

โครงการศึกษา “ภาพอนาคตและเส้นทางสู่
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย”

การสร้างภาพอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประเทศไทย

ดร.หเรศ ดำรงชัย
คุณปวรภัศ โปธิสุข
รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์



รายงาน

การสร้างภาพอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ของประเทศไทย

โครงการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ยั่งยืนของประเทศไทย

โดย

ดร.นเรศ ดำรงชัย

น.ส.ปวรภัส โพธิสุข

ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ตุลาคม 2551

สารบัญ

หน้า

1. แนวคิดและหลักการของการสร้างภาพอนาคต (Scenario building).....	1
2. จุดมุ่งหมายของการสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย.....	5
3. การกำหนด scenarion logics และการจัดหมวดหมู่เป็น 4 กลุ่มที่มีทิศทางอนาคตแตกต่างกัน.....	6
4. การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มย่อย	6
5. ผลที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต	11
6. สรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต.....	46

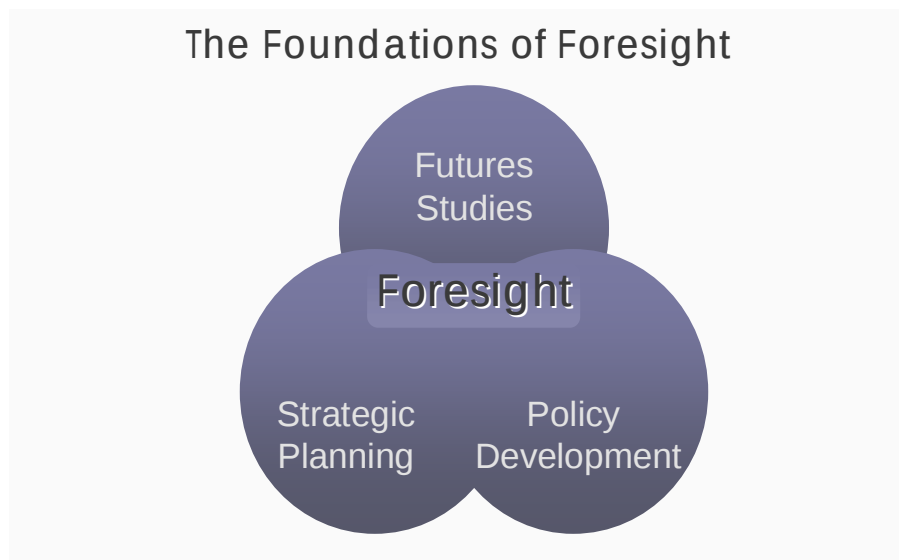
ภาคผนวก

รายชื่อผู้เข้าร่วม scenario building.....	47
---	----

การสร้างภาพอนาคตระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประเทศไทย

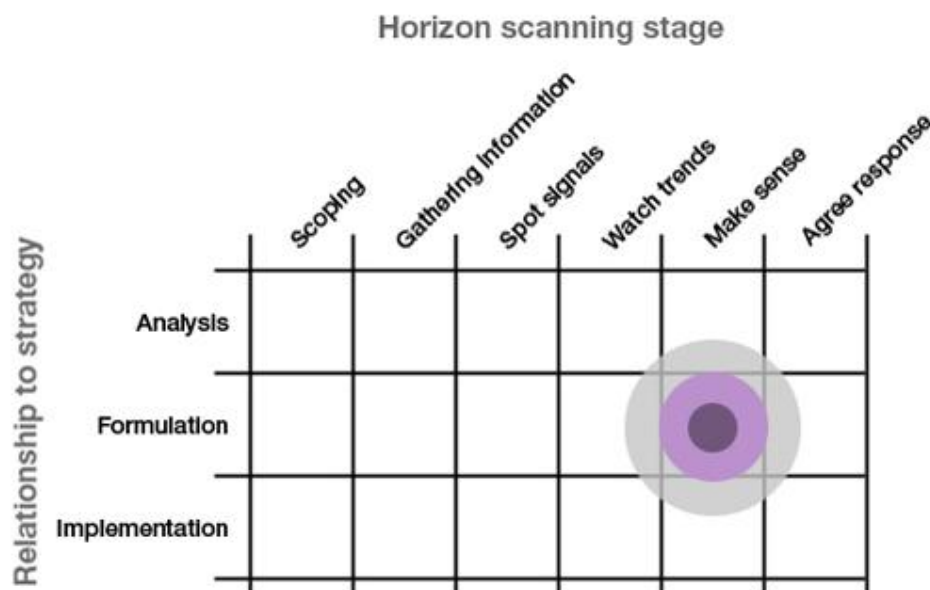
1. แนวคิดและหลักการของการสร้างภาพอนาคต (Scenario building)

การสร้างภาพอนาคต (scenario - บ้างก็เรียกว่าฉากทัศน์) เป็นวิธีการมองอนาคต (foresight) อย่างหนึ่งที่มีรากฐานมาจากวิธีการเดียวกันของ future study แต่มีที่จุดเด่นของการมองอนาคตแบบ foresight กล่าวคือเน้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และพยายามประมวลความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหลัก เพื่อให้สามารถสร้างเรื่องราวที่อาจนำไปสู่การมีกลยุทธ์ (strategy) อันเห็นที่พ้องต้องกัน และเกิดนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างอนาคตที่พึงปรารถนาขึ้นได้จริง ความสัมพันธ์ระหว่าง foresight, future study, การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการพัฒนาโยบายสาธารณะ อาจแสดงได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รากฐานของการมองอนาคต (foresight)

ในขณะเดียวกัน หากเปรียบเทียบกับวิธีการมองอนาคตแบบอื่น ๆ จะพบว่า การสร้างภาพอนาคตเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการทำความเข้าใจความหมาย (make sense) ของบริบทอนาคต และอาจนำไปสู่การเห็นร่วมในกระบวนการที่จะต้องสนองต่อแนวโน้มนั้น (agree response) ดังรูปที่ 2



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

รูปที่ 2 ความเหมาะสมของการใช้วิธีการสร้างภาพอนาคตในเชิงกลยุทธ์

ภาพอนาคตนั้นสร้างขึ้นโดยอาศัยโครงเรื่อง (plot) ที่มาจากแนวโน้ม (trends) ที่เห็นอยู่ในปัจจุบันและความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ภาพอนาคตจึงมีได้หลายภาพ ขึ้นอยู่กับชุดแนวโน้มและความไม่แน่นอนที่เลือกมาประกอบกันเป็นโครงเรื่อง เราจะเลือกโครงเรื่องที่แตกต่างกันและครอบคลุมเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคตให้มากที่สุดโดยทั่วไปประมาณ 3-4 โครงเรื่อง ดังนั้น ภาพอนาคตคือ ภาพรวมเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นจริงได้ (plausible) และเกี่ยวข้องกับประเด็นที่อยู่ในความสนใจ (relevant) แต่ละภาพจะเป็นการดำเนินเรื่องเล่าที่ไม่มีขีดแย้งภายใน 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 ในการนี้ การเขียนภาพอนาคตระยะยาวตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีข้อดีที่ทำให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดสามารถหยุดคิดถึงผลประโยชน์ส่วนบุคคลในปัจจุบันและถกเถียงในสิ่งที่ปัจจุบันนี้เป็นไปไม่ได้ 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 คณะผู้จัดจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนเสียก่อนว่าจะเป็นการสร้างภาพอนาคตในระดับโลก ภูมิภาค ประเทศ อนุภูมิภาคภายในประเทศ องค์กร หรือปัจเจกบุคคลว่าจะครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางเพียงใด จะมองอนาคตไกลเพียงใด หรือจะเจาะเฉพาะประเด็นใด เป็นต้น การกำหนดขอบเขตที่แคบมาก ทำให้สามารถลงลึกในการวิเคราะห์ประเด็นได้ แต่ก็อาจทำให้ครอบคลุมไม่ทั่วถึง หากกำหนดขอบเขตกว้างไป ก็จะทำให้ไม่สามารถลงลึกได้ ดังนั้น คณะผู้จัดจึงควรกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของโครงการและทรัพยากรที่มีอยู่
2. **การเชิญผู้เข้าร่วมระดมความคิด** โดยทั่วไป จำนวนผู้เข้าร่วมระดมความคิดในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเขียนภาพอนาคตควรมีประมาณ 25-30 คน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมแต่ละท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้ นอกจากนี้ ยังควรมีการแบ่งกลุ่มย่อยระดมความคิดกลุ่มละ 6-10 คน ควรต้องเชิญผู้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (stakeholders) ให้ครบที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
3. **การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมระดมความคิด** เพื่อให้สามารถดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการสื่อสารให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ว่า พวกเขาคือผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่จะระดมความคิด ซึ่งจะเป็นผู้ให้ทั้งข้อมูลความรู้ และความเห็นในการสร้างภาพอนาคต คณะผู้จัดอาจช่วยเตรียมความพร้อมโดยการรวบรวมและจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน (data, hard evidence) และสรุปประเด็นที่จะระดมความคิดให้ศึกษาล่วงหน้า
4. **การจัดเตรียมสถานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ** สถานที่ประชุมเชิงปฏิบัติการควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมที่จะให้คณะผู้เข้าร่วมระดมความคิด สามารถดำเนินกิจกรรมได้ โดยมีความเป็นส่วนตัวพอสมควร การพักผ่อน 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 เป็นความไม่แน่นอนที่สามารถพลิกผัน เหตุการณ์หรือแนวโน้มที่กำลังดำเนินอยู่โดยสิ้นเชิง 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

2. จุดมุ่งหมายของการสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

การศึกษาถึงปรัชญา แนวคิดและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งเป็นสิ่งชี้แนะทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตนั้น จำเป็นจะต้องมีการทบทวน ตลอดจนมองภาพไปข้างหน้า เพื่อประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการจัดหลักประกันและความคุ้มครองประชาชน ทั้งนี้เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนในประเทศต่อไป ซึ่งผลที่ได้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ เรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการอภิปราย ต่อยอดความคิดต่อไปในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ที่จะมีขึ้นตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) ตลอดจนช่วยชี้นำการพัฒนาผลงานวิจัยและผลงานวิชาการเพื่อรองรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยของ สวปก. ได้ในลำดับต่อไป

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างภาพอนาคตของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้จริงจำนวนหลายภาพพร้อมกัน และร่วมกันพิจารณาบริบทและผลกระทบของอนาคต (บทเรียนจากอนาคต) แต่ละภาพเหล่านั้นทั้งในแง่บวกและในแง่ลบ ส่วนในขั้นตอนต่อไปก็อาจเลือกหรือประมวลอนาคตที่พึงประสงค์ (preferred future) ให้รวมกันเข้าเป็นภาพเดียวกันก็ได้

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

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ อุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้เกิดการผลักดัน การเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ตลอดจนนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบอีกจำนวนหนึ่งที่อาจจะมีรายละเอียดในระดับการปฏิบัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็อาจจะมียุทธศาสตร์ประเด็นที่ต้องนำไปขยายผลหรือจัดทำรายละเอียดก่อนนำไปปฏิบัติ ซึ่งผลที่ได้จากการสร้างภาพอนาคตของโครงการนี้ จะเป็นแนวทางในการกำหนดอนาคตที่พึงประสงค์ และจัดทำเส้นทาง (Road map) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามฉากทัศน์ที่เป็นไปได้ตามเป้าประสงค์ในระยะ 5-10 ปี ที่ใช้เป็นกลไกเฝ้าระวังและกำหนดเหตุการณ์เพื่อเป็นจุดตัดสินใจระหว่างการดำเนินการตามเส้นทาง (Decision check point) ป้องกันภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนให้เกิดภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

3. การกำหนด scenario logics และการจัดหมวดหมู่เป็น 4 กลุ่มที่มีทิศทางอนาคตแตกต่างกัน

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

ในการจัดทำภาพอนาคตหลาย ๆ ภาพภายใต้เรื่องหนึ่ง ๆ นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องออกแบบให้แต่ละภาพนั้นฉายให้เห็นอนาคตที่แตกต่างกัน ทั้งที่พึงปรารถนาและไม่พึงปรารถนา เพื่อความแตกต่างหรือขัดแย้งกันของอนาคตหลาย ๆ แบบ (ที่ล้วนแล้วแต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งสิ้น) มาเป็นบทเรียนสำหรับการตัดสินใจในปัจจุบัน กระบวนการมองอนาคตจะชี้ให้เห็นว่า แม้อนาคตจะเป็นสิ่งที่ทำนายไม่ได้ แต่การตัดสินใจที่แตกต่างในวันนี้ จะนำไปสู่อนาคตที่ต่างกันในวันหน้า

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

ความไม่แน่นอนเหล่านี้จะถูกแยกออกจากกันเพื่อให้เกิดเป็นภาพหลาย ๆ ภาพที่ไม่ซ้ำกัน และปัจจัยผลักดันระบบอื่น ๆ ที่ถูกพิจารณาว่ามีความสำคัญ ก็จะถูกนำมาเสริมเข้าไปเพื่อให้เกิด “ประเด็นหลัก” เท่ากับจำนวนภาพอนาคตที่ต้องการสร้างขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการออกแบบการศึกษาครั้งนี้ ทั้งปัจจัยผลักดันระบบ และความไม่แน่นอนล้วนถูกพิจารณาโดยผูกโยงเข้ากับ “เป้าประสงค์” ทั้งสิ้น กล่าวคือหลังจากผ่านการพิจารณาเลือกเป้าประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว จึงพิจารณาผลกระทบของปัจจัยผลักดันระบบและปัจจัยความไม่แน่นอนที่มีผลต่อเป้าประสงค์ (ส่วนที่ 1 ภาพที่ 2)

เมื่อเป็นดังนี้ จึงอาจพิจารณาได้ว่า ความแตกต่างของเป้าประสงค์ที่มีอยู่หลากหลายนั่นเองที่เป็นสิ่งที่กำหนดให้ภาพอนาคตแต่ละภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเบื้องต้น ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำผลของการสำรวจเดลฟายมาวิเคราะห์ เพื่อหารูปแบบ (pattern) ของความคิดต่อเป้าประสงค์ ที่แตกต่างกันในระหว่างผู้ที่ตอบแบบสอบถาม และสามารถสรุปได้เป็น 4 กลุ่มที่มีแนวความคิดแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

การแบ่งกลุ่มกันของแนวความคิดต่อเป้าประสงค์นี้ ถูกนำมาใช้เป็นแกนหลักในการกำหนด scenario logics ขึ้นมา 4 ชุด ดังจะกล่าวถึงต่อไปโดยละเอียดในข้อ 4 การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อย

4. การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อย

การแบ่งกลุ่มสมาชิกผู้เข้ากลุ่มย่อยอาศัยข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคตต่อคำถามต่าง ๆ ในการขั้นตอนของการทำกิจกรรม e-Delphi ที่นำเสนอไว้ข้างต้นแล้ว ทั้งนี้โดยนำข้อมูลคำตอบของความคิดเห็นของสมาชิกแต่ละท่าน เกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับ

เป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่เดิมเรียกว่าเป้าประสงค์) จำนวน 5 ข้อ มาใช้เป็นหลักในการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มด้วยวิธี Cluster analysis แบบ Kmeans partition clustering (Euclidean distance) โดยใช้โปรแกรมสถิติ STATA 9.0 มีการเจาะจงจำนวนกลุ่มย่อยที่ต้องการไว้ล่วงหน้าจำนวน 4 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้แต่ละกลุ่มย่อยมีลักษณะเฉพาะตัวของตนเอง โดยการวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มย่อย ได้ผลดังนี้

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

ตารางที่ 4.1 ค่าเฉลี่ย (ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย) ของการให้ความสำคัญกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัมพันธ์กันระหว่างเป้าประสงค์แต่ละคู่

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)

- a. กลุ่มย่อยที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีแนวคิดว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป้าประสงค์ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มากกว่าการเข้าถึงบริการที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรมมากกว่าการเน้นการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ สิทธิประโยชน์ที่เปิดทางเลือกมากกว่าภาคบังคับแบบกว้างขวาง การคุ้มครองโรคทั่วไปใน

ระดับปฐมภูมิมากกว่าความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการจัดการภาครัฐเพื่อสังคมมากกว่าการแข่งขันในระบบตลาด อาจจะบ่งชี้ว่ากลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนสมาชิกมากที่สุด ถือเป็นกลุ่มที่สะท้อนมุมมองทั่วไปเกี่ยวกับเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

- b. กลุ่มย่อยที่ 2 เมื่อเทียบกับกลุ่มย่อยที่ 1 และกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด คือลักษณะเด่นที่ให้ความสำคัญกับการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง มากกว่าการให้สิทธิประโยชน์แบบที่มีทางเลือก
- c. กลุ่มย่อยที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มย่อยอื่นๆ จะมีลักษณะเด่นที่แนวคิดที่มุ่งเป้าประสงค์ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม และเป็นกลุ่มที่เห็นความสำคัญของเป้าประสงค์เพื่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับความคุ้มครองต้นทุน น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ แม้ว่ายังเห็นความสำคัญของประเด็นแรกมากกว่าเล็กน้อย
- d. กลุ่มย่อยที่ 4 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกน้อยที่สุด ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ การให้ความสำคัญกับการให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง มากกว่า การให้ความคุ้มครองโรคทั่วไปในระดับปฐมภูมิ และการให้ความสำคัญกับการแข่งขันในระบบตลาด เพื่อประสิทธิภาพมากกว่าการจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

อนึ่งด้วยแนวทางการถามคำถามในกิจกรรม 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]

กลุ่มผู้บริหาร	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]
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย	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]

- กลุ่มย่อยที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีมุมมองแบบมาตรฐาน มีสมาชิกที่มีสถานะกระจายอยู่ใน 5 กลุ่ม แต่จะมีผู้บริหารกองทุนหลักประกันที่เด่นมาก และกลุ่มนักวิชาการในสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่นในกลุ่มย่อย เนื่องจากเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในการเข้าร่วมกิจกรรม
- กลุ่มย่อยที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเด่นด้านการให้ความสำคัญเรื่องการให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง มีสมาชิกจากกลุ่มผู้บริหารที่ลักษณะเด่น แม้ว่าจะมีสมาชิกจากกลุ่มนักวิชาการที่มีจำนวนมากเช่นเดียวกัน แต่หากพิจารณาจากจำนวนนักวิชาการที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ก็จะพบว่าเป็นสัดส่วนที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับนักวิชาการทั้งหมด
- กลุ่มย่อยที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีมุมมองให้ความสำคัญกับการสงเคราะห์ผู้ยากไร้มากกว่ากลุ่มย่อยอื่นๆ มีสมาชิกโดยสัดส่วนมาจากนักวิชาการและกลุ่มผู้กำหนดนโยบายมากที่สุด และเมื่อเทียบกับจำนวนนักวิชาการทั้งหมดที่ร่วมกิจกรรม พบว่าเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดด้วย
- กลุ่มย่อยที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดเล็กที่ให้ความสำคัญกับการให้ความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง การแข่งขันในระบบตลาด มีสมาชิกจากกลุ่มนักวิชาการผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และหน่วยงานผู้ให้บริการในจำนวนใกล้เคียงกัน

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

1. ในกลุ่มผู้ให้ความคิดเห็นผ่านระบบ e-Delphi จำนวน 59 ท่าน มีผู้ที่ตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 29 ท่าน ร่วมกับมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหนึ่งที่ได้รับเชิญตั้งแต่เริ่มต้น แต่ไม่ได้ตอบคำถามให้ข้อคิดเห็นในระบบ e-Delphi อย่างครบถ้วนอีกจำนวน 4 ท่าน รวมเป็น 33 ท่าน

2. เชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติมอีก 19 ท่าน โดยมีผู้ตอบรับ เข้าร่วมประชุม 16 ท่าน เป็นกลุ่มผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2 ท่าน ผู้ให้บริการสุขภาพ 3 ท่าน ผู้บริโภค 2 ท่าน ผู้กำหนดนโยบาย 5 ท่าน และนักวิชาการ 2 ท่าน โดยผู้ที่ได้รับเชิญเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคตเพิ่มเติมได้ร่วมทำแบบสอบถามความคิดเห็น e-Delphi เช่นกัน เพื่อนำมาจัดกลุ่มย่อยในกิจกรรม

โดยสรุปมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างภาพอนาคตทั้งสิ้น 49 ท่าน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อยตามที่ได้จัดไว้เดิม ทั้งนี้ผลการจัดกลุ่มแสดงได้ดังตารางที่ 4.3 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 จำนวนสมาชิกของกลุ่มย่อยในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต (ร้อยละ)

	กลุ่มย่อยที่ 1	กลุ่มย่อยที่ 2	กลุ่มย่อยที่ 3	กลุ่มย่อยที่ 4
ลักษณะเด่นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อเป้าประสงค์	มุมมองทั่วไปต่อเป้าประสงค์	สิทธิประโยชน์ภาคบังคับ	การสงเคราะห์ผู้ยากไร้	คุ้มครองค่าใช้จ่ายสูงและการแข่งขันในระบบตลาด
จำนวนสมาชิกจากกิจกรรม e-Delphi	21 (35.6)	13 (22.0)	18 (30.5)	7 (11.9)
จำนวนสมาชิกร่วมกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต	13 (26.5)	10 (20.4)	15 (30.6)	11 (22.4)

เมื่อแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่มแล้ว ได้กำหนดสถานการณ์จาก ‘เป้าประสงค์’ ที่สมาชิกในกลุ่มนั้นๆ ให้ความสำคัญ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการสร้างภาพอนาคต และเมื่อสมาชิกได้ร่วมกันสร้างภาพอนาคตแล้วจึงมีการตั้งชื่อของภาพอนาคตตามประเด็นสำคัญของภาพที่เกิดขึ้น (รายละเอียดสถานการณ์ภาพอนาคตแต่ละภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 รายละเอียดสถานการณ์ภาพอนาคตที่กำหนด

กลุ่ม	ชื่อภาพอนาคต	สถานการณ์ที่ได้รับ
1	“เปิดปุมเส้นทางระบบหลักประกันสุขภาพในสิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเดินมาถึงจุดไหนแล้ว ”	1. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้ 2. เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage)
2	“ปรับระบบบริหารจัดการ ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรวม 3 กองทุน”	1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน 2. หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน 3. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอภาค
3	“บริการฟรีส่งเสริมสุขภาพ ร่วมจ่ายกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย”	1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าโดยควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment) 2. หลักประกันสุขภาพเพื่อผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเป็นหลัก
4	“เกิดการกระจายอำนาจ ใช้ระบบแข่งขันทางการตลาดในสถานให้บริการสุขภาพ”	1. เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง 2. ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)

5. ผลที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต

จากกิจกรรมการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างภาพอนาคต (Scenario building) ของระบบหลักประกันสุขภาพเมื่อวันที่ 1-2 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมไอศวรรย์ รีสอร์ท แอนด์ สปา พัทยา จ.ชลบุรี ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 37 คน (รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีดังภาคผนวก 5-1) ซึ่งผลของการระดมความคิดในกลุ่มย่อยทั้ง 4 กลุ่มจำแนกตามสถานการณ์ที่ได้กำหนดไว้มีดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ภาพอนาคตเรื่อง “เปิดมุมมองระบบหลักประกันสุขภาพในสิบปีที่ผ่านมาประเทศไทยเดินมาถึงจุดไหนแล้ว”*

สถานการณ์ที่ได้รับ :

1. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มเติมได้
 - สิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับทุกคนและ
 - ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพบางเรื่องที่ให้เลือกซื้อ หรือร่วมจ่ายเพิ่มเติมได้
2. เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage) ที่คุ้มครองความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็นกัน ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย¹
3. ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม (Managed socialized system)
 - สิทธิประโยชน์ให้เลือกเพิ่มเติมได้ โดยรัฐเข้ามาจัดการรูปแบบและทางเลือกในการให้บริการ เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเป็นธรรม

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม :

- | | | |
|----------------------|---------------|---|
| 1. คุณกุลเชษฐ์ | ลิมปิยากร | กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง |
| 2. นพ.สุชาติ | สรณสถาพร | สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ |
| 3. นพ.เทียม | อังสาชน | โรงพยาบาลสระบุรี |
| 4. ครุฑ | ยอดแก้ว | สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบท สงขลา |
| 5. อาจารย์รัตนสิทธิ์ | ทิพย์วงศ์ | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 6. คุณอรพรรณ | ศรีสุขวัฒนา | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 7. พญ.สุพัชรา | ศรีวณิชชากร | สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน |
| 8. คุณสายหยุด | รุกขรังษี | อสม.อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา |
| 9. คุณวัชรินทร์ | ตรุสานันท์ | สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองบึง
จ.สมุทรปราการ |
| 10. คุณบุญยวีร์ | เอื้อศิริวรรณ | สวปก. (ผู้จัดบันทึก) |

Facilitators : ดร.นเรศ ดำรงชัย และนางสาวกั้วดี จุฑะจันทร์

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers):

- สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (Essential) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกกับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
การลดภาระงบประมาณ	(+) การเสนอให้ประกันต่อยอดจะได้ประโยชน์ต่อคนชั้นกลาง (ในปัจจุบัน 30% ของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง คนจนยอมเสียเงินข้ามเขตเพื่อให้ได้รับบริการ 5% เป็นกลุ่มข้าราชการ 20% เป็นกลุ่ม 30 บาท (-) ปัญหาแรงงานต่างด้าว แรงงานอพยพ เช่น แรงงานพม่า แรงงานเขมร ที่ต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลมากและหากคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอาจเรียกร้องสิทธิให้ประชาชนในชนบทที่ต้องการจะมีงบประมาณไม่พอในการเข้าช่วยเหลือ (-) การรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยที่มีราคาแพง (-) ในระบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับกลไกการชดเชยโดยในขั้นต่อไปจะต้องนำมาคำนวณเงินเพื่อเข้ากองทุน (-) การศึกษาด้านอนามัยส่วนบุคคล ในเรื่องแนวคิดบัตรสุขภาพและกองทุนสวัสดิการชุมชน โครงการดังกล่าวลดรายจ่าย
กลุ่มผู้สูงอายุและสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น	(+) จำนวนผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะต้องได้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นมากขึ้น (+) จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งและเกิดโรคเรื้อรังถ้าให้แบบกว้างขวาง ต้องใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสูง เป็นภาระงบประมาณ แต่ถ้าให้ essential จะดีเพราะเป็นความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องไม่ขึ้นกับกลไกราคา ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อกลุ่มผู้สูงอายุ (-) สิทธิที่ได้กล่าวนั้นถ้ามีลักษณะของการกำหนดที่กว้างเกินไปอาจไม่มีขอบเขตซึ่งไม่เกิดความชัดเจนและเกิดเป็นจริงได้ยาก
การให้สิทธิซื้อเพิ่ม	(+) การให้สิทธิซื้อเพิ่มจะทำให้ภาคเอกชนมีโอกาสโตขึ้น (+) การเสนอให้ซื้อสิทธิเพิ่มจะเป็นการต่อยอดให้คนชั้นกลางเกิดความพึงพอใจได้ (+) การเติบโตของภาคเอกชนถ้าบังคับตามความจำเป็นและซื้อเพิ่มจะให้ผลดีต่อภาคเอกชน คนที่มีอำนาจในการซื้อจะไปสู่ภาคเอกชน และผู้ใช้บริการของภาคเอกชนอยู่แล้วจะได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็วขึ้น

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(-) การให้สิทธิซื้อเพิ่มเป็นค่าอ้างที่ไม่ชัดเจนซึ่งจะเป็นไปตามกระแสสังคม (-) การกำหนดภาคบังคับในเรื่องการซื้อเพิ่มต้องรู้ก่อนว่ามีอะไรเป็นตัวกำหนด
การกำหนดสิทธิบังคับอาจมีผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อย	(+) ผู้ไม่มีสิทธิและสวัสดิการในการรักษาพยาบาลจะได้รับความคุ้มครองมากขึ้นและเร่งกระบวนการให้เกิดผล (+) Comprehensive จะกว้างมากถ้าได้รับเงินไม่พอก็จะทำให้คนจนได้ความเป็นธรรม (-) ประชาชนที่ยากจนไม่มีความเป็นธรรม (-) คนชั้นกลาง และคนที่ขาดโอกาสทางสังคมยังคงมีอยู่เยอะให้สังคมทำให้ได้รับบริการน้อย (-) ถ้า essential ยังขาดความชัดเจนทำให้เกิดปัญหาถ้าในสิ่งที่มีความจำเป็นน้อยหมายถึงคนจนจะไม่ได้รับความคุ้มครองและต้องมีความระมัดระวังหากมีความหมายที่กว้างเกินไปจะเกิดความไม่ยุติธรรมเพราะเงินหรือค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกภาระมีมากทำให้ไม่เพียงพอ (-) การกำหนดสิทธิบังคับอาจกระทบกับผู้มีรายได้น้อยหากการกำหนดสิทธิในข้อบังคับไม่ชัดเจน (-) ในโรงพยาบาลระดับล่าง คนชั้นกลางจะไม่เข้ารับบริการทำให้เกิดการแบ่งแยกของสังคม ทำให้มองหลัก 30 บาท และหลักประกันต่างๆ ที่ได้ดำเนินการเป็นเรื่องของคนจน (ความเชื่อคืออยากให้ทุกคนรวยเท่ากัน) (-) คนจนที่เจ็บป่วยจริงขาดความเชื่อมั่นในหลักประกัน หรือ 30 บาท และยอมแสวงหาค่ารักษาพยาบาลเพื่อให้ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ (-) การคิดไปข้างหน้าอาจเกิดได้ยากในเรื่องการช่วยให้ทุกคนได้รับสิทธิ เพราะจะเกิดผลกระทบต่อกลุ่มคนที่ยากจน
ปัญหาแรงงานต่างด้าวและการเรียกร้องสิทธิ	(-) ปัญหาแรงงานต่างด้าว แรงงานอพยพ เช่น แรงงานพม่า แรงงานเขมรที่ต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลมากและหากคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานอาจเรียกร้องสิทธิให้ประชาชนในชนบทที่ต้องการจะมีงบประมาณไม่พอในการเข้าช่วยเหลือ (-) ปัญหาแรงงานอพยพที่เป็นภาระเพราะจำนวนของแรงงานเพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนให้การดูแลกลุ่มแรงงานต่างด้าวประมาณล้านคน

ปัจจัยหลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(-) ถ้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะกระทบต่อทรัพยากรทางการแพทย์ของระบบเช่น เกิดการไหลของแพทย์จากภาครัฐไปภาคเอกชน (-) การฟ้องร้องก็จะมีผลกระทบทางลบในระบบบริการทั้งด้านบวกและด้านลบ การฟ้องร้องก็จะทำให้บางหน่วยงานไม่สามารถให้บริการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่คิดว่าต้องได้รับบริการนั้นๆ ก็จะไม่เกิด เช่น ไล่ต้ง จะลดลงอย่างชัดเจนถ้าแบบกว้างมีโอกาสเกิดความผิดพลาด การผ่าตัดของแพทย์จะมีมากกว่า ถ้าแบบบังคับก็อาจน้อยกว่า (เป็นปัญหาในมิติของประชาชน)
บุคลากรสุขภาพถูกดึงออกนอกระบบ	(+) การวางแผนให้คนได้เข้ารับและเข้าถึงบริการ (-) บุคลากรสุขภาพจะถูกดึงออกนอกระบบมากขึ้น (-) ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ภาครัฐจะมาให้บริการแก่ประชาชนนั้นไม่เป็นไปตามเป้าที่คาดหวังเพราะปัญหาของระบบคือจำนวนแพทย์และการกระจายไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น (+/-) การเติบโตของภาคเอกชนถ้าบังคับตามความจำเป็นและซื้อเพิ่มจะให้ผลดีต่อภาคเอกชน คนที่มีอำนาจในการซื้อจะไปสู่ภาคเอกชน แต่จะให้ผลต่อคนจนและแพทย์ถูกดึงไปภาคเอกชนหมด
ความชัดเจนของสิทธิบังคับและความจำเป็นของเงื่อนไข	(+) ความชัดเจนในสิทธิภาคบังคับให้มองมุมที่ต้องอาศัยความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลสิทธิของคนมารับบริการทุกสิทธิ (+) ความจำเป็นจะเป็นเงื่อนไขสำคัญหากกำหนดชัดเจนจะได้ประโยชน์ (+) การจัดตั้งนโยบายต่างๆ เร่งให้เป็นกรอบนโยบายชาติต่อไปในอนาคตในอีก 12 ปีข้างหน้า (-) ความจำเป็นจะเป็นเงื่อนไขสำคัญ (เช่น อะไรคือสิ่งที่เป็นความจำเป็นในการซื้อเพิ่ม การซื้อเพิ่มนั้นประกอบด้วยอะไร และมีกระบวนการหรือการจัดการอย่างไร (-) การแบ่งความจำเป็นในเรื่องบริการสุขภาพของประชาชนถูกป้อนไปในทุกเรื่อง กฎหมายไม่ได้ให้การรองรับและยังขาดความเข้าใจเช่นการเข้ารักษาการรักษาประเภทตกแต่ง เสริมสวย (-) ความไม่ชัดเจนของคำว่า “ภาคบังคับ” ในปัจจุบันยังขาดความชัดเจนทำให้ระบบเกิดการสะดุดไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้

ปัจจัยหลักในระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
ภาวะเศรษฐกิจและนโยบายของรัฐ	(+/-) ภาวะด้านเศรษฐกิจ นโยบายของรัฐมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการบริการทั้งด้านบวก และด้านลบ

- เน้นการคุ้มครองการรักษาทั่วไปในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ (First-dollar coverage)

ปัจจัยหลักในระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
last dollar ดีกว่า first dollar	(+) last dollar ดีกว่า first dollar เน้นในเรื่องการป้องกันรักษา
	(+) ถ้ามาตรฐานสุขภาพของประชาชนดีจะป้องกันเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลซึ่งคุ้มครองความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันที่ประชาชนส่วนใหญ่เป็น
	(-) คนส่วนใหญ่มีฐานะที่ยากจนจะเข้าถึงและได้รับบริการระดับปฐมภูมิ คำว่าราคาแพงจะต้องอยู่ในปฐมภูมิ (ยังมีปัญหาการตีความ)
	(-) ข้าราชการยอมจ่ายเงินในสถานพยาบาลของเอกชน และหรือในคลินิกมากเช่นเดียวกัน
	(-) ค่าใช้จ่ายของกลุ่มคนทำงานที่มีเงินเดือนสูงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงอาจทำให้บุตรหมดโอกาสในการได้รับการศึกษาหรือเรียนต่อถ้าเน้นในเรื่องสิทธิประโยชน์ของบริการ สุขภาพบางเรื่อง เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบ
	(-) ถึงประชาชนจะเข้าถึงการบริการมากขึ้น การเน้นในเรื่องการรักษาระดับปฐมภูมิในปัจจุบันยังไม่สามารถตอบได้ว่าทำจริงหรือไม่เพราะมุ่งเน้นที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ เช่น ตัวอย่างโรงพยาบาลร่อนพิบูล
	(-) จำนวนคนไข้ที่พบในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นปฐมภูมิ
ความคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ราคาแพง และทางเลือก รวมไปถึงการดูแลรักษาตนเองของประชาชน	(+) เน้นความคุ้มครองการรักษาโรคในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ (+) การรักษาโรคในระดับปฐมภูมิหรือโรคเล็กน้อยอยู่ในวิสัยที่ชาวบ้านสามารถรองรับในด้านภาระค่าใช้จ่ายได้ (+) การให้การศึกษาคู่มือแก่ประชาชนในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่ดีพอจะทำให้ประชาชนดูแลกันเองได้

ปัจจัยหลักต้นระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(+) การมีแหล่งข้อมูล สามารถพัฒนาให้คนในชุมชนดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องวิ่งไปหาแพทย์ในขณะที่มีอาการไม่สบายเพียงเล็กน้อย (+) การกำหนดในเรื่องของโรคเพื่อการรักษาถ้าเป็นโรคที่ essential และอยู่ในภาคบังคับแต่ถ้าจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงก็ควรจ่ายได้โดยไม่เอาความถูก แพงของค่าใช้จ่ายโดยดูที่โรคมาเป็นตัวกำหนด (-) การใช้บัตรทอง ผู้ป่วยมีการใช้บริการเยอะและไปเข้ารับบริการในสถานบริการมากเกินไปทำให้สถานบริการมีปริมาณมากจนเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ รับการบริการอย่างทั่วถึงทำให้ไม่อยากไปรอใช้บริการ และยอมไปใช้บริการในคลินิกที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง (-) การคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงถ้าจำเป็นก็ต้องจ่ายแต่ถ้ามีทางเลือกหลายทางก็ไม่ควรเลือกเทคนิคแพง
ความนิยมของประชาชนที่มีต่อแพทย์	(+) ชาวบ้านยังคงมีความต้องการในการรักษากับแพทย์ที่ชำนาญและเก่ง (-) แพทย์ที่มีความชำนาญควรอยู่ในที่ที่ต้องรักษาโรคยาก แพทย์ที่เก่งสุดควรอยู่ที่ ER แต่ปัจจุบันจะพบว่าแม้แต่แพทย์จบใหม่ที่อยู่ที่ ER ส่วนแพทย์ที่เชี่ยวชาญกับอยู่ภายใน เป็น second call ให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำ ER เมื่อเกิดศัลยกรรม (-) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่เป็นที่ยอมรับ แต่นิยมแพทย์เฉพาะทาง
ปัญหาโครงสร้างในระบบและการจัดการระบบปฎิบัติและทุติยภูมิ	(+) การพัฒนาในเรื่องมาตรฐานสุขภาพถ้าพัฒนาได้จริงจะสามารถทำให้การส่งเสริมป้องกันเกิดได้จริง เช่นเรื่อง เบาหวาน ความดัน ในระดับปฎิบัติสามารถทำได้แล้ว (+) ควรมีข้อบังคับในเรื่องการสร้างเสริมด้วย (-) กำหนดทิศทางของเงินประกันสุขภาพว่าควรนำไปใช้ด้านใดมากกว่าการมองในด้านการบริการทั่วไปเล็กๆ น้อยๆ แล้วไปเน้นเรื่องการป้องกัน รักษา (-) ความชัดเจนของระบบปฎิบัติกับทุติยภูมิในปัจจุบันเป็นจริงหรือไม่ (-) การปฏิบัติในเรื่องการรักษาต้องกระทำอย่างจริงจังถ้าไม่ทำจริงจังกทั้งคนและเครื่องมือก็ไม่ได้ลงไปจริง (-) การจัดการในด้านการให้บริการของโรงพยาบาล (-) ปัญหาโครงสร้างในระบบปัจจุบัน (-) ความแตกต่างของโครงสร้างที่ไม่เหมือนกันทำให้โรงพยาบาลใหญ่ได้รับเงิน PP น้อย ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยไปใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่ (ไม่เป็นไป ตามความคาดหวังว่าเรื่อง PP ควรอยู่ที่ชุมชน)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(-) ปัญหาโครงสร้างการจัดการของระบบต้องแก้ที่ระบบจัดการ ถ้ามองกลับไป essential บางโรคอาจอยู่ที่ปฐมภูมิ บางโรคอาจอยู่ที่ค่าใช้จ่ายสูง ไม่จำเป็นต้องแยก แต่ในการจัดการต่างๆ ต้องคุยกันเรื่องพวกนี้ (-) ไม่ควรนำเรื่องความคุ้มครองการรักษาทั่วไปในการบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิมาเปรียบเทียบกัน แต่ควรทำคู่กันไป และมีความสัมพันธ์กับเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพ (-) การจัดระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น และการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยควรรับภาระค่าใช้จ่ายเอง
การป้องกันและการสร้างเสริม	(+) การป้องกัน การสร้างเสริม เป็นระบบย่อย เป็นรากเหง้าของกระทรวง โดยโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง สอ.เป็นรองโรงพยาบาลเป็นที่ซ่อม (-) ความกำกวมและไม่ชัดเจนของเป้าประสงค์ที่คิดเพียงแต่รักษาแต่ไม่คิด ไปถึงการสร้างเสริมเช่นโรคเบาหวานต้องมาวิเคราะห์ว่าเป็นปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร (-) งานส่งเสริมสุขภาพควรมีระบบย่อยในระบบใหญ่ (-) ในเรื่องเสริมสร้าง มองว่าการจัดสรรเงินไปที่สถานีนามัยไม่ได้ผลกลับมา ตามที่คาดถึงแม้ว่าสถานีนามัยมีความตั้งใจในการทำเรื่องส่งเสริม

• ส่งเสริมระบบการบริการภายใต้การจัดการภาครัฐเพื่อสังคม

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
กระบวนการจัดการที่ดีในด้านกำลังคน และทรัพยากร	(+) กระบวนการจัดการที่ดี ส่งเสริมในเรื่องกำลังคน ทรัพยากรงบประมาณให้มากขึ้น (+) ภาระงบประมาณที่ต้องแก้ไข (+) การจัดทำลัคนภาครัฐต้องเพียงพอและจัดให้เหมาะสม (+) ระบบกำกับและการตรวจสอบที่ดี เมื่อถึงระดับหนึ่งสามารถเปิดให้มีการแข่งขันได้ ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการแข่งขัน (+) การเก็บภาษี (การเก็บภาษีโรงแรมที่ให้บริการชาวต่างชาติ) (+) ประสิทธิภาพของระบบจะเกิดเมื่อมีการแข่งขัน

ปัจจัยหลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
	(-) ภาครัฐปัจจุบันเสื่อมประสิทธิภาพมาก ถ้าจะแข่งขันได้ต้องพัฒนาระบบ กำกับตรวจสอบที่ดี ถ้ารัฐจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมีข้อจำกัดก็ควรปล่อยให้คนอื่นเข้าไปจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการแข่งขัน ตัวอย่าง (การผ่าตัดไส้ติ่งเทียมของสวัสดิการข้าราชการ แพทย์ไว้ใจไม่ได้) (-) ปัจจุบันภาครัฐยังไม่สามารถควบคุมเอกชนได้
FTA ระบบการค้าเสรี	(+/-) การเก็บภาษีควรเก็บอย่างเป็นธรรมและบังคับในรูปแบบที่เหมาะสม (-) FTA มองว่าสินค้าสุขภาพจะกลายเป็นตลาดสาธารณะ ทำให้เกิดการลงทุนทั้งภายในและนอกภายใน ถ้ากระแสแรง ตัวอย่างประกันสังคมครึ่งหนึ่งเป็นของภาคเอกชนถ้ากำกับเอกชนไม่ได้ จะมุ่งทำให้การจัดการภาครัฐของสังคมเกิดปัญหามองว่าเป็นอุปสรรคต่อการจัดการภาครัฐ (-) การจัดการสุขภาพของไทย ปัจจุบันรัฐเข้าไปจัดการ การนำระบบแข่งขันเสรีเข้าไปในระบบ (รัฐเป็นผู้คุมเหมือนเดิม แต่ออกกฎหมายมหาชน กำกับเหมือนกลุ่มประเทศในสแกนดิเนเวีย จะไม่ให้ภาคเอกชนทำก็ไม่สามารถกระทำได้เพราะจะไปขัดกับรัฐธรรมนูญ ดังนั้น ทำให้รัฐต้องไปแทรกแซงในระบบสุขภาพ (-) ภาครัฐปัจจุบันเสื่อมประสิทธิภาพมาก ถ้าจะแข่งขันได้ต้องพัฒนาระบบ กำกับตรวจสอบที่ดี ถ้ารัฐจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมีข้อจำกัดก็ควรปล่อยให้คนอื่นเข้าไปจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการแข่งขัน ตัวอย่าง (การ ผ่าตัดไส้ติ่งเทียมของสวัสดิการข้าราชการ 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	• เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในประเทศทำให้ระบบต้องชะงักงันไม่ดี
<u>ระบบเศรษฐกิจ</u> • เกิด Specialization เมืองไทยเป็น Nursing Home	• เมืองไทยจะเป็น Nursing Home ให้กับโลก ตัวอย่างคนญี่ปุ่นชอบ Nursing Home อาศัยคนกับวัฒนธรรม เป็นได้ทั้งสองด้านดีและไม่ดี ต้องปรับและมีระบบมารองรับ (ทำให้เกิด Specialization) อาจเกิดจาก WTO
<u>ระบบการศึกษา/สังคม</u>	• การศึกษาภาคบังคับ มีปริมาณเด็กที่ขาดการศึกษาต่อเนื่องจำนวนมาก • การให้การศึกษาควรให้ตั้งแต่แรก • คุณภาพของการศึกษาในอนาคตจะมีผลต่อเรื่องนี้
<u>ปัญหาสถานะสิ่งแวดล้อม</u> • ปรากฏการณ์ทางกายภาพ	• ธรรมชาติเกิดการเปลี่ยนแปลง สภาวะโรคร้อน ภัยพิบัติ (อสุหิกภัย 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. หนังสือพิมพ์ประชาชน หน้า 4 ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561
5. หนังสือพิมพ์เนชั่นสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 27 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2561
6. หนังสือสารนการศึกษา หน้า 4 คอลัมน์การศึกษาสังคม ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2561
7. หนังสือพิมพ์ Siam Tomorrow หน้า 1 ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2516

โดยตั้งเป็นหัวข้อข่าวดังนี้

2561 "เปิดปมเส้นทางระบบหลักประกันสุขภาพ ในสิบปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเดินมาถึงจุดไหนแล้ว"

ปี 2552 มีกระแสข้อเรียกร้องของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ที่ต้องการให้ระบบหลักประกันสุขภาพให้สิทธิประโยชน์ภาคบังคับตามความจำเป็น (essential package) และให้ซื้อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นทางเลือกสำหรับประชาชนกลุ่มที่สามารถจ่ายเพิ่มได้

ขณะเดียวกันนั้น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลกระทบของ FTA และนโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเซียส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนไทยมุ่งให้บริการนักท่องเที่ยวต่างชาติ การบริการสาธารณสุขจึงมุ่งแสวงหากำไรมากขึ้น ในทางตรงข้ามคนต่างด้าวทั้งคนกลุ่มน้อยไร้สัญชาติ และแรงงานต่างด้าวมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามภาวะเศรษฐกิจสังคม ซึ่งเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก

ปี 2555 ในสังคมเกิดการโต้เถียงกันในเรื่องเป้าประสงค์ที่เน้นความคุ้มครองรักษาโรคปฐมภูมิและทุติยภูมิ หรือเน้นความเจ็บป่วยที่ค่าใช้จ่ายสูง การโต้เถียงกันนี้นำไปสู่ข้อสรุปว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำให้ ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ภาคบังคับมีความชัดเจนก่อนว่าครอบคลุมโรคอะไรเพียงใด ขณะเดียวกันก็มีคำถามถึงการจัดการที่เป็นเรื่องจริงเพื่อรองรับการบริการปฐมภูมิที่ต้องการหมอเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงเป้าประสงค์ในแวดวงทางการแพทย์ต่างมุ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางเสียมากกว่า

ช่วงเวลานั้น ประเทศไทยเริ่มเห็นแนวโน้มภาระทางสุขภาพที่มากขึ้นของการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาคเอกชนที่เติบโตทางการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วขณะที่ภาครัฐที่ควรเล่นบทบาทเป็นผู้

กำหนดกฎกติการะเบียบข้อบังคับกลับยังไม่สามารถทำหน้าที่ที่เข้มแข็งได้ ทำให้เกิดภาวะล่อแหลมทางจริยธรรมเนื่องจากการมุ่งกำไรจากสุขภาพ

ปี 2561 ในที่สุดระบบหลักประกันสุขภาพให้สิทธิภาคบังคับตามความจำเป็นก็มีความชัดเจน ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามปัญหาใหม่ที่ต้องเผชิญมากขึ้น คือปัจจัยความไม่แน่นอนที่อาจส่งผลอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพ 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 จะเป็นคัมภีร์ให้กับทุกโรงพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติตามเป็นการกำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนจะต้องได้รับในด้านการรักษาพยาบาลโดยมิได้หมายความว่าเฉพาะโรคพื้นฐานเท่านั้น แต่คณะกรรมการพิจารณาถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและก่อภาระแก่ผู้ป่วยด้วยเช่นโรคมะเร็ง โรคไต เป็นต้น ในขั้นต้นนี้กำหนดชนิดโรคไว้ในบัญชีผู้ป่วยนอก 4,000 โรค และผู้ป่วยใน 2,000 โรค ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาอย่างครอบคลุมทุกโรคแล้ว

ทั้งนี้ สำหรับหน่วยงานต่างๆ ที่ได้มีการให้สวัสดิการกับประชาชนคนไทย ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รัฐวิสาหกิจ ฯลฯ สามารถที่จะกำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้กับผู้มีสิทธิในกองทุนของตนเองได้ หรือประชาชนคนไทยที่ต้องการได้รับการที่สูงกว่าสิทธิประโยชน์ภาคบังคับก็สามารถที่จะจ่ายเพิ่มหรือซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่าชุดสิทธิประโยชน์ภาคบังคับนี้จะป็นก้าวเดินที่สำคัญเป็นเส้นแบ่งความชัดเจน ที่จะพัฒนาระบบสวัสดิการของประเทศไทยให้ไปสู่มิติใหม่ในการให้บริการ และสร้างความเข้าใจอันดีให้กับประชาชนคนไทย ลดปัญหาการฟ้องร้องของประชาชนกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้

หน้าข่าวชีวิตคุณภาพ (นสพ. มติชน ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561)

เมื่อวานนี้ แหล่งข่าวได้รายงานจากที่ประชุมสัมมนาร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ในวาระครบรอบ “10 ปีของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ภายใต้วหัวข้อเรื่อง “การก้าวสู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศ”

แหล่งข่าวกล่าวว่า “ที่ประชุมทุกฝ่ายเห็นด้วยกับการแข่งขันในระบบตลาด เนื่องจากจะนำซึ่งประสิทธิภาพของระบบและเป็นการนำทรัพยากรของภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศมาใช้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบตลาดก็ไม่ควรเป็นระบบตลาดเสรีอย่างเต็มที่ แม้ว่าระบบเศรษฐกิจของไทยจะเป็นระบบเศรษฐกิจเสรีก็ตาม ทั้งนี้เพราะตลาดของระบบบริการสุขภาพนั้นมีเป้าหมายหรือเป้าประสงค์อยู่ที่สุขภาพของประชาชน ยังไม่สามารถเป็นตลาดที่สมบูรณ์ได้เนื่องจากยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลและมีผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตกับประชาชน”

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

ประกันสังคมไม่ปรับเปลี่ยนอัตราเงินสมทบหลังใช้ระบบจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยใหม่ได้ผล
(นสพ. ประชาชน ฉบับวันที่ 2 สิงหาคม 2561 ข่าวด้าน 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 ค่ารักษาส่วนที่เกินกว่าระดับนี้ สถานพยาบาลจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายตามรูปแบบเดิม แต่อัตราเหมาจ่ายใหม่นี้ ที่ต่ำกว่าอัตราเดิมประมาณ 275 บาทต่อหัว สำนักงานประกันสังคมได้ทดลองใช้ระบบใหม่กับผู้ประกันตนประมาณ 320,000 คน จากสถานประกอบการ 20 แห่ง กับสถานพยาบาล 8 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ระหว่าง เดือนมกราคม - มิถุนายน 2561 คณะกรรมการประกันสังคมในเดือนกรกฎาคม และในที่สุด คณะกรรมการประกันสังคมมติเห็นชอบให้ใช้ระบบใหม่นี้ในปี 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 ในขณะที่รัฐบาลใหม่ซึ่งเป็นฝ่ายอนุรักษนิยมปัจจุบันได้แถลงนโยบายที่ยังคงยืนยันให้คงไว้ ซึ่งนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลชุดก่อนก็ตาม ความไม่แน่นอนของนโยบายหลักประกันถ้วนหน้าของประชาชนไทยก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ในอนาคต เนื่องจากยังมีปัจจัยสำคัญจากภายนอกที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยังคงมีอิทธิพลต่อความเปลี่ยนแปลงของนโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลนี้หรือรัฐบาล ชุดต่อไปของไทยโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

ปัจจัยที่สำคัญดังกล่าวหมายถึงการที่รัฐไทยยังต้องนำตัวเองเข้าสู่การเปิดเสรีทางการค้ากับต่างประเทศไม่ว่าจะเป็นไปในรูปแบบของการทำข้อตกลงการค้าแบบทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าต่างๆ (เอฟทีเอ) 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 ไม่ได้เกณฑ์มาตรฐาน เด็กเรียนดีแต่ยากจน ไม่มีโอกาสเรียน ต้องออกมาขายแรงงานมีคุณภาพชีวิตตกต่ำ ก่อปัญหาด้านสังคมและสุขภาพ ทำให้รัฐต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการดูแลรักษา ไม่น่าเท่านั้น ผลการสำรวจยังชี้ว่า ขณะที่แรงงานต่างด้าวมากขึ้น เด็กต่างด้าวก็มากขึ้นด้วย แต่ระบบการศึกษาและบริการสุขภาพไม่รองรับหรือให้สิทธิแก่คนต่างด้าวเหล่านี้ มากกว่า 10 ปี ปัญหาสังคมและสุขภาพจึงเพิ่มทับทวี รัฐบาลจึงควรยอมรับสภาพปัญหาและสร้างระบบจัดการที่เหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาที่ต้นตอด้วย

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

ปัจจุบันภาวะโลกร้อนทำให้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยไม่อาจคาดเดาได้ และปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ และทุกซีกโลก ภาคอีสานพบว่าภาวะฝนแล้งติดต่อกันถึง 3 ปี ขณะที่ภาคใต้พบภาวะพายุกระหน่ำ ฝนตกหนักในภาคกลาง เกิดภาวะน้ำท่วมขังสูงในกรุงเทพฯ และพื้นที่เกษตร ดินโคลนถล่มและแผ่นดินไหวรุนแรงในภาคเหนือ เหตุการณ์เหล่านี้เกิดรุนแรงขึ้นทุกปี

นักวิชาการต่างระบุสาเหตุปัญหาจากภาวะโลกร้อนที่วิกฤตมากขึ้นและได้ก่อผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ผลกระทบจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ เสียชีวิต จำนวนผู้พิการจากการสูญเสียอวัยวะมากขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดการระบาดของโรคแบบใหม่ที่ติดต่ออย่างรวดเร็ว และมีการพัฒนาการของโรคที่เหนือความคาดหมายและความสามารถในการควบคุมโรค ทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ผู้ที่รอดพ้นจากวิกฤตอยู่ในภาวะกดดัน มีปัญหาทางจิต อารมณ์ซึมเศร้า ไม่อาจใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติได้

สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความไม่แน่นอนต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนที่มีผลทั้งต่อสุขภาพ และการรองรับทางงบประมาณ “คำถาม คือ รัฐบาลได้ดำเนินการเตรียมระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เร้าเร้าอย่างไร”

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

หลังจากเป็นที่พาดพิงวิจารณ์กันในหมู่ผู้ประกอบการสถานพักฟื้นและดูแลคนชราที่ถือสัญชาติไทย 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 ได้รับการยกเว้นในการถือครองหุ้นนี้เป็นการ ยุดิข้อถกเถียงระหว่างผู้ประกอบการสถานพักฟื้นไทยที่ต้องการขยายตลาดที่มีการเติบโตอย่างมากกว่า 350% ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยอาศัยทุนจากบริษัทต่างชาติเป็นทางลัด

หลายฝ่ายเป็นห่วงว่าการประกอบการสถานพักฟื้นและดูแลคนชราโดยต่างชาติในระดับที่สูงจะทำให้ผู้ประกอบการไทยเสียเปรียบเพราะต่างชาติมีฐานลูกค้าในเครือข่ายประกันสุขภาพของตนเป็นข้อ ได้เปรียบอยู่แล้ว หากเป็นบริษัทเหล่านั้นเป็นผู้ประกอบการเองด้วยจะทำให้ผู้ประกอบการไทยเสียเปรียบ ยิ่งขึ้นแม้ว่าอีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่าการเติบโตของตลาดจะเพิ่มรายได้และเปิดโอกาสให้มีการจ้างงานในประเทศ อย่างสำคัญ

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในต้นปีนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเริ่มมีภาวะการขาดแคลน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐกว่า 3,000 อัตรา เป็นครั้งแรกที่มีความขาดแคลนเกิดขึ้นอีกครั้ง นับตั้งแต่มีการแก้ปัญหาความขาดแคลนในกว่าทศวรรษที่ ผ่านมาลุล่วงไปเมื่อ 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. การจัดการที่จะต้องกระทำเพื่อให้เกิดการรองรับการบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มากขึ้นและในการทำความเข้าใจต่อประชาชนรวมถึงเป้าประสงค์ในแวดวงการแพทย์ที่มุ่งเพียงแพทย์เฉพาะทาง
4. จากประเด็นต่างๆ เน้นในเรื่องสังคมผู้สูงอายุ และการที่ภาคเอกชน เดิมโตในการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว ภาครัฐควรมีบทบาทในการเป็นผู้กำกับและกำหนดกติกาหรือนโยบายให้สอดคล้อง และไม่ทำให้เกิดภาวะล่อแหลมทางจริยธรรมในด้านการมุ่งเน้นเพียงการทำกำไร
5. การให้บริการแก่ประชาชนไม่ว่าจะเป็นประกันสังคม สามารถกำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้กับผู้มีสิทธิในกองทุนของตนเองได้ หรือหากประชาชนต้องการได้รับการที่สูงกว่าสิทธิประโยชน์ภาคบังคับก็สามารถที่จะจ่ายเพิ่มขึ้น โดยพื้นฐานต้องได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกัน ในการให้บริการที่ดีจะมีส่วนช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องของประชาชนกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้เป็นอย่างดีในอนาคต
6. ในระบบเศรษฐกิจ ที่มีการแข่งขันในระบบตลาด การนำทรัพยากรของภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศมาใช้ร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ไม่ควรเป็นระบบตลาดเสรีอย่างเต็มที่
7. ตลาดของระบบบริการสุขภาพควรมีเป้าหมายและเป้าประสงค์อยู่ที่สุขภาพของประชาชนและควรสร้างกลไกตลาดหรือการพัฒนาตลาดที่จะทำให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรม มีกติกาของตลาดที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์และเปิดโอกาสให้หน่วยงานบริการของภาคเอกชนได้มีส่วนร่วมระบบบริการมากขึ้น
8. ภาครัฐต้องพัฒนาระบบการจำกัดและมีการตรวจสอบหน่วยบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้มีประสิทธิภาพ
9. ในส่วนของการประกันสังคมจะสามารถดำเนินการลดอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาได้โดยปรับเปลี่ยนการเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองในอัตราที่ไม่เกิน 850 บาท ต่อคนต่อปี ค่ารักษาส่วนที่เกินจากระดับนี้สถานพยาบาลจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายตามรูปแบบเดิม
10. การปรับและการทำความเข้าใจตามหลักการตามข้อตกลงที่ได้ให้สัตยาบันกับประเทศหรือองค์กรต่างๆ เช่น WHO , WTO ในการปฏิบัติในรูปกฎหมาย และกฎระเบียบภายในของรัฐบาลไทย
11. จากปัญหาแรงงานต่างด้าว ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ รัฐควรยอมรับสภาพ ปัญหาและตั้งระบบจัดการที่เหมาะสม
12. การที่รัฐต้องเข้ามาดูแลในเรื่องคุณภาพชีวิตของเยาวชน ผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา แรงงานต่าง ด้าวที่ยังเป็นเด็ก โดยรัฐตั้งระบบจัดการที่เหมาะสมเพื่อหาและแก้ไขปัญหาที่ต้นตอ รวมไปถึงการให้สิทธิแก่คนต่างด้าวในการได้รับการบริการด้านสุขภาพ

13. ภาครัฐต้องดำเนินการในการเตรียมระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เป็นวิกฤติที่เกิดจากปัญหาต่างๆ ได้แก่ การเข้ารับบริการของประชาชนที่สถานพยาบาล 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 ควรมีขบวนการที่น่าจะเป็นกลยุทธ์คือการเสริมปัญญา ให้ความรู้ต่อสังคม หน่วงค้ำให้คนเกิดกระบวนการดำรงชีวิตแบบใช้ปัญญา ใช้จินตนาการทำให้สุขภาพดี และการจัดระบบ การทำ Promotion มิใช่เป็นแบบกิจกรรมที่เห็นกันในปัจจุบัน และต้องสร้างให้เกิดพลังทางสังคม ที่จะผนวกเรื่องของ Decentralize ไปด้วย ในเรื่องการกระจายอำนาจไปแล้ว จะกระทำการอย่างไรให้

พลังทางสังคมสามารถพึ่งพาตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งระบบภายนอก ทำให้ระบบภายนอกเข้าไปเป็นเพียงตัวเสริม ดังนั้นในการทำการรณรงค์ในเรื่องของการสร้างสุขภาพน่าจะเป็นเรื่องการสร้างสุขภาพของสังคม

8. การมองถึงระบบสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงกระบวนการ ในการวางแผนทางและทิศทางต่างๆ ว่าระบบต้องมีกลไกอะไร รูปแบบเป็นอย่างไร ต้องอาศัยเครือข่ายใดบ้าง และกระบวนการที่จะต้องขับเคลื่อนเป็นอย่างไร

9. การให้การศึกษากับเยาวชนในเรื่องสุขภาพ การให้การศึกษ เช่นในวิชาสุขศึกษา ควรบรรจุองค์ความรู้ใด ให้แก่เยาวชนให้รับรู้บ้าง

10. การสร้างกลไกใหม่ต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยประสาน และหน่วยจัดการ พร้อมทั้งเป็นหน่วยขับเคลื่อน ด้วยมีไชลงไปดำเนินการแค่หน่วยทำกิจกรรม

11. การเคลื่อนตัวของภาคชุมชนหรือภาคประชาสังคมหรือกองทุนชุมชนต่างๆ ในเรื่องหลักประกันหรือการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ในการจัดระบบหลักประกันต่างๆ กระบวนการต่างๆ ต้องมองถึงอนาคตว่ากลุ่มเหล่านี้จะมีวิธีการนำเข้าสู่ระบบอย่างไร เพราะกลุ่มดังกล่าวนี้เหมือนเป็นอีก 1 agency ใหญ่ที่ต้องพิจารณา

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

13. การวางอนาคตของ position ของงานระบบหลักประกันกับเรื่อง P&P หรืองานส่งเสริมป้องกันไว้อย่างไร แคไหน

14. การมองเรื่องระบบบริการในระบบบริการปฐมภูมิหรือเรื่องงานส่งเสริมป้องกันต้องปรับตัวให้ทัน ทั้งวิธีคิด และวิธีจัดการ

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

กลุ่มที่ 2 ภาพอนาคตเรื่อง “ปรับระบบบริหารจัดการ ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ โดย การรวม 3 กองทุน” *

สถานการณ์ที่ได้รับ

1. การประกันการเข้าถึงบริการถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน (Quality) บริการ
ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
 - มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - แนวทางที่ใช้ในการบริการเป็นไปตามข้อกำหนดที่วางไว้
 - ย่อมต้องใช้ทรัพยากร
2. หลักประกันสุขภาพเพื่อทุกคน
 - เป็นสิทธิของประชาชน ที่ทุกคนได้รับเสมอกัน
 - จะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้
3. สิทธิประโยชน์ภาคบังคับแบบกว้างขวาง (Comprehensive) สำหรับประชาชนอย่างเสมอ
ภาค
 - สิทธิประโยชน์ในระบบที่ผู้มีสิทธิทุกคนจะได้รับเหมือนกันหมด ไม่เปิดโอกาสหรือ
ทางเลือกให้ผู้ที่สามารถร่วมจ่ายได้ ชื่อหรือได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม²

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

- | | | |
|-----------------|-----------------|---|
| 1. อ.จอน | อึ้งภากรณ์ | มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ |
| 2. ดร.เจริญ | โทณะฉนิก | สำนักงานมโนมัย เจริญ แอนด์แทโซซิเอท |
| 3. นพ.สัมฤทธิ์ | ศรีธรรมาสวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 4. คุณประยูร | เชียววัฒนา | สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ |
| 5. คุณลำยอง | พลสูงเนิน | อสม.อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา |
| 6. คุณวีรวัฒน์ | คำชาย | เมืองพัทยา |
| 7. นพ.จักรกริช | ไ้วศิริ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. นพ.ไชยรินทร์ | ทยาวิวัฒน์ | กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 9. คุณจอมขวัญ | โยธาสุมุท | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 10. คุณนริรัตน์ | ธรรมโรจน์ | สวปก. (ผู้จัดบันทึก) |

Facilitators: ดร.สุรัชย์ สถิตคุณารัตน์ และนางสาวเสาวนีย์ ตั้งสกุล

* ชื่อของภาพอนาคต เป็นการตั้งขึ้นหลังจากที่ได้มีการร่วมกันสร้างภาพอนาคตเสร็จสิ้นแล้ว

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers):

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ	(+) (-) ไม่สามารถให้บริการคนไข้ได้เพียงพอ
มีการกระจายอำนาจในระบบบริการสุขภาพ	(+) ในระยะยาวจะดี (-) ในระยะสั้นยังมีระบบการจัดการไม่ดีเพียงพอ
งบประมาณของรัฐเพื่อหลักประกันสุขภาพปีบริดมากขึ้น	(+) อาจจะมีข้อดีในแง่ของการปรับตัว ประสิทธิภาพของระบบจัดการในงบประมาณที่จำกัด (-) เกิดปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ
ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น	(+) (-) ทำให้ใช้ทรัพยากรในการรักษามากขึ้น
นโยบายเน้นการพัฒนา ระบบปฐมภูมิ	(+) เป็นการรักษาเบื้องต้นจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น (-)
การรวมกันของกองทุนประกันสังคมทั้ง 3	(+) น่าจะทำให้เกิดความเท่าเทียมกันตามเป้าหมายที่ต้องการไปถึง (-) อาจมีเรื่องความขัดแย้งเพราะเป็นนโยบายที่พยายามรวมกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองสูงมากอยู่กับกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองต่ำ
การรักษาพยาบาลมีความต้องการ Technology ทาง การแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น	(+) ทำให้รักษาค้นได้เร็ว 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	การให้ภาคเอกชนบริหารระบบประกันสุขภาพแทนภาครัฐ ก็เป็นแนวโน้มที่เริ่มเกิดขึ้นในประเทศมหาอำนาจเช่น สหรัฐอเมริกาก็อาจเป็นแนวคิดที่เข้ามาพร้อมๆกับการเซ็นสัญญาการค้าเสรีประกอบกับ การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อระบบประกันสุขภาพ นอกจากนั้น Pandemic ของโรคติดต่อ ที่เกิดในประเทศเช่น ไข้หวัดนกและโรคติดต่อที่ข้ามมาจากชายแดนของประเทศในสถานะที่มีภัยธรรมชาติเช่นแผ่นดินไหว น้ำท่วมเป็นต้น ก็เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและยากแก่การคาดการณ์ในปัจจุบัน และเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อการจัดการด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง การเกิดของเทคโนโลยีใหม่ ๆ (Technology Breakthrough) ก็เป็นปัจจัยที่จะมาหนุนเสริมความขีดความสามารถของการแพทย์ ซึ่งในทางบวกอาจจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนเป้าหมายของการให้การประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนั้นยังมีมาตรฐานและคุณภาพที่ดีด้วย

รายละเอียดของภาพอนาคต

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

กองทุนตำบลซึ่งเป็นเครื่องมือที่ประสานการทำงานระหว่างท้องถิ่นและพื้นที่ นอกจากนั้นกองทุนยังสนับสนุนให้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพของชุมชนมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างความสามารถทั้งชุมชนและกองทุน นอกจากนั้นยังเกิดการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการเงินมากขึ้น ศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารกองทุนของตนเอง แต่บางแห่งก็ยังมีปัญหาเรื่องความโปร่งใส ปัญหา

เรื่องงบประมาณที่ปีบรัดในช่วงปีก่อนหน้านี้ เกิดสืบเนื่องมาจาก ภาวการณ์เมืองให้ความสำคัญต่อการจัดการด้านสุขภาพต่ำ 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 แต่ก็มีข้อเสียในบางประเด็นกล่าวคือ 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 ในเมืองเน้นความสำคัญของเภสัชกรรมมากขึ้นในโรคเบื้องต้นเภสัชมีสิทธิ์จ่ายยาให้กับคนไข้ในระบบประกันสุขภาพ มีมาตรการที่ควบคุมการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดการกระจุกตัวอยู่ภายในกรุงเทพฯ

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 ปรับเปลี่ยนไประหว่างทางเพื่อลดความขัดแย้ง ปัจจุบันทั้งสามกองทุนนี้เป็นอิสระต่อกันมีเพียงการประสานในเชิงเทคนิคเท่านั้น ต้องมีการพัฒนาที่ไม่ใช่ต่างคนต่างแยกกันไป นอกจากนั้นต้องมีการเตรียมตัวเตรียมบุคลากรที่จัดการ ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลมีแนวโน้มจะไม่พัฒนากองทุนประกันสุขภาพเพราะคิดว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นคืออยู่แล้ว ต้องมีการพัฒนาการเก็บภาษีอย่างเป็นธรรม เพื่อมาสนับสนุนการพัฒนากองทุนด้านสุขภาพ หลักหนี้ co-payment ไม่ได้ แต่ต้องมีการจัดอย่างเป็นธรรม ดูตามฐานรายได้ และสุดท้ายที่ต้องคำนึงคือเรื่องของการบริหาร ในอดีตพบว่าการคลังภาครัฐที่มีเงินกองเหลืออยู่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ

4. การบริการปฐมภูมิ

ต้องมีการปรับระบบไม่ให้ผู้ป่วยไปแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะทำให้คุณภาพการรักษาลดลง เช่นแพทย์เฉพาะทางต้องไปรักษาโรคทั่วไป ทำอย่างไรที่จะจัดการปัญหานี้ขณะนี้สสข. และสธ. กำลังแก้ปัญหานี้ โดยอาจจะหยุดการให้บริการแบบ walk-in patient คือคนไข้ต้องไปรักษาปฐมภูมิในสถานพยาบาลอื่น ๆ ไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระบบบริการสุขภาพในชุมชน โครงสร้างระยะยาวผู้สูงอายุ การดูแลคนไข้เรื้อรัง ถ้าในเขตเมืองได้รับการบริการง่าย แต่ในต่างจังหวัดนั้นบริการยาก 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 ประเทศไทยอาจจะไม่สามารถจ่ายเงินจ้างได้ แต่ขณะนี้เรามีทุนทางสังคมตัวนี้อยู่ ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำคือรักษาทุนทางสังคมนี้ไว้ ในด้านสาธารณสุขต้องถึงเวลาที่ระบบบริการเพื่อผู้สูงอายุต้องเป็นภาคบังคับ ด้านการแพทย์ต้องมีระบบบริการที่ชัดเจน การดูแลหรือการให้บริการการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรังที่บ้าน บุตรหลานควรได้รับการสนับสนุนที่ดีพอจะทำให้ไม่ต้องทิ้งครอบครัวไปทำงานข้างนอก จะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ (มี subsidy จากส่วนกลาง) สิ่งที่ต้องมีให้ทันที่คือการรักษาและคงไว้ซึ่งมาตรการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวัฒนธรรม และภาคเอกชน ในการทำระบบบริการภาคบังคับสำหรับผู้สูงอายุ hospital at home อีกแง่มุมคือจะอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ไปประกอบกับยุทธศาสตร์ข้างต้นเพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การนำผู้สูงอายุเข้ามาร่วมโครงการดูแล บำบัดด้วยการทำงาน occupational therapy ก็เป็นอีกทางเลือก

7. การรักษาพยาบาลมีความต้องการ Technology ทางแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น

ให้มีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีราคาแพงในประเด็นหลักๆ 3 ประเด็นได้แก่ (a.) ประเมินเพื่อลดผลกระทบ และป้องกันการใช้ที่อาจจะเกิดผลเสียเช่น เทคโนโลยีการ cloning หรือ การฝังประสาทหูเทียม (คนใช้น่าจะมีสิทธิ์เลือก) (b.) การใช้อย่างเหมาะสม (c.) การกระจายอย่างเหมาะสม และทำอย่างไรให้ทุกคนเข้าถึงได้เช่นในโรคกระดูกพรุนต้องมีการคัดกรองที่ดีเพื่อจัสรรการรักษาให้เหมาะกับกลุ่มคนที่เหมาะสม (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 **คิดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 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 รวมถึงนโยบายที่ออกมาเพื่อเปลี่ยนกระแสและพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงขึ้น
9. การรวมกันของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 หน่วยงานได้แก่ ข้าราชการ ประกันสังคม (ปกส.) และประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)
10. พฤติกรรมของประชาชนที่เปลี่ยนไปทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อมีอายุมากขึ้น พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การรับประทานอาหารที่ไม่ดี และการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น
11. การเกิดของพรบ.สุขภาพแห่งชาติโดยเฉพาะมาตรา 46 ที่มีเรื่องของธรรมนูญระบบสุขภาพ โดยธรรมนูญสุขภาพนี้มาจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและมีผลผูกพันให้หน่วยงานอื่นนำไปปฏิบัติและมีแนวทางที่เน้นความเท่าเทียมและเป็นธรรม

หมายเหตุ

- drivers แต่ละตัวนั้นอาจจะส่งผลที่เป็นบวกหรือลบต่อเป้าประสงค์ drivers บางตัวอาจจะ เป็น means หรือ ends ของ drivers ตัวอื่น ๆ ก็ได้
- ในการเลือก drivers มาคิดในกระบวนการที่จะไปสู่เป้าหมายนั้นจะเลือกตัวที่มีผลกระทบที่มี ขนาดใหญ่ โดยไม่จำเป็นว่าผลกระทบนั้นจะเป็นบวกหรือลบ (ให้เน้นที่ trend)
- อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าเป้าประสงค์ทั้งสามข้อที่ตั้งไว้นั้นอาจจะเป็นปัญหาจึงต้องมีกลไก ที่มาควบคุม

กลุ่มที่ 3 ภาพอนาคตเรื่อง “บริการฟรีส่งเสริมสุขภาพ ร่วมจ่ายกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย”*

สถานการณ์ที่ได้รับ :

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

รายชื่อสมาชิกในกลุ่ม

1. คุณสุพัชรี มีครุฑ สำนักงานประกันสังคม
2. คุณวรัญญา เตียวกุล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3. ภก.วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ สภาเภสัชกรรม
4. นพ. วิทยา ตันสุวรรณนนท์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. คุณอินชวณ ชันคำ สภาองค์กรลูกจ้างสภาศูนย์กลางแรงงานแห่งประเทศไทย
6. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ 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 : นางสาวปวรภัส โพธิสุข และนางสาวโสภิตา ทองโสภิต

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers)

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ	ผลกระทบ
สภาพเศรษฐกิจตกต่ำ และการขาดแคลนพลังงาน	(+) ประชาชนทำงานหนักขึ้น ภาวะเครียด การดูแลสุขภาพแย่ลง (+) ดันทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้น
ต้นทุนการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น	(+) รัฐพยายามลดต้นทุน เน้นการจำกัดการใช้เทคโนโลยีราคาแพง (-) คุณภาพบริการลดลง
การจัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน	(+) รัฐให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ดังนั้นจึงมีการจัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันลดลง
ความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์	(+) การเลือกใช้เทคโนโลยีใหม่ เป็นการเพิ่มต้นทุนการรักษา (-) ทำให้การรักษาโรคมีประสิทธิภาพดีขึ้น รวดเร็วมากขึ้น
ธุรกิจสุขภาพ โฆษณาชวนเชื่อและหากกลยุทธ์อื่นๆเพื่อทำตลาด	(+) สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพในทางผิดๆแก่ประชาชน ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพของประชาชนแย่ลง (+) เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ประชาชน

คนป่วยมากขึ้น โรคเรื้อรังมากขึ้น	(+) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น เป็นการต่อระบบมากขึ้น
มีแรงงานต่างด้าว และคนไร้รัฐมากขึ้น	(+) รัฐมีภาระด้านงบประมาณการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties):

ปัจจัยความไม่แน่นอน	ผลกระทบ
การเกิดโรคระบาดและการเฝ้าระวังภัยธรรมชาติ	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบเฝ้าระวังโรคระบาด
น้ำท่วมรุนแรง	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบเฝ้าระวังโรคระบาด
วิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง	(+) เกิดข้อจำกัดสำหรับงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้น
การก่อการร้าย	(+) ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาและจัดระบบเฝ้าระวัง (+) รัฐต้องให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ยากไร้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนกลุ่มนี้ เข้าร่วมกับผู้ก่อการร้าย
การค้นพบทรัพยากรธรรมชาติ	(-) ทำให้ข้อจำกัดด้านงบประมาณอาจลดลง อย่างไรก็ตามทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใดจากการค้นพบดังกล่าว และจะให้ความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณสำหรับด้านสุขภาพหรือไม่ (+) มีเงินหมุนเวียนในระบบมากขึ้น การจ้างงานมากขึ้น มีความต้องการการประกันสุขภาพมากขึ้น และส่งผลให้ระบบบริหารจัดการการประกันสุขภาพดีขึ้น
การเมืองเปลี่ยนแปลงนโยบาย	(+ / -) อาจส่งทั้งผลด้านบวกและด้านลบต่อการควบคุมงบประมาณและนโยบายช่วยเหลือผู้ยากไร้

รายละเอียดของภาพอนาคต :

จากผลกระทบของแรงผลักดันต่างๆ ต่อระบบประกันสุขภาพในข้างต้น สามารถนำมาสรุปและประมวลเรื่องราวของภาพอนาคตได้ดังนี้

ด้วยสภาพเศรษฐกิจและปัญหาด้านการขาดแคลนพลังงานในปัจจุบัน ส่งผลให้ค่าครองชีพและอัตราเงินเฟ้อสูง ธุรกิจบริการทุกประเภทรวมถึงต้นทุนการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น ด้วยคุณค่าทางสังคมที่มักให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สามารถระบุบุคคลได้เหนือการป้องกันโรคที่มักไม่ทราบว่าคุณค่าจะได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ที่เรียกว่า “rule of rescue”

ส่งผลให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณในการรักษาพยาบาล เมื่องบประมาณมากขึ้น เปิดโอกาสให้มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ที่มักดีกว่าแต่มีราคาแพงกว่าเทคโนโลยีเดิม ในทางตรงกันข้ามงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดลงย่อมมีสัดส่วนที่ลดต่ำลง จนในที่สุดประชาชนจะเจ็บป่วยจากโรคต่างๆที่ป้องกันได้มากขึ้น

สาเหตุจากงบประมาณที่มีจำกัดแต่ต้นทุนการรักษามีราคาสูงและมีผู้ป่วยต้องการบริการจำนวนมาก ทำให้รัฐบาลต้องพยายามลดต้นทุนด้วยการจำกัดการใช้เทคโนโลยี (เพราะทำได้ง่ายและได้ผลมากกว่าการลดต้นทุนด้านอื่นๆ) โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่มีราคาสูง บริการในภาครัฐจะเลือกใช้เฉพาะเทคโนโลยีที่พิสูจน์ได้ชัดเจนว่ามีประโยชน์ (ประสิทธิศักร์) และมีความคุ้มค่า ส่งผลให้ธุรกิจสุขภาพต้องหากกลยุทธ์อื่นๆ เพื่อทำตลาดให้ธุรกิจอยู่รอด เช่น กลยุทธ์ส่งเสริมการขายผ่านผู้บริโภครายและประชาชน (แทนที่จะประชาสัมพันธ์ผ่านผู้ประกอบการวิชาชีพตามที่กฎหมายอนุญาต) นอกจากนี้ธุรกิจสุขภาพยังต้องขยายตลาด ไปยังกลุ่มคนที่ไม่เจ็บป่วยหรือมีแค่ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย เช่น โรคนอนกรน และให้ชักจูงให้ผู้ป่วยพึ่งพายาหรือเทคโนโลยีมากขึ้นและลดการพึ่งพาตนเอง

จะเห็นได้ว่าปัจจัยผลักดันระบบและปัจจัยความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนั้น สามารถส่งผลในเชิงบวก (สนับสนุน) ต่อการใช้นโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายและนโยบายเน้นการดูแลผู้ยากไร้และด้อยโอกาส แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญเหล่านี้ก็ยังมีผลในเชิงลบ (ทำให้คุณภาพต่ำลง) ต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสเช่นกัน

ดังนั้นจึงสรุปผลของภาพอนาคตในภาพรวมได้ว่า การที่สภาพเศรษฐกิจมีการแข่งขันสูง ประชาชนต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้พฤติกรรมด้านสุขภาพแย่ลง ประกอบกับการที่ภาครัฐปรับลดงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำให้มีผู้ป่วย(โรคเรื้อรัง)จำนวนมากขึ้น มีความต้องการใช้บริการสุขภาพสูงขึ้นเกิดข้อจำกัดด้านงบประมาณในระบบสุขภาพ ทำให้ท้ายที่สุดต้องเกิดการจัดสรรปันส่วน ด้วยการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อลดปัญหาด้านลบทั้งด้านสังคมและสุขภาพจากการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ยากไร้ เช่น โรคติดต่อที่เกิดจากผู้ยากไร้ที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในที่สุดระบบสุขภาพจะมีนโยบายช่วยเหลือผู้ยากไร้เป็นสำคัญ

กลยุทธ์ หรือแนวทางการแก้ไข/ป้องกัน :

การตอบสนองต่อผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้น ที่จะปรากฏเป็นภาพอนาคต สามารถพิจารณาตามปัจจัยผลักดันดังนี้

1. ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำและราคาน้ำมันขึ้นสูง – ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้
2. ต้นทุนการรักษาเพิ่ม – ให้มีการจัดระบบการลดต้นทุนการรักษา เพื่อให้ใช้งบประมาณอย่างประหยัด มีประสิทธิภาพบริหารจัดการจัดซื้อ บริหารสต็อกสินค้า ฯลฯ
3. การจัดสรรงบประมาณในการรักษา ต้องงบประมาณการดูแลป้องกันสุขภาพ มีการจัดการดังนี้

- เปลี่ยนแนวคิดการจัดสรรงบประมาณ
 - โดยการคุมงบรักษาพยาบาล
 - เพิ่มงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP)
 - กำหนดสัดส่วนงบ PP ต้องการรักษาให้เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ
4. สำหรับเทคโนโลยีราคาแพง ควรมีการ ประเมินเทคโนโลยีราคาแพง และจัดระบบการอนุมัติการใช้เทคโนโลยีราคาแพง
5. การพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันที่มีอยู่จำกัด สามารถทำได้โดย
- ควรให้ส่งเสริม อปท. ให้มีบทบาทสนับสนุนในงาน PP & งบม.
 - ตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้าน PP โดยเฉพาะในแต่ละระดับ เพื่อลดภาระของหน่วยงานด้านรักษา
 - ส่งเสริมบริการปฐมภูมิ (เพิ่มคน เพิ่มงบ เพิ่มจุดบริการ)
 - ผลิตบุคลากรที่ดูแลด้าน PP และบริการปฐมภูมิให้มากขึ้น : พยาบาลเวชปฏิบัติ พนักงานอนามัย นักศึกษา
6. การแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ และการโฆษณาชวนเชื่อคนป่วย ควรมีการควบคุมดูแล โดย
- มีระบบกำกับดูแลทั้งด้านสังคมและกฎหมาย
 - มีหน่วยงานให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึง
 - บูรณาการความรู้โดยกลไกในระดับโรงเรียน
 - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
 - CSR ของเอกชน
7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชน สามารถแก้ไข โดย
- 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) แต่ให้บริการฟรีสำหรับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่พิสูจน์แล้วว่ามีค่าคุ้มค่า

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 และขณะนี้การดำเนินการรณรงค์ต่างๆเพื่อการส่งเสริมสุขภาพยังไม่สมเหตุสมผลเพียงพอ

7. ควรมีการให้คำจำกัดความที่ชัดเจนของ ‘ผู้ยากไร้’ และสร้างแบบจำลองการดำเนินงาน และการติดตามผลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยยากไร้ เพื่อนำเสนอต่อ steering committee ต่อไป

8. ในการมองภาพอนาคต ควรพิจารณาการสร้างระบบประกันสุขภาพให้สัมพันธ์กับ รูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต เนื่องจากการที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ประกอบกับการที่ ประชาชนมีอายุขัยนานขึ้น จะนำไปสู่ aging bloom ในอนาคต และความต้องการของประชากรและ ประชากรสูงวัยในวันข้างหน้าจะแตกต่างกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งประเด็นดังกล่าว มีความเชื่อมโยงกับ การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีด้วยเช่นกัน เนื่องจากประเด็นนี้ เป็นประเด็นที่สำคัญของการส่งเสริม สุขภาพและการป้องกัน จึงควรมีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาให้ถี่ถ้วน

9. ในการสร้างระบบ advanced co-payment ควรมีสัดส่วนการจ่ายตามระดับรายได้ และ ผู้ที่ต้องจ่ายเป็นผู้มีรายได้ดีเท่านั้น ดังเช่นการจ่ายภาษี

10. การจำกัดงบประมาณอาจไม่ใช่ประเด็นข้อจำกัดของจำนวนเงิน แต่เป็นประเด็นด้าน ลำดับความสำคัญของงบประมาณที่จัดสรรของรัฐบาล

กลุ่มที่ 4 ภาพอนาคตเรื่อง “เกิดการกระจายอำนาจ ใช้ระบบแข่งขันทางการตลาดในสถาน ให้บริการสุขภาพ” *

สถานการณ์ที่ได้รับ :

1. เน้นความคุ้มครองความเจ็บป่วยที่มีราคาแพงหรือค่าใช้จ่ายสูง
 - มุ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ถือเป็นCatastrophic illness
 - ใช้งบประมาณน้อยกว่า แต่ประชาชนอาจต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป
2. ส่งเสริมการแข่งขันในระบบตลาด (Market competition)
 - ระบบหลักประกันสุขภาพอาศัยแรงจูงใจทางการเงินร่วมกับการมีทางเลือกให้ ประชาชนสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการแข่งขันกันเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ

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.ดร.นิพัทธ์ | พิรเวช | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 7. คุณจรรยาวัฒน์ | ทับจันทร์ | โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา |

- | | | |
|---------------|------------------|--|
| 8. คุณประเชิญ | คนเทศ | ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีนนครปฐม |
| 9. ดร.พชนา | เอ็นบริบูรณ์พงศ์ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข |
| 10. คุณศรีนทร | รัตน์เจริญจร | สวปก. (ผู้จัดบันทึก) |

Facilitators : คุณธีรวิสา มัทวพันธุ์ และ ดร.พลพิบูล สดางค์พุด

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญ (Key System Drivers) :

1. Aging society

- ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนอัตราส่วนที่มากขึ้น เทียบกับประชากรโดยรวมของประเทศ จะสร้างความต้องการที่มากขึ้นอาจใช้เงินมากขึ้น แนวโน้มโรคภัยร้ายแรง ผู้คนจะอายุยืนขึ้นจากการดูแลสุขภาพและออกกำลังกายในระหว่างที่อายุยังน้อย
- เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป (ไม่ฉุนวายเป็น driver งบประมาณบีบรัด) แต่กระบวนการทางการเมืองต้องตัดสินใจเร็ว มีผลกระทบต้องงบประมาณ ตัวอย่าง เรื่องการตัดสินใจขยายสิทธิให้ผู้ป่วยไตวาย
- จะมีผู้พิการมากขึ้น (พิการทางสมอง เจ้าชายนิตรา) ไม่ได้ได้รับความดูแลที่เพียงพอ
- มี high demand สูง

2. แพทย์ไม่พอ ภาระเบียดจำกัดของผู้ให้บริการ

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. งบประมาณบีบรัด

เป็น Uncertainty ด้วย สภาพเศรษฐกิจที่ไม่แน่นอน เช่น วิกฤติเศรษฐกิจ

5. ประเด็นเพิ่มเติม

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

ปัจจัยความไม่แน่นอน (Uncertainties)

1. Globalization

- นามาทิ้งโรค และผู้รับบริการข้ามชาติ: ส่งเสริมการแข่งขันในตลาด
- ประเด็นเสริม การให้การรักษาวินิจฉัยในหน่วยปฐมภูมิแบบอีสาน 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 ต้องส่งเสริมให้มีระบบ ที่ให้สถานบริการแข่งขัน 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 นักศึกษาและแพทยสภา
ประท้วงการเพิ่มค่าปรับการใช้ทุนนักศึกษาแพทย์ และอื่นๆ จำนวนนักศึกษาที่
สมัครเรียนลดลงอย่างมาก

2554 งบประมาณ สปสช. และ กรมบัญชีกลางลดลง ทำให้ต้องประกาศให้มีการจ่ายร่วม
แบบมีเพดาน และกรมบัญชีกลางเปลี่ยนระบบการจ่ายเป็นปลายปี

2555 มีการประท้วงของข้าราชการ จากนั้นกรมบัญชีกลางขยายให้โรงพยาบาลเอกชน
เข้าร่วมบริการ และเพิ่มเงินชดเชยค่ารักษา

- สวปก เสนองงานวิจัยคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

2556 กรม. อนุมัติตาม พรบ. กระจายอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขโอนโรงพยาบาลใน
สังกัดให้ อปท.

- สธ ปรับองค์กรทำหน้าที่กำกับระบบบริการสุขภาพเต็มตัว
- สปสช กระจายอำนาจให้ สปสช.เขตเป็นผู้ให้บริการ

2561 Last dollar : มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเลือกคุ้มครอง last dollar โดยมีการร่วมจ่ายที่
ไม่ใช่ 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

6. สรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่ได้จากกิจกรรมการสร้างภาพอนาคต

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

ผลที่ได้จากภาพอนาคตทั้ง 4 กลุ่ม มีประเด็นหลักที่เห็นถึงความคล้ายคลึงกัน เช่น หลายกลุ่มมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ภาคเอกชนควรมีบทบาทในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น ภายใต้การกำกับดูแลอย่างเหมาะสม แต่ส่วนใหญ่ภาพที่ได้จาก 4 กลุ่มมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสถานการณ์ที่แต่ละกลุ่มได้รับมีความแตกต่างกัน ซึ่งประเด็นหลักๆ ที่มีการอภิปรายกันมากคือ

1. เรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Preventive & Protection : P&P)

โดยไม่ว่าจะผ่านศูนย์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือผ่านกระบวนการอื่น ๆ ก็ตาม ก็ยังมีภาพที่จำเป็นต้องไปศึกษาในรายละเอียดและทำความเข้าใจกับแนวคิดให้ตรงกันมากขึ้น เช่น ประเด็นที่กล่าวว่าการขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นนั้น ควรต้องชัดเจนมากขึ้นว่า ปฐมภูมิในที่นี้คือ Primary health care หรือ Primary medical care เนื่องจากสองอย่างนี้แตกต่างกัน ถ้าเป็น Primary health care คือสังคมอยากให้ชุมชนดำเนินการเป็น Health care จะขยายหน่วยบริการตรงนี้เพิ่มขึ้นอย่างไร หรือส่วนที่จะต้องขยายคือ Primary medical care ก็ต้องย้อนกลับไปเรื่องของ การเน้นการรักษาพยาบาลคลินิกใกล้บ้าน

2. ประเด็นต่อเนื่องกัน คือมิติในเรื่องของหลักประกันหรือการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ที่เข้ามาเหมือนกับเป็นอีกหนึ่ง Agency ใหญ่ในการจัดระบบหลักประกันในส่วนนี้ กระบวนการตรงนี้ควรมองถึงอนาคตว่ากลุ่มเหล่านี้จะเข้ามาต่อภาพของระบบให้สมบูรณ์อย่างไร ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการ decentralize ระบบการบริการและส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะในระดับ Primary care และยังเกี่ยวโยงไปถึงเรื่องของ Sponsor ว่าจะมีการ Sponsor local health personnel คือผลิตแล้วใช้ในพื้นที่ได้หรือไม่

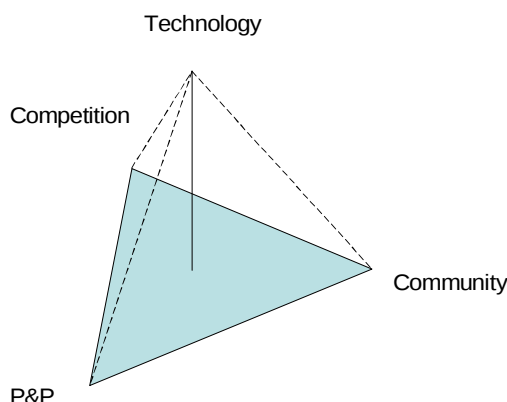
3. เรื่องการจัดการกองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นท้าทายคือการรวมกองทุน ข้อสำคัญของการรวมกองทุนและมี Single fund ก็คือทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า Share capacity ของสิทธิ คือทำให้คนไข้สามารถไปใช้ตรงไหน อย่างไรก็ได้เหมือนกันหมด

4. การนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ฯลฯ

เห็นได้ว่า เรื่องหลักๆ ที่มีการอภิปรายกันมากที่สุด ซึ่งยังเป็น Area ใหญ่ ก็คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพ ไม่ว่าจะผ่านศูนย์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหรือผ่านกระบวนการอื่นๆ ก็ตาม ในเรื่องนี้ก็ยังมีภาพที่ผู้ศึกษาและผู้เข้าร่วมโครงการมองเห็นว่ามีโอกาสในการเข้าไปศึกษาในรายละเอียดอีกมาก

หากจะสรุปประเด็นหลักๆ ที่มีผลต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพ และควรจะต้องนำมาพิจารณาต่อ อาจพอสรุปได้เป็นภาพปริมาตรสามเหลี่ยม ที่ฐานเป็นรูปสามเหลี่ยมที่มีมุมทั้งสามเป็น P&P, Competition, Community และอนาคตจะเปลี่ยนไปอย่างไร ในทิศทางไหน ขึ้นอยู่กับการ

ผสมผสานกันของแรงทั้งสามนี้ โดยมี Technology เป็นแรงขับเคลื่อนตัวที่ 4 ที่ส่งอิทธิพลต่อแรงอื่น ๆ ที่เหลือ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แรงขับเคลื่อนหลักที่มีอิทธิพลต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย

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

ภาคผนวก

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

ลำดับ	รายชื่อ		หน่วยงาน
กลุ่มที่ 1			
1	คุณกุลเชษฐ์	ลิมปิยากร	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
2	นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
3	นพ.เทียม	อังสาชน	โรงพยาบาลสระบุรี
4	ครูชบ	ยอดแก้ว	สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบทสงขลา
5	อาจารย์รัตนสิทธิ์	วงศ์ทิพย์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
6	คุณอรพรรณ	ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
7	พญ.สุพัตรา	ศรีวิรัชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
8	คุณสายหยุด	รูกขันธ์	อสม.อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา
9	คุณวัชรินทร์	ตรุสานันท์	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านคลองบางปีง จ.สมุทรปราการ
กลุ่มที่ 2			
1	อาจารย์จอน	อิงภากรณ์	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
2	ดร.เจษฎ์	โทณะวณิก	สำนักงานมโนมัย เจษฎ์ แอนด์แทโซซิเอท
3	นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
4	คุณประยูร	เชียววัฒนา	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
5	คุณลำยอง	พลสูงเนิน	อสม.อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา
6	คุณวีรวัฒน์	คำชาย	เมืองพัทยา
7	นพ.จักรกริช	โง้วศิริ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8	นพ.ไชยนันท์	ทยาวิวัฒน์	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
9	คุณจอมขวัญ	โยธาสุมุท	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
กลุ่มที่ 3			
1	คุณสุพัชรี	รอดภัยปวง	สำนักงานประกันสังคม
2	คุณวรัญญา	เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ
3	ภก.วิศิษฐ์	ประวีณวงศ์วุฒิ	สภาเภสัชกรรม

ลำดับ	รายชื่อ		หน่วยงาน
4	นพ. วิทยา	ตันสุวรรณนันท	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5	คุณอินชวน	ชั้นคำ	สภาองค์การลูกจ้างสภาศูนย์กลางแรงงานแห่งประเทศไทย
6	นพ.ยศ	ดีระพัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7	คุณละเอียด	กมลกาญจน์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฉาง จ.ระยอง
8	รศ.นพ.สมพันธ์	ทัศนียม	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9	ดร.ชาติรี	ศรีไพพรรณ	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
10	คุณธนพร	เมธาวีกุล	สำนักงานประกันสังคม
กลุ่มที่ 4			
1	ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2	นพ.สุเดช	วลีอิทธิกุล	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3	พ.อ.นพ.สุจิต	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	ชมรมเรารักแม่น้ำท่าจีนนครปฐม
9	ดร.พัชนา	เฮ้งบริบูรณ์พงศ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข