การโฆษณาชวนเชื่อของภาคเอกชน --> ที่มีผลต่อการเข้าถึงและมาตรฐานบริการ เพราะฉะนั้นต้องจัดระดับ Essential needs	ระบบการจัดการด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน ที่เข้มแข็งจะเปิดโอกาสให้กับประชาชน ที่สามารถจ่ายเพิ่มเติม ด้วยการรักษายาบาลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้ เสมอภาค
2	จะมีการผลักดันเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเข้าไปในสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ	เมื่อการรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำกัด จึงมีความเป็นไปได้สูงที่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเป็นลักษณะภาคบังคับตามความจำเป็น และให้ประชาชนซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตามความสามารถในการจ่าย
3		การที่รัฐมีทรัพยากรสุขภาพและงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะทำให้รัฐไม่สามารถให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง แต่จะเลือกให้สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมกับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน
4		จะมีการจัดลำดับความสำคัญในการใช้งบประมาณที่จำกัด สำหรับตอบสนองต่อสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น ส่วนสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็จะมีเงินจากการจ่ายร่วมของประชาชนมาช่วยในการจัดหาเทคโนโลยีที่มีราคาแพง
5		เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ควรเป็นทางเลือกของการร่วมจ่าย หากไม่ใช่เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิต
6		1. ประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพจะสะท้อนด้วยสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ 2. ประสิทธิภาพด้านการบริหารกองทุนจะสะท้อนด้วยการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับให้เพียงพอกับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับโดยไม่มีผลกระทบในทางลบกับผู้ใช้บริการ ทั้งสองข้ออยู่ภายใต้เงื่อนไขว่า ไม่มีใครสามารถคาดการณ์จำนวนการบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ในแต่ละช่วงเวลาได้แม่นยำ
7		Increasingly expensive new "life saving" technologies/treatments will increase risk for catastrophic loss, hence create pressure from consumers for selective coverage
8		เฉพาะการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม(เช่นในภาคเอกชน ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมจ่าย)

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัยที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 19

หาก โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ตัวชี้วัดประสิทธิภาพเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลที่ได้จากภาคผู้ให้บริการแต่ไม่ได้สะท้อนคุณภาพและมาตรฐานและความพอใจจากผู้รับบริการ	การเน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวจะทำให้มีข้อขัดแย้งในการบริหารและการบริการ เป็นอุปสรรคในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ
2	โรงพยาบาลภาครัฐยังมีขั้นตอนที่ต่อประสิทธิภาพอยู่มาก หากมีการปรับปรุงโดยเฉพาะ Utilization management จะเป็นตัวขับเคลื่อนทางบวกอย่างมาก	การบริหารจัดการของโรงพยาบาลรัฐที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับต้นทุนการควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการถ้วนหน้าของประชาชน การประเมินความพึงพอใจกับการรับบริการ และการไม่มีปัญหาเรื่องเรียน จากประชาชนจะมีความสำคัญมากกว่า ตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ไม่มีผลกระทบ (0)

1		การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มีการใช้และการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเป็นเหตุเป็นผล คือใช้ในสิ่งที่ต้องใช้ และมีความจำเป็น ซึ่งอาจไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง

มีผลในเชิงบวก (+)

1	การสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ขึ้นอยู่กับทีมงาน และเครือข่ายการมีส่วนร่วมที่เชื่อมประสานงานในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ของประชาชน อย่างเสมอภาค	การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นของโรงพยาบาลในภาครัฐ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ด้วย
2	ส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีมาตรฐาน แต่เป็นไปได้ยากเนื่องจากทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขของรัฐขาดแคลนจำนวนมาก	หากโรงพยาบาลของรัฐมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จะทำให้การประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้อีกด้วย
3	ต้องคำนึงถึงจิตสำนึกและความสามารถบุคลากรทางการแพทย์ โอกาสในการเข้าถึงยา และคุณภาพของการบริการ	ส่งผลในเชิงบวกเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายเพราะจะประหยัดในค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นออกจากระบบแต่ก็เป็นไปได้ยากเนื่องจากการกระจายตัวของทรัพยากรภาครัฐไม่เพียงพอ
4	หากโรงพยาบาลของรัฐสามารถจัดการให้มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรเหลือเพิ่มมากขึ้นในการประกันสุขภาพที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	หากมีการบริหารจัดการที่ดีย่อมส่งผลต่อการได้รับบริการของประชาชนที่มีความครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

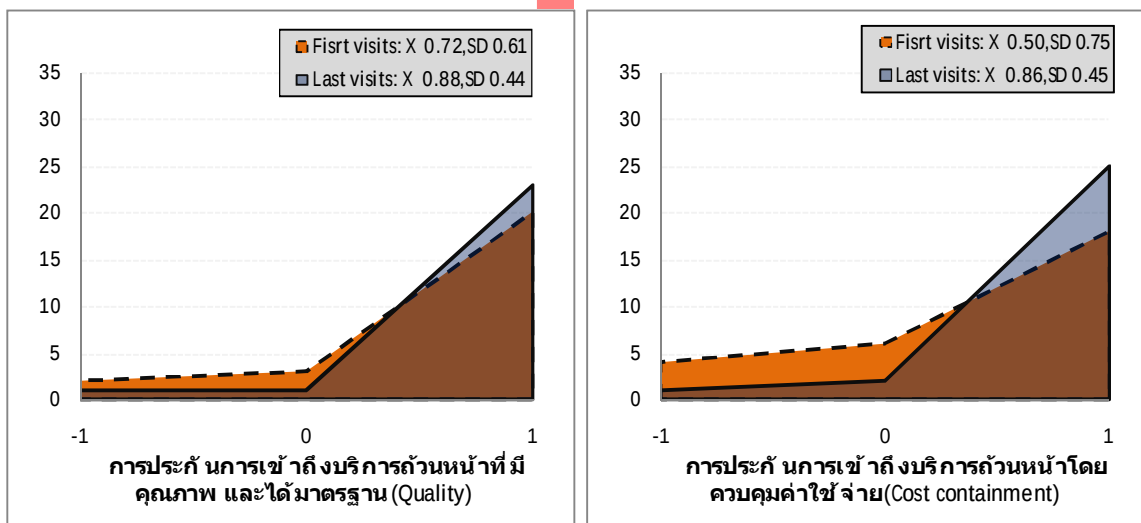
5	เช่นเดียวกับความเห็นก่อนหน้านี้ คือ หากโรงพยาบาลของรัฐสามารถจัดการให้มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรเหลือเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำส่วนที่เหลือไปใช้ในการประกันสุขภาพที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นย่อมสะท้อนการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบการบริการที่ดี
6	หากมีการบริหารจัดการที่ดีย่อมส่งผลต่อการได้รับบริการของประชาชนที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	
7	การบริหารจัดการที่ดี ต้องมี Back up ที่ดี มีนโยบายรองรับบนความโปร่งใส จะรักษาระบบ รักษาบุคลากรไว้ได้	
8	การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้จัดสรรทรัพยากรสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้บริการได้มากขึ้น และควบคุมมาตรฐานได้	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักค้ำระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 20

หาก นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การพัฒนาบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นความต้องการและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น การลดระบบรายงานที่ไม่จำเป็นต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่มีจำกัด ตัวชี้วัดมาตรฐานควรกำหนดโดยพื้นที่ชุมชนเอง เพราะมีการกระจายอำนาจในด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างขวัญกำลังใจ ผู้ปฏิบัติงานในช่วงเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ	การพัฒนาบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพโดยการควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการ การหลักการสาธารณสุขมูลฐาน นำมาใช้จะมีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายของการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า ภายใต้การบริหารจัดการ ที่กระจายอำนาจให้ท้องถิ่น จัดการด้านสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ
2	บริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องการทรัพยากรและการดำเนินการที่กระจายลงไปอย่างกว้างขวาง ทุกพื้นที่ ทำให้แต่ละแห่งได้รับทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะมีมาตรฐานและคุณภาพตามต้องการ	การควบคุมค่าใช้จ่ายอาจเป็นอุปสรรคของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะกิจกรรมทั้งสองส่วน มีบางกิจกรรมเช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจไม่ใช้งบประมาณ แต่การผลิตบุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณและต้องรอเวลา
3	อาจทำให้ความต้องการเข้าถึงบริการในระดับตติยภูมิมีปัญหา	

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	นโยบายสนับสนุนบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อประกันสุขภาพแบบควบคุมค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด
2	การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องควบคุมค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมีนโยบายเน้นการพัฒนา primary care และ health promotion หรือไม่ก็ตาม
3	ทุกเรื่องต้องควบคุมค่าใช้จ่ายอยู่ดี primary care และ health promotion ก็ต้องคุม ผลจะ + หรือ - ก็ไม่น่าจะเกี่ยว

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

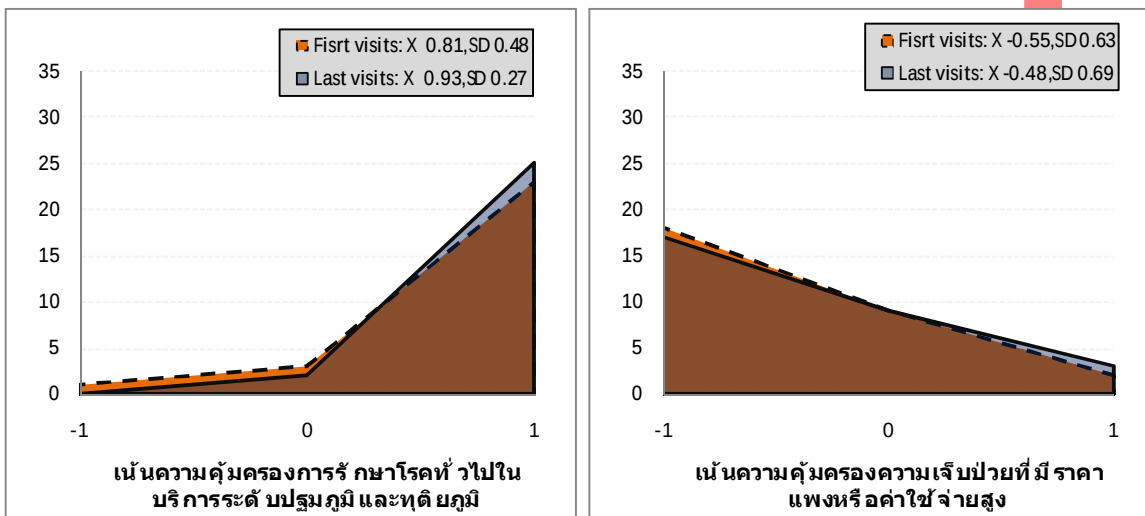
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	นโยบายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ลดลง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมจะลดลงเนื่องจากบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำกว่าบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ นอกจากนี้ การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงจะทำให้เหลือทรัพยากรสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในการจัดการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานแบบถ้วนหน้า	ส่งผลในเชิงบวกเนื่องจากเป็นจุดบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด สามารถสร้างเสริมสุขภาพในโครงการส่งเสริมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในอนาคตลดลง
2	1. ระบบบริการปฐมภูมิเป็นด้านหน้าของการดูแลรักษาสุขภาพ 2. การเสริมสร้างสุขภาพจะช่วยลดสถิติและความรุนแรงของการเจ็บป่วย	ภายใต้งบประมาณที่จำกัด จะสามารถจัดการในระดับปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้งบประมาณไม่มากได้อย่างทั่วถึง
3	เนื่องจากบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนที่มีเศรษฐานะยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อเปรียบเทียบกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ดังนั้น การมุ่งเน้นพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิจะช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่ในระยะยาวค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในภาพรวม
4	เป็นจุดบริการที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด	ทำให้เกิดการกระจายโอกาสในการดูแลรักษาสุขภาพให้กว้างขวาง และครอบคลุมทั่วถึง
5	ต้องทำนโยบายให้เกิดการยอมรับ ตั้งแต่คน ให้ภาคประชาชนรับรู้ มีส่วนร่วม ในฐานข้อมูลบนความจริง.. ไม่ใช่ประชานิยม ต้องปลอดการเมือง	โดยตัวของมันเองระบบบริการปฐมภูมิมิต้นทุนต่ำแต่ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวาง
6	นโยบายเน้นการพัฒนาปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยต้องสร้างการรับรู้เพื่อให้เข้าถึงมากขึ้น	
7	การระดมทรัพยากรสาธารณสุขไปใช้ตรงส่วนนี้ในระยะยาวจะทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนลดลง ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพก็จะลดลง	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 21

หาก นโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1		นโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามบทบาทภารกิจ การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง ด้วยการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในชุมชน มุ่งเน้นการจัดการของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อย่างยั่งยืน
2		อาจทำให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงมีผลกระทบ เพราะการมุ่งเน้นไปที่การบริการระดับปฐมภูมิ จึงควรมีการวางระบบที่สมดุล โดยอาจใช้ระบบการจ่ายร่วมเข้ามาช่วย เพื่อลดภาระด้านงบประมาณของภาครัฐ
3		ค่าใช้จ่ายสูง ต้องสมเหตุสมผล เช่น เด็กเข้ามหาวิทยาลัย ต้องดู ONET, ANET ..ผู้ใช้สิทธิ High cost ก็ควรดูแลสิทธิสุขภาพส่วนตัวด้วย (วิद्याก..แต่ต้องเริ่มคิดแล้วครับ)
4		เมื่อนโยบายเน้นการพัฒนาปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพ จึงยากที่ผู้ปฏิบัติจะเน้นการคุ้มครองการรักษาโรคที่ราคาแพง แต่จะเน้นการป้องกันโรคที่มีราคาแพง
5		บทบาทของระบบบริการอาจต้องกลับหัวกลับหางกับปัจจุบัน

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	นโยบายการพัฒนาฯ กับ การคุ้มครองไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกัน เพราะการคุ้มครองเพียงบอกว่า ระบบ จะให้การคุ้มครองเรื่องนั้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การพัฒนาหรือไม่ก็ได้	- ช่วยในเรื่องของการลดปริมาณผู้เจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูง
2	Healthcare financing and delivery are separated issue. Development of primary care may occur in a system that does not provide coverage of primary care especially when the cost of primary care is also partially subsidized by the government	- ช่วยลดปริมาณผู้เจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูง และประหยัดงบประมาณ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

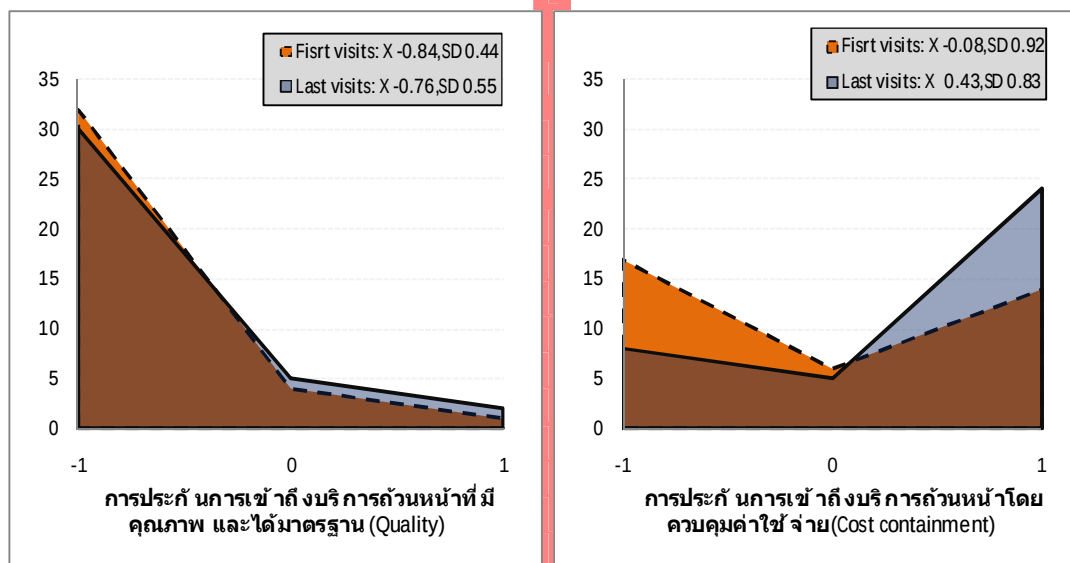
มีผลในเชิงบวก (+)	
1	การสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องใช้การมีส่วนร่วม การประสานงาน ทักษะ ประสบการณ์ ความรู้ ร่วมกับทุกภาคส่วนแบบบูรณาการ ของชุมชน และต้องสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้านการจัดการสุขภาพ การที่เน้นเฉพาะการรักษาที่มีราคาแพง ก็ทำให้ประชาชนต้องดูแลตนเองมากขึ้น ไม่รักษาโดยไม่จำเป็น ก็เป็นแรงผลักดันให้ต้องการบริการปฐมภูมิที่ดีด้วย แต่รัฐก็ต้องสนับสนุนงบประมาณของหน่วยปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ไม่ว่าหลักการจะประกันแบบใดก็ตาม
2	การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานย่อมส่งผลในเชิงบวกต่อการรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ส่งผลในเชิงบวกโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพในโครงการส่งเสริมป้องกันโรคจะทำให้ประชาชนรู้จักดูแลตัวเองได้ดีขึ้น จะลดอุบัติเหตุของการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูงในอนาคต
3	ทำให้สร้างโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนและสังคมอย่างทั่วถึง การเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ ทำให้มีทรัพยากรส่วนหนึ่งเหลือไปใช้ในการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง
4	- การบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ที่จะมีผลต่อการสร้างสุขภาพที่ดีต่อชีวิตและสังคม - ทำให้เหลือทรัพยากรสุขภาพไปใช้กับการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือมีค่าใช้จ่ายสูง
5	เป็นนโยบายที่ไม่ในทิศทางเดียวกัน ทำให้เหลือทรัพยากรไปใช้กับกรณีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ดูแลเหินๆเหมือนขัดกัน แต่ที่จริงช่วยส่งเสริมกัน
6	เป็นนโยบายที่สอดคล้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม น่าจะส่งผลกระทบท่อระบบโดยรวมทั้งหมดในทางบวก
7	ในประเทศไทย หากนโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นการสื่อไปยังผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับผิดชอบให้เน้นความคุ้มครองในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประชาชนเข้าใจเรื่องสุขภาพ การรักษา การดูแลตนเองจากปฐมภูมิ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง เข้าใจการรักษา โรค ค่าใช้จ่ายสูง จากโอกาสเรียนรู้มากขึ้นจากปฐมภูมิ
8	สอดคล้องกับแนวคิดของการออกแบบระบบ โรคภัยที่เกิดต่อผู้สูงอายุ มักเป็นโรคภัยที่ "ป้องกัน" ได้ยากกว่า เช่น มะเร็ง โรคทางสมอง เป็นต้น ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ ย่อมช่วยลด โอกาสเป็นโรคอื่นๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ. ทำให้ เราสามารถนำทรัพยากรมาเน้นคุ้มครอง โรคที่เกิดในผู้สูงอายุ ที่ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายสูง.
9	เป็นเรื่องที่สอดคล้องกัน ลดภาระงาน ค่าใช้จ่ายและคุณภาพการดูแลดีขึ้น อาจลดการฟ้องร้องด้วย
10	นโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เจ็บป่วยลดลง จึงอาจส่งผลให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
11	การสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 6

หาก งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ด้วยงบประมาณของรัฐมีข้อจำกัด การจัดตั้งกองทุน โดยประชาชนเพื่อประชาชนเพื่อหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน	ถึงแม้จะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดีแล้ว แต่หากรัฐมีงบประมาณไม่เพียงพอ รัฐก็ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจหมายถึงต้องลดสิทธิประโยชน์บางอย่างหรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น
2	คุณภาพบริการ ขึ้นกับ คุณภาพคนให้บริการ ที่ได้รับการดูแลด้านงบประมาณเพียงพอ	การมีงบรัฐเรื่องงบประมาณอาจส่งผลให้คนในระดับทำงานเลือกควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงย่อมขึ้นกับ "ความตึง" ของการบีบรัดนั้น
3	การมีงบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานของการบริการอย่างแน่นอนต้องยอมรับความเป็นจริงว่าการให้บริการทางสุขภาพมีต้นทุนที่ใช้ในการบริการ ถ้างบประมาณไม่เพียงพอก็จะกระทบทั้งทางด้านการพัฒนาและคุณภาพมาตรฐานบริการ	การมีงบรัฐเรื่องงบประมาณของหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะยิ่งเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น
4	งบประมาณที่จำกัด ภายใต้สมมุติฐานว่าปริมาณการใช้บริการเท่าเดิม ถ้าสถานพยาบาลจะอยู่รอด จะต้องลดต้นทุนการจัดบริการซึ่งวิธีลดต้นทุนง่ายที่สุดคือการจัดการบริการที่คุณภาพลดลง	งบประมาณที่บีบรัดมากขึ้น จะทำให้ cost containment ทำได้ยากขึ้น หรือกลายเป็นการจ่ายค่าบริการที่ไม่คุ้มกับการจัดบริการ หรือไม่ได้ cost recovery ทำให้ไม่สามารถจัดบริการได้
5	1. งบประมาณของรัฐในเรื่องสุขภาพต้องถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้น ซึ่งยังไม่สอดคล้องต่อสภาพความเป็นจริงของการจัดสรรงบประมาณ 2. งบประมาณที่บีบรัดจะทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนคนยากคนจน และผู้ด้อยโอกาสลดลง	เกิดปฏิกริยาของระบบบริการที่จะเลือกให้บริการเฉพาะบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำ ทำให้ระดับของมาตรฐานและคุณภาพต่ำลงไปด้วยเข้าทำนอง "ของดี ราคาแพง หรือ ของถูก ราคาถูก"
6	เมื่อทรัพยากรมีจำกัดและลดลงหรือไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพให้ไม่สามารถได้คุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด	งบประมาณที่บีบรัดทำให้บุคลากร ผู้ให้บริการทำงานยากลำบากขึ้น
7	ทรัพยากรสุขภาพที่จำกัดหรืองบประมาณที่บีบรัด จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับ	การประกันการเข้าถึงบริการควรได้รับความคุ้มครองโดยเฉพาะกรณี primary และ secondary services เมื่องบประมาณไม่พอ ก็ไม่ควรลดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ แต่ควรแบ่งเป็น 1) สิ่งที่ต้องให้/จัดหาให้ 1.1) Patient --> CURE 1.2) People--> CARE 2) รัฐจัดให้ Extra Service ประชาชนร่วมจ่าย
8	การมีงบประมาณจำกัดย่อมทำให้มีผลกระทบต่อการจัดบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน	ทำให้ไม่สามารถขยายสิทธิประโยชน์ได้ครอบคลุม

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) ต้องใช้งบประมาณพอสมควรถ้าไม่เพียงพอจะไม่ได้คุณภาพ	หากงบประมาณในปัจจุบันมีเพียงพอ หรือมีงบเกินอยู่ อาจลดงบประมาณลงได้โดยการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่หากงบประมาณไม่เพียงพอ การลดงบประมาณจะทำให้การเข้าถึงลดลง
10	คุณภาพของบริการในบางกรณีจำเป็นต้องใช้งบประมาณ	ไม่ว่าจะเป็นประกันด้วยหลักใด การมีเงินน้อย ย่อมมีผลกระทบในด้านลบได้ทั้งสิ้น
11	ทำให้สถานบริการมีข้ออ้างในการจัดการที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐานที่เพียงพอ	ยิ่งมีบริบทบริการที่จำเป็นจะถูกกระทบ การควบคุมค่าใช้จ่ายมีวิธีอื่นมากมายที่ดีกว่า
12	งบประมาณน้อยลง ส่งผลต่อระบบบริการอย่างแน่นอน	การควบคุมค่าใช้จ่ายอาจมีผลต่อการสร้างความเป็นธรรมในระบบ
13	ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีวิธีการรักษาโรคที่หลากหลายมากขึ้น และมีราคาสูงซึ่งหากถือว่าเป็นมาตรฐานการรักษาที่มีคุณภาพ จะทำให้ต้องใช้งบประมาณมากขึ้นในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างถ้วนหน้า การมีบริบทงบประมาณจะทำให้ต้องไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาความก้าวหน้าทางการแพทย์จะชะลอหรือหยุด และอาจทำให้มาตรฐานบริการทางการแพทย์ต่ำลงเมื่อเทียบกับเวลาที่ผ่านไป	หากงบประมาณของรัฐมีบริบทมากขึ้น ในขณะที่การดูแลสุขภาพในปัจจุบันทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนั้นแม้จะมีการควบคุมค่าใช้จ่ายก็จะมีผลกระทบให้ต้องลดทอนสิทธิประโยชน์
14	ของดีราคาถูกมีน้อยมากโดยเฉพาะระบบกลไกตลาดเสรี	จะรัดเข็มขัดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างไรก็เกิดผลทางลบทั้งนั้นในภาวะงบมีบริบท สุดท้ายกรรมจะตกแก่ประชาชน ที่ได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ และเข้าไม่ถึง
15	คุณภาพและมาตรฐานโดยรวมอาจลดลงได้หากเน้นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพงมาบริการ	จะทำให้เกิด Moral hazard กับบริการ
16	งบประมาณด้านสุขภาพในปัจจุบันในภาพรวมต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นอยู่แล้ว	
17	งบประมาณเพื่อหลักประกันสุขภาพที่จำกัดมีบริบท ย่อมส่งผลต่อคุณภาพและมาตรฐานการบริการ จะทำให้หยุดและชะลอการพัฒนา	
18	ปัจจุบัน โรงพยาบาลของรัฐค่อนข้างจะมีปัญหาเรื่องงบประมาณ ไม่เพียงพอ ต่อรายหัวที่รัฐบาลให้	
19	เรื่องคุณภาพในบางเรื่องต้องมีการลงทุน	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	ไม่ว่างบประมาณจะเป็นเท่าไร เป้าหมายของระบบต้องคงไว้คือ รักษาทั้งคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้	1. ผลการมีบริบทงบประมาณจะทำให้เกิดผลทางลบให้หันกลับมาควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานการบริการที่ได้รับผลกระทบ 2. นโยบายหลักประกันสุขภาพเพียงจะมีผลในเรื่องปริมาณผู้ป่วยในการเข้าถึง แต่คุณภาพและมาตรฐานยังเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาและปรับงบประมาณให้เหมาะสม
2	ผลกระทบอาจขึ้นกับระบบการจัดการ หากไม่มีการจัดการ (เช่น เพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งยังมีปัญหาความไร้ประสิทธิภาพอยู่มาก) ก็อาจผลกระทบต่อคุณภาพได้ แต่กรณีที่มีการจัดการดี ก็น่าจะไม่มีผลกระทบ	ไม่ว่างบประมาณจะเป็นเท่าไร เป้าหมายของระบบต้องคงไว้คือ รักษาทั้งคุณภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้
3		การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอยู่แล้วไม่ว่างบประมาณจะมีการมีบริบทหรือไม่
		การบริการของรัฐใดๆก็ตาม จำเป็น ต้องมีสมดุล ระหว่างการให้บริการ กับ ความสามารถ ให้บริการ ทั้งนี้ ระบบบริการ ที่ให้อย่างไม่มีเงื่อนไข ย่อมสร้างความหวัหวั่น ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกัน ระบบที่ไม่ดูแลค่าใช้จ่าย ย่อมไม่สามารถดำเนินไปได้ยาวนาน และ จะสร้างผลเสียได้
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	งบประมาณที่มีบริบทเป็นปัจจัยผลักดันให้พัฒนาคุณภาพ เพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างประสิทธิภาพ	การมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ปัญหาที่เกิดจากงบประมาณมีบริบทมีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนน้อยลง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

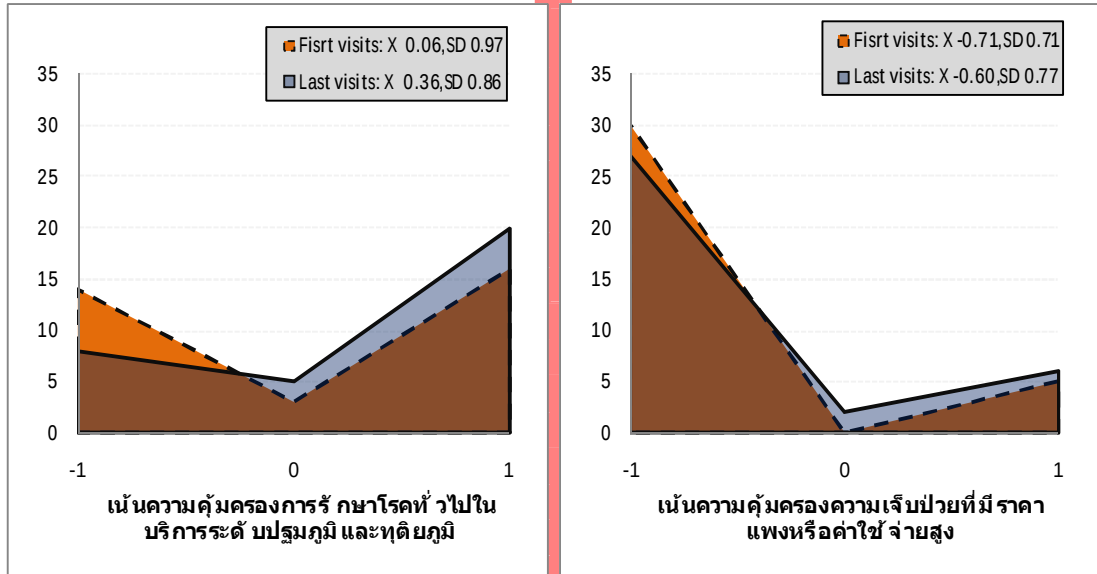
2	เมืองงบประมาณไม่เพียงพอหรือบีบรัด ย่อมเกิดปัญหาการบริการที่คุณภาพต่ำ แต่รัฐบาลและผู้ดูแลงบประมาณ ย่อมสร้างเงื่อนไขที่กำหนดคุณภาพมากขึ้น ภายใต้สมมติฐานที่คิดว่าคุณภาพบริการที่ดีไม่ได้มาจากแลกด้วยเงินและเทคโนโลยีเท่านั้น	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย จะทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3	ระบบบริการทางสุขภาพนอกจากการประกันทางด้านความครอบคลุมกลุ่มประชากรแล้ว ต้องมีการประกันทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้วย เพื่อตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล	เมืองงบประมาณถูกบีบรัดมากขึ้น รัฐบาลจำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย หากยังคงดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4	การมีงบประมาณที่บีบรัด จะเป็นปัจจัยหลักให้มีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น	เมืองงบประมาณมีจำกัดขณะที่รัฐต้องจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน รัฐจะต้องให้ความสำคัญและแรงจูงใจในเรื่อง p&p ที่เป็นวาระแห่งชาติ
5	งบประมาณของรัฐที่จำกัด ทำให้การเข้าถึงของผู้มีความจำเป็นที่จะได้รับบริการหลักประกันสุขภาพ ยากยิ่งขึ้น และคุณภาพบริการจะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด	เป้าประสงค์ของรัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพก็เพื่อต้องการจะควบคุมค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสุขภาพ เมืองงบประมาณบีบรัดก็ยิ่งจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น
6	หลักประกันสุขภาพ ควรเน้น การป้องกัน การส่งเสริมด้านสุขภาพ อนามัย เป็นหลัก เพื่อสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพ และ ลดโอกาสของโรค และ การรักษา การรักษาหากเป็นการดำเนินการแบบ ถ้วนหน้า และ มีคุณภาพ น่าจะมีผลกระทบ ต่องบประมาณ ควรมีการแยกแยะ โดยให้การดูแล ในกรณีที่เป็นพื้นฐาน และ ในกรณีพิเศษ ควรจะผู้ที่ฐานะสามารถซื้อบริการ ขณะที่ ผู้มีรายได้น้อย สามารถรับบริการจากรัฐได้	เมื่อทรัพยากรลดลงหรือไม่เพียงพอ รัฐจะให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น
7	คุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพในปัจจุบันมีทิศที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศการสื่อสารและเทคโนโลยีนาโนเข้ามามีบทบาททำให้ต้นทุนต่อผลลัพธ์น่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันที่วากันว่าแพงก็เพราะยังมีปัญหาเรื่องการปิดกั้นสิทธิทางปัญญาจากเจ้าของอย่างมากและทำให้ราคาแพงอย่างไม่มีเหตุผล แต่กระแสดันกำลังแรงขึ้น	ทัศนคติของการให้บริการ ยิ่งควบคุมตนเองมากขึ้น
8	งบประมาณที่ลดลง ทำให้ต้องมีการคิดเพื่อปรับมีการบริหารเงินให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลมากขึ้น ภายในกรอบของคุณภาพและมาตรฐานที่ยอมรับได้	เป็นเรื่องจริงๆที่งบประมาณบีบรัด ย่อมทำให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพ ในภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน
9		หากทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ก็ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการได้
10		เนื่องจากงบประมาณของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ
11		การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อมเหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
12		Resource constraints naturally drive cost containment
13		การควบคุมต้นทุนใหญ่ทางด้านบริการสุขภาพคือค่าแรง ค่ายาเวชภัณฑ์และค่าอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถทำได้หากระบบงานวิจัยทางการแพทย์และการประเมินเทคโนโลยีเข้มแข็ง และมีการส่งเสริมให้บุคลากรในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิมีทักษะในการส่งเสริมประชาชนบริหารสุขภาพตนเองได้ดี

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 7

หาก งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การมีบริดงบประมาณของหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น	การเจ็บป่วยค่าใช้จ่ายสูง ต้องแยกประเภท : ควบคุมได้ : ควบคุมไม่ได้, โรคชรา, โรคหัวใจ, โรคมะเร็ง... ไม่มีใครอยากเป็น เพราะฉะนั้นต้องคุ้มครอง แต่โรคแสวงหา เช่น เมาแล้วขับ เกิดอุบัติเหตุ ควรร่วมจ่าย
2	เมื่อมีงบประมาณโดยรวมมีจำกัดย่อมจะกระทบถึงการบริการในทุกกระด บ อีกทั้งสัดส่วนของงบประมาณที่ใช้ในระดับตติยภูมิจะสูงกว่าระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิมากด้วย	การมีบริดงบประมาณของหลักประกันสุขภาพมากขึ้นย่อมมีผลในเชิงลบต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเนื่องจากว่างบประมาณที่จัดสรรมาไม่เพียงพอตั้งแต่ต้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้คุณภาพมาตรฐานลดลงมากยิ่งขึ้น
3	1. การจัดสรรงบประมาณยังไม่เท่าเทียมกัน ความเป็นจริงงบประมาณยังจัดสรรสู่ภาคปฐมภูมิและทุติยภูมิน้อย 2. สาเหตุเกิดจากการที่ยังไม่มีภาพที่ชัดเจนของการบริหารจัดการการร ักษาในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การร ักษาพยาบาลไปเน้นที่การร ักษาผู้ป่วยราคาแพง 3. การบริหารงบประมาณที่ยังรวมศูนย์ ไม่กระจายอำนาจสู่พื้นที่	1. การคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงจำกัดเฉพาะการร ักษา ไม่เน้นการป้องกัน(งบประมาณทุ่มไปที่เรื่องอุปกรณ์และยาราคาแพง) 2. งบประมาณที่บริดทำให้การจัดสรรงบประมาณในส่วนของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอ(โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงส่วนใหญ่ต้องใช้การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เช่นโรคติดต่อ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง)
4	เมื่อมีงบประมาณจำกัด การแย่งงบประมาณในส่วนต่างๆก็จะมีมาก ในที่สุดก็จะลงท้ายด้วยการเกลี้ยกล่อมไป ได้น้อยลงทั้งสองทาง	เมื่อทรัพยากรสุขภาพหรืองบประมาณของรัฐมีจำกัดหรือลดลง ความสามารถของรัฐในการคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงย่อมลดลงไปด้วย
5	เมื่อมีงบประมาณมีจำกัด จึงจำเป็นต้องจำกัดสิทธิประโยชน์เหลือเท่าที่จำเป็น	เมื่อมีงบประมาณถูกบริดมากขึ้น โอกาสที่รัฐจะครอบคลุมการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงจะลดลง
6	บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิแม้ว่าต้นทุนต่อครั้งจะถูกกว่า แต่ปริมาณการใช้บริการมากกว่า การคุ้มครองบริการระดับนี้จึงไม่จำเป็นต้องถูกกว่าบริการตติยภูมิหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงเสมอไป ที่สำคัญหากมองในมุมของชาวบ้านการคุ้มครองบริการที่มีราคาแพงน่าจะได้ประโยชน์กว่า	การดูแลความเจ็บป่วยที่ค่าใช้จ่ายสูงจะถูก เลือกและกำหนดอย่างเข้มงวด ภายใต้งบประมาณที่จำกัด และให้การบริการที่รัฐไม่สามารถอุ้มได้ให้ภาคเอกชนเข้ามาจัดบริการแทน
7	งบประมาณมีน้อยความคุ้มครองจะไม่ทั่วถึง	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงประชาชนควรมีส่วนร่วมถ้าไม่สามารถจ่ายได้ ควรมีระบบสนับสนุนแบบอื่นมาช่วย
8	เมื่อให้สิทธิประโยชน์แล้วไม่ว่างบจะไม่เพิ่มก็ลดไม่ได้ โดยเฉพาะโรคค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มพลังต่างๆจะผลักดันให้ได้มาในเรื่องโรคค่าใช้จ่ายสูงจะมีกำลังมากกว่า	จะทำให้โรคพื้นฐานไม่ได้รับการดูแลใกล้ชิดอาจมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงในปริมาณมากขึ้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	ทรัพยากรจะถูกดึงไปใช้ในงานประจำคือการรักษาเป็นหลัก และกลุ่มพลังที่สามารถเรียกร้องหรือดึงทรัพยากรไปสนับสนุนโรคเฉพาะทำได้ดีกว่าด้านปฐมภูมิและการป้องกัน	งบประมาณบีบรัด ทำให้ต้องพิจารณาลดสิทธิประโยชน์ในโรคค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจจะยังมีข้อสงสัย/ ข้อโต้แย้งในด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่า
10	ประชาชนยังสามารถรับคิดชอบโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ในระดับหนึ่ง และหากเน้นการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้โรคกลุ่มนี้ลดลงได้	เมื่องบประมาณมีจำกัด อาจส่งผลต่อการจัดการบริการเพื่อคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง หากไม่มีการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ
11	Resource constraints will pressure all ranges of free coverage	ความเจ็บป่วยของมนุษย์ควรได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอภาคกัน
12	ไม่สามารถกระจายการบริการระดับปฐมภูมิไปได้อย่างทั่วถึง	ทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน
13	รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์ให้เพียงพอ	การบีบรัดงบประมาณ..... ทำให้สนับสนุนระบบประกันได้น้อยลง ดังนั้นอาจไม่มีผลกระทบต่อระบบ แต่ในภาพรวมประชาชนต้องจ่ายเองมากขึ้น
14	1. งบประมาณบีบรัด จะทำให้ความคุ้มครองลดลง 2. งบประมาณที่ใช้ในปัจจุบันยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น	เนื่องจากงบประมาณจำกัด จึงต้องใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง และให้ประโยชน์ในมุมมองกว้าง
15	งบที่บีบรัด ก็จะลดทั้งคุณภาพและความครอบคลุมของการบริการ ทำให้การบริหารกำลังคนและงานยุ่งยากขึ้น	Resource constraints pressure all ranges of free coverage
16	นั่นหมายถึง ควรส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น การบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น โดยการสร้างความเข้มแข็งระดับปัจเจก ประชาสังคมให้มากขึ้น	ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงไม่ควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐแต่ผู้เดียว
17	เนื่องจากการ empower ระบบ primary care ยังไม่เข้มแข็งพอหากมีปัจจัยเรื่องงบประมาณ อาจทำให้ระบบยิ่งอ่อนแอลง ประชาชนจะเข้าหากระบวนการดูแลรักษาแบบอื่นมากขึ้น	ยิ่งหนักหนาสาหัส จำกัดแค่บริการพื้นฐานก็แย่แล้ว
18		ไม่ค่อยอยากรักษา
19		ขาดแรงจูงใจ Providers และ การเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสจะมีมากขึ้น
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การรักษาขั้นพื้นฐาน ถือเป็นการป้องกัน เป็นการบริการที่ใช้งบประมาณไม่มาก ดังนั้น งบประมาณที่บีบรัดมากขึ้น จึงไม่น่ามีผลต่อการบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	งบประมาณที่บีบรัดทำให้สนับสนุนระบบประกันได้น้อยลง ดังนั้นอาจไม่มีผลกระทบต่อระบบ แต่ในภาพรวมประชาชนต้องจ่ายเองมากขึ้น
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ความชัดเจนของการให้บริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ควรมีการทบทวน บทบาทภารกิจ สำหรับผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพราะมีข้อจำกัดของบุคลากรโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ	การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจทำให้เกิดการล้มละลาย หรือผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบได้ แต่ในขณะที่งบประมาณบีบรัด ต้องกำหนดการคุ้มครองในรายการการรักษาที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่า
2	เมื่องบประมาณมีจำกัด มีความน่าจะเป็นว่าการออกแบบระบบจะถูกจำกัดให้อยู่ในขอบเขตของความต้องการพื้นฐาน และความจำเป็นหลักก่อน	ประชาชนต้องรับผิดชอบค่ารักษาโรคทั่วไปอาจมีผลกระทบต่อกลุ่มผู้ยากไร้ในเรื่องค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกัน การใช้บริการในสถานพยาบาลน่าจะมีแนวโน้มลดลง
3	หากงบประมาณของรัฐมีจำกัด รัฐจะเน้นบริการที่มีราคาถูกเพื่อให้สามารถให้บริการอยู่ในภาวะที่จำกัด ได้แก่ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เพราะไม่มีเงินลงทุนสำหรับบริการระดับสูงกว่า	ถ้างบประมาณจำกัด การมุ่งเน้นการลดปัญหาการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพจึงเป็นเรื่องต้องพิจารณา ก่อน ซึ่งกรณีนี้มักเป็นผู้ป่วยจำนวนไม่มาก แต่ใช้เงินต่อครั้งการรักษาสูง
4	เมื่อทรัพยากรด้านสุขภาพหรืองบประมาณลดลง รัฐจะหันกลับมาให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสามารถครอบคลุมประชาชนในวงกว้าง	ถ้างบประมาณมีจำกัด การดำเนินการที่คุ้มค่ามากที่สุดควรเป็นการช่วยเหลือกรณีที่เป็นการรักษาโรคแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงก่อน เนื่องจากประชาชนจะประสบปัญหาล้มละลายได้ ส่วนโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนน่าจะรับภาระได้ กล่าวคือ ควรให้ประชาชนจ่าย first dollar และระบบประกันครอบคลุม last dollar
5	เมื่องบประมาณของรัฐสำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกบีบรัดมากขึ้น มีความเป็นไปได้สูงที่รัฐจะมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงหากเป็นโรคที่จำเป็นจริงมักเป็นต้นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องล้มละลายหรือเป็นหนี้สินเพื่อนำเงินมารักษา ตรงกันข้ามกับโรคพื้นฐานทั่วไปมักมีค่าใช้จ่ายที่ไม่มากนัก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักที่ระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

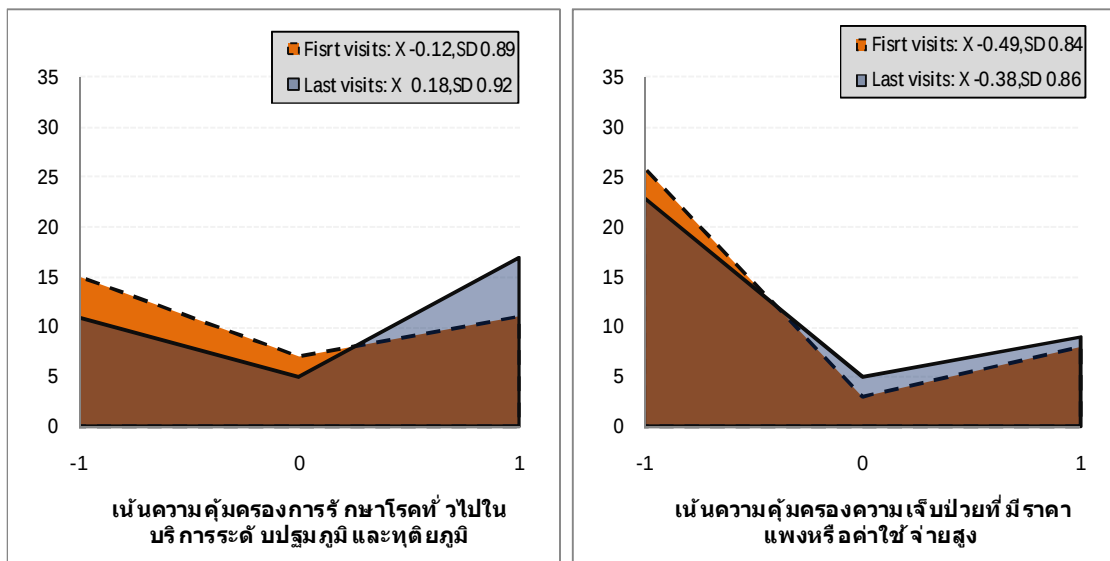
6	ถ้าผู้บริหารไม่เข้าใจ อาจคิดว่าการให้บริการปฐมภูมิ ประหยัดงบประมาณ ทั้งที่จริงอาจมีค่าใช้จ่าย เพราะ given at low costs but high volume the primary health care services may cause significant budget impact	งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพมีบริดมากขึ้น ประชาชนก็จ่ายได้น้อยลง ดังนั้นการนำไปใช้เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงซึ่งประชาชนอาจไม่สามารถจ่ายได้ประชาชนจะรู้สึกว่าการนี้ได้ช่วยเหลือเขาจริงเหมือนสถานการณ์ปัจจุบัน ที่กลุ่มหนึ่งมีสิทธิหลักประกันแต่ไปbpdpที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแต่เมื่อต้องทำหัตถการแพงแพงหรือ ipdก็กลับมาใช้สิทธิหลักประกัน
7	เพราะบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น การที่งบประมาณมีบริดย่อมจัดลำดับความสำคัญแก่ประชาชนทุกคนที่จำเป็นก่อน	เมื่องบประมาณมีจำกัด จึงจำเป็นต้องจำกัดสิทธิประโยชน์เหลือเท่าที่จำเป็น
8	การให้บริการปฐมภูมิที่ดีจะช่วยลดการใช้บริการในระดับ ตติยภูมิและทุติยภูมิ อาจทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลง หากไม่ครอบคลุมบริการปฐมภูมิอาจทำให้คนไข้ต้องไปใช้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิมากขึ้น นอกจากนั้นอาจทำให้ ภาวะสุขภาพของประชาชนแย่ลง	ต้องมองในมุมของประชาชนด้วยกว่า การคุ้มครองบริการ แบบใดจะมีประโยชน์มากกว่า บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงแม้ ไม่เกิดบ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อครัวเรือน อย่างมาก จึงควรได้รับการคุ้มครอง
9	ลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระดับทุติยภูมิที่ส่วนใหญ่เป็น การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง	สิทธิประโยชน์ได้รับแล้วลดไม่ได้ โรคค่าใช้จ่ายสูงจะมี การบริหารจัดการดีขึ้น
10	เมื่อมีปัญหาด้านงบประมาณที่จำกัด รัฐจะหันมาให้ความสำคัญกับการจัดการบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้มีคุณภาพที่ดีมากขึ้น เพื่อลดความเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น	การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อม เหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
11	ควรเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้ในการดูแล ตนเอง Self care, เน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก, เพิ่มภาษี Sin Tax..สถานเริงรมย์.. เพิ่มลานออกกำลังกาย..	Resource constraints naturally drive cost containment
12	การบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า	รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่สูง
13	การลงทุนเพื่อสุขภาพประชาชนของรัฐได้ก็ตามถือเป็นการกีดกันฟังก์กระทำตามศักยภาพความสามารถทาง เศรษฐกิจของรัฐนั้นอยู่แล้ว หากประสงค์ที่จะให้สังคม พัฒนายั่งยืน รัฐต้องไม่มีเหตุผลในทางลบเพื่อหยุดการพัฒนา	เห็นควรมีการจำแนก หลักประกัน สำหรับผู้สามารถจ่าย กับผู้ไม่สามารถจ่าย ในกรณีความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง โดยความเข้าใจของผม เห็นว่า ประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญของประชาชน คือ การเกิดโรค หรือ เป็นโรค ที่ไม่สามารถจะดูแลตัวเองได้ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ รัฐ ควรเข้ามา มีบทบาท อย่างไรก็ตาม หากมีปัญหาด้านงบประมาณ ก็ ควรจำแนก โดยการ"ขาย"หลักประกันแก่ผู้สามารถจ่าย กับการ"ให้"บริการ แก่ผู้ไม่สามารถจ่าย
14	ประชากรส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์และเข้าถึงบริการ หลักประกันสุขภาพยิ่งขึ้น	การให้การเอาจริงเอาจังแก่การดูแลด้วยเทคโนโลยี นอกจากจะช่วยเหลือควบคุมค่าใช้จ่ายได้ง่ายแล้วยังอาจเป็น การยกระดับมาตรฐานการใช้ชีวิตแก่ประชากรได้ด้วย
15	โดยพื้นฐานต้นทุนของระบบบริการในระดับนี้มีน้อยกว่าในระดับที่ซับซ้อนกว่า	
16	บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ของประชาชนส่วนใหญ่และมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ต่ำ	
17	เมื่อมีงบประมาณน้อย ก็ไม่ยากรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง	
18	ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์มากขึ้น ในทรัพยากรที่มี	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 8

หาก ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ประชาชนสูงอายุมีรายได้น้อยลงค่ารักษาโรครื้อรัง/ ค่าใช้จ่ายสูงไม่สามารถรับได้	อาจมีผลให้ประชาชนมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้นและบางกลุ่มอาจเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์
2	เมื่อประชาชนมีอายุมากขึ้น โรคที่เป็นส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นโรคที่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง หากแต่ความถี่ของการเป็นโรคนั้นบ่อย และอาจจะต้องมีการเปลี่ยนวิธีการรักษาอยู่เรื่อยๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมแล้วสูง และต้องจ่ายยาวนานขึ้นด้วย	การคุ้มครองเฉพาะกรณีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้การใช้บริการจำเป็นระยะแรกนั้นไม่ถูกคุ้มครองประชาชนต้องจ่ายเอง อาจทำให้คนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการ และมีการใช้บริการค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น
3	มีผลในเชิงลบเนื่องจากประชาชนอายุยืนยาวขึ้นเจ็บป่วยเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น แต่ระบบการเงินเป็นระบบเหมาจ่ายปลายปิด เงินจะถูกกักไว้ในส่วนนี้มากขึ้น ทำให้เงินส่วนการรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิน้อยลง ทำให้คุณภาพและมาตรฐานของปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ต่ำลง เนื่องจากเงินที่ใช้ในการดำเนินการอาจไม่เพียงพอ	การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง ควรปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้ให้บริการ ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค
4	health transition towards chronic, high-cost illnesses will increase demand for last dollar coverage, as opposed to demand for general, ambulatory or minor illnesses (first dollar coverage).	เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น ต้องการทรัพยากรมากขึ้น แต่ทรัพยากรมีจำกัด ต้องแย่งกันมากขึ้น จึงต้องมีความพยายามที่จะจำกัดสิทธิประโยชน์ โดยการลดการคุ้มครองกรณีค่าใช้จ่ายสูง ตัวอย่างเช่นในประเทศญี่ปุ่นปัจจุบันที่เพิ่ม ค่า copayment
5	การมุ่งเน้นคุ้มครองการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอาจไม่ครอบคลุมความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของประชาชนกลุ่มผู้สูงวัยที่ยอมมีความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้	ประชาชนที่มีอายุยืนยาว และมีโรคค่าใช้จ่ายสูง (เช่น มะเร็ง ฯลฯ) การรักษามักไม่ให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี และอาจทนการรักษาไม่ได้
6	ประชาชนมีอายุสูงขึ้น ถือเป็นข้อมูลในการศึกษา เพราะเราไม่ได้คุ้มครองสวัสดิภาพเรื่องการดูแลตนเอง โภชนาการ ภูมิคุ้มกัน บุคคลเหล่านี้จึงเจ็บป่วยมาก ต้องลงทุนรักษาและทำประชาสัมพันธ์ เก็บสถิติ ต่อไปจะดีเอง และลดค่าใช้จ่ายลงไปเอง เมื่อคนรุ่นใหม่แข็งแรงขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น ...คนไทยทั้งนั้นครับ...อดทนหน่อย...	ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ย่อมส่งผลในเชิงลบต่อความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากระบบการเงินเป็นระบบเหมาจ่ายปลายปิด จะมีการแย่งกันระหว่างปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
7	Increasing demand puts pressure on all type of free coverage	ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น
8	การบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะมาเบียดบัง ที่ใช้โดยรวมมากขึ้น	หากครอบคลุมเฉพาะบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยไม่ไปดูต้นทุน อาจทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะสุขภาพแย่และมาใช้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

		บริการเพิ่มมากขึ้น
9		เพื่อป้องกันการลุกลามไปสู่โรคเรื้อรัง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นและยาวนาน จึงควรเน้นความคุ้มครอง
10		ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องสุขภาพ และโรคที่เป็นก็เป็นโรคเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น มะเร็ง ไต ลำไส้
11		ผู้สูงอายุที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการรักษาอย่างมาก
12		อายุยิ่งมาก ยิ่งต้องใช้บริการทางแพทย์มากขึ้น และ ยังไม่มีรายได้เข้าระบบอีก
13		ยิ่งรัฐต้องให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ ทดเยี่ยมโรคที่ใช้ค่าใช้จ่ายสูงจึงต้องร่วมจ่ายมากขึ้น
14		ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาแพง เพราะเป็นโรคเรื้อรังจึงมีผลต้องงบประมาณที่รัฐต้องจัดให้
15		Increasing demand will put pressure on all ranges of free coverages
16		ส่งผลต่อต้นทุนของระบบในอนาคตเนื่องจากมีแนวโน้มของคนชรามากขึ้น
17		ระบบบริการของรัฐที่มีอยู่อาจต้องถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริการใหม่
18		ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น โรงพยาบาลอาจมีงบประมาณไม่เพียงพอ
19		ภาระการดูแลจะยิ่งสูงขึ้นทั้งต้นทุน เทคโนโลยี บุคลากร และจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	1. ควรกระจายการดูแลรักษาพยาบาลสู่ชุมชนท้องถิ่น 2. เน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม	1. อยู่ในการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้สอดคล้องต่อสภาพของการเจ็บป่วย(ความรุนแรงของโรค, ความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของญาติและผู้ป่วย) 2. สร้างระบบการรักษาความเจ็บป่วยราคาแพง ที่ยึดหลักการควบคุมงบประมาณที่เหมาะสม(ค่าตอบแทนบุคลากร ค่าใช้จ่ายอุปกรณ์การแพทย์ ค่ายา)
2		คนแก่มีมากขึ้นเป็นปรากฏการณ์ค่อยเป็นค่อยไป ระบบจะปรับตัวไปในทิศทางเดิมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น
3		เป็นกระบวนการ และการดำเนินการที่เป็นไปด้วยกัน ควบคู่กันไป การที่ประชาชนสูงวัยมากขึ้น ไม่ได้หมายความว่าทุกคนเหล่านั้นต้องรับการรักษาที่แพง (เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น) หากคนเหล่านั้นมีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลตนเอง และความพอเพียงทางสุขภาพ
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	งบประมาณที่มีบิรัดเป็นปัจจัยผลักดันให้พัฒนาคุณภาพเพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างประสิทธิภาพ	เมื่องบประมาณมีจำกัดขณะที่รัฐต้องจัดการสุขภาพให้กับประชาชน รัฐจะต้องให้ความสำคัญและแรงจูงใจในเรื่อง p&p ที่เป็นวาระแห่งชาติ
2	เมื่องบประมาณไม่เพียงพอหรือบิรัด ย่อมเกิดปัญหาการบริการที่คุณภาพด้อย แต่รัฐบาลและผู้ดูแลงบประมาณ ย่อมสร้างเงื่อนไขที่กำหนดคุณภาพมากขึ้นภายใต้สมมติฐานที่คิดว่าคุณภาพบริการที่ดีไม่ได้มาจากแลกด้วยเงินและเทคโนโลยีเท่านั้น	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3	ระบบบริการทางสุขภาพนอกจากการประกันทางด้านการครอบคลุมกลุ่มประชากรแล้ว ต้องมีการประกันทางด้านคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการด้วย เพื่อตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล	เมื่องบประมาณถูกบีบรัดมากขึ้น รัฐจำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย หากยังคงดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4	การมีงบประมาณที่บีบรัด จะเป็นปัจจัยผลักดันให้มีการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานได้รวดเร็วขึ้น	หากทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ก็ต้องมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

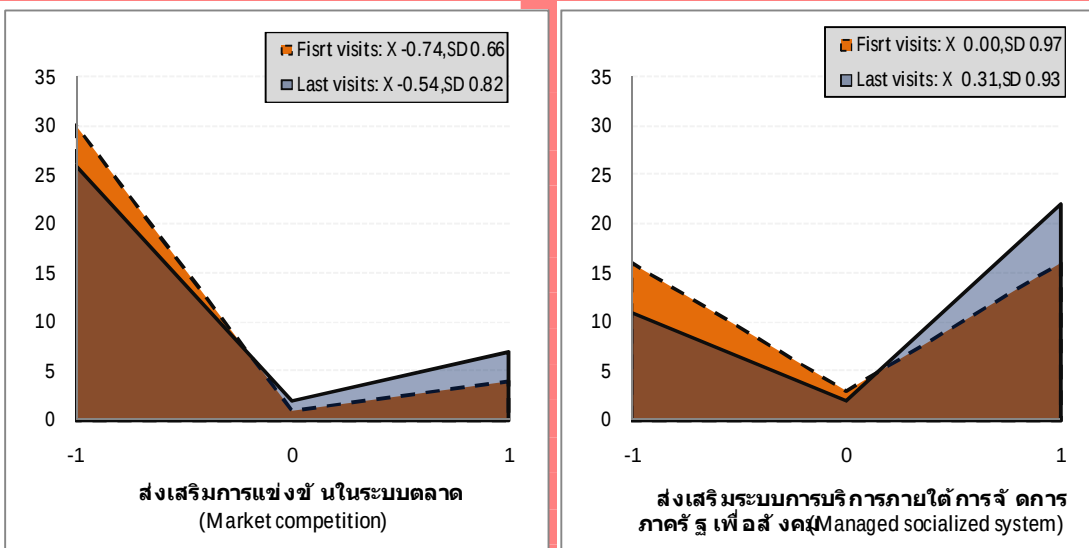
5	งบประมาณของรัฐที่จำกัด ทำให้การเข้าถึงของผู้มีความจำเป็นต้องใช้บริการหลักประกันสุขภาพ ยากยิ่งขึ้น และคุณภาพบริการจะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด	เป้าประสงค์ของรัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพก็เพื่อต้องการจะควบคุมค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสุขภาพ เมื่องบประมาณบีบรัดก็ยิ่งจำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น
6	ต้องไปเน้นเรื่องโรคเรื้อรัง เวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น	เมื่อทรัพยากรลดลงหรือไม่เพียงพอ รัฐจะให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น
7	วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ความเชื่อเรื่องผู้สูงอายุจะเป็นภาระแก่ระบบสาธารณสุขจะต้องเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต หากผนวกกับนวัตกรรมทางการแพทย์พัฒนาสังคม เช่นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงหรือบ้าน วัด โรงเรียน มิติด้านภาระค่าใช้จ่ายจะไม่ใช่วิถีทางการขับเคลื่อนต่อไป	ทัศนคติของการให้บริการ ยิ่งควบคุมตนเองมากขึ้น
8	การบริการสุขภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจยิ่งต้องเพิ่มความสำคัญมากขึ้น ให้สามารถเป็นแหล่งพึ่งพิงเบื้องต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ในเรื่องของแหล่งความรู้ของการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งการดำเนินการกิจกรรมชุมชนอื่นๆควบคู่ เช่น การเยี่ยมบ้าน ชมรมต่างๆของผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน หรือคู่หูเพื่อสุขภาพ เป็นต้น	เป็นเรื่องจริงๆที่งบประมาณบีบรัด ย่อมทำให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง เป็นธรรม และเกิดประสิทธิภาพ ในภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้น
9	ยังต้องทำให้ระบบ Primary care strengthen มากขึ้น เพื่อให้เกิด self care management	การมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายจะทำให้ปัญหาที่เกิดจากงบประมาณบีบรัดมีผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของประชาชนน้อยลง
10		เนื่องจากงบประมาณของประเทศมีจำกัด จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี สามารถนำงบประมาณไปพัฒนาประเทศด้านอื่นๆ
11		การบริหารจัดการที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ดี ย่อมเหมาะสมกับปัจจัยด้านงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด
12		Resource constraints naturally drive cost containment
13		เชิงบวกเฉพาะกลุ่ม และคาดการณ์รับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต
14		เมื่อประชาชน มีอายุยืนยาวขึ้น ปัญหาหลักด้านสุขภาพ จะอยู่กับผู้สูงอายุ และ ความเจ็บป่วยก็จะมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
15		วิศวกรรมพันธุศาสตร์ นาโนเทคโนโลยี เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เอามาประยุกต์ทางการแพทย์และสาธารณสุข จะทำให้รู้ล่วงหน้าวางแผนล่วงหน้าได้เพื่อการจัดการกับภาวะคุกคามเรื่องโรคเรื้อรัง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 9

หาก **บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ** จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	หากเป็นตลาดแข่งขัน การที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะทำให้มีการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรับไปโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งให้ผลตอบแทนมากกว่า	ถึงแม้ว่ารัฐจะส่งเสริมการบริการภายใต้การจ้ กการภาครัฐ แต่การขาดแคลนบุคลากรจะทำให้คุณภาพการให้บริการและความทั่วถึงในการให้บริการไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้
2	ระบบการบริหารของรัฐสามารถรองรับการแข่งขันในตลาดกับภาคเอกชน? ถ้าไม่ใช่รัฐจำเป็นต้องใช้มาตรการเพื่อบังคับให้บุคลากรทางการแพทย์อยู่กับรัฐเพราะเงินคงไม่ใช่คำตอบสุดท้าย	ระบบเศรษฐกิจในประเทศไทยเป็นระบบทุนนิยม บุคลากรสามารถไหลไปมาระหว่างระบบบริการภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคบริการระหว่างประเทศ ดังนั้นถ้าบุคลากรจำกัด จะมีการแย่งตัวบุคลากรระหว่างภาคส่วนต่างๆ ซึ่งจะทำให้ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐมีบุคลากรไม่เพียงพอเนื่องจากไม่สามารถแข่งขันราคากับภาคเอกชนได้
3	เมื่อบุคลากรไม่เพียงพอ ยังใช้กลไกตลาด ระบบที่ต้องการรองรับทุกคนก็จะยิ่งร่อยหรอ จะมีแต่ไปรองรับคนมีสตางค์	บุคลากรไม่เพียงพอ ภาคเอกชนย่อมดึงดูดคนไปจากภาครัฐ
4	เมื่อคนไม่พอ แต่รัฐยังจำเป็นต้องให้หลักประกันสุขภาพ ก็ต้องมีการออกมาตรการต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อบังคับให้ให้บริการตามนโยบายมากกว่าจะปล่อยตามตลาดเสรี	ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการภาครัฐเพื่อสังคม หรือ Managed socialized system เนื่องจากระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นระบบทุนนิยมเสรี ซึ่งภาคเอกชนที่ไร้การควบคุมสามารถตั้งค่าตัวแพทย์ที่มีราคาสูงได้ และสามารถดูดแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้ไหลออกจากระบบราชการได้โดยใช้ financial incentives.
5	1. สังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำ ระบบตลาดมักจะถูกผูกขาดโดยทุนและผู้มีอำนาจในการซื้อบริการ(คนรวยทั้งในและต่างประเทศ) 2. บุคลากรทางการแพทย์ จะเคลื่อนย้ายจากภาครัฐสู่ภาคเอกชนมากขึ้น 3. ต้องใช้นโยบายของรัฐมาควบคุม	เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้การจัดการของภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)
6	บุคลากรน้อย ภาครัฐก็จะแข่งขันกับภาคเอกชนได้ยาก	หากความขาดแคลนมีมาก รัฐก็ไม่สามารถจัดการได้
7	การแข่งขันอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ แต่อาจทำให้เกิดปัญหาความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประชาชนมีกำลังซื้อแตกต่างกัน แต่เราควรปกป้องประชาชนเนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกคน	ในโลกความเป็นจริงการจัดการภาครัฐด้วยประสิทธิภาพ มักตอบสนองผู้มีอำนาจ ยิ่งขาดแคลนยิ่งแย่งแย่งโดยผู้มีอำนาจรัฐ(ภายใต้บริบทปัจจุบันและประวัติศาสตร์ไทย)
8	การแข่งขันเสรีเกิดในตลาดที่มีการบริการเพียงพอ หากบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลนการแข่งขันเสรีจะไม่เป็นธรรม เกิดการแย่งทรัพยากรและเกิดสมองไหลมากกว่าการแข่งขันบริการที่สร้างคุณภาพ	การจัดการที่ขาดประสิทธิภาพไม่สามารถดึงให้บุคลากรอยู่กับระบบ หากรัฐหันมาให้ความสนใจและมุ่งเน้นพื้นที่จำเพาะน่าจะดีกว่า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9	การส่งเสริมการแข่งขันในภาวะที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้คนที่สามารถจ่ายได้สามารถช่วงชิงทรัพยากรไปได้ ในขณะที่คนที่ไม่สามารถจ่ายจะเป็นผู้เสียเปรียบ	การจัดการที่ขาดประสิทธิภาพไม่สามารถดึงให้บุคลากรอยู่กับระบบ หากรัฐหันมาให้ความสนใจและมุ่งเน้นพื้นที่จำเพาะน่าจะดีกว่า
10	การแข่งขันในระบบตลาดทำให้เกิดสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชนจะทำให้ระบบโดยรวมแย่ลง	เมื่อบุคลากรขาดแคลนมากขึ้น สถานพยาบาลภาครัฐจะอับเฉาเลย เพราะไม่สามารถเก็บแพทย์ได้ การจะใช้สถานพยาบาลของรัฐจึงมีทางเป็นไปได้ยาก
11	บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การแข่งขันในระบบตลาดรุนแรงขึ้น	การขาดแคลนบุคลากรในขั้นต้นจะส่งผลเสียต่อสถานพยาบาลภาครัฐในอันดับต้น ทำให้การส่งเสริมบริการภายใต้การจัดการของภาครัฐยากขึ้นมาก
12	หากส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และการบริหารทรัพยากรบุคคลในภาครัฐยังมีจุดอ่อนของโครงสร้าง จะยิ่งทำให้เกิดผลทางลบกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งยังต้องอาศัยโรงพยาบาลภาครัฐในการให้บริการประชาชนส่วนใหญ่	การขาดแคลนบุคลากรนั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาของภาครัฐ ผมไม่เห็นภาคเอกชนมีปัญหาในการหาแพทย์มาบริการ คนไข้ต่างชาติหรือคนไข้ OOP ไข้แพทย์ที่เขาได้มานั้นได้มาจากภาครัฐ แต่ถ้าเช่นนั้น ทำไมรัฐไม่แก้ปัญหาตรงนี้อย่างน้อยด้วยการปรับอัตราการใช้ทุนด้วยเงินเพียงสี่แสนบาท และถ้ารัฐไม่พร้อมที่จะแก้ปัญหาตรงนี้ สปสช. ก็ควรจะส่งคนไข้ของตนไปที่ที่มีแพทย์หรือหน่วยบริการที่พร้อมที่จะจัดหาแพทย์มาให้ ซึ่งขณะนี้ สปสช. ซึ่งอยู่ภายใต้การครอบงำของ สปสธ. ก็ไม่ยอมส่งคนไข้ไป ด้วยเหตุผลที่ฟังไม่ขึ้น
13	หากใช้การแข่งขันเสรี ส่วนที่มิกำลังจ่ายสูงย่อมได้เปรียบและดึงบุคลากรไปมากขึ้น ยิ่งจะเป็นผลให้เกิดความขาดแคลนและความไม่เท่าเทียมมากขึ้น	ในภาวะบุคลากรไม่พอ เป็นผลลบทั้งนั้น แต่การจัดการเพื่อสังคม ย่อมบรรเทาความเดือดร้อนได้มากกว่า
14	การแข่งขันเสรีการแพทย์ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริงต้องได้รับการแทรกแซงจากรัฐ	เนื่องจากการแข่งขันทางการตลาดสูงหากใช้กลไกรัฐอย่างเดียวอาจไม่สำเร็จ รัฐควรเป็นผู้กำกับและสร้างมาตรการหรือกลไกทางนโยบายและกฎหมายก็อาจจะดีกว่า
15	กลไกราคาในตลาดสินค้าและบริการด้านสุขภาพไม่สามารถทำงานได้จริงแท้	การจัดการที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ยาก เมื่อมีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอ
16	การแข่งขันในระบบตลาดจะทำให้การกระจายของบุคลากรบิดเบี้ยว เกิดการกระจุกตัวในแหล่งเจริญ ประชาชนในที่ห่างไกลจะยิ่งลำบาก	
17	การแข่งขัน จะยิ่งสร้างความเหลื่อมล้ำ ระหว่างผู้จะมีจ่ายกับผู้ไม่มีจะจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวโน้มโลกาภิวัตร์ด้านบริการการแพทย์	
18	บุคลากรไม่เพียงพอ จะส่งผลลบ ต่อการแข่งขันในระบบตลาด ทั้งนี้ เพราะ อำนาจต่อรองจะอยู่ที่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวโน้ม จะไปกระจุกตัว อันจะยิ่งทำให้ การแข่งขันในระบบตลาด เป็นไปได้ยากขึ้น	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	ไม่ว่าบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐจะเพียงพอหรือไม่ก็ตาม การแข่งขันในระบบตลาดเสรีก็จะดำเนินไปอย่างเข้มข้นเช่นเดิม เนื่องจากระบบของประเทศไทยเป็นระบบเปิดและส่งเสริมการค้าแบบเสรี แม้แต่เรื่องการให้บริการสุขภาพ	การให้บริการพื้นฐานเป็นเรื่องของส่วนรวม ฉะนั้นจึงต้องยอมรับสภาพการมีบุคลากรที่จำกัด และสถานการณ์ที่เป็นอยู่
2		เพื่อให้เห็นความสำคัญในการเสียสละเพื่อสังคม
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่งควรใช้ระบบการตลาดเข้าร่วมกับรัฐที่จัดให้ เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างครอบคลุม	1. สร้างระบบในการควบคุมและดูแลบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้ไหลไปสู่ภาคเอกชน 2. กระจายโอกาสในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่นและภูมิภาคให้มากขึ้น 3. สร้างจิตสำนึกในการรับใช้สังคมของบุคลากรทางการแพทย์
2	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะส่งผลในเชิงบวกของการแข่งขันในระบบตลาด เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพเป็นระบบราคาเหมาจ่ายรายหัวในหลักเดียวกันให้ทั้งสถานพยาบาลในรัฐและเอกชน แต่ในภาคของรัฐมีการขาดแคลนทรัพยากรจำนวนมาก จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะเอาสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำ	แพทย์ไม่เพียงพอ เป็นความจริงที่สังคมต้องรับรู้ แต่จัดการบริหารได้ด้วยระบบการบริหาร ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ระดับอื่น ๆ และต้องปรับพฤติกรรมการใช้บริการของสังคมใหม่ จึงเสนอว่าอย่าเน้นรักษาแค่ Patient เท่านั้น People ที่แข็งแรง สุขภาพดี ไม่รบกวนการสาธารณสุขของรัฐ รัฐก็ควรคืนกำไรบางอย่างให้ด้วย

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

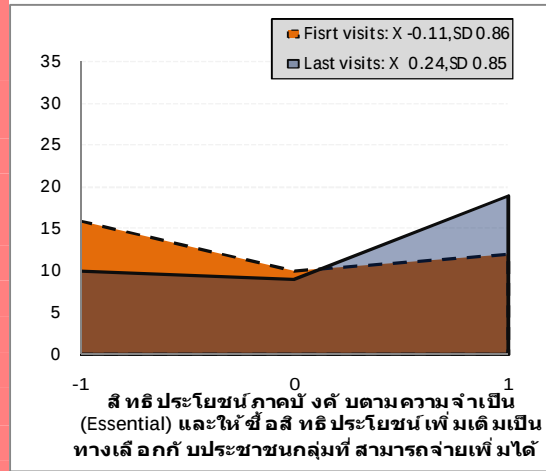
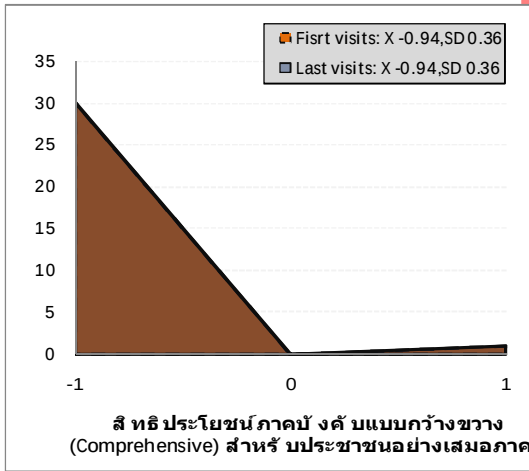
	ให้คุณภาพและมาตรฐานบริการดีขึ้นและลดการขาดแคลนในทรัพยากรด้านต่าง ๆ ของภาครัฐ	
3	ระบบตลาดจะทำงานขึ้นแข็งขึ้นเพราะต้องพยายามหาคนมาเพิ่ม = สงเสริม? ผมตอบแบบนี้ว่าจะเป็นเพราะมองว่าคำถามเป็นเชิงซ้อน (การแข่งขันทางตลาดเป็นเรื่องดี ที่ไม่ดีคือการแข่งขันนั้นไม่มีใครมาคุม)	ระบบสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีต้องตอบสนองความจำเป็นสุขภาพประชาชนทุกคนที่จำเป็นได้รับ และคุ้มกันทางการเงินแก่ประชาชนที่จำเป็นต้องรับบริการ จึงต้องอาศัยกลไกการกำกับโดยภาครัฐมากกว่าปล่อยกลไกตลาดเสรีทำงานอย่างเดียว
4	เพื่อให้มีแรงจูงใจ	การที่รัฐเข้าไปควบคุมกำกับระบบตลาดทำให้สามารถลดผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่หรือคุ้มครองคนที่ไม่สามารถจ่ายหรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้
5	การเน้นการแข่งขันในการตลาดเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์	การจัดระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐจะแก้ไขปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ
6	ระบบการจัดบริการของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จะเกิดการแข่งขันกันในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการจัดบริการ	จะเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพเร็วขึ้น
7	สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ได้ เพราะจะมีคนสนใจอาชีพนี้มากขึ้น	บุคลากรไม่เพียงพอทำให้ระบบบริการภาครัฐลดลง
8	: การขาดแคลนบุคลากรนั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาของภาครัฐ ผมไม่เห็นภาคเอกชนมีปัญหาในการหาแพทย์มาบริการคนไข้ต่างชาติหรือคนไข้ OOP ไข้แพทย์ที่เขาได้นั้นได้มาจากภาครัฐ แต่ถ้าเช่นนั้น ทำไมรัฐไม่แก้ปัญหาตรงนี้ อย่างน้อยด้วยการปรับอัตราการใช้ทุนด้วยเงินเพียงสี่แสนบาท และถ้ารัฐไม่พร้อมที่จะแก้ปัญหาตรงนี้ สปสช. ก็ควรจะส่งคนไข้ของตนไปที่ที่มีแพทย์ หรือหน่วยบริการที่พร้อมที่จะจัดหาแพทย์มาให้ ซึ่งขณะนี้ สปสช. ซึ่งอยู่ภายใต้การครอบงำของ สปสธ. ก็ไม่ยอมส่งคนไข้ไป ด้วยเหตุผลที่ฟังไม่ขึ้น	ระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ ต้องมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แก่นาสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีอสม. ที่มีอยู่ ในประเทศ 8 แสนกว่าคน การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ได้มีมาตรฐาน ในการดูแลสุขภาพของประชาชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง
9	ถ้าองค์กรไม่มีความพร้อม ทำการตลาดอย่างไร คนก็ไม่มา	ในระบบที่ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การสนับสนุนระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ โดยมีแผนพัฒนาที่ชัดเจนจะทำให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเข้มแข็ง จนสามารถเข้าสู่ระบบแข่งขันอย่างเสรี
10	ถ้าเอาความคิดเรื่อง Public Private Partnership มาประยุกต์ใช้โดยให้มีการแข่งขันกันแบบ Social Marketing จะทำให้ภาพรวมของประเทศได้ใช้สรรพประโยชน์จากทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ บริการ อย่างเต็มที่ทั่วถึงมากขึ้น โดยเฉพาะคนที่ขาดโอกาสในเขตเมือง	ความแตกต่างทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนามีอยู่สูงมากเนื่องจากกลไกตลาดไม่สามารถเกิดขึ้นได้จริง การจัดการภาครัฐจึงเป็นสิ่งจำเป็น
11	จะเป็นตัวผลักดันให้รัฐโดยเฉพาะ รพ. ในระบบราชการ รวมทั้ง หน่วยงานต้นสังกัดต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และที่สำคัญจะทำให้ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากส่วนนี้มากขึ้นโดยที่กลไกการควบคุมกำกับต้องเข้มแข็งด้วย	รัฐไม่ได้มุ่งแสวงหากำไร ทำให้ต้นทุนของผู้ใช้บริการส่วนนี้ถูกตัดออกไปจากการคิดค่าบริการ
12		บุคลากรไม่เพียงพอ นาที่จะส่งผลบวก ต่อแนวคิด การพัฒนาระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐ เพราะ จะช่วยสร้างสมดุลของความคลาดแคลนบุคลากร และ ความเสี่ยงที่จะเกิดการกระจุกตัวของบุคลากร
13		ถูกต้อง ถ้าภาครัฐไม่พร้อม การบริการ ก็ย่อมไม่ดีตาม
14		กระแสการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น น่าจะเอาเรื่องนี้มาเป็นประเด็นที่จะผลักดันตามแนวคิด Public private mix

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 10

หาก บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การพัฒนาศักยภาพ และบทบาท ของ อสม. ที่มีอยู่ในประเทศ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม	การจัดตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชน ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ผู้นำชุมชน ประชาชนจะเห็นความสำคัญ ของการใช้สิทธิที่จะเข้าถึงบริการและมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ที่จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นการดูแลประชาชน ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และบูรณาการงานด้านสุขภาพทุกภาคส่วนในชุมชน
2	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากจะไม่ได้ให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งเป็นปัญหาหลักปัจจุบัน ปัจจุบันนี้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นที่พอใจแต่ประชาชนส่วนใหญ่เหล่านั้นมักเรียกร้องคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งยังไม่ได้เกิดขึ้นโดยทั่วไปทำให้เกิดการฟ้องร้องกันจำนวนมาก	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอส่งผลในทางลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากจะไม่ได้ให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานซึ่งเป็นปัญหาหลักปัจจุบัน ปัจจุบันนี้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นที่พอใจแต่ประชาชนส่วนใหญ่เหล่านั้นมักเรียกร้องคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งยังไม่ได้เกิดขึ้นโดยทั่วไปทำให้เกิดการฟ้องร้องกันจำนวนมาก
3	1. ขาดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นภูมิภาค 2. ขาดการควบคุมดูแลระบบภาคเอกชน สร้างนโยบายที่เสรี เช่น นโยบาย Medical Hub จึงเกิดภาวะสมองไหล	ขึ้นอยู่กับความควบคุมภาครัฐ การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่นและระบบการส่งต่อที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข
4	เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ จะทำให้สิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางไม่สามารถให้บริการได้ในทางปฏิบัติ ในขณะที่อัตราการใช้บริการและภาระงานจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น	เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การกำหนดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น โดยให้ประชาชนเลือกจ่ายเพิ่มในบริการทางเลือก จะต้องมีการปฏิบัติที่ไม่เพิ่มภาระกับแพทย์ แต่ในปัจจุบันกำหนดให้แพทย์ต้องชี้แจงทางเลือกกับผู้ป่วย ซึ่งท้ายที่สุดจะมีข้อสงสัยว่าแพทย์ได้ชี้แจงทางเลือกดีพอหรือไม่? มีการ induce demand หรือไม่? เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ไม่เท่าแพทย์
5	การขาดบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลให้การกำหนดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค ไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติ	จะทำให้บุคลากรไหลไปสู่ที่มีเงินซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มควรให้ระบบแข่งขันและจูงใจการให้บริการดีกว่า
6	ความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตบริการตั้งนั้นความกว้างขวางของบริการย่อมเป็นลำดับที่พิจารณาแคลงให้เหมาะสม	บุคลากรไม่เพียงพอ จะไม่สามารถให้บริการตามสิทธิประโยชน์ โดยต้องชี้แจงทางเลือกกับประชาชนที่ต้องการร่วมจ่ายให้ประชาชนเข้าใจ ซึ่งต้องใช้เวลาต่อบริการ 1 ครั้ง มากขึ้น
7	ความไม่เพียงพอของบุคลากรเป็นการเพิ่มภาระแก่การบริการ	บุคลากรไม่พอ สิทธิขั้นพื้นฐานในบางพื้นที่ก็อาจจะไม่ได้ด้วยซ้ำ
8	การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้ข้อจำกัดของบุคลากร เป็นความยากลำบาก	การให้ประโยชน์เพิ่มเติมแก่ประชาชนที่สามารถจ่ายได้ในขณะที่ระบบบริการมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนที่ไม่สามารถซื้อสิทธิเพิ่มเติมได้
9	อาจส่งผลทางลบต่อการให้บริการเพื่อตอบสนองสิทธิประโยชน์ของประชาชนอย่างเสมอภาคได้	อาจเกิด Moral hazard ได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

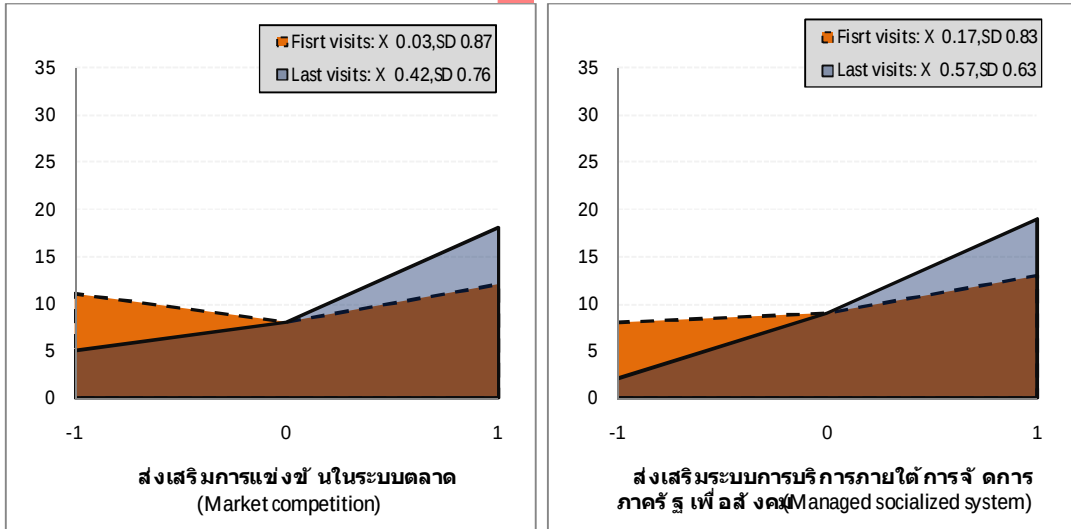
10	บุคลากรไม่เพียงพอไม่สามารถให้บริการตามสิทธิประโยชน์ได้อย่างมีคุณภาพ	บุคลากรไม่เพียงพอ จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถได้รับสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพ
11	บุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบไม่บรรลุเป้าประสงค์	
12	หลักประกันสุขภาพ ควรเน้น การให้ประชาชนดูแลตัวเอง พัฒนาสุขภาพตัวเอง การให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวาง ย่อมขาดแรงจูงใจ ที่จะให้ประชาชนสนใจดูแลตัวเอง ขณะเดียวกัน การขาดแคลนบุคลากร ย่อมสร้างผลกระทบด้านลบ ต่อการผลิตกันแนวคิดนี้	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวางสำหรับทุกคน ทำให้สามารถจัดการได้ในระดับหนึ่งทั้งนี้ขึ้นกับสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ทั้งนี้การมีบุคลากรจำกัดอาจไม่เกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์เพราะถึงแม้ไม่ได้ให้สิทธิประโยชน์ คนมีเงินก็ไปจ่ายเองอยู่แล้วทำให้คนไม่มีเงินเข้าไม่ได้	
2	ไม่เกี่ยวข้องกับกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์เพียงพอกหรือไม่ เกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมของผู้ให้บริการมากกว่า ที่จะไม่เป็นบุคคลประเภท provider induce demand	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	จะมีผลต่ออัตราการใช้บริการมากยิ่งขึ้น	เมื่อมีการร่วมรับผิดชอบจะมีผลต่อการใช้บริการตามความจำเป็น
2	ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ จึงควรกำหนด Essential Medical needs & supports เพื่อความเสมอภาค เช่น immunization, vaccine ฯลฯ จากนั้นจึงเพิ่ม Extra-Specific requirements โดยต้องร่วมจ่าย	supply-side driven constraints (i.e, lack of personnel), may exert pressure towards rationing care, assuming market-based incentives result in continual brain-drain therefore necessitating increased public private mix mechanisms, both on financing as well as provision - one of which is out-of-pocket top-up for non-essential care.
3	ทั้งนี้ การกำหนดสิทธิประโยชน์ควรถูกกำหนดลำดับการบริการตามความจำเป็นพื้นฐานและให้บริการอย่างสอดคล้องกับปริมาณเงิน	สามารถใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ประชาชนร่วมจ่ายมาเพิ่มค่าตอบแทนและแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้ทำงานเพิ่มขึ้นได้
4	การปรับตัวของกระบวนการผลิตบุคลากรสุขภาพทั้งในเชิงจำนวนและคุณภาพ การก่อเกิดนวัตกรรมทางวิชาชีพสุขภาพแนวใหม่โดยการบูรณาการความรู้ทั้งทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ทันต่อความต้องการของประเทศ	บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอจะเป็นแรงกดดันให้รัฐต้องเลือกการให้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเพียงเท่านั้น เนื่องจากไม่สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุมกว้างขวางให้กับประชาชนได้
5	ทำให้ต้องกลับมามองถึงการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และทรัพยากรอย่างคุ้มค่ารวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกันมากขึ้น	สามารถทำให้เกิดระบบการตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงานมากขึ้นได้
6		ความจำเป็นพื้นฐานที่จำเป็น เป็นความสำคัญที่ต้องกำหนดแก่ระบบที่มีความขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์
7		การให้บุคลากรที่มีจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการแบ่งเบาภาระ
8		จะมีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ที่ตอบสนองสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นก่อน
9		จะมีงบประมาณ กลับมาตอบแทนบุคลากร และ ส่งผลในการผลิตบุคลากรให้มากขึ้นได้อีก
10		ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และ ประชาชน มีโอกาสเลือกได้มากขึ้น และ เปิดทาง ให้มีงบประมาณ พัฒนาแพทย์เพิ่มเติมได้ เนื่องจากมีอัตราว่างในระบบราชการ
11		ก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย
12		บุคลากรไม่เพียงพอ จะผลักดัน ให้มีความจำเป็น ต้องดำเนินการสองระดับ คือส่งเสริมสุขภาพ และดูแลตัวเอง ในโรคภัยไข้เจ็บทั่วไป ขณะเดียวกัน ก็เน้นทรัพยากรทางการแพทย์ มาที่โรคภัย ที่อาจจะป้องกันยาก ดังนั้น ควรจะส่งผลด้านบวก ต่อแนวคิดนี้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นแบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 11

หาก มีการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	หากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐ การกระจายอำนาจไม่ได้สะท้อนการแข่งขัน เป็นเพียงการเปลี่ยนมือผู้รับผิดชอบ	การกระจายอำนาจ ทำให้องค์กรปกครองท้องถิ่น อาจจะปรับตัวเป็นผู้ซื้อบริการ จากภาคเอกชน มากขึ้น(พื้นที่เขตเมือง) ทำให้บริการแบบรัฐสวัสดิการลดลง เป็นเชิงตลาดมากขึ้น
2	การกระจายอำนาจ โดยให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมและรับรู้ ร่วมสร้างกติกาและรับผิดชอบ จะช่วยสร้างความเข้าใจและลดการร้องเรียน ลดความฟุ่มเฟือย ไม่ควรใช้ระบบแข่งขัน เพราะไม่ส่งเสริมการรับรู้ความจริง และความพอเพียง	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพย่อมส่งผลลบกับระบบบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม เพราะจะตัดการผูกขาดจำนวนประชากรในระบบประกันสุขภาพที่เป็นมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี และพิสูจน์ว่าระบบที่ผ่านมาเป็นระบบที่ไม่ถึงเป้าหมายบริการด้านสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอันพึงประสงค์ของประชาชน
3	การส่งเสริมการแข่งขันโดยกลไกการตลาดไม่สามารถสร้างประโยชน์และความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพได้	การกระจายอำนาจออกไปแล้ว ทำให้โอกาสในการรวมศูนย์จัดการทำได้ยากขึ้น เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วน ที่ได้รับอำนาจไปแล้ว
4	ความสามารถในการแข่งขันในการจัดบริการของ อปท. ไม่เทียบเท่าภาคเอกชน อาจส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานได้ เพราะมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการสูง	เมื่อมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพออกไป ในขณะที่ท้องถิ่นยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการสุขภาพเพื่อสังคม และความจำกัดของทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ในบางพื้นที่) มีความเป็นไปได้สูงที่การกระจายอำนาจจะทำให้การจัดบริการสุขภาพโดยภาครัฐอ่อนแอลงและขาดคุณภาพ
5	เมื่อกระจายอำนาจออกไป บางพื้นที่ไม่มีอำนาจการแข่งขันได้ รัฐต้องเป็นส่วน buffer และเข้ามาช่วย	หากท้องถิ่นขาดความชัดเจน ในขณะเดียวกัน รัฐในส่วนกลางขาดการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง จะทำให้การจัดระบบบริการเพื่อสังคมภายใต้การจัดการภาครัฐเป็นไปได้ยาก
6	สถานพยาบาลอาจใช้ระบบมุ่งเน้นกำไร	เมื่อกระจายอำนาจ รัฐก็จัดการยากขึ้น
7		การกระจายอำนาจอาจทำให้การจัดการและควบคุมกำกับทำได้ยากขึ้น
8		การจัดการแบบ socialized system โดยปกติแล้วมักจะต้องดำเนินการโดยมีการรวมศูนย์ แต่ถ้าย้ายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ก็จะมีการแข่งขันกันได้ในระดับหนึ่ง
9		การกระจายอำนาจ จะทำให้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม ทำได้ยากขึ้น ควรมีขั้นตอน การดำเนินการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อระบบประกันสุขภาพหรือไม่. กล่าวคือ ในระยะแรก พยายามใช้ระบบการจัดการภาครัฐฯ เพื่อสร้างกลไกการตรวจสอบ ถ่วงดุล กลไกด้านสารสนเทศ ต่างๆ. ต่อเมื่อระบบพื้นฐานแข็งแกร่งเพียงพอ จึงเข้าสู่ระยะที่สอง โดยการกระจายอำนาจ.

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	การกระจายอำนาจเป็นเพียงระบุว่าอำนาจการตัดสินใจ (ขอบเขตขึ้นกับว่ากระจายอำนาจมากน้อยเพียงไร ในเรื่องใด) ได้ถูกถ่ายโอนไปจากรัฐบาลส่วนกลางมากน้อยเพียงไร ส่วนกลไกตลาดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับนโยบายส่วนรวมว่า ต้องการให้ความสำคัญมากน้อยแค่ไหน จึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกันหรือไม่ผลกระทบกัน	ระยะสั้นจะยังไม่เห็นผลเนื่องจากความสามารถในการจัดการไม่แตกต่างกันแต่ระยะยาวน่าจะดีเนื่องจากท้องถิ่นจะตอบสนองประชาชนในพื้นที่ดีกว่า จะมีท้องถิ่นที่ยากจนที่มีปัญหาหรือพัฒนาได้ช้ากว่า
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะทำให้ระบบการแข่งขันในระบบตลาดเกิดขึ้น เนื่องจากประชาชนจะเป็นผู้ซื้อบริการ ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน จะมีทางเลือกในระบบบริการ ไม่เพียงรัฐเท่านั้น แต่เอกชน ก็จะเลือกใช้บริการได้ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้าใจหลักการ แนวคิด สิทธิประโยชน์ของประชาชน ที่จะได้รับ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ด้วยกายการมีส่วนร่วมของ อสม./ประชาชน /บุคลากรทางการแพทย์ ในระดับพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่ง	การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นช่วยบริการเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ดำเนินการเมื่อท้องถิ่นพร้อม) การเร่งรัด หรือขยายพร้อมกันทั้งหมด จะส่งผลกระทบต่อบริการรวมทั้งรัฐควรวางระบบ และวางมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลให้ชัดเจนก่อนการกระจายอำนาจ
2	การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจะส่งเสริมให้เกิดการจัดบริการสุขภาพในลักษณะเพิ่มการแข่งขัน และหากสถานพยาบาลต้องส่งรายได้กลับสู่ท้องถิ่น จะทำให้ในบางพื้นที่ที่ได้เปรียบในเชิงสถานที่ตั้งและระดับเศรษฐกิจในพื้นที่ สามารถใช้บริการสุขภาพในการแสวงหากำไรและรายได้ ซึ่งจะหนุนเสริมการแข่งขันในตลาดเสรีอย่างแน่นอน	การกำหนดบทบาทภารกิจที่ชัดเจน ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของภาครัฐ ภาคท้องถิ่น การเชื่อมประสานของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน สร้างความเข้มแข็ง ให้ชุมชน มี อสม. เป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อน ด้วยการจัดการสุขภาพของชุมชนตามบริบทพื้นที่
3	การส่งเสริมให้ท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุข จะเป็นการส่งเสริมการแข่งขันคุณภาพการให้บริการ และสามารถบรรลุเป้าหมายของการให้บริการ คือ ความพึงพอใจ และความมีประสิทธิภาพสูงสุดของการให้บริการ	ท้องถิ่น ชุมชนมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการระบบบริการ ทำให้ภาครัฐและชุมชนมีบทบาทร่วมกันจัดระบบเพื่อสังคมมากขึ้น
4	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพย่อมส่งผลในเชิงบวกในการทำให้สถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตและความมั่นคงของสังคม รัฐต้องเข้ามาจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุล
5	เมื่อมีการกระจายอำนาจ แต่ละพื้นที่จะมีอำนาจในการจัดบริการ เพิ่มผลิตสิทธิประโยชน์ จะเกิดการแข่งขันระหว่างส่วนที่ได้รับอำนาจ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นท้องถิ่น หรือมีการกระจายต่อให้ภาคเอกชน ก็ล้วนแต่ทำให้ กลไกตลาดทำงานเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น	รัฐท้องถิ่นสามารถให้หรือจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นในระดับพื้นที่โดยเฉพาะระบบบริการในชุมชน และระบบบริการขั้นปฐมภูมิรวมทั้งทุติยภูมิ
6	เมื่อมีการกระจายอำนาจ แต่ละพื้นที่จะมีอำนาจในการจัดบริการสุขภาพ สามารถเพิ่มหรือลดสิทธิประโยชน์ และจะเกิดการแข่งขันระหว่างพื้นที่หรือระหว่างสถานพยาบาลหรือมีการกระจายต่อให้ภาคเอกชนซึ่งล้วนแต่ทำให้กลไกตลาดทำงานเพิ่มขึ้น	ถึงแม้จะมีการกระจายอำนาจก็ต้องอยู่ในการกำกับดูแล และสนับสนุนจากภาครัฐอย่างใกล้ชิด เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานของประชาชน
7	การกระจายอำนาจจะช่วยให้มีการตัดสินใจเลือกบริการที่มีคุณภาพคุ้มค่าได้ดีกว่า	เห็นชอบด้วย 100% ที่ให้รัฐต้องบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
8	การกระจายอำนาจทำให้มีการแข่งขันระหว่าง อปท. ทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างพื้นที่หลายๆ	การกระจายอำนาจจะส่งเสริมระบบบริการภาครัฐให้ทันต่อเหตุการณ์ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดการ
9	ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดบริการ ต้องสร้างคุณภาพแข่งขันกับเอกชนด้วย เพราะประชาชนมีสิทธิเลือกมากขึ้น	เป็นหลักประกันที่ดีในการสร้างความเป็นธรรมแก่กลุ่มคนที่ยากไร้ใน ขณะที่ภาคเอกชนยังสามารถเข้าไปมีบทบาทในการร่วมจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
10	การกระจายอำนาจ ส่งผลให้เกิดการแข่งขันของหน่วยงานต่างๆ	
11	ส่วนท้องถิ่นจะทราบปัญหาของตนเอง และสามารถสื่อสารโดยกลยุทธ์ในระบบตลาด ให้ประชาชนเข้าใจหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดีขึ้น	ทุกคนมีโอกาสแสดงความสามารถที่แตกต่างและหลากหลาย
12	เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบแสดงความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่	แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน คนพื้นที่จะเข้าใจพื้นที่ดีกว่า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

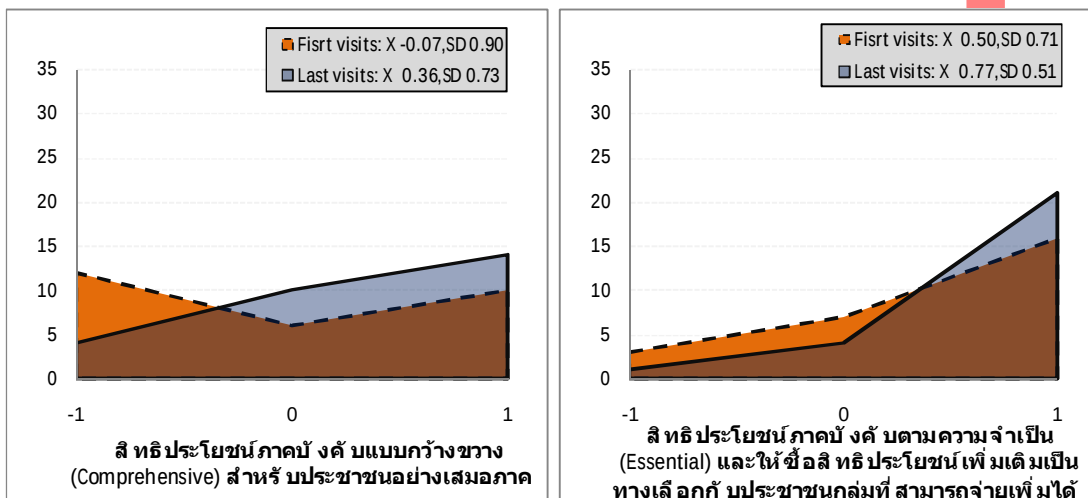
13	การจัดการบริการโดยหน่วยงานภาครัฐส่วนท้องถิ่นสามารถแข่งขันกับการจัดการบริการโดยเอกชนหรือรัฐส่วนกลางได้ หากได้รับการพัฒนาศักยภาพ	
14	เป็นการประกวดการจัดการบริการขององค์กรภาครัฐที่ไม่ได้เน้นกำไรมากกว่าเพราะไม่ใช่กลไกตลาดที่จัดโดยเอกชน	
15	การกระจายอำนาจ จะกระตุ้นให้เกิดภาวะการแข่งขัน ซึ่ง ต้องมาพิจารณาให้ต้องแท้ ว่าเป็นการแข่งขัน ที่เป็นคุณอย่างแท้จริง ต่อ ระบบประกันสุขภาพโดยรวมหรือไม่ ความเห็นส่วนตัวของผม เห็นว่า ในสภาวะปัจจุบัน และ ในขนาดของการกระจายอำนาจ การแข่งขันในระบบตลาด อาจจะส่งผลลบ ต่อระบบฯ โดยรวมมากกว่า	
16	เมื่อมีการแข่งขัน การบริการและมาตรฐานก็จะพัฒนาตาม	
17	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตก็กำลังแข่งขันกันสร้างผลงาน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักคั้งระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 12

หาก การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เนื่องจากในสภาพปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถให้สิทธิประโยชน์ที่เป็นภาคบังคับแบบกว้างขวางกับประชาชนอย่างเสมอภาคในระดับหนึ่ง แต่หากมีการกระจายอำนาจ ก็มีความเป็นไปได้สูงที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไปปรับลดสิทธิประโยชน์ในบางพื้นที่ที่ไม่มีความจำเป็นหรือมีประโยชน์น้อย	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีทางเลือกที่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน และใช้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น โดย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนในรูปแบบการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนขึ้นมา ด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน ในพื้นที่ มี อสม. เป็นแกนนำสุขภาพที่ขับเคลื่อนในชุมชน เพื่อการจัดการสุขภาพ และซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างมีทางเลือก
2	เมื่อมีการกระจายอำนาจ การดำเนินการจะขึ้นกับท้องถิ่น ซึ่งมีทรัพยากร ปัญหาต่าง ๆ กัน สิทธิประโยชน์ที่ต้องการ จะแตกต่างกัน การดำเนินการแตกต่างกัน ความเสมอภาค เป็นไปได้ยากขึ้น	สถานพยาบาลอาจเน้นเรื่องแสวงหากำไรโดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ที่ต้องซื้อเพิ่มเติม
3	มีความแตกต่างในเรื่องรายได้และฐานะของแต่ละท้องถิ่น จึงทำให้เป็นไปได้ยากที่จะมีการให้บริการแบบสิทธิประโยชน์ในแบบกว้างขวางเหมือนกันทุกพื้นที่ นอกจากนี้ การกระจายอำนาจทำให้ความสามารถในการตรวจสอบและการเข้าไปควบคุมกำกับโดยส่วนกลางลดลง	ความสามารถในการจัดบริการภาคบังคับของ อปท. ที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการตอบสนองสิทธิประโยชน์ของประชาชนได้
4	แผนในอนาคตต้องปรับเปลี่ยนความคิดให้ประชาชนจะต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเองมากขึ้น	
5	รายได้และความตระหนักของท้องถิ่นแตกต่างกันมาก	
6	it is difficult that all local authorities will agree upon the same health benefit package. The richer local health authorities may want to give more health benefit to their people.	
7	อาจมีปัญหาในเรื่องความเสมอภาคเนื่องจากท้องถิ่นมีรายได้ที่แตกต่างกันทำให้การสนองตอบต่อความจำเป็นทางสุขภาพมีความแตกต่างกันในเชิงพื้นที่	
8	ความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นจากศักยภาพที่แตกต่างกันมากของท้องถิ่น	
9	ท้องถิ่นที่ยากจนจะมีปัญหาควรต้องมีการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางแต่ต้องไม่ก้าวก่ายการบริหาร	
10	การกระจายอำนาจอาจให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง แต่ผมไม่แน่ใจว่าจะมีความเสมอภาค เพราะ อปท. ต่างๆ มีอำนาจเงินที่แตกต่างกันมาก	
11	องค์กรกระจายอำนาจไม่สามารถรับภาระการจัดการบริการได้อย่างกว้างขวางเนื่องจากอาจมีพื้นฐานที่มีรายได้หรือ	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

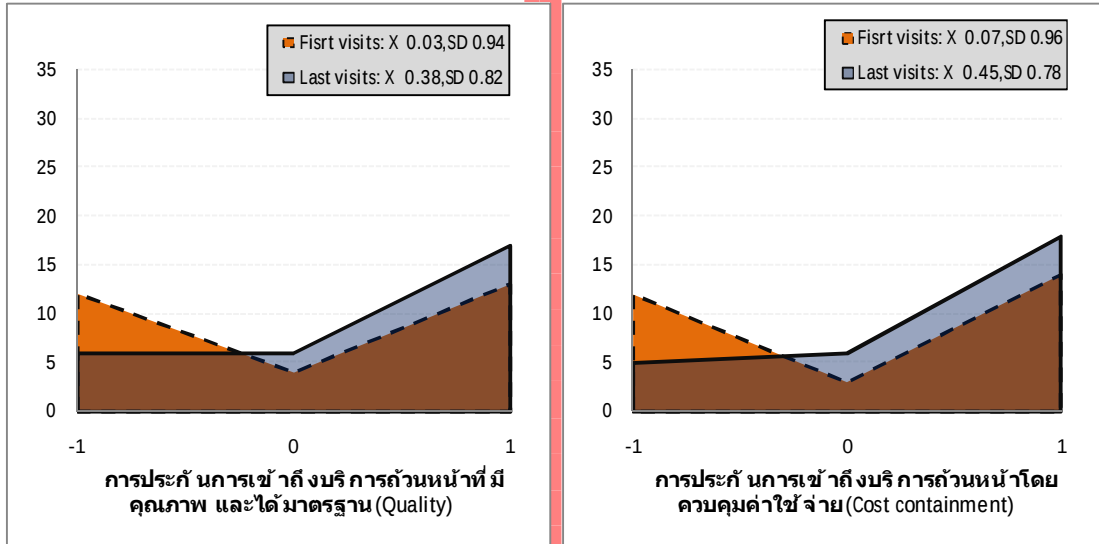
	ศักยภาพด้านการจัดการและการเงินที่แตกต่างกัน	
12	การกระจายอำนาจ ย่อมทำให้ แต่ละท้องถิ่น มีการปรับเปลี่ยน เงื่อนไขบริการ ตามสภาวะของแต่ละท้องถิ่น ทำให้ เกิดผลกระทบด้านลบต่อสิทธิประโยชน์ภาค บังคับ	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	เรื่องสิทธิประโยชน์ควรเป็นประเด็นที่ตัดสินใจในระดับประเทศ เพื่อความเสมอภาคเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคน แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจ ประเด็นนี้ไม่ควรจะเป็นประเด็นที่ให้แต่ละท้องถิ่นตัดสินใจเอง จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อกัน	เรื่องสิทธิประโยชน์ควรเป็นประเด็นที่ตัดสินใจในระดับประเทศ เพื่อความเสมอภาคเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคน แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจ ประเด็นนี้ไม่ควรจะเป็นประเด็นที่ให้แต่ละท้องถิ่นตัดสินใจเอง จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อกัน
2	สิทธิประโยชน์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง	ไม่น่าจะเกี่ยวกัน เพราะ การกำหนดสิทธิประโยชน์นั้นถูกกำหนดจากส่วนกลาง
3		เป็นเรื่องของแนวนโยบายในการจัดการระบบ อำนาจที่กระจายไปนั้นแปรอิสระจากเรื่องนี้
4		การจ่ายเพิ่มในการรับบริการขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการ
5		สิทธิประโยชน์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน จะได้รับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างเสมอภาค ขึ้นอยู่ศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นที่มีความหลากหลายรูปแบบบริหารจัดการ ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพภายหลังการกระจายอำนาจ ควรมีบทสรุปความเป็นไปได้มากนักน้อยเพียงใดในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้มาตรฐานในการประเมินผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ที่งบประมาณถ่ายโอนไปให้บริหารจัดการ	ความแตกต่างของงบประมาณระหว่างพื้นที่ ความไม่ชัดเจนในการจัดระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐ การสนับสนุนปรัชญาของภาคเอกชนเกี่ยวกับการแข่งขันและระบบตลาดเสรี จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางพื้นที่ เลือกที่จะให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นพื้นฐานเท่านั้น และให้ประชาชนที่มีกำลังจ่ายซื้อสิทธิประโยชน์อื่นๆ เพิ่มเติม
2	ผู้บริหารท้องถิ่นอาจต้องการจัดบริการเพื่อเอาใจประชาชนทุกคนมากที่สุด	ต้องสร้างโอกาสในการได้รับบริการตามเสรีภาพของบุคคล
3	การกระจายอำนาจทำให้เกิดความสามารถในการให้บริการที่มากขึ้น และกว้างขวางขึ้น ทำให้มีการเข้าถึงอย่างมากขึ้น และเสมอภาคมากขึ้นเมื่อมีทรัพยากรในการจัดสรรมากขึ้น	เนื่องจากความแตกต่างของความต้องการด้านสุขภาพ และข้อจำกัดด้านทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ท้องถิ่นจะเลือกจัดบริการสุขภาพตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และให้ประชาชนที่มีกำลังซื้อ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน
4	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกกับสิทธิภาคบังคับอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคเนื่องจากการเพิ่มทรัพยากรจากภาคสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยในระบบและทดแทนการขาดแคลนทรัพยากรของภาครัฐ	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกกับสิทธิภาคบังคับอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคเนื่องจากการเพิ่มทรัพยากรจากภาคสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามาช่วยในระบบและทดแทนการขาดแคลนทรัพยากรของภาครัฐ
5	ต้องกระจายทั้งงบประมาณและอำนาจในการบริหารจัดการสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง	ท้องถิ่นมีข้อมูลบุคคลที่เจ็บป่วยในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นคนชราหรือโรคเรื้อรังที่ท้องถิ่นสามารถรบบาลในพื้นที่ได้ทำให้ง่ายต่อการให้บริการสุขภาพต่าง
6	การดูแลครบถ้วน ครบวงจรน่าจะเกิดได้ในระดับท้องถิ่นเนื่องจากมองเห็นปัญหาได้ง่ายเพราะจำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อย ประกอบกับต้องหาเสียงอยู่แล้ว	การกระจายอำนาจ น่าจะนำไปสู่ การปรับระบบประกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับท้องถิ่น. ขณะเดียวกัน อาจเกิดข้อจำกัดทางการเงิน เนื่องจากปัญหาด้านขนาด จึงอาจจะต้องมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น กับทั้งให้มีการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้.
7	การกระจายอำนาจผลักดันให้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ	
8	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคยิ่งขึ้น	
9	การกระจายอำนาจทำให้ทุกคนได้รับการบริการในขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 13

หาก การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เมื่อกระจายอำนาจแล้ว นโยบาย และการดำเนินการขึ้นกับ การเห็นความสำคัญของผู้บริหารในแต่ละแห่ง ซึ่งไม่น่าจะเห็นเหมือนกัน พื้นที่ที่ให้ความสำคัญมาก ก็จะเข้าถึง และมีคุณภาพ แต่ พื้นที่ที่ไม่ให้ความสำคัญก็จะเข้าถึงได้น้อย และ บริการไม่มีคุณภาพ	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า จะมีการรองรับการประกันโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพในชุมชน หากประชาชนในพื้นที่มีการจัดการสุขภาพของชุมชน ที่เข้มแข็ง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ของประชาชน ที่มีสุขภาพที่ดีงบประมาณที่จะมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะลดลง
2	ประสบการณ์จากหลายประเทศพบว่ามาตรฐานด้านคุณภาพต่างกันมากระหว่างแต่ละท้องถิ่น	ท้องถิ่นที่มีทรัพยากรสูง ก็สามารถจัดบริการให้มีคุณภาพเต็มที่ ตามข้อเรียกร้องของประชาชน ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจเกินจำเป็น ในภาพรวมประสิทธิภาพน่าจะลดลง
3	การกระจายอำนาจลงระดับพื้นที่หรือเขต หากภาคประชาชนไม่เข้มแข็งจริง ผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่ก็ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและอาจกังวลใจกับเงินงบประมาณอาจเป็นต้นเหตุให้มาตรฐานการบริการและคุณภาพบริการต่ำกว่าที่ควรได้	ในสถานการณ์ปัจจุบันขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความสามารถในการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพได้ อีกทั้งการจัดการต้นทุนในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก อาจจะไม่สามารถจัดการในระดับท้องถิ่นได้
4	เนื่องจากในพื้นที่ที่มีขนาดเล็กและเศรษฐกิจไม่ดี ความสามารถของท้องถิ่นในการจัดให้มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า มีความเป็นไปได้ยาก	การกระจายอำนาจอาจส่งผลให้เกิดการให้บริการที่สนองต่อ want มากกว่า need แต่อย่างไรก็ดีการให้ความรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญ และ ในระยะยาว ถ้างบประมาณเป็นของพวกเขา ย่อมทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้เอง แต่ในอีกส่วนหนึ่ง การกระจายอำนาจย่อมทำให้การใช้เงินมีประสิทธิภาพมากขึ้น ย่อมทำให้ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น หรือ ลดโครงการที่คิดจากหอคอยงาช้างได้
5	ความจำกัดของทรัพยากรสุขภาพในบางพื้นที่จะเป็นแรงกดดันที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานได้อย่างถ้วนหน้า	การกระจายอำนาจทำให้มีการควบคุมกำกับได้น้อยลง ดังนั้น สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจดี อาจมีการใช้ทรัพยากรอย่างเกินความจำเป็นโดยขาดการควบคุมตามหลักวิชาการ โดยผู้นำในท้องถิ่นมีแนวโน้มที่จะใช้ทรัพยากรให้มากที่สุดโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมที่อาจจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่พื้นที่เล็กก็มีทรัพยากรไม่เพียงพอ
6	คุณภาพบริการเป็นเรื่องทางเทคนิคซับซ้อน ศักยภาพของท้องถิ่นจำกัด	ขึ้นกับการตัดสินใจ การบริหารจัดการที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยงาน
7	การกระจายอำนาจ โดยเฉพาะหากกระจายสถานพยาบาลไปยังท้องถิ่นอาจทำให้การควบคุมคุณภาพมาตรฐานทำได้ยากขึ้น	ประสบการณ์ในการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพของอปท. อาจส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการใช้บริการของประชาชนอย่างถ้วนหน้าได้
8	ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้มีอำนาจแต่ละหน่วยงาน	ค่าใช้จ่ายจากการบริหารอาจเพิ่มขึ้นโดยรวมเนื่องจากท้องถิ่นมีขนาดเล็ก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

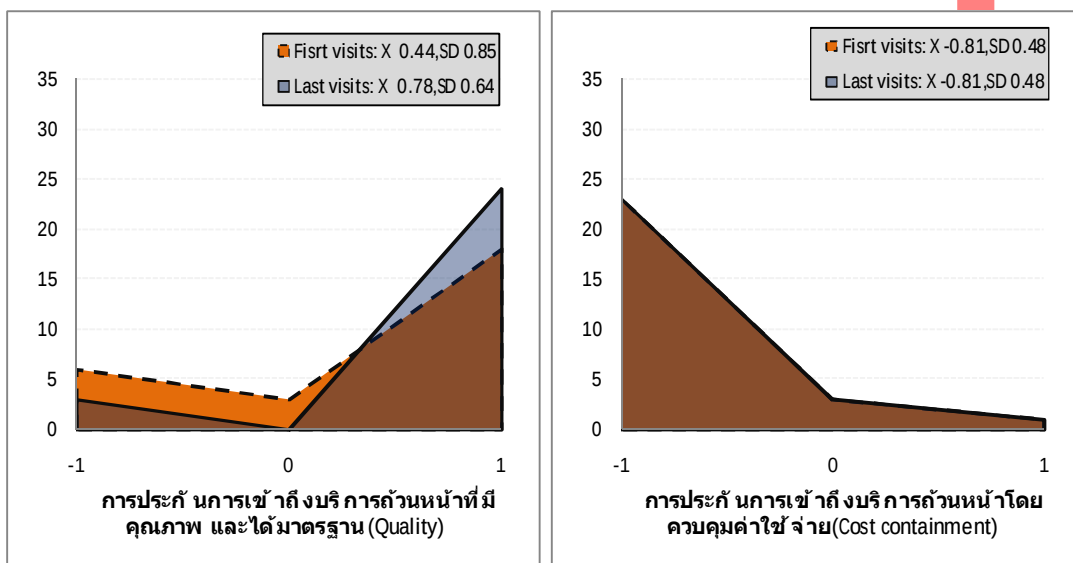
9	อปท. อาจมีข้อจำกัดในการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเฉพาะบริการที่มีความซับซ้อนทางเทคโนโลยีสูง	ประสิทธิภาพของระบบอาจไม่ดีพอเนื่องจากความรู้ ความเชี่ยวชาญของการจัดการ แต่ในระยะยาวอาจพัฒนาได้
10	แต่อาจมีการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมได้จากนโยบายที่ชัดเจน	
11	เข้าถึงได้ง่ายแต่อาจมีมาตรฐานแลคุณภาพที่ไม่เสถียร	
12	ถ้าเน้นการครอบคลุม อาจทำให้คุณภาพและมาตรฐานไม่เป็นไปเท่าที่ควร	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยการจัดการในรูปแบบกองทุนสุขภาพชุมชน ที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม และมี อสม. ที่เพื่อใช้บริหารจัดการสุขภาพของประชาชน ตามความเป็นจริง ประชาชนมีทางเลือกในการซื้อบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานได้อย่างกว้างขวางตามความพึงพอใจ	มีแนวโน้มว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากจะมีทรัพยากรไม่เพียงพอในการจัดระบบบริการสุขภาพและให้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าอย่างกว้างขวาง ดังนั้นหลายพื้นที่คงจะมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
2	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก
3	1. เป็นการกระจายโอกาสในการบริหารจัดการและงบประมาณให้สอดคล้องต่อพื้นที่ 2. ต้องเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการสร้างหลักการกระจายอำนาจให้สอดคล้องต่อพื้นที่	การกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานเนื่องจากมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก เกิดการแข่งขันในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพทำให้ Cost containment ดีขึ้น
4	ต้องสนับสนุนการเข้าถึงบริการ มาตรฐานควรจะเท่ากัน แต่อาจแตกต่างกันบ้างตามสถิติโรค, พฤติการณ์ของโรค และพฤติกรรมการใช้บริการ แต่สิทธิการรับรู้ การให้ข้อมูล ต้องเสมอภาคและควรทำเชิงรุก	การกระจายอำนาจ น่าจะทำให้สเกลระบบการจัดการเล็กลง ทำให้การดูแลเรื่อง cost containment ง่ายขึ้น
5	ส่วนท้องถิ่นจะทราบปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าส่วนกลาง	ส่วนท้องถิ่นเข้าใจปัญหาของตนเองมากกว่าส่วนกลาง
6	หากมีการเตรียม และ สร้างกลไกธรรมาภิบาลที่ดี การกระจายอำนาจ ควรนำไปสู่ระบบที่มีคุณภาพในระยะยาว	การกระจายอำนาจจะทำให้ทราบถึงความต้องการ ประโยชน์ และงบประมาณที่สอดคล้องกับความเป็นจริง
7	ท้องถิ่นปัจจุบัน ผู้บริหารและผู้แทนต่างๆในสภาท้องถิ่น มีการพัฒนาความรู้และศักยภาพไปอย่างมากโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยให้การสนับสนุน จึงมีความรู้ความสามารถในการพิจารณาประเด็นด้านพัฒนาคุณภาพและควบคุมคุณภาพ	การกระจายอำนาจลงระดับเขตหรือพื้นที่ จะทำให้เขตหรือพื้นที่ที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เข้มงวด เพราะเกรงกองทุนจะขาดทุน
8		ท้องถิ่นต้องการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้บริการครอบคลุมที่สุด ต้องควบคุมทรัพยากร
9		ขนาดของระบบเล็กลง ทำให้ดูแลต้นทุนเป็นไปได้ง่ายขึ้น.

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 14

หาก ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การฟ้องร้องทำให้เกิดความต้องการที่จะหลบเลี่ยงความรับผิดชอบ รวมทั้งปิดความเสี่ยง แม้ว่าจะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย มากกว่าจะคิดถึงผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การลงทุนในที่สุดจะมุ่งไปสู่การบริการที่ปลอดภัย มากกว่า ลงทุนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุข	การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ควรมีการแยกออกให้ชัดเจน ระหว่างการให้บริการในระบบสุขภาพที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ และ ค่าใช้จ่าย การนำผลมาใช้เปรียบเทียบ ต้นทุนกำไร สำหรับการช่วยเหลือเป็นมนุษย์จากการเจ็บป่วย ไม่ใช่สิ่งของหรือวัตถุ
2	การฟ้องร้องจะทำให้เกิดแรงต้านและมาตรการย้อนกลับเชิงลบจากบุคลากรแพทย์	เนื่องจากการฟ้องร้องเกิดทั้งความทุกข์และค่าใช้จ่าย ทางด้านการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลในเชิงลบกับระบบบริการถ้วนหน้าที่ควบคุมค่าใช้จ่าย
3	มาตรฐานคุณภาพสูงขึ้นมีความระมัดระวัง แต่อาจมีผลต่อการเข้าถึง	เป็นไปได้ว่าปัญหาการฟ้องร้องทำให้ระบบบริการปรับตัวไปสู่ defensive medicine มากขึ้น เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้นตาม
4	คุณภาพของหน่วยบริการมีไม่เท่ากันตามสภาพ แต่ประชาชนคาดหวังให้ทุกแห่งบริการได้เท่ากันหรือต้องได้ดีที่สุดเป็นเหตุให้ฟ้องร้องหรือไม่ก็หน่วยบริการ-โรงพยาบาลขนาดเล็กจะส่งต่อผู้ป่วยเกินจำเป็นเพราะไม่อยากเสี่ยง	ความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ความพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายดำเนินการได้ยากขึ้น เพราะประชาชนมักให้คุณค่าบริการตามปริมาณบริการที่ได้รับ (ยาและบริการอื่นๆ) ทั้งๆ ที่บริการจำนวนหนึ่งอาจไม่จำเป็น
5		เนื่องจากความคาดหวังและความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดและให้บริการสุขภาพกับประชาชนสูงเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการเช่น แพทย์อาจมีลักษณะของ defensive treatment and investigation เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มต้นทุนในการให้บริการสุขภาพ
6		ความคาดหวังและความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะเป็นแรงกดดันที่ทำให้รัฐไม่สามารถจัดบริการสุขภาพในลักษณะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยเฉพาะเมื่อภาคประชาชนมีความเข้มแข็งทางการเมืองและมีการต่อสู้เรียกร้องอย่างมีประสิทธิภาพ
7		การจัดบริการภายใต้การควบคุมค่าใช้จ่าย อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการและคาดหวังของประชาชน และอาจนำไปสู่การฟ้องร้องจากการรับบริการสาธารณสุขมากขึ้น
8		การประกันโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ในขณะที่มีการฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อทุนแรงในทางลบต่อระบบ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9		การควบคุมต้นทุนมีผลต่อคุณภาพบริการและมีผลต่อการฟ้องร้องในที่สุด
10		ผู้ให้บริการ อาจจำเป็นต้อง "ประกันความเสี่ยง" จากการถูกฟ้องร้อง ฯลฯ การบริการจึงอาจจะ "เกินความจำเป็น" ทำให้ต้นทุนแพงขึ้น.
11		ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น อาจส่งผลให้ภาครัฐไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ ทั้งนี้ควรมีมาตรฐานที่มีคุณภาพและชัดเจน เหมาะสมเพียงพอ
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	เมื่อมีการกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนแล้ว หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามนั้น ผู้ป่วยก็จะมีอาการฟ้องร้องมากขึ้น (ผู้ป่วยรู้สิทธิว่าตนต้องได้รับการบริการอย่างไร) ซึ่งจะทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้บริการตามมาตรฐานมากขึ้น	ความคาดหวังและการฟ้องร้องของสังคม จะทำให้ผู้ให้บริการจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานมากขึ้น ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการบริการที่ไม่จำเป็นลงได้
2	เนื่องจากประชาชนมีการได้รับข้อมูลข่าวสาร อย่างทั่วถึง ด้วยระบบเทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเป็นสิทธิอันพึงมีพึงได้ของประชาชน ที่จะได้รับการเข้าถึงการบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	ต้องศึกษาและเรียนรู้ในเรื่องความต้องการ ความคาดหวัง และกรณีฟ้องร้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการควบคุมค่าใช้จ่ายและควบคุมพฤติกรรม จิตสำนึกของผู้รับและผู้ให้บริการ
3	ส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานมากขึ้นเพื่อตอบสนองความคาดหวังและลดการฟ้องร้อง ทำให้แพทย์บางจุดบริการพยายามไม่รักษาผู้ป่วยจึงทำให้มีการ Refer ผู้ป่วยไปจุดบริการที่สูงกว่า โดยไม่จำเป็นจำนวนมาก	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมาก มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในบางด้านเพื่อดูแลให้ได้มาตรฐานที่ดีขึ้น งบประมาณโดยรวมจะลดน้อยลง งบประมาณส่วนที่เหลือต้องดำเนินการแบบ cost containment มากขึ้น
4	1. ความต้องการและความคาดหวัง ต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดการองค์ความรู้ให้เกิดการพัฒนาสู่นโยบายสาธารณะ ภาคประชาชน 2. การฟ้องร้อง เกิดจากความขัดแย้ง ในเรื่องความต้องการและความคาดหวังต้องแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งเพื่อสร้างความเข้าใจในการพัฒนาปฏิรูประบบสุขภาพให้ดีขึ้น	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมาก มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในบางด้านเพื่อดูแลให้ได้มาตรฐานที่ดีขึ้น งบประมาณโดยรวมจะลดน้อยลง งบประมาณส่วนที่เหลือต้องดำเนินการแบบ cost containment มากขึ้น
5	แรงกดดันจากความต้องการ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะกดดันให้บุคลากรสาธารณสุขมีความระมัดระวังในการให้บริการให้มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	1. คำว่า "ประกันการเข้าถึง" ทำให้เกิดความคาดหวัง 2. คำว่า "ประกันคุณภาพ" ทำให้คาดหวังว่าต้องได้สิ่งที่ดีที่สุด 3. คำว่า "ควบคุมค่าใช้จ่าย" ทำให้คาดหวังว่า ต้องได้มาด้วยราคาถูก หรือ ไม่ต้องจ่ายเงินเลย
6	ความต้องการ ความคาดหวัง และพฤติกรรมในการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้นของประชาชน จะเป็นแรงกดดันให้ภาครัฐจำเป็นต้องจัดให้มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	การประกันโดยควบคุมค่าใช้จ่าย ในขณะที่มีการฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบ
7	การมีเรื่องฟ้องร้องกันมากขึ้น ทำให้ระบบต่อระมัดระวังและรอบคอบมากขึ้น ดังนั้นน่าจะเป็นผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ	
8	บุคลากรต้องรักษาคุณภาพ ความพึงพอใจสูงสุด	
9	เป็นปัจจัยผลักดันให้มีการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานยิ่งขึ้น	
10	เป็นโอกาสในการพัฒนา แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง ทำได้จริงและประชาชนต้องมีส่วนร่วม กำหนดประเภทของบริการ และรูปแบบการใช้บริการที่เหมาะสม เช่น ตามระเบียบที่กำหนดให้	
11	คำว่า "ประกัน" ทำให้เกิดความคาดหวัง	
12	การประกันทำให้เกิดความคาดหวัง หากมีความชัดเจนบนพื้นฐานความเป็นจริง อาจทำให้ประชาชนเข้าใจว่าควรคาดหวังอะไร อาจช่วยลดการฟ้องร้องได้	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญญัติหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

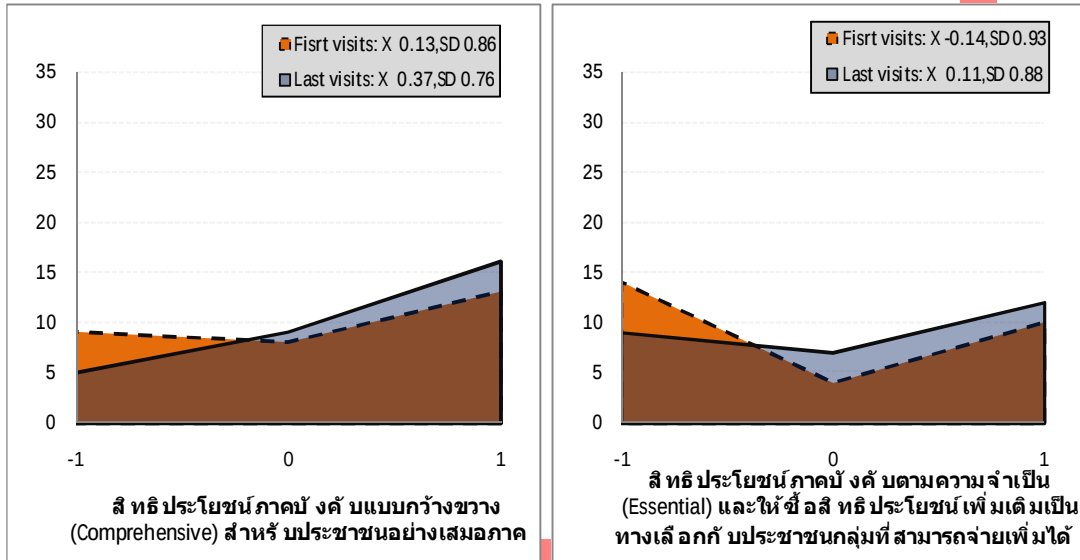
13	คุณภาพมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการฟ้องร้อง	
14	เกิดสมดุล ความรับผิดชอบ ของการให้บริการ.	
15	เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ภาคบริการต้องปรับตัว ที่จริงการมองภาพว่าเราจะบริหาร complaint management แล้วก็จะสามารถเดินหน้าได้ ในธุรกิจบริการอื่นๆ เขาก็มีเรื่องอย่างนี้ทั้งนั้น ธุรกิจขายกาแฟ ขายอาหาร เคยถูกฟ้องเคยถูกเอากาแฟใส่หน้าแต่เขาก็ก้าวหน้ามาได้ เราอยู่ภาคบริการสุขภาพถือว่าเป็นบริการอย่างหนึ่งต้องปรับตัวไปตามพัฒนาการของสังคม	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 15

หาก ประชาชนต้องการ, คาดหวัง และฟ้องร้องมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การมีสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางทำให้การพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวัง และเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพการให้บริการเพื่อป้องกันการฟ้องร้องเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น	ส่งผลในเชิงลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากบุคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพในภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์ขาดแคลนทำให้ไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความคาดหวังของประชาชนได้
2	ส่งผลในเชิงลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับอย่างกว้างขวางเนื่องจากบุคลากรทางด้านการดูแลสุขภาพในภาครัฐ โดยเฉพาะแพทย์ขาดแคลนทำให้ไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความคาดหวังของประชาชนได้	ประชาชนมีทางเลือกที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ทำให้ความต้องการ ความคาดหวัง และการฟ้องร้องจึงเกิดขึ้นมาก เพราะข้อมูลข่าวสารที่สามารถเข้าถึงได้หลายช่องทาง และมีกฎหมายการคุ้มครองสิทธิของประชาชนด้านข้อมูลข่าวสาร
3	ความคาดหวังเพิ่มขึ้น ทำให้การบังคับแบบกว้างขวางต้องเพิ่มสิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่าย จนไม่น่าจะควบคุมได้	เมื่อประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น การเลือกให้เฉพาะตามที่จำเป็นย่อมต้องก่อให้เกิดความไม่พอใจ เนื่องจากความจำเป็นของแต่ละคนนั้นต่างกัน เมื่อไม่พอใจมากขึ้นก็อาจจะก่อให้เกิดการฟ้องร้อง ต่าคิดกัน
4	การคาดหวังมากขึ้น ย่อมทำให้ภาครัฐไม่สามารถสนับสนุนการบริการที่เสมอภาคได้ ในที่สุดจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีการให้บริการแบบที่เลือกจ่ายเพิ่มได้	การจัดบริการภายใต้เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ และเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ตามกำลังการจ่ายเงินของประชาชน จะนำสังคมไปสู่สังคมที่ใช้เงินเป็นอำนาจ จะนำไปสู่การฟ้องร้องทั้งในกรณีที่ไม่มีการจ่าย และจ่ายแล้วไม่ได้รับตามที่คาดหวังมากขึ้น
5	ความคาดหวังที่สูงทำให้ประชาชนคิดเข้าข้างตัวเองว่า ได้สิทธิทุกเรื่องไม่เข้าใจข้อจำกัดเมื่อไม่ได้ตามมาด้วยการฟ้องร้อง การให้สิทธิประโยชน์กว้างขวางจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติ ประชาชนคาดหวังเฉพาะส่วนที่จะได้รับแต่จะติดที่ระเบียบทำให้มีปัญหาต่อกัน	การที่ประชาชนมีความต้องการหรือคาดหวังมากขึ้น เมื่อมีการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจะทำให้ความต้องการหรือคาดหวังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น เนื่องจากประชาชนไทยหากเห็นว่าระบบที่สามารถใช้สิทธิได้โดยไม่ต้องจ่ายเพิ่ม ก็จะต้องการใช้สิทธิโดยไม่ต้องจ่ายเพิ่ม จึงเห็นว่าผลกระทบในทางลบต่อเป้าประสงค์ในข้อนี้
6	การจัดบริการภายใต้เงื่อนไขสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการและคาดหวังของประชาชน และจะนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น	เห็นด้วยกับความเห็นด้านล่างว่า กลุ่มที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย (ยากจน) จะเรียกร้องความเท่าเทียม ในขณะที่กลุ่มที่สามารถจ่ายได้ จะเรียกร้องเพิ่มมากขึ้น หากไม่ได้รับบริการตามที่ตนเองคาดหวัง
7	เป็นโอกาสในการพัฒนา แต่ต้องอยู่บนพื้นฐาน ของข้อมูลที่เป็นจริง ทำได้จริงและประชาชนต้องมีส่วนร่วม กำหนดประเภทของบริการ และรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม เช่น ตามระบบที่กำหนดให้	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวัง รวมทั้งมีการฟ้องร้องกันมากขึ้น รัฐจะถูกกดดันให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่มีความกว้างขวางเพิ่มมากขึ้น มิใช่สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานเพียงเท่านั้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

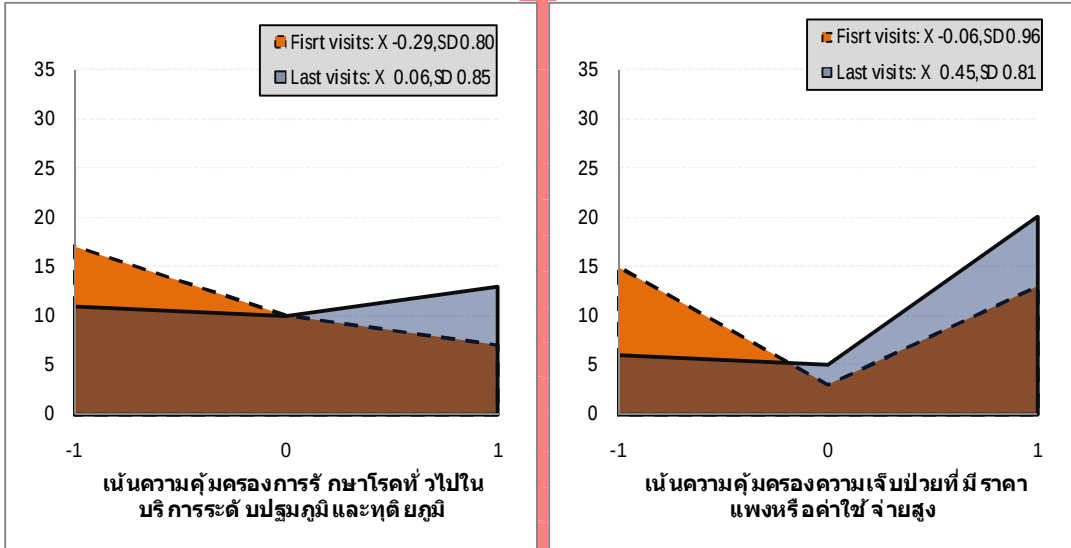
8	จะมีผลต่อการให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง เพราะเหตุว่าปัญหาการฟ้องร้องมักจะเกิดในกรณีโรคภัยแรงต่างๆ ทำให้ผู้ให้บริการไม่ให้บริการประเภทเหล่านี้ ดังนั้นสิทธิอาจยังมีอยู่แต่เป็นสิทธิบนกระดาษเท่านั้น	กลุ่มที่ต้องจ่ายยิ่งเรียกร้องมากขึ้น กลุ่มไม่สามารถจ่ายเรียกร้องความเท่าเทียม
9	อาจเกิดโอกาสของการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นหากการบริการมีจำนวนมากแต่ไม่ได้คุณภาพ	ข้อมูลที่ไม่เท่ากันทำให้เกิดเสียงฟ้องร้องเมื่อต้องชำระเงินมากกว่าที่ประมาณการไว้ และมักจะคาดหวังคุณภาพที่สูงกว่า
10	เนื่องจากแหล่งทรัพยากรทางด้านสุขภาพขาดแคลน ประกอบกับประชาชนมีความคาดหวังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีการฟ้องร้องมากขึ้น จึงส่งผลด้านลบต่อสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เสมอภาคแก่ทุกคน	เมื่อมีข้อดกเพิ่ม โดยเฉพาะมีการจ่ายเพิ่มความคาดหวังที่สูงและข้อมูลที่ไม่เท่ากันทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ง่าย ในอีกด้านหนึ่งพื้นที่ยากจนไม่สามารถซื้อบริการเพิ่มจะรู้สึกไม่เป็นธรรมและมีอคติกับระบบได้ง่าย
11	ระบบที่เสมอภาค ควรมีมาตรฐานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาโดยเฉพาะการฟ้องร้อง	เมื่อมีการจ่ายเพิ่มเติมผู้ใช้บริการย่อมมีความคาดหวังกับคุณภาพและสิทธิที่ควรได้
		เนื่องจากประชาชนเป็นผู้จ่ายด้วยดังนั้นความคาดหวังก็จะสูงขึ้นตามสิ่งที่จ่ายไป
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	เพราะทุกคนพึงพอใจบริการที่ได้รับ	เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกบริการด้วยตนเองมากขึ้น
2	ต้องปรับเปลี่ยนความต้องการ ความคาดหวัง และการฟ้องร้องให้เป็นองค์ความรู้ของการปฏิรูประบบสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนโดยยึดหลักสิทธิและความเสมอภาค ไม่ใช่ความเมตตากรุณา(ทัศนคติเดิม)	เมื่อคาดหวังมากขึ้น ต้องการมากขึ้น ฟ้องร้องมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่รัฐจะต้องหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นมารองรับ โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้
3	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพและการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น มีความเป็นไปได้สูงที่ประชาชนจะเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมแบบกว้างขวางและเสมอภาคระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ	ต้องปรับเปลี่ยนความต้องการ ความคาดหวังและการฟ้องร้องมาสู่การสร้างสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ในขณะเดียวกันไม่เปิดโอกาสในการเลือกกระบวนบริการ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานที่ใช้องค์ความรู้เปิดเผย โปร่งใส เกิดความเข้าใจร่วมกันของผู้รับบริการ
4	เมื่อประชาชนมีความต้องการและความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพและการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น เป็นไปได้อย่างยิ่งที่รัฐจะถูกกดดันให้ต้องขยายสิทธิประโยชน์ให้เป็นลักษณะภาคบังคับแบบกว้างขวาง และไม่สามารถถดถอยสิทธิประโยชน์ลง	โรคภัยไข้เจ็บ เป็นปัญหาเฉพาะตัว ดังนั้น แรงผลักดันให้เกิด สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น จึงควรจะมีสูงขึ้น.
5	ประชาชนจะมีส่วนร่วมในการควบคุมการบริการมากขึ้น ทำให้บริการ และคุณภาพดีขึ้น	หน่วยบริการจะต้องระวังในการให้บริการ ให้ดี มีมาตรฐานมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ซึ่งส่งผลดีต่อประชาชนมากกว่า
6	ประชาชนสามารถเรียกร้องสิทธิของตนเอง และคุณภาพที่ตนต้องการได้	ประชาชนที่เลือกจ่ายเพิ่มจะมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น
7	ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การจัดการโดยภาครัฐ และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารมีความจำเป็นอย่างยิ่ง	หากประชาชนคาดหวังมากขึ้น และฟ้องร้องมากขึ้น ผู้ซื้อบริการจะถูกกระแสนบังคับให้ขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ภายใต้งบประมาณจำนวนหนึ่ง สิทธิประโยชน์จะเพิ่มได้จำนวนหนึ่งเช่นกัน หากยังมีความคาดหวังอยู่อีก ทางออกโดยการร่วมจ่ายจะช่วยคัดกรองความคาดหวังนั้นว่า เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ที่มีประสิทธิผลจริงหรือไม่ และทำให้ระบบคงอยู่ได้
8	หากประชาชนคาดหวังมากขึ้น ฟ้องร้องมากขึ้น การกำหนดสิทธิประโยชน์อย่างเสมอภาค และประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจทั่วกัน จะช่วยให้ประชาชนคาดหวังในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม	การฟ้องร้องส่วนใหญ่เป็นผลที่เกิดจากความรุนแรงของการเข้าใช้บริการจนถึงเสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นการให้สิทธิประโยชน์ที่จำเป็นอาจทำให้คุณภาพของการบริการดีขึ้น
9	ประชาชนคาดหวังมากขึ้น ว่าจะได้รับความเสมอภาคแบบกว้างขวาง	คนที่ฟ้องร้องมากขึ้นอาจจะเป็นเพราะไม่มีทางเลือกให้
10	ประชาชนเรียกร้องได้มากขึ้น ทำให้สถานบริการต้องระวังเรื่องคุณภาพ	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 16

หาก การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง มีข้อจำกัดด้านงบประมาณที่จัดสรรให้ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ให้กับประชาชนดูแลสุขภาพตนเองด้วยทางเลือกอื่น เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น แพทย์ทางเลือก	ความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง จะเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง รักษาต่อเนื่อง ไม่หายขาด เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงอาจไม่สัมพันธ์ที่จะต้องนำมาใช้กับการรักษาการเจ็บป่วย ทุกรายไป การใช้ภูมิปัญญาทางท้องถิ่น สมุนไพร แพทย์ทางเลือก จะช่วยรักษาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้
2	อาจเกิดความเข้าใจผิด สร้างภาพลักษณ์ของประสิทธิภาพการรักษาแบบไม่ถูกต้อง และส่งเสริมใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างฟุ่มเฟือย	เมื่อเทคโนโลยีมีราคาแพงขึ้น ความเจ็บป่วยที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงอยู่แล้ว ก็จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอีก
3	1. เกิดการสูญเสียงบประมาณโดยไม่เกิดประโยชน์ 2. การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิต้องเน้นที่การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม	ส่งเสริมในทางอ้อมต่อการทำให้บริการทางการแพทย์เป็นผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์มากขึ้น
4	ประชาชนย่อมคาดหวังที่จะไปรับบริการในสถานบริการที่มีไฮเทคโนโลยีมากกว่าสถานบริการใกล้บ้าน	ค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงอยู่แล้ว การคุ้มครองต้องใช้ทรัพยากรมาก ยิ่งใช้เทคโนโลยีแพงเพิ่มขึ้น ทำให้ยิ่งมีความเป็นไปได้ที่จะมีทรัพยากรรองรับต่ำ
5	เทคโนโลยีราคาแพง หากมีความจำเป็นและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ควรได้รับการคุ้มครอง หากมีข้อจำกัดทางงบประมาณ ก็ควรให้ความคุ้มครองบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงก่อน	แพงขึ้น ระบบก็จะถอยจากเทคโนโลยีเอง
6	เมื่อประชาชนมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ความต้องการการรักษาโรคทั่วไปในบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้รับผลกระทบในทางลบ และทรัพยากรสุขภาพจะถูกนำไปใช้เพื่อการรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น	ควรเน้นเรื่องระบบ รูปแบบการใช้บริการ เพราะจะต้องปรับพฤติกรรมผู้รับบริการ เทคโนโลยีทางการแพทย์แพง ๆ ควรจัดเป็น Mapping Zone ตาม incidence ของการเกิดโรค ทั้งนี้ จะช่วยระบบการส่งต่อให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดการจัดหาที่ฟุ่มเฟือย
7	ทำให้บริการในระดับนี้บิดเบี้ยวในเชิงสัดส่วน เอาทรัพยากรส่วนมากไปใช้กับเทคโนโลยีราคาแพง	เมื่อมียาหรืออุปกรณ์ราคาแพงมากขึ้น ผู้ขอรับการย้อมจะพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น และพยายามที่จะกีดกันการใช้ยาหรืออุปกรณ์เหล่านี้
8	การรับรู้และคิดเอาว่าของใหม่ราคาแพงดีกว่าชนิดเก่า ราคาถูกทำให้ต้องการของใหม่เสมอ เทคโนโลยีใหม่และแพงทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้สูงขึ้นเร็วกว่าส่วนอื่น	เกิดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

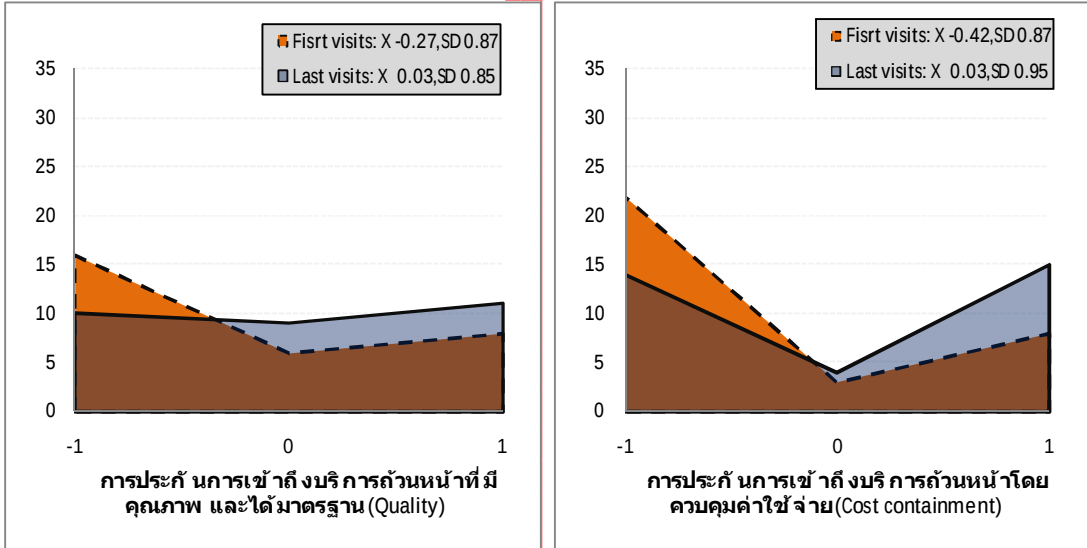
9	เทคโนโลยีใหม่มักถูกรับภาพว่าดีกว่าเดิมเร็วกว่า ทำให้ผู้รับบริการสนใจบริการระดับต้นและกลางน้อยลง	เป็นการจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาที่ปลายสุดของเหตุที่แพงที่สุดของระบบในขณะที่บริการขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิครอบคลุมกลุ่มประชากรมากกว่าและเป็นการแก้ปัญหาที่กลางเหตุหรือต้นเหตุมากกว่า
10	การที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด ประกอบกับการใช้จ่ายเพื่อซื้อเทคโนโลยีราคาแพง ทำให้อาจส่งผลเชิงลบต่อการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ	เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ และจะทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนด้วยโอกาสมีน้อยลง เป็นต้น
11	เหตุผลขัดแย้งกันเองที่เป็นโรคทั่วไป ไม่ซับซ้อน	
12	จะเกิดการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรอันจำกัดของประเทศ	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมนั้นครอบคลุมบริการที่ต้องการเทคโนโลยีที่มีราคาแพงอยู่แล้ว จึงไม่มีผลกระทบอะไร	
2	เทคโนโลยีที่มีราคาแพงอาจจะเป็นเทคโนโลยีที่ไม่จำเป็นเลยก็ได้ หรือ เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย และ ใช้อย่างไม่จำเป็น	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	การพัฒนาเทคโนโลยีจะทำให้ความสามารถในการให้บริการดีขึ้นสำหรับการให้บริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ด้วยต้นทุนที่ลดลง ความสามารถในการให้บริการน่าจะเพิ่มขึ้น ภาระของแพทย์น่าจะลดลง	เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้เกิดข้อเรียกร้องและแรงกดดันจากประชาชนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพและต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ดังกล่าว ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องให้ความสำคัญคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงในท้ายที่สุด
2	ส่งผลในเชิงบวกในการรักษาพยาบาลรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ถ้ามองในมิติของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แต่จะทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น	ส่งผลในเชิงบวกในการรักษาพยาบาลรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ถ้ามองในมิติของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน แต่จะทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น
3	เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทรัพยากรค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง จะเป็นแรงกดดันให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องหันกลับไปพึ่งพาการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมากขึ้น จึงจะสามารถอยู่รอดและมีทรัพยากรเพียงพอ	เมื่อประชาชนมีความต้องการการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะกดดันเรียกร้องให้รัฐต้องดำเนินการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือมีค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มมากขึ้น
4	เพื่อลดการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง	เพื่อให้คุ้มกับการลงทุนทางเทคโนโลยี
5	ยิ่งเทคโนโลยีมีราคาแพง ยิ่งต้องเน้นการคุ้มครองบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ	ประชาชนที่มีความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงจะได้รับการดูแล
6		The public will even increasingly demand the high cost services because they cannot afford themselves. So, politicians or decision makers will want to response to the public request.
7		เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา แต่ต้องระวังการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงที่สิ้นเปลืองงบประมาณโดยไม่เกิดประโยชน์
8		ต้องเน้นการคุ้มครองการรักษาที่มีราคาแพง โดยการพิจารณาประสิทธิผลที่ได้ก่อนให้ความสำคัญคุ้มครอง
9		Increasingly expensive new "life saving" technologies/treatments will increase risk for catastrophic loss, hence create pressure from consumers for selective coverage on high cost care

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 17

หาก การรักษายาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การให้ความรู้แก่ประชาชนที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน กับการรักษาพยาบาลที่มีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกัน ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยที่จะรับการรักษา	ความต้องการใช้เทคโนโลยีใหม่ทั้งผู้ให้และผู้รับไปทางเดียวกันในขณะที่ข้อมูลด้านความคุ้มค่าของเทคโนโลยีเหล่านี้มีไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับความสนใจ ผู้ให้บริการหากจัดให้ จะคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ หากไม่ให้ จะถูกมองว่าไม่มีคุณภาพ
2	มาตรฐานและคุณภาพเปลี่ยนไปตามเทคโนโลยี เมื่อเทคโนโลยีเปลี่ยน การปรับตัวให้ทันย่อมต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น	ส่งผลในเชิงลบต่อระบบบริการถ้วนหน้าที่ควบคุมค่าใช้จ่าย เพราะจะทำให้ผู้ให้บริการขาดทุน
3	คุณภาพและมาตรฐานไม่ได้ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง แต่ต้องคำนึงถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม	การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงจะทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้นในภาวะที่มีทุนต่ำเช่นในปัจจุบัน
4	เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีทรัพยากรจำกัด ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้เกิดความยากลำบากต่อการประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน	การเพิ่มขึ้นของความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5	ด้วยงบประมาณและทรัพยากรสุขภาพที่จำกัดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความต้องการการรักษาพยาบาลที่มีเทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง จะส่งผลกระทบต่อผลการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างถ้วนหน้า	เทคโนโลยีราคาแพงเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย ประชาชนมีอายุยืนขึ้น โรคที่เคยต้องตาย กลับรอดชีวิต และทุกคนคาดหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว
6	การลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง อาจส่งผลกระทบต่อบริการที่มีเป้าหมายครอบคลุมอย่างถ้วนหน้า มีคุณภาพ และได้มาตรฐานภายใต้งบประมาณที่จำกัด	ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่ม จะทำให้การควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับการประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าเป็นไปได้น้อยลง
7	เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ควรมีมาตรฐานและข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการเลือกใช้	ต้องใช้จ่ายกับเทคโนโลยีราคาแพง จะคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างไร
8		ผู้เกี่ยวข้องมักคิดคำนวณเฉพาะครั้งเฉพาะราย ผู้ให้บริการเมื่อต้องการคุมค่าใช้จ่ายจะถูกมองว่าให้บริการไม่มีคุณภาพ ในขณะที่ผู้ซื้อบริการก็ไม่สามารถบังคับควบคุม
9		การรักษาที่ใช้เทคโนโลยีราคาแพง จะทำให้นโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นไปได้ยาก

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัญชีผลลัพธ์ระดับระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

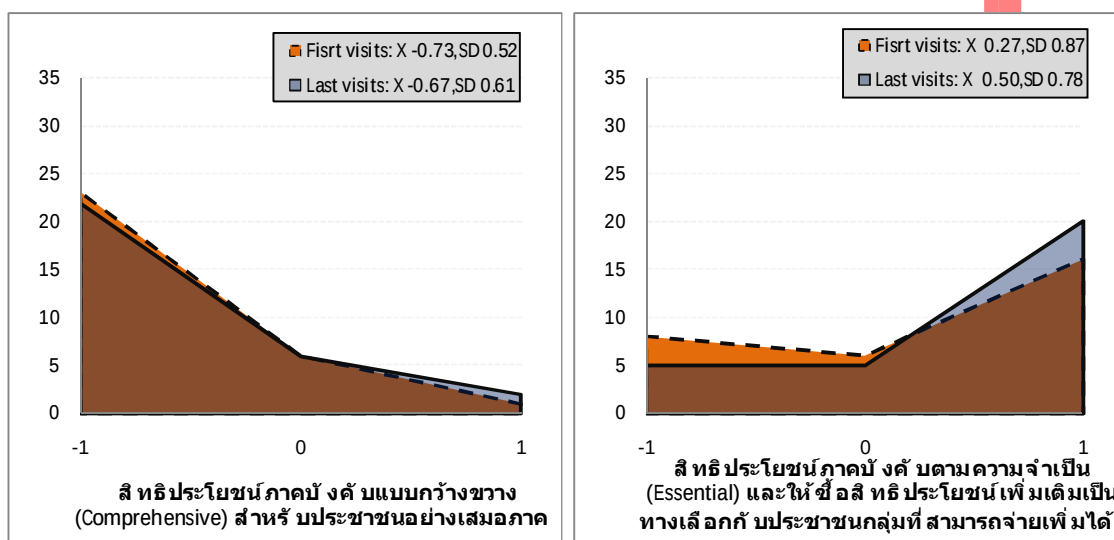
10			การเข้าถึงบริการที่ถูกควบคุมค่าใช้จ่ายอาจไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายกับการบริการที่มีความจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง
11			ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในเรื่องเทคโนโลยี อาจจะทำให้ต้องเก็บเงินเพิ่ม ทำให้เกิดปัญหาของกองทุนได้
12			การควบคุมค่าใช้จ่าย จะทำให้ไม่สามารถให้การรักษายาบาลที่ใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง
13			เทคโนโลยีที่มีราคาแพงจะทำให้การควบคุมต้นทุนทำได้ยากลำบากขึ้น
14			เหตุผลขัดแย้งในตัวของตัวเอง กล่าวคือ การแพทย์+เทคโนโลยี = ต้นทุนสูง
15			เมื่อต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาจทำให้ส่งผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายได้
ไม่มีผลกระทบ (0)			
1	เรื่องนี้ขึ้นกับงบประมาณและสิทธิประโยชน์พื้นฐาน		
2	เทคโนโลยีราคาแพงที่มีความจำเป็นและมีประสิทธิผลคุ้มค่า กับบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพในบริการที่เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ ล้วนเป็นสิ่งที่ประชาชนคาดหวัง หากงบประมาณจำกัด สองเรื่องนี้มีผลกระทบต่อกัน		
3	การบริการที่ได้คุณภาพและมาตรฐานไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงเท่านั้น		
4	ต้องมีการเลือกใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม		
มีผลในเชิงบวก (+)			
1	1.อยู่ที่ระบบการ training แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2. พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน 3. การโฆษณาชวนเชื่อของภาคเอกชน --> ที่มีผลต่อการเข้าถึงและมาตรฐานบริการ เพราะฉะนั้นต้องจัดระดับ Essential needs		ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จะทำให้การวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมาตรฐานในการรักษายาบาลที่รวดเร็ว ทันต่อการให้บริการ จึงทำให้การเข้าถึงบริการถ้วนหน้ามีข้อจำกัดโอกาสของประชาชน
2	ส่งผลในเชิงบวกในแง่คุณภาพและมาตรฐาน		เทคโนโลยีมีราคาแพงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ความพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีก
3			การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นการสร้างหลักประกันความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง
4			การรักษายาบาลที่ต้องการเทคโนโลยีราคาแพงยิ่งจะไม่ผลักดันให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัยที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 18

หาก การรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาคจะถูกจำกัดในการเข้าถึงการบริการที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึงจะทำให้ลดความคาดหวังของประชาชน	เทคโนโลยีใหม่จะถูกบรรจุอยู่ในส่วนที่ต้องซื้อเพิ่มหากกระบวนการทบทวนชุดสิทธิพื้นฐานล่าช้า ความไม่เป็นธรรมจะมากขึ้น
2	ส่งผลในเชิงลบ เพราะต้นทุนของสถานพยาบาลจะสูงขึ้นหรือประสบภาวะขาดทุน	ส่งผลในเชิงลบ เพราะต้นทุนของสถานพยาบาลจะสูงขึ้นหรือประสบภาวะขาดทุน
3	1. มีการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น 2. มีการทุจริต	จะถูกสร้างภาพว่าบริการเดิมเป็นบริการชั้นสองความไม่เท่าเทียมจะมากขึ้น
4	เมื่อการรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรสุขภาพสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความจำกัด ดังนั้นการให้สิทธิประโยชน์แบบกว้างขวางครอบคลุมประชาชนทุกคนจึงมีความเป็นไปได้น้อย	1. จะเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลของเทคโนโลยีที่มีราคาแพง 2. เพิ่มปริมาณการรับบริการที่ไม่จำเป็น และ Over Load
5	เมื่อทรัพยากรสำหรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่อนข้างจำกัด ในขณะที่ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้นจะทำให้เป็นไปได้ยากในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางสำหรับประชาชนทุกคน	
6	การลงทุนกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงอาจส่งผลต่อความต้องการของประชาชนที่เสมอภาคได้เนื่องจากปัจจัยงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด	
7	เทคโนโลยีราคาแพงที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า จะถูกผลักดันให้สิทธิประโยชน์ด้วยความคาดหวังของประชาชนและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการคุ้มครอง แต่จะไม่สามารถเป็นสิทธิประโยชน์แบบกว้างขวาง หากต้องการให้เสมอภาค	
8	ต้นทุนของระบบเพิ่มสูงขึ้นตามกิจกรรมของเทคโนโลยีที่ใช้บริการอย่างกว้างขวาง	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

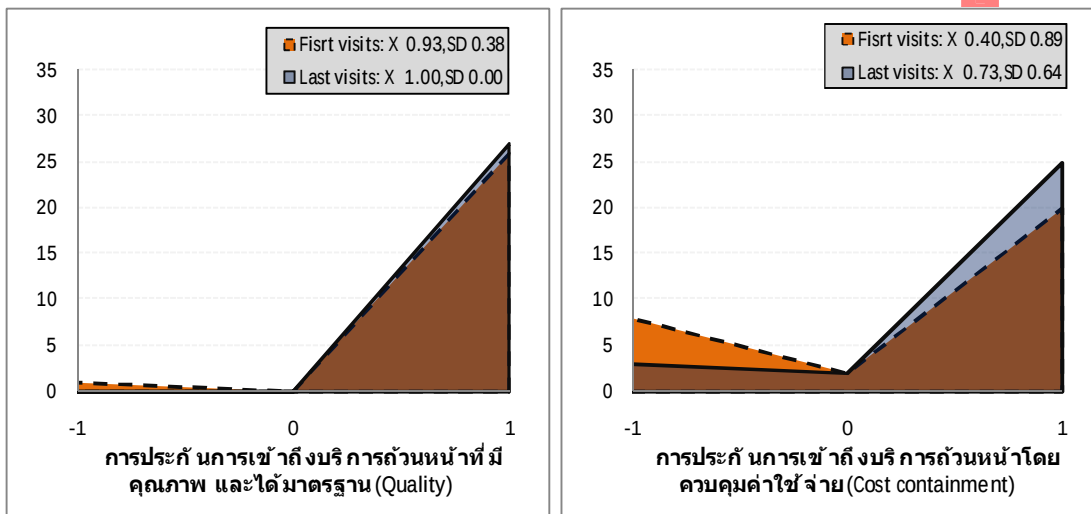
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	1.อยู่ที่ระบบการ training แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2.พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน 3.การโฆษณาชวนเชื่อของภาคเอกชน --> ที่มีผลต่อการเข้าถึงและมาตรฐานบริการ เพราะฉะนั้นต้องจัดระดับ Essential needs	ระบบการจัดการด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน ที่เข้มแข็งจะเปิดโอกาสให้กับประชาชน ที่สามารถจ่ายเพิ่มเติม ด้วยการรักษายาบาลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้ เสมอภาค
2	จะมีการผลักดันเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเข้าไปในสิทธิประโยชน์ภาคบังคับ	เมื่อการรักษาพยาบาลมีความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำกัด จึงความเป็นไปได้สูงที่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเป็นลักษณะภาคบังคับตามความจำเป็น และให้ประชาชนซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตามความสามารถในการจ่าย
3		การที่รัฐมีทรัพยากรสุขภาพและงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่ความต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มมากขึ้น จะทำให้รัฐไม่สามารถให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง แต่จะเลือกให้สิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมกับความจำเป็นขั้นพื้นฐาน
4		จะมีการจัดลำดับความสำคัญในการใช้งบประมาณที่จำกัด สำหรับตอบสนองต่อสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น ส่วนสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็จะมีเงินจากการจ่ายร่วมของประชาชนมาช่วยในการจัดหาเทคโนโลยีที่มีราคาแพง
5		เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ควรเป็นทางเลือกของการร่วมจ่าย หากไม่ใช่เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิต
6		1. ประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพจะสะท้อนด้วยสิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เป็นไปตามความจำเป็นทางการแพทย์ 2. ประสิทธิภาพด้านการบริหารกองทุนจะสะท้อนด้วยการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับให้เพียงพอกับสิทธิประโยชน์ภาคบังคับโดยไม่มีผลกระทบในทางลบกับผู้ใช้บริการ ทั้งสองข้ออยู่ภายใต้เงื่อนไขว่า ไม่มีใครสามารถคาดการณ์จำนวนการบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ในแต่ละช่วงเวลาได้แม่นยำ
7		Increasingly expensive new "life saving" technologies/treatments will increase risk for catastrophic loss, hence create pressure from consumers for selective coverage
8		เฉพาะการซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม(เช่นในภาคเอกชน ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมจ่าย)

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัยที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 19

หาก โรงพยาบาลของรัฐบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ตัวชี้วัดประสิทธิภาพเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลที่ได้จากภาคผู้ให้บริการแต่ไม่ได้สะท้อนคุณภาพและมาตรฐานและความพอใจจากผู้รับบริการ	การเน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวจะทำให้มีข้อขัดแย้งในการบริหารและการบริการ เป็นอุปสรรคในการจัดการที่มีประสิทธิภาพ
2	โรงพยาบาลภาครัฐยังมีขั้นตอนที่ต่อประสิทธิภาพอยู่ หากมีการปรับปรุงโดยเฉพาะ Utilization management จะเป็นตัวขับเคลื่อนทางบวกอย่างมาก	การบริหารจัดการของโรงพยาบาลรัฐที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับต้นทุนการควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการถ้วนหน้าของประชาชน การประเมินความพึงพอใจกับการรับบริการ และการไม่มีปัญหาเรื่องเรียน จากประชาชน จะมีความสำคัญมากกว่า ตามสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ไม่มีผลกระทบ (0)

1		การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้มีการใช้และการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเป็นเหตุเป็นผล คือใช้ในสิ่งที่ต้องใช้ และมีความจำเป็น ซึ่งอาจไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลง

มีผลในเชิงบวก (+)

1	การสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ขึ้นอยู่กับทีมงาน และเครือข่ายการมีส่วนร่วมที่เชื่อมประสานงานในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ของประชาชน อย่างเสมอภาค	การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นของโรงพยาบาลในภาครัฐ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ด้วย
2	ส่งผลในเชิงบวกในระบบบริการถ้วนหน้าที่มีมาตรฐาน แต่เป็นไปได้ยากเนื่องจากทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขของรัฐขาดแคลนจำนวนมาก	หากโรงพยาบาลของรัฐมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น จะทำให้การประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้อีกด้วย
3	ต้องคำนึงถึงจิตสำนึกและความสามารถบุคลากรทางการแพทย์ โอกาสในการเข้าถึงยา และคุณภาพของการบริการ	ส่งผลในเชิงบวกเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายเพราะจะประหยัดในค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นออกจากระบบแต่ก็เป็นไปได้ยากเนื่องจากการกระจายตัวของทรัพยากรภาครัฐไม่เพียงพอ
4	หากโรงพยาบาลของรัฐสามารถจัดการให้มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรเหลือเพิ่มมากขึ้นในการประกันสุขภาพที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	หากมีการบริหารจัดการที่ดีย่อมส่งผลต่อการได้รับบริการของประชาชนที่มีความครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

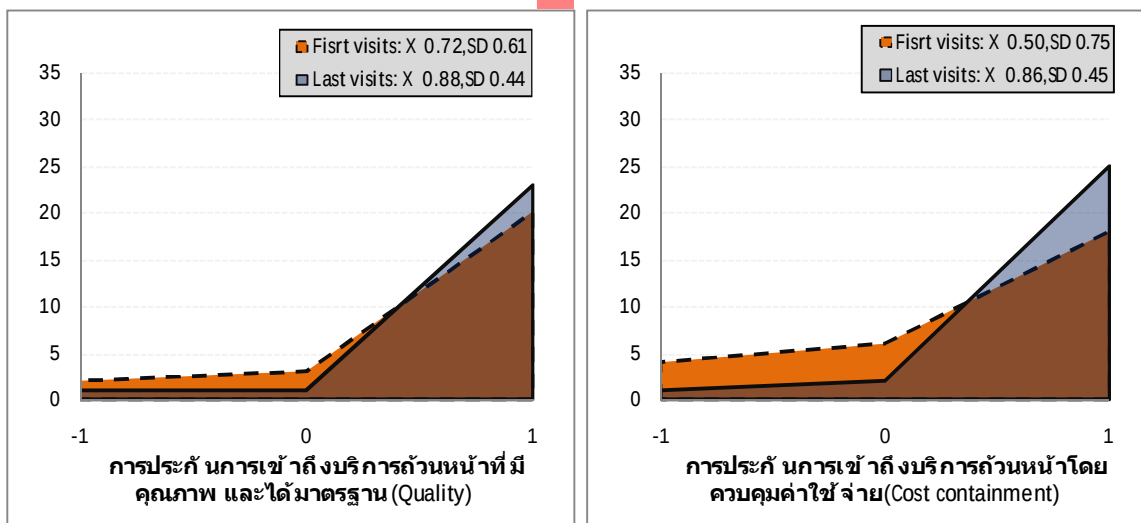
5	เช่นเดียวกับความเห็นก่อนหน้านี้ คือ หากโรงพยาบาลของรัฐสามารถจัดการให้มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น จะทำให้มีทรัพยากรเหลือเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำส่วนที่เหลือไปใช้ในการประกันสุขภาพที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นย่อมสะท้อนการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของระบบการบริการที่ดี
6	หากมีการบริหารจัดการที่ดีย่อมส่งผลต่อการได้รับบริการของประชาชนที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	
7	การบริหารจัดการที่ดี ต้องมี Back up ที่ดี มีนโยบายรองรับบนความโปร่งใส จะรักษาระบบ รักษาบุคลากรไว้ได้	
8	การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้จัดสรรทรัพยากรสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้บริการได้มากขึ้น และควบคุมมาตรฐานได้	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 บัณฑิตวิทยาลัยที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 20

หาก นโยบายเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	การพัฒนาบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นความต้องการและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น การลดระบบรายงานที่ไม่จำเป็นต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ที่มีจำกัด ตัวชี้วัดมาตรฐานควรกำหนดโดยพื้นที่ชุมชนเอง เพราะมีการกระจายอำนาจในด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงานในช่วงเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ	การพัฒนาบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพโดยการควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสการเข้าถึงบริการ การหลักการสาธารณสุขมูลฐาน นำมาใช้จะมีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายของการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า ภายใต้การบริหารจัดการ ที่กระจายอำนาจให้ท้องถิ่น จัดการด้านสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ
2	บริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องการทรัพยากรและการดำเนินการที่กระจายลงไปอย่างกว้างขวาง ทุกพื้นที่ ทำให้แต่ละแห่งได้รับทรัพยากรไม่เพียงพอที่จะมีมาตรฐานและคุณภาพตามต้องการ	การควบคุมค่าใช้จ่ายอาจเป็นอุปสรรคของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะกิจกรรมทั้งสองส่วน มีบางกิจกรรมเช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจไม่ใช้งบประมาณ แต่การผลิตบุคลากรอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณและต้องรอเวลา
3	อาจทำให้ความต้องการเข้าถึงบริการในระดับตติยภูมิมีปัญหา	

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	นโยบายสนับสนุนบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อประกันสุขภาพแบบควบคุมค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด
2	การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องควบคุมค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมีนโยบายเน้นการพัฒนา primary care และ health promotion หรือไม่ก็ตาม
3	ทุกเรื่องต้องควบคุมค่าใช้จ่ายอยู่ดี primary care และ health promotion ก็ต้องคุม ผลจะ + หรือ - ก็ไม่น่าจะเกี่ยว

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

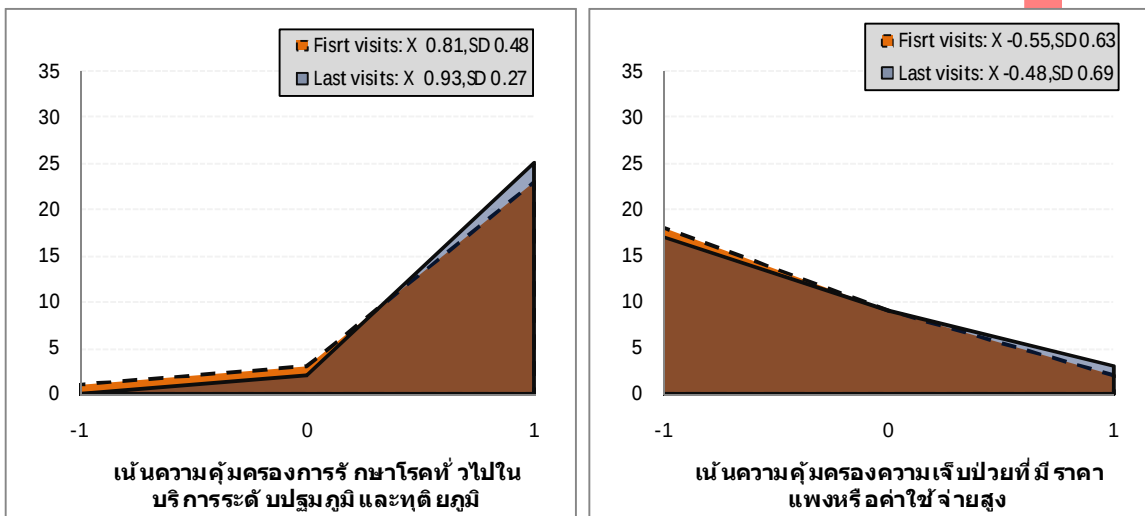
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	นโยบายการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ลดลง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมจะลดลงเนื่องจากบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่มีต้นทุนต่ำกว่าบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ นอกจากนี้ การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงจะทำให้เหลือทรัพยากรสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในการจัดการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานแบบถ้วนหน้า	ส่งผลในเชิงบวกเนื่องจากเป็นจุดบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด สามารถสร้างเสริมสุขภาพในโครงการส่งเสริมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในอนาคตลดลง
2	1. ระบบบริการปฐมภูมิเป็นด้านหน้าของการดูแลรักษาสุขภาพ 2. การเสริมสร้างสุขภาพจะช่วยลดสถิติและความรุนแรงของการเจ็บป่วย	ภายใต้งบประมาณที่จำกัด จะสามารถจัดการในระดับปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้งบประมาณไม่มากได้อย่างทั่วถึง
3	เนื่องจากบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนที่มีเศรษฐานะยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อเปรียบเทียบกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ดังนั้น การมุ่งเน้นพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิจะช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น แต่ในระยะยาวค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุจะเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในภาพรวม
4	เป็นจุดบริการที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด	ทำให้เกิดการกระจายโอกาสในการดูแลรักษาสุขภาพให้กว้างขวาง และครอบคลุมทั่วถึง
5	ต้องทำนโยบายให้เกิดการยอมรับ ตั้งแต่คน ให้ภาคประชาชนรับรู้ มีส่วนร่วม ในฐานข้อมูลบนความจริง.. ไม่ใช่ประชานิยม ต้องปลอดการเมือง	โดยตัวของมันเองระบบบริการปฐมภูมิมิต้นทุนต่ำแต่ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวาง
6	นโยบายเน้นการพัฒนาปฐมภูมิและสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยต้องสร้างการรับรู้เพื่อให้เข้าถึงมากขึ้น	
7	การระดมทรัพยากรสาธารณสุขไปใช้ตรงส่วนนี้ในระยะยาวจะทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนลดลง ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพก็จะลดลง	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 21

หาก นโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1		นโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามบทบาทภารกิจ การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง ด้วยการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในชุมชน มุ่งเน้นการจัดการของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ประชาชนมีสุขภาพที่ดี อย่างยั่งยืน
2		อาจทำให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงมีผลกระทบ เพราะการมุ่งเน้นไปที่การบริการระดับปฐมภูมิ จึงควรมีการวางระบบที่สมดุล โดยอาจใช้ระบบการจ่ายร่วมเข้ามาช่วย เพื่อลดภาระด้านงบประมาณของภาครัฐ
3		ค่าใช้จ่ายสูง ต้องสมเหตุสมผล เช่น เด็กเข้ามหาวิทยาลัย ต้องดู ONET, ANET ..ผู้ใช้สิทธิ High cost ก็ควรดูแลสิทธิสุขภาพส่วนตัวด้วย (วิद्याก..แต่ต้องเริ่มคิดแล้วครับ)
4		เมื่อนโยบายเน้นการพัฒนาปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพ จึงยากที่ผู้ปฏิบัติจะเน้นการคุ้มครองการรักษาโรคที่ราคาแพง แต่จะเน้นการป้องกันโรคที่มีราคาแพง
5		บทบาทของระบบบริการอาจต้องกลับหัวกลับหางกับปัจจุบัน

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	นโยบายการพัฒนาฯ กับการคุ้มครองไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกัน เพราะการคุ้มครองเพียงบอกว่า ระบบจะให้การคุ้มครองเรื่องนั้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาหรือไม่ก็ได้	- ช่วยในเรื่องของการลดปริมาณผู้เจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูง
2	Healthcare financing and delivery are separated issue. Development of primary care may occur in a system that does not provide coverage of primary care especially when the cost of primary care is also partially subsidized by the government	- ช่วยลดปริมาณผู้เจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูง และประหยัดงบประมาณ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 2 ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

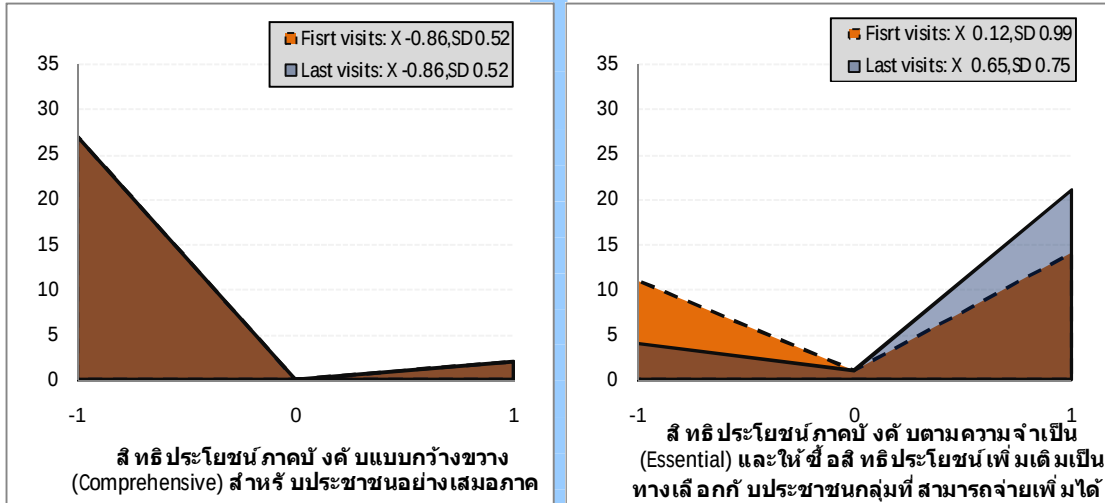
มีผลในเชิงบวก (+)	
1	การสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องใช้การมีส่วนร่วม การประสานงาน ทักษะ ประสบการณ์ ความรู้ ร่วมกับทุกภาคส่วนแบบบูรณาการ ของชุมชน และต้องสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้านการจัดการสุขภาพ การที่เน้นเฉพาะการรักษาที่มีราคาแพง ก็ทำให้ประชาชนต้องดูแลตนเองมากขึ้น ไม่รักษาโดยไม่จำเป็น ก็เป็นแรงผลักดันให้ต้องการบริการปฐมภูมิที่ดีด้วย แต่รัฐก็ต้องสนับสนุนงบประมาณของหน่วยปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ไม่ว่าหลักการจะประกันแบบใดก็ตาม
2	การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานย่อมส่งผลในเชิงบวกต่อการรักษาโรคทั่วไปในระบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ส่งผลในเชิงบวกโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพในโครงการส่งเสริมป้องกันโรคจะทำให้ประชาชนรู้จักดูแลตัวเองได้ดีขึ้น จะลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูงในอนาคต
3	ทำให้สร้างโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนและสังคมอย่างทั่วถึง การเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพจะทำให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ ทำให้มีทรัพยากรส่วนหนึ่งเหลือไปใช้ในการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง
4	- การบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ที่จะมีผลต่อการสร้างสุขภาพที่ดีต่อชีวิตและสังคม - ทำให้เหลือทรัพยากรสุขภาพไปใช้กับการคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือมีค่าใช้จ่ายสูง
5	เป็นนโยบายที่ไม่ในทิศทางเดียวกัน ทำให้เหลือทรัพยากรไปใช้กับกรณีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ดูเผินๆเหมือนขัดกัน แต่ที่จริงช่วยส่งเสริมกัน
6	เป็นนโยบายที่สอดคล้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม น่าจะส่งผลกระทบท่อระบบโดยรวมทั้งหมดในทางบวก
7	ในประเทศไทย หากนโยบายเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นการสื่อไปยังผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับผิดชอบให้เน้นความคุ้มครองในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประชาชนเข้าใจเรื่องสุขภาพ การรักษา การดูแลตนเองจากปฐมภูมิ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง เข้าใจการรักษา โรค ค่าใช้จ่ายสูง จากโอกาสเรียนรู้มากขึ้นจากปฐมภูมิ
8	สอดคล้องกับแนวคิดของการออกแบบระบบ โรคภัยที่เกิดต่อผู้สูงอายุ มักเป็นโรคภัยที่ "ป้องกัน" ได้ยากกว่า เช่น มะเร็ง โรคทางสมอง เป็นต้น ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ ย่อมช่วยลด โอกาสเป็นโรคอื่นๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการสร้างเสริมสุขภาพ. ทำให้ เราสามารถนำทรัพยากรมาเน้นคุ้มครอง โรคที่เกิดในผู้สูงอายุ ที่ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายสูง.
9	เป็นเรื่องที่สอดคล้องกัน ลดภาระงาน ค่าใช้จ่ายและคุณภาพการดูแลดีขึ้น อาจลดการฟ้องร้องด้วย
10	นโยบายที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เจ็บป่วยลดลง จึงอาจส่งผลให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
11	การสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 22

หาก ให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ควรใช้การบริหารจัดการแบบผสมผสาน ภาคเอกชนมาเติมเต็มส่วนที่ขาดของภาครัฐด้วยการเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	การบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่ประชาชนควรได้รับอย่างเหมาะสม และไม่ใช้ธุรกิจที่หวังผลกำไร เอกชนอย่างใดก็ต้องการหวังผลกำไร จึงไม่เหมาะที่จะมาบริหารจัดการแทนรัฐ
2	ภาคเอกชนจะมุ่งผลประโยชน์ทางธุรกิจการค้าเป็นสำคัญมากกว่าระบบสาธารณะ (ภาคธุรกิจถอนตัวจากโครงการหลักประกัน)	ธุรกิจเล็งที่ผลกำไรบริการใดที่ทำแล้วผลตอบแทนสูงจะใส่และพัฒนา กิจกรรมภาคบังคับจะทรงหรือเป็นไปตามเดิม
3	การให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวางถ้วนหน้ามิใช่แนวทางหลักที่บริษัทประกันสุขภาพเอกชนใช้ในการจัดการบริการประกันสุขภาพให้กับประชาชน	ระบบหลักจะถูกละเลย บริการเสริมที่สร้างกำไรจะเพิ่มมากขึ้น
4	ปรัชญาของระบบประกันสุขภาพเอกชนคือการแสวงหาผลกำไร ดังนั้น การให้สิทธิประโยชน์ที่น้อยที่สุด และเก็บเบี้ยประกันสูงสุด จึงไม่สอดคล้องกับการให้สิทธิประโยชน์แบบบังคับกว้างขวาง	ระบบการจัดการของเอกชนจะมีความชัดเจน แต่อาจไม่เป็นที่ยอมรับจากทุกภาคส่วน
5	ธุรกิจภาคเอกชนย่อมหวังผลกำไรเป็นเป้าหมายสูงสุด อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคได้	มีราคาแพง มีผู้ได้รับจำกัดจำนวน ทำให้ทำกำไรได้ต่ำ และ มีผู้ไม่พอใจมาก
6	ภาคเอกชนอาจมีการบริหารจัดการที่ดี และให้สิทธิประโยชน์อย่างเสมอภาค แต่จะมีรอบสิทธิประโยชน์ที่ไม่กว้างขวาง เนื่องจากต้องสมดุลกับงบประมาณ และผลกำไร	ภาคเอกชนเป็นบริหารจัดการเพื่อแสวงหากำไร แต่การบริการสาธารณสุขควรเป็นการบริการที่ไม่แสวงหากำไร จะประกันคุณภาพที่แท้จริงได้อย่างไร เมื่อต้องเปรียบเทียบกับงบประมาณที่มีอยู่ การให้ประชาชนซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมถึงแม้จะดูเหมือนว่าเป็นทางเลือกที่ดี เหตุใดจึงไม่ใช้ระบบนี้กับภาครัฐแทนที่จะเป็นภาคเอกชน ควรส่งเสริมให้ภาครัฐมีระบบบริหารจัดการที่คล่องตัวคล้ายเอกชน แต่ไม่มุ่งหวังเรื่องกำไร
7	เอกชนอาจทำได้ดีแต่มีต้นทุนสูงเนื่องจากแสวงหากำไร กลไกราคาไม่อาจทำงานได้จริง ผู้ให้บริการยังคงผูกขาดข้อมูล และอาจมีการสร้างความต้องการเทียมในระบบ	

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	ภาคเอกชนสามารถทำงานได้อย่างดี ถ้ารัฐบาลกำหนดความชัดเจน และ มี Services Agreement ที่ชัดเจน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

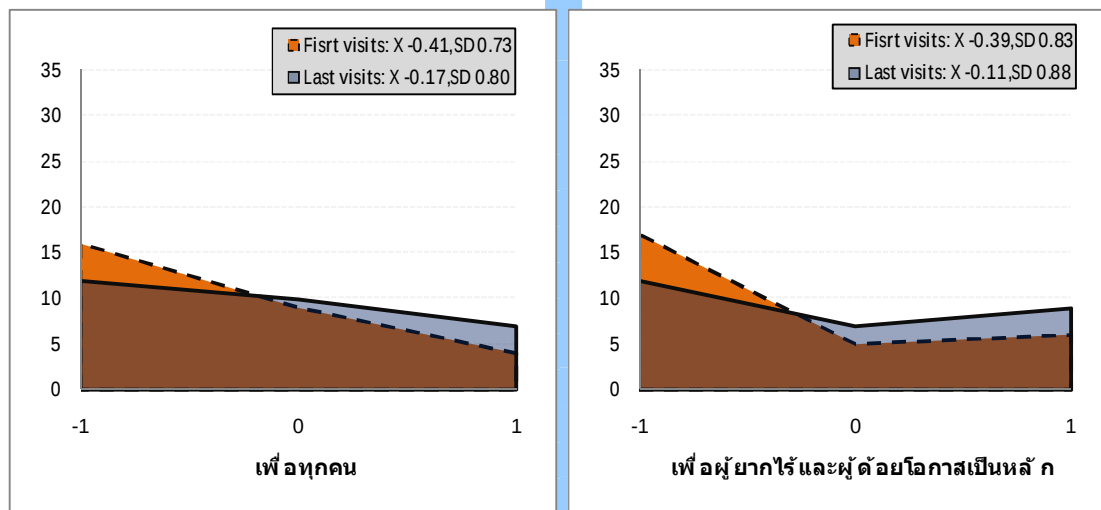
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ความคล่องตัวของเอกชนจะช่วยในหลายเรื่อง ส่วนเรื่องต้นทุนและการแสวงกำไร อาจจำกัดได้จากข้อตกลงและสัญญาที่รัดกุม	การจัดการสุขภาพโดยกองทุนสุขภาพชุมชน และการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพแทนภาครัฐ ประชาชนมีทางเลือกที่จะใช้บริการ ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ตามความพึงพอใจของในกลุ่มกองทุนที่จัดตั้งขึ้น
2	จะทำให้จำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้นจำนวนมากและสามารถบังคับคุณภาพมาตรฐานการบริการได้ตั้งแต่ต้น และเกิดการแข่งขันในการบริหารการบริการที่มีประสิทธิภาพระหว่างรัฐและเอกชน ประชาชนจะสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลที่พึงปรารถนาของตัวเองได้	เป็นแนวทางที่ระบบประกันสุขภาพเอกชนใช้ในการดำเนินการจัดประกันสุขภาพให้กับประชาชนอยู่แล้ว และหากให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ มีความเป็นไปได้ว่าแนวทางดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เป็นกระแสหลักอย่างแน่นอน
3	ภาคเอกชนมีแนวโน้มที่จะจำกัดต้นทุน เพื่อให้เกิดกำไร และทำให้คนรู้สึกว่าคุณค่าได้รับบริการถ้วนหน้า	ภาคเอกชนมีแนวโน้มที่จะหากำไรให้มาก จึงสร้างทางเลือกในการขยายบริการเสริมให้มากขึ้น
4	น่าจะมีการแข่งขันและสร้างการเข้าถึงได้มากขึ้น รวมทั้งจะเกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเต็มที่	ภาคเอกชนมีแนวโน้มเน้นกำไร มักเสนอบริการเสริม
5	มีสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ควรอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน	จะทำให้จำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้นจำนวนมากและสามารถบังคับคุณภาพมาตรฐานการบริการได้ตั้งแต่ต้น และเกิดการแข่งขันในการบริหารการบริการที่มีประสิทธิภาพระหว่างรัฐและเอกชน ประชาชนจะสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลที่พึงปรารถนาของตัวเองได้
6		- ต้องสร้างมาตรฐานและคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับ ในสิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น - ต้องสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในเรื่องการรับรู้ข้อมูล การแสดงความเห็นตลอดจนการตัดสินใจในเชิงนโยบายของการพัฒนาหลักประกัน
7		สอดคล้องกับธรรมชาติและแนวคิดของการจัดระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน
8		ภาคเอกชนจะมีแนวคิดเรื่องการแข่งขัน และการคุ้มครองสิทธิจำกัดเพื่อให้ประชาชนเลือกเองและจ่ายเพิ่มเพื่อลดความเสี่ยงของตนเอง
9		ภาคเอกชน responsive ต่อความต้องการของลูกค้า มากกว่าภาครัฐ ดังนั้นบริการเสริมต่างๆ จะได้รับการพัฒนา มากกว่า
10		ภาครัฐก็จะเข้ามาเสริมการจัดบริการของภาครัฐเพื่อตอบสนองต่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้
11		ภาคประชาชน ควรเข้ามารับบริการในส่วน Extra Specific Requirement ผู้ป่วยร่วมซื้อบริการ
12		ภาคเอกชนซึ่งมีข้อได้เปรียบในประสบการณ์การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ จะช่วยให้มีทางเลือกของการประกันแบบ Top up ในกรณีที่ต้องจ่ายเพิ่มในโรคที่จำกัดการคุ้มครอง
13		เฉพาะส่วนของสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมแต่ต้องบังคับโดยกฎหมายให้ให้ผู้ให้บริการต้องบริการผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็นโดยมีคุณภาพและมาตรฐาน
14		เอกชนหวังผลกำไร ดังนั้นจะเลือกผลักดันการร่วมจ่าย
15		เอกชนจะพัฒนาทางเลือกในการร่วมจ่ายได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 23

หาก เกิดเหตุการณ์ Pandemic ของโรคติดต่อที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก
จนเป็นภาระแก่ระบบ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เมื่อโรคติดต่อเกิดซ้ำซาก และระบบเป็นไปเพื่อทุกคน จำนวนคนที่จะต้องเข้าสู่ระบบการรักษาก็จะมากขึ้น และค่าใช้จ่ายในการป้องกันก็จะสูงตามการรักษาด้วย	ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสจะมีผลกระทบมากกว่า เนื่องจาก มีปัจจัยของการเกิดโรคได้มากกว่าปกติ
2	ทำให้ต้นทุนต่อหัวของประชาชนในกลุ่มโครงการหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลในเชิงลบถ้ารัฐบาลจัดอัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง	เมื่อเกิดโรคซ้ำซาก ระบบที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง แม้จะให้เฉพาะแก่ผู้ยากไร้ ก็จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอยู่ดี
3	- มีผลกระทบต่องบประมาณและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่จะต้องเข้าไปดูแล - มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราตาย ที่จะเพิ่มสูงมากขึ้น	ทำให้ต้นทุนต่อหัวของประชาชนในกลุ่มโครงการหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลในเชิงลบถ้ารัฐบาลจัดอัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง
4	การเกิดโรคระบาดในวงกว้างจะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณ และทำให้เหลือทรัพยากร (ทั้งบุคลากรเตียง และงบประมาณ) น้อยลงในการให้บริการประกันสุขภาพหรือจัดบริการสุขภาพเพื่อทุกคน	- ปัญหาเรื่องข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจของผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสในการป้องกันตนเองและครอบครัว จากการพัฒนาการกระจายของโรค - มีผลกระทบต่อความร่วมมือของประชาชนในการควบคุมและป้องกันการระบาด และการดูแลรักษาให้ทันต่อความรุนแรง
5	การมี pandemic ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้นมาก ย่อมมีผลกระทบต่อภาระของภาครัฐในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน	โรคระบาดเป็นกับใครก็ได้ และถ้าซ้ำซากคนระดับกลางก็เดือดร้อน การจัดการที่จะบอกว่าใครคือผู้ยากไร้ด้อยโอกาส น่าจะไม่ทันต่อเหตุการณ์ งบประมาณที่จำกัดเฉพาะกลุ่มจะไม่เพียงพอต่อการควบคุมกำจัดโรคได้
6	รัฐจะต้องทุ่มเททรัพยากรทั้งเงินงบประมาณ บุคลากรไปเพื่อการจัดการต่อเหตุการณ์ Pandemic ที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อตอบสนองความต้องการประชาชนทุกคนได้	การดูแลเฉพาะผู้ยากไร้มีวิธีคิดแบบสงเคราะห์ เมื่อเกิดการระบาดกว้างขวางทรัพยากรที่จำกัดจะทำให้ผู้ยากไร้เข้าถึงบริการยากขึ้น
7	pandemic ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบประกันสุขภาพทั้งหมดแน่นอน เพราะค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น และเงินที่จะต้องเข้ามาแก้ไข อาจจะไม่พอ	รัฐจะต้องทุ่มเททรัพยากรทั้งเงินงบประมาณ บุคลากรไปเพื่อการจัดการต่อเหตุการณ์ Pandemic ที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อตอบสนองความต้องการประชาชนที่มีฐานะยากจนและผู้ด้อยโอกาสได้
8	ผลจากโรคระบาด มีผลกระทบต่อกองทุนอย่างแน่นอน เพราะจะมีผู้เจ็บป่วยและล้มตาย จำนวนมาก แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็ตาม	ผู้ยากไร้ ที่ต้องพึ่งพาระบบ อาจจะได้รับการเอาใจใส่น้อยลง
9	เมื่อเกิดโรคระบาด จะมีค่าใช้จ่ายทั้งระบบสูงมาก รัฐอาจจะต้องเข้ามาสนับสนุน งบประมาณ หรือ อาจจะเสียหายทั้งระบบ	ผู้ด้อยโอกาส เป็นภาระของระบบ เนื่องจากจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นไปอีก ทำให้การบริการต้องแย่งลง

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

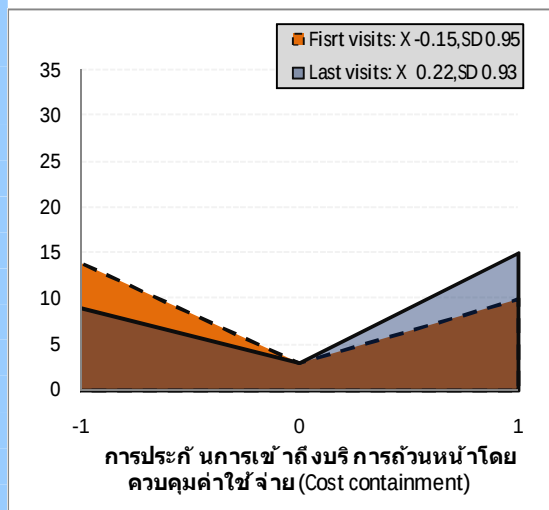
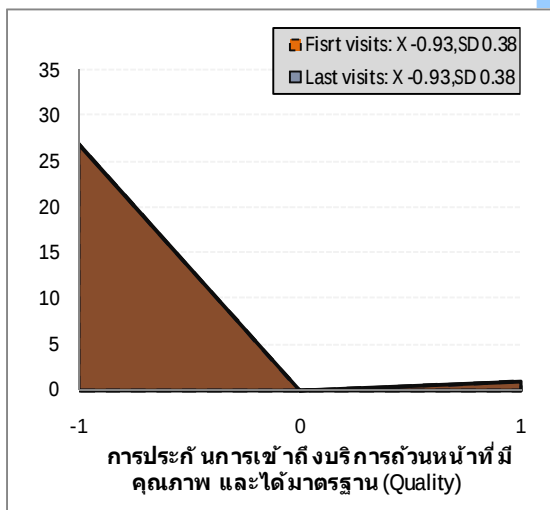
10	เมื่อภาระทางการรักษาพยาบาลมากขึ้น รัฐบาลอาจลดการครอบคลุมทุกโรค	ไม่เป็นผลดีต่อระบบการควบคุมป้องกันโรคที่เน้นการป้องกันในกลุ่มคนโดยไม่ยกเว้นเป็นคนจนคนรวยที่เป็นโรค
11	การเกิดโรคระบาดอย่างกว้างขวางทำให้ต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นอย่างทันทีทันใด เป็นการท้าทายหลักการ "เฉลี่ยทุกข์" โดยสิ้นเชิง ระบบประกันอาจล้มลงได้	
12	ต้นทุนของระบบสูงขึ้น ทำให้ การมุ่งประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับผลกระทบ	
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ทุกคนมีโอกาสติดต่อโรคได้ ผลกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพ จะมีความรุนแรงมากขึ้น หากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ของโรคได้	ผู้ยากไร้ และด้อยโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค จึงกลายเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องสนใจ
2	เมื่อเกิด Pandemic มีความจำเป็นที่รัฐต้องกำหนดมาตรการในการควบคุมกำกับ จึงส่งผลกระทบ ต่อมาตรการที่ต้องกำหนดให้ทุกคนทำ	ผลกระทบจากการเหลือทรัพยากรสุขภาพที่น้อยลง หากเกิดการระบาดของโรคติดต่ออย่างต่อเนื่องและซ้ำซาก จะทำให้รัฐต้องหันกลับมาใช้วิธีการ targeting ในการกระจายทรัพยากรสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเพียงเท่านั้น
3	ภาระของระบบจะกระทบต่อทุกคน	การมีภาวะโรคระบาดเรื้อรังต่อเนื่องย่อมมีผลกระทบต่อภาระงบประมาณภาครัฐ จึงเอื้อต่อการจัดระบบแก่ผู้ด้อยโอกาสและให้คนที่ช่วยตนเองได้รับผิดชอบตนเอง
4	Pandemic may hit every one and effective control of pandemic will require whole population measures	Pandemic จัดอยู่ในส่วนที่รัฐต้องให้อยู่แล้ว คิดตามความเสี่ยงของผู้รับบริการก่อน แล้วจึงให้กับทุกๆ คน เท่าที่จำเป็น
5		ภาระของระบบจะกระทบต่อทุกคน รวมถึงผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส และจะมีผลกระทบมากกว่าผู้ที่ไม่ยากไร้
6		If the pandemic is life threatening and there is a need for rationing of limited resources
7		มีการให้น้ำหนักแก่ผู้ด้อยโอกาสมากขึ้น

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 24

หาก เกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ผลกระทบที่เกิดขึ้น จะทำให้ระบบการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานถูกระทบทั้งระบบ	การประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน ในการเกิด ภาวะดังกล่าวกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ในการเข้าถึงบริการถ้วนหน้ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง
2	ส่งผลในเชิงลบโดยที่รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่แท้จริงให้กับสถานพยาบาล ทำให้คุณภาพและมาตรฐานด้อยลงและสุดท้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะล่มลง	เมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ และมีการควบคุมค่าใช้จ่าย ในเรื่องการรักษาพยาบาล ก็จะมีการจัดสรรมาในด้านนี้น้อย แต่จะเน้นไปในด้านอื่น เช่น ระบบการเงิน
3	การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจย่อมมีผลกระทบต่องบประมาณของประเทศย่อมนำมาซึ่งการจำกัดงบประมาณด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นนโยบายที่อาศัยเงินงบประมาณเป็นหลัก งบประมาณที่จำกัดย่อมส่งผลให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณน้อยลงย่อมทำให้คุณภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนลดลง	ส่งผลในเชิงลบโดยที่รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่แท้จริงให้กับสถานพยาบาล ทำให้คุณภาพและมาตรฐานด้อยลงและสุดท้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะล่มลง
4	- กระทบต่องบประมาณหลักประกันสุขภาพ - ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจะนำมาซึ่งการเกิดโรคที่รุนแรง และเพิ่มปริมาณมากขึ้น	ในเบื้องต้นการควบคุมค่าใช้จ่ายจะรุนแรงขึ้น แต่ต่อมามักจะควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการถ้วนหน้าจะลดลง ทั้งนี้ ขึ้นกับความรุนแรงของวิกฤติเศรษฐกิจ
5	เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจและทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อการประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าและได้มาตรฐาน	งบประมาณเพื่อการบริหารจัดการทุกเงื่อนไขย่อมได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น
6	เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจและทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศลดลง ความสามารถของรัฐในการจัดระบบการประกันสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างถ้วนหน้าและได้มาตรฐานย่อมลดลง	การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ส่งผลต่อระบบงบประมาณทั้งระบบอย่างแน่นอน ไม่มียกเว้น
7	งบประมาณเพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของการจัดบริการย่อมได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น	รัฐต้องคุ้มครองความจำเป็นพื้นฐานแล้วแต่กรณี แต่ไม่ควรปฏิเสธการรักษา
8	วิกฤติเศรษฐกิจที่กระทบต่องบประมาณ จะกระทบต่อการประกันการเข้าถึงอย่างแน่นอน โดยงบประมาณด้านสุขภาพจะลดลง และกระทบถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน	ถึงจะควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ก็ต้องการงบประมาณในระดับหนึ่งอยู่ดี
9	เงินในระบบบริการลดลงคุณภาพและมาตรฐานลดลง	ถึงจะควบคุมค่าใช้จ่ายแต่ถ้าวิกฤตมาก การประกันก็มีปัญหาได้

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

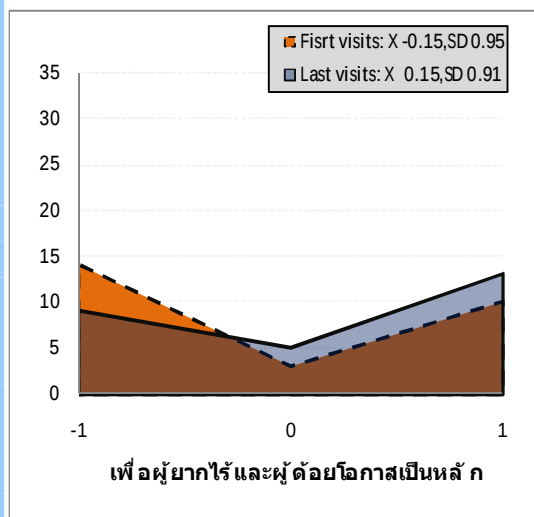
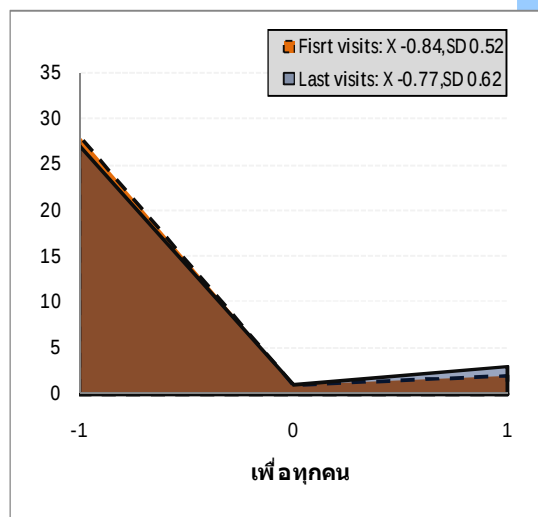
ไม่มีผลกระทบ (0)		
1	หน่วยบริการต้องทำเรื่องคุณภาพอยู่แล้ว การทำคุณภาพไม่จำเป็นต้องใช้เงินมากขึ้น อาจประหยัดมากขึ้น	- การควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายจะช่วยจำกัดงบประมาณที่ไม่จำเป็น โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพของการบริการภายใต้งบประมาณที่จำกัด
2	วิกฤตเศรษฐกิจอาจกระทบต่อระบบงบประมาณ แต่ปัญหางบประมาณน่าจะไม่ใช่ประเด็นหลักที่กระทบต่อคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังมีระบบจัดการมากมายที่จะทำให้ไม่ให้เกิดกระทบ	
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	วิกฤตเศรษฐกิจที่กระทบต่องบประมาณ จะกระทบต่อการประกันการเข้าถึงอย่างแน่นอน ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับ	การจัดสรรงบประมาณจะมีความจำกัดเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจเพราะความจำเป็นในการใช้งบประมาณอื่นๆสูงขึ้น
2	หลักเศรษฐศาสตร์ทรัพยากรจำกัดก็ต้องจัดการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คุณภาพมีหลายมิติ ไม่ใช่มีเรื่องค่าใช้จ่ายอย่างเดียว และทำให้การจัดการต้องมีการปรับตัวภายใต้การตรวจสอบทางสังคมที่มากขึ้นอยู่แล้ว	เมื่อรัฐเงินน้อยลง อาจจะมาควบคุมค่าใช้จ่าย
3		เมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ หากรัฐบาลยังให้มีการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และรัฐบาลคงจะให้การสนับสนุนอย่างแข็งขัน
4		เมื่อเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศและทรัพยากรด้านสุขภาพลดลง มีความจำเป็นที่รัฐจะต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น
5		การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ยังสนับสนุนการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย
6		แม้จะควบคุมค่าใช้จ่าย แต่หากงบประมาณไม่เพียงพอ ก็จะมีผลกระทบต่อเข้าถึง
7		การจัดบริการถูกเลือกเฉพาะบริการตามความจำเป็นมากขึ้น
8		มีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น ในภาวะวิกฤต

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 25

หาก เกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศที่มีผลกระทบต่ออัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสำคัญ จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	ส่งผลในเชิงลบโดยที่รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่แท้จริงให้กับสถานพยาบาล ทำให้คุณภาพและมาตรฐานด้อยลงและสุดท้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะล้มลง	เมื่อเศรษฐกิจไม่ดี งบประมาณที่เข้าระบบ อาจจะน้อยหรือ ล่าช้า ทำให้ผู้ด้อยโอกาสจะประสบปัญหาในการปฏิเสธการรักษา ได้
2	- วิกฤติเศรษฐกิจจะนำมาซึ่งปัญหาความยากจน และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่เพิ่มสูงขึ้น - มีผลต่องบประมาณของแผ่นดินในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพ	เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ สิ่งที่จะได้รับการจัดสรรเพื่อผู้ยากไร้ส่วนใหญ่จะเน้นไปในด้านปากท้อง ไม่ใช่ด้านการรักษาพยาบาล
3	เนื่องจากผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้ทรัพยากรสุขภาพของประเทศลดลง และมีความเป็นไปได้สูงที่การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับทุกคนอาจจะเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ยากไร้เพียงเท่านั้น	ส่งผลในเชิงลบโดยที่รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณที่แท้จริงให้กับสถานพยาบาล ทำให้คุณภาพและมาตรฐานด้อยลงและสุดท้ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะล้มลง
4	ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจทำให้ทรัพยากรสุขภาพและงบประมาณของประเทศลดลง ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงที่การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับทุกคนอาจจะเปลี่ยนเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ยากไร้เพียงเท่านั้น	- ความยากจนเป็นสาเหตุของการด้อยโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร การรักษา สิทธิและความเสมอภาคในหลักประกันสุขภาพ
5	งบประมาณเพื่อการจัดการบริการให้แก่ประชาชนทุกคนย่อมได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น	เมื่อเงินลดลงทุกกลุ่มย่อมได้รับผลกระทบไม่เว้นแม้แต่ผู้ยากไร้ทั้งทางตรงและอ้อม
6	ผู้ที่สามารถช่วยตนเองได้ จะต้องเสียสละสิทธิ์ เพื่อให้คนยากไร้ก่อน	หลักที่ว่าเมื่อภาพรวมมีปัญหาผลกระทบจริง ๆ มักเกิดกับคนยากไร้มากกว่า
7	ทางออกของประเทศที่ไม่มีเงินคือ การลดสิทธิประโยชน์ของการบริการลง หรือเปลี่ยนมาให้การประกันเฉพาะกลุ่มยากจนหรือด้อยโอกาส	งบประมาณเพื่อการจัดการบริการให้แก่ประชาชนผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสย่อมได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น
8		วิกฤติเศรษฐกิจส่งผลต่อผู้ยากไร้ และ ผู้ที่ไม่ยากไร้ เท่าเทียมกัน เพราะคนที่เคยรวยอาจจะยากจนกว่าคนที่ยากไร้ก็ได้ เพราะมีหนี้มากกว่า
9		ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส มีภาวะเสี่ยงสูงด้วยปัจจัยทางสภาพแวดล้อมที่มีจำกัด

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

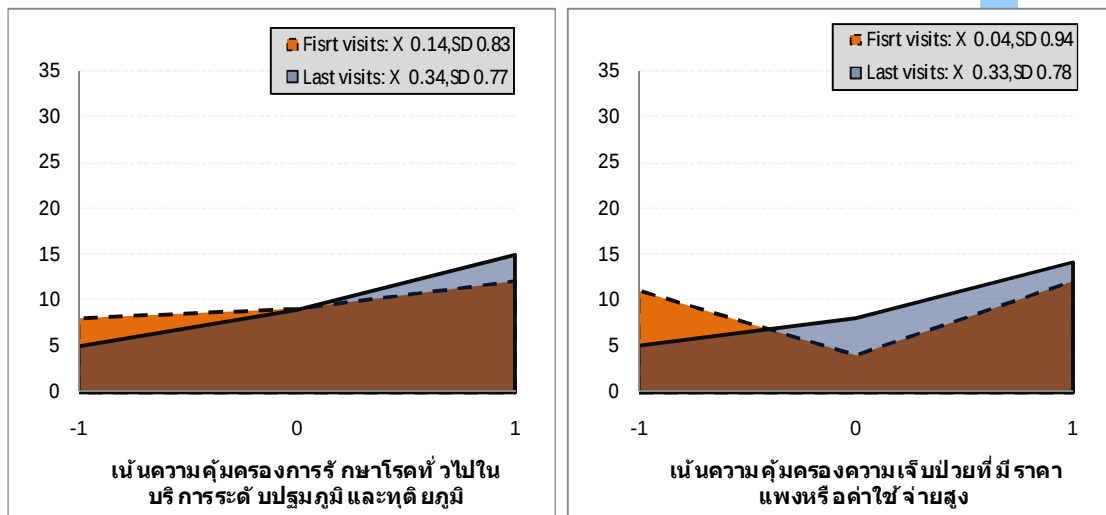
ไม่มีผลกระทบ (0)		
มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบดังกล่าว สิ่งที่สำคัญ ข้อมูลข่าวสารที่ให้กับประชาชน ต้องมีอย่างต่อเนื่อง และถูกต้อง เพื่อลดความคาดหวังของประชาชน	ในภาวะวิกฤตต้องให้น้ำหนักเป้าหมายสำคัญมากขึ้น
2	more people will demand for the universal (same) access to essential health care services.	เมื่อต้องเลือกกลุ่มที่จำเป็นต้องช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤต รัฐบาลน่าจะเลือกช่วยเหลือคนกลุ่มนี้มากกว่า
3	การเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนจำนวนมาก มีฐานะเศรษฐกิจที่แย่ลง ซึ่งจะกดดันให้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปทุกคน	เมื่อเงินน้อยลง รัฐบาลจะพิจารณาช่วยเหลือกลุ่มด้อยโอกาสก่อน
4	งบประมาณที่ลดลงกระทบต่อทุกคน	ทรัพยากรน้อย จึงต้องจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย
5	วิกฤตเศรษฐกิจทำให้เกิดผลกระทบต่อทุกคนมากขึ้น เช่น การจำกัดสิทธิประโยชน์ การควบคุมที่เข้มแข็ง ฯลฯ	ทรัพยากรสุขภาพที่จำกัดลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จะเป็นแรงกดดันให้รัฐบาลตัดสินใจเปลี่ยนนโยบายจากการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าเป็นแบบเจาะจงเฉพาะกลุ่ม เช่น เพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส
6	จะทำให้ทุกคนในระบบทั้งประชาชนและผู้ให้บริการต้องมีการปรับตัว หันกลับมามองถึงการดำเนินในทิศทางกระแสโลกซึ่งผลกระทบมีมากมายในทุกด้าน อาจต้องใช้แนวคิดเศรษฐกิจพึ่งตนเองรวมทั้งการดูแลสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองมากขึ้น	การเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจะส่งผลกระทบต่อทรัพยากรและงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐลดลง มีความเป็นไปได้สูงที่ความสามารถของรัฐในการจัดประกันสุขภาพสำหรับทุกคนจะลดลง และเหลือเพียงการจัดบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเพียงเท่านั้น
7		ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ คนจนเป็นกลุ่มแรกที่รัฐต้องให้ความคุ้มครอง ดังนั้นจึงสนับสนุนให้รัฐต้องให้ความช่วยเหลือกลุ่มนี้
8		งบประมาณจำกัดกระทบต่อผู้ยากไร้มากกว่าผู้ที่ไม่ยากไร้
9		Limited resource favors selective coverage
10		เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้เงินน้อยกว่าเพื่อทุกคน

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ 26

หาก เกิด Breakthrough technology ที่เปลี่ยนโฉมบริการที่เคยมีอย่างสิ้นเชิง
จะมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์



มีผลในเชิงลบ (-)

1	เนื่องจากการbreakthrough ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมักเกิดโดยมีระบบทุนนิยมเพื่อหาผลประโยชน์เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นเทคโนโลยีที่มีขึ้น มักจะมีขึ้นเพื่อหากำไรเข้าสู่ระบบทุนขนาดใหญ่ แต่มักล้มเลือนสิ่งที่เป็นรากฐานและสังคม ดังนั้นเทคโนโลยีพวกนี้จะมีราคาแพงและโฆษณาเกินจริงผ่านรพ.เอกชน และรพ.ขนาดใหญ่ ทำให้คนไปใช้บริการจนพำร่และเสียเงินโดยใช่เหตุ	- ระวังเรื่องการเน้นการดูแลสุขภาพโดยใช้ technology ที่ก้าวหน้ามากเกินไปจนเกิดความจำเป็น - ระบบธุรกิจการเมืองที่หากินกับการทุจริตในการจัดซื้อ technology ก้าวหน้าราคาแพงที่ไม่จำเป็น - ดังนั้นต้องควบคุมการใช้ technology ก้าวหน้า เพื่อเน้นคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพที่ไม่เกินความจำเป็น และต้องสร้างระบบจริยธรรมทางการแพทย์ด้วย
2	ส่งผลด้านจิตวิทยาของประชาชนที่ละเลยการดูแลสุขภาพ เพราะจะหันไปพึ่งเทคโนโลยีขั้นสูง	อาจจะมึเทคโนโลยีที่สามารถการดูแล โดยใช้ทรัพยากรไม่มากเหมือนเมื่อก่อน เช่นการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด หรือผ่าตัดขนาดเล็ก
3	การพึ่งพาตนเองลดลง ผ่าตัวเองไว้กับระบบบริการที่ใช้เทคโนโลยี ต้นทุนของระบบสูงขึ้น เกิดการใช้เทคโนโลยีที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างกว้างขวาง ระบบมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	ขึ้นกับลักษณะของ Breakthrough technology นั้น ถ้าเป็นเทคโนโลยีที่ดีขึ้น และมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก น่าจะทำให้การดูแลป้องกันรักษาโรคดีขึ้น ความจำเป็นของความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูงน่าจะลดน้อยลง
4		เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ ถูกผูกขาด โดยบริษัทข้ามชาติหยิบมือเดียว. เทคโนโลยีที่ค้นพบ อาจจะช่วยในการวินิจฉัยโรค แต่ไม่น่าจะช่วยลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล. ดังนั้น แนวโน้มทางเทคโนโลยี หากยังอยู่ภายใต้กลไกการผูกขาดเช่นปัจจุบัน ไม่น่าจะเป็นประโยชน์และ ผลักดัน แนวทางนี้ได้มากนัก

ไม่มีผลกระทบ (0)

1	ขึ้นอยู่กับว่า breakthrough ที่เกิดขึ้นนั้นเป็น breakthrough ในส่วนไหน เช่นถ้ามีวัคซีน รัฐก็ต้องให้ฝ่ายปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการ แต่ถ้าหากมีแนวการรักษาใหม่ๆ หรือรักษาโดยการดัดแปลงยีนก็อาจล่อให้ระบบใช้จ่ายในการรักษาในระดับตติยภูมิมากขึ้น	ไม่ทราบว่ breakthrough นั้นเกิดในส่วนไหน บางอย่างก็อาจสนับสนุนปฐมภูมิ (เช่นวัคซีน) บางอย่างอาจสนับสนุนบริการตติยภูมิ (เช่นยารักษามะเร็ง หรือยารักษาที่เกี่ยวข้องกับ genome แต่ละคน)
2	- ควรมีการบริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลรักษาด้วย technology ที่ก้าวหน้า อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างหลักประกันการดูแลสุขภาพที่ได้มาตรฐาน	

ภาคผนวก 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีผลในเชิงบวก (+)		
1	ต้องพิจารณา Utilization และ Holistic approach --> คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การขยายผลต่อครอบครัว ชุมชน สังคม	การเปลี่ยนแปลงกับการตอบรับ ขึ้นอยู่กับความต้องการของประชาชน เพราะโอกาสมีไม่เท่ากัน
2	การมีเทคโนโลยี ที่ประชาชน หน่วยบริการสามารถไปประยุกต์ใช้ในชุมชน หน่วยบริการขนาดเล็ก เช่น เครื่องตรวจขนาดเล็กHbA1c,mobile monitor EEG	ทำให้สามารถเข้าถึงการให้บริการยากในราคาที่เหมาะสม และมีเหตุผลมากขึ้น
3	ส่งผลในเชิงบวกแต่รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง	ส่งผลในเชิงบวกแต่รัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง
4	Breakthrough technology อาจทำให้เกิดการรักษาหรือป้องกันโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในราคาที่ถูกลง และทำให้มีทรัพยากรเหลือเพียงพอในการคุ้มครองโรคทั่วไปและบริการในระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิเพิ่มมากขึ้น	โรคที่มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายสูงส่วนใหญ่ ผลมักไม่ดี ถ้ามีการ Break through ทำให้มีโอกาสที่จะดูแลกลุ่มนี้มากขึ้น
5	if the breakthrough technology can reduce cost of the system	Breakthrough technology อาจทำให้สามารถป้องกันหรือรักษาความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือมีค่าใช้จ่ายสูง ในราคาที่ต่ำลงมากน้อย ทำให้ระบบประกันสุขภาพสามารถครอบคลุมการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงได้มากยิ่งขึ้น
6	เทคโนโลยีใหม่ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก ทั้งในเรื่องบริการ และ คุณภาพ เช่นการใช้บัตร สมาร์ทการ์ด และ ระบบฐานข้อมูลกลาง ทำให้เกิดระบบบริการ One Stop	ความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้รับการบริการ เพราะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี
7	เป็นโอกาสที่จะนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการบริการ	ผลของเทคโนโลยีใหม่ ที่เข้ามาแก้ไขการบริการที่เคยล่าช้าและล้าสมัยให้เป็นระบบบริการ ออนไลน์ และ โปร่งใส ตรวจสอบได้
8	มีผลกระทบทั้งการเพิ่มหรือลดค่าใช้จ่าย	Break through ทำให้การรักษาพยาบาล และ การบริการดีขึ้น อย่างชัดเจน และ ลดค่าใช้จ่าย และ เพิ่มประสิทธิภาพอย่างมาก
9		มีผลกระทบต่องบประมาณที่อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลง
10		The demand for breakthrough technologies will pressure system to provide coverage for such treatments even though they are expensive
11		การใช้เทคโนโลยีในการจัดการบริการแทนคนมากขึ้นอย่างกว้าง และมีประสิทธิภาพอาจช่วยลดต้นทุนของระบบได้