

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาสาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

The Universal Health Care Policy:

Part II Policy formulation process of the Universal Health Care Policy and the law enactment

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ¹	Siriwan Pitayarangsarit ¹
พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ²	Pongpisut Jongudomsuk ²
ถาวร สกุลพานิชย์ ²	Thaworn Sakunphanit ²
สลินลา สิงห์พันธุ์ ²	Salinla Singhapan ²
พรหมมินทร์ หอมหวล ²	Prommin Homhual ²

บทคัดย่อ

กระบวนการพัฒนาสาระนโยบาย เป็นขั้นตอนการกำหนดเนื้อหา นโยบาย และรายละเอียดของทางเลือกนโยบายเพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการทบทวนเอกสารต่าง ๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2545 และการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเข้าใจกระบวนการพัฒนาสาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประกอบด้วย การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพ กระบวนการขั้นตอนทางรัฐสภาในการออกแบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปัจจัยที่มีผลต่อสาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาพบว่า 1) การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พยายามใช้ความรู้ที่นักวิชาการสั่งสมมา หากแต่ความรู้ทางวิชาการบางเรื่องยังไม่ลึกซึ้งพอที่จะสนับสนุนให้มีการตัดสินใจแบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงมีอิทธิพลในการพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งการสนับสนุนหรือคัดค้านของบุคคลกลุ่มนี้

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

² สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและผลกระทบของนโยบายที่มีต่อตัวบุคคล 2) การมีคณะทำงานต่างๆ ในการพัฒนา สารนโยบายได้เพิ่มความเป็นเจ้าของ และการรับรู้ให้กับฝ่ายต่างๆ จนเกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบาย ฯ แต่ยังคงจำกัดวงในหมู่ผู้บริหาร และนักวิชาการเป็นส่วนใหญ่ และ 3) การตัดสินใจดำเนินนโยบายจากเงินภาษี อาจมีความไม่ยั่งยืนทางการเงิน ซึ่งจะต้องหาทางออกต่อไป อย่างไรก็ตาม การออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดระบบการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ได้สร้างความยั่งยืนทางด้านนโยบายให้กับนโยบาย ฯ นี้

Abstract

Policy formulation is a process to formulate the policy contents and policy designs for the implementation to achieve the policy goals. To understand the policy formulation process is a learning process and could anticipate the policy performance whether it would be efficient and reflected the citizens' needs. This study explores the use of knowledge for and the involvement of stakeholders in the designing the national health insurance system. This study also explores the parliament process of the National Health Insurance Enactment. Finally, it discusses the factors influencing the content of the Universal Health Care Coverage Policy.

The analysis shows how several factors influenced policy formulation. 1) Health policy researchers played significant roles in technical advice. However, uncertainty of technical evidence created policy debate and the extent to which research was used for making decisions still depended on its quality, simplicity, timing, the extent it was responsive to policy-maker's concerns, and the impact of the policy choices to the stakeholders. 2) The wider participation of stakeholders as members in several committees has built ownership and collaborations in policy implementation. Stakeholders played negotiation and bargaining roles in policy formulation; however, participants were limited

to health managers and health professionals. 3) Though the decision to rely on tax-based finance was based on an anticipation of the financial feasibility, it would result in complications to sustainability. Alternative and supplementary solutions were required to be explored. However, the law enactment of the National Health Security Act has secured the policy sustainability.

บทนำ

โดยทั่วไป กระบวนการพัฒนาสารนโยบาย (Policy formulation) เป็นขั้นตอนการกำหนดเนื้อหา นโยบาย (Policy content) และรายละเอียดของทางเลือกนโยบาย (Details of policy decision) เพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ (Policy goals) ในกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ กระบวนการพัฒนาสารนโยบาย ๆ นี้ มีความซับซ้อน ประกอบไปด้วย การออกแบบตัวระบบหลักประกันสุขภาพ และกระบวนการขึ้นตอนทางรัฐสภาในการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อกำหนดสิทธิและหน้าที่ของรัฐและประชาชนด้วยกฎหมาย ด้วยเหตุนี้ การทำความเข้าใจกระบวนการพัฒนาสารนโยบายทั้งจากผู้บริหารนโยบาย และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ จะช่วยอธิบายว่าเมื่อนำนโยบาย ๆ ไปสู่การปฏิบัติแล้วนั้น นโยบาย ๆ นี้ มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร และสามารถแก้ปัญหาตรงตามเป้าหมายที่ประชาชนต้องการหรือไม่

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประชุมเชิงปฏิบัติการในระดับผู้บริหารเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกำหนดเป้าประสงค์หลัก

3 ประการ¹⁾ คือ 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3) มีการจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนทางนโยบาย ทางการเงิน และทางสถาบันหรือองค์กร³⁾ ซึ่งขัดกลางจากการประชุมในครั้งนี ได้กำหนดสาระสำคัญของการทำงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

³⁾ ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) เป็นหลักประกันว่า นโยบายดังกล่าวจะมีการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร ด้วยเหตุนี้ ความยั่งยืนทางนโยบายจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อมีการผลักดันให้สังคมหมาย "พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ขึ้น

ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) ความยั่งยืนทางการเงินจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักประกันว่าจะมีงบประมาณในการดำเนินการอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรายละเอียดที่จะต้องกำหนดใน พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 2) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดระบบให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ความยั่งยืนทางสถาบัน/องค์กร (institutional sustainability) สถาบัน และองค์กรที่รับผิดชอบหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีการความยั่งยืนได้ ต้องมีการเตรียมความพร้อมขององค์กร และผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนในเรื่องของบทบาท ตลอดจนจะมีการพัฒนาความสามารถขององค์กรให้สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว ซึ่งองค์กรเหล่านี้ครอบคลุมทั้งประชาสังคมและองค์กรเอกชนในชุมชนด้วย

- ▶ ประชาชนที่มีสิทธิ เมื่อให้บริการตามระบบ จะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง โดยงบประมาณสนับสนุนคำรักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี ยกเว้นผู้มีสิทธิตามกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและกองทุนประกันสังคม
- ▶ ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและให้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้าน เพื่อเป็นจุดบริการด่านแรก (front line service) และสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ (unit for registration)
- ▶ ระบบการเงินการคลัง จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment)
- ▶ จัดให้มีระบบที่จะสนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ “สิทธิ ปกป้อง และคุ้มครองสิทธิ” ของประชาชน คือสิทธิรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและให้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น/สถานพยาบาลปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้าน/ที่ทำงานที่ตนเองพึงพอใจ
- ▶ ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

- ▶ การบริหารนโยบายให้มีการกระจายอำนาจ (decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบและแยกบทบาทผู้ซื้อ- ผู้ให้บริการออกจกกันอย่างชัดเจน (purchaser provider split) ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การบริหารจัดการโครงการในช่วงเปลี่ยนผ่านอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด ส่วนในระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้คำปรึกษา จนกระทั่ง เมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขจึงค่อยลดบทบาทในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาสารนโยบาย ใน 3 มิติ ได้แก่ การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพ กระบวนการขั้นตอนทางรัฐสภาในการออกแบบพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปัจจัยที่มีผลต่อสาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยการวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) ในครั้ง

นี้ ครอบคลุมตั้งแต่จุดเริ่มต้นของนโยบายหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนนำไปสู่การปฏิบัติ

แหล่งข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) เอกสารทางราชการต่าง ๆ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2545 ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา นโยบาย และร่างพระราชบัญญัติ เช่น รายงานการประชุม จดหมายเวียน เอกสารของกระทรวง ร่างกฎหมาย เป็นต้น 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)⁴ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ผู้จัดทำนโยบาย ผู้ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายนี้ จำนวน 21 ท่าน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคการเมือง 2 ท่าน องค์กรไม่แสวงกำไร 2 ท่าน นักวิชาการมหาวิทยาลัย 1 ท่าน และนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุข 4 ท่าน และข้าราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง 12 ท่าน และ 3) การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (participatory observation) ในกระบวนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา โดยผู้วิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นหลักในการสัมภาษณ์ มีดังนี้ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีบทบาทอย่างไรต่อการพัฒนา นโยบาย 2) มีผู้เห็นด้วยหรือคัดค้านในประเด็นใดบ้างและด้วยเหตุผลอะไร 3) ขั้นตอนการสร้างมีส่วนร่วมและการสั่งการเป็นอย่างไร และ 4) มีปัจจัยใดบ้างที่ใช้ในการตัดสินใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล แหล่งข้อมูลทุติยภูมิข้างต้นนี้ ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยวิธีการตีความเพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) ต่อปัจจัยที่มีผลต่อสาระนโยบายหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้การวิเคราะห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อแสดงจุดยืนทางนโยบายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการจัดทำสาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ยังใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่ออธิบายกระบวนการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการศึกษา

นำเสนอผลการวิเคราะห์กระบวนการพัฒนา สาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ออกเป็น 3 ส่วนที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1. ผู้ที่มีบทบาทต่อการพัฒนา สาระนโยบาย สาระของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผลจากกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชนของผู้จัดทำนโยบาย ซึ่งกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาระนโยบายประกอบด้วย 1) กลุ่มนักการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ และ 2) กลุ่มข้าราชการประจำระดับสูง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อธิบดีกรมบัญชีกลาง เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และเจ้าหน้าที่จากกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนในการดำเนินงาน

⁴ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกบางส่วนมาจากคุณภิญโญ นิชะวัตน์ พิทยรังสฤษฎ์²⁴

แม้ว่านายกรัฐมนตรีเป็นผู้ตัดสินใจนำนโยบาย ฯ นี้มาเป็นวาระ แต่การจัดทำรายละเอียดนโยบายเป็นบทบาทของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการประชาสัมพันธ์นโยบาย ฯ เป็นบทบาทของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ข้าราชการประจำระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม⁵

1.2. การมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็น การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ รัฐบาลในขณะนั้น เลือกใช้วิธีลงมือปฏิบัติไปพร้อมกับการพัฒนาสาระนโยบาย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกในการดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปอย่างเร่งรีบตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2544 และมีความไม่ชัดเจนในประเด็นนโยบายของผู้ปฏิบัติ กระทั่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและแรงต้านในการดำเนินงาน พร้อมกันนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการดำเนินนโยบาย ฯ นี้จะบรรลุเป้าหมายได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ดังนั้น จึงเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินนโยบาย มีการแต่งตั้งคณะทำงานต่างๆ

⁵ การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติจนกระทั่งขยายครอบคลุมทั่วประเทศภายใน 1 ปี แบ่งเป็น 4 ระยะ โดยระยะแรก เริ่มเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 นำร่องใน 6 จังหวัดและให้ใช้สิทธิ์เฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ ระยะที่ 2 เริ่มเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 ขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัด และเปิดให้สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม ระยะที่ 3 เริ่มเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศ และ 13 เขตในกรุงเทพมหานคร และระยะที่ 4 เดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ขยายครอบคลุมทั่วกรุงเทพมหานครและในประเทศ

ขึ้นมา อาทิ คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะทำงานเพื่อกำหนดรูปแบบของระบบ เป็นต้น โดยคณะทำงานดังกล่าวนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งจากกลุ่มนักวิชาการองค์กรเอกชนและประชาคมต่างๆ ที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษ รวมทั้งสิ้น 10 คณะ ได้แก่ 1) ชุดสิทธิประโยชน์และรูปแบบการจ่ายเงิน 2) คุณภาพ ของระบบบริการ 3) ระบบสารสนเทศและระบบการขึ้นทะเบียนประชาชน 4) ระบบการร้องเรียนและการจัดการกับความไม่พึงพอใจของสาธารณะชน 5) การจัดความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและข้อคิดเห็นของสาธารณะ 6) การจัดโครงสร้างพื้นฐานสถานบริการและการปฏิรูปองค์กร 7) การพัฒนาหลักเกณฑ์ในการซื้อบริการ 8) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 9) การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบ และ 10) รูปแบบของการประกันสุขภาพและการรับฟังความคิดเห็นของสาธารณะ

การมีคณะทำงานข้างต้น แม้เพิ่มความเป็นเจ้าของ และขยายการรับรู้อย่างกว้างขวางให้กับฝ่ายต่างๆ จนเกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบาย แต่ก็ยังจำกัดวงในหมู่ผู้บริหารและนักวิชาการเป็นส่วนใหญ่

1.3. รูปแบบการสั่งการและเครือข่ายประสานงานนโยบาย หลังจากที่รัฐบาลมอบหมายกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการพัฒนาสาระนโยบาย โดยเริ่มดำเนินการทันทีในพื้นที่นำร่อง 6 จังหวัด ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 และได้ขยายโครงการระยะที่ 2 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 โดยหวังผลที่จะนำบทเรียนจากการทดลองในพื้นที่

นำร่องมาพัฒนาสารนโยบายของการดำเนินงาน
ครอบคลุมทั่วประเทศ แต่การทดลองเพียง 6 เดือน
นี้ ถือเป็นระยะเวลาที่สั้นเกินกว่าจะสรุปบทเรียน
ดังนั้น เมื่อรัฐบาลตัดสินใจขยายนโยบายให้ครอบคลุม
พื้นที่ทั่วประเทศ ในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2544 จึง
เป็นไปตามเหตุผลทางการเมืองมากกว่าการใช้หลัก
วิชาการ เนื่องมาจากกระแสความต้องการหลัก
ประกันสุขภาพของประชาชน ประกอบกับรัฐบาล
อยู่ในช่วงที่คะแนนนิยมสูง ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย
จึงเลือกที่จะ “คิดไป-ทำไป” และเมื่อพบปัญหาจะ
มีการจัดการปัญหาแบบ “ทำไป-แก้ไป”^๖ ทั้งนี้ยัง
ไม่มีความชัดเจนในประเด็นนโยบายและประเด็น
การบริหารจัดการ จนทำให้กระบวนการนำนโยบาย
ไปปฏิบัติในแต่ละพื้นที่มีรูปแบบที่แตกต่างกัน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะแกน
กลางในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่ง
ชาติขึ้น^๖ โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการสาธารณสุขเป็น
ประธาน กรรมการ ประกอบด้วยบุคลากรใน
กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์
ปัญหา วางแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิด
ขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน และเป็นกลไกสำคัญใน
การติดตามดูแลการดำเนินงานตามนโยบายอย่าง
ใกล้ชิด สามารถติดตามแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วกว่า
ระบบบริหารจัดการปกติ ประสานความขัดแย้งกับ
ผู้ให้บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และผู้
ให้บริการสุขภาพจากสถาบันอื่น รวมทั้งภาคเอกชน

1.4. กระบวนการตัดสินใจ กรณีการ
ออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย

^๖ ชื่อเรียกติดปาก คือ War room

เฉพาะประเด็นกระบวนการตัดสินใจนี้ มี 2 กรณี
ตัวอย่างที่แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
ดังนี้

1.4.1. กรณีแหล่งการเงินการคลัง ข้อ
ถกเถียงตั้งแต่เริ่มแรกคือ 1) รัฐบาลรับภาระงบประมาณของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้หรือไม่ 2) หากต้องการให้ประชาชนร่วมสมทบ จะเก็บเงินสมทบจากประชาชนนอกภาคการจ้างงานได้อย่างไร และ 3) โครงการจะอุดหนุนคนรวยมากกว่าคนจนหรือไม่

จากข้อถกเถียงข้างต้น ผลการวิเคราะห์
เอกสารชิ้นหนึ่ง ได้แก่ เอกสารแนะนำพรรคไทยรัก
ไทย เดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ระบุว่าพรรค
การเมืองนี้ เคยประกาศว่า “ประชาชนที่มีรายได้ให้
เสียค่าประกันสุขภาพตนเองโดยเสียเงินสมทบ
จำนวน 100 บาทต่อคนต่อเดือน และเสียค่า
ธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของการมารับบริการ”
แต่สุดท้ายลงเอยด้วยการให้รัฐบาลจ่ายงบประมาณจากระบบภาษีทั่วไป และยอมรับว่าจะหา
ทางออกในอนาคตที่จะให้คนรวยจ่ายมากกว่าคนจน

แนวคิดการเก็บค่าประกันสุขภาพจาก
ประชาชนโดยตรง เป็นหลักการที่ทุกฝ่ายเห็นด้วย
แต่ประสบการณ์จากโครงการบัตรสุขภาพของ
กระทรวงสาธารณสุข บ่งชี้ว่าการคิดอัตราค่าประกัน
ที่เป็นธรรม ซึ่งแปรผันตามรายได้ของครัวเรือนนั้น
เป็นไปได้ไม่ได้ในทางปฏิบัติ และนักวิชาการบางส่วน
ไม่เห็นด้วยที่จะให้เก็บค่าประกันเป็นอัตราเดียวเท่า
กันทั้งคนจน-คนรวย ด้วยเหตุนี้ แนวทางการเก็บ
ค่าประกันจากครัวเรือน จึงขาดความเป็นไปได้ทาง
เทคนิคปฏิบัติ ดังนั้น การใช้เงินจากภาษีทั่วไปจึง

เป็นทางออกที่ถูกเลือกในขณะนั้น ประกอบกับ ข้อมูลการคำนวณวงเงินที่ต้องการคร่าวๆ สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พรรคการเมืองนี้ ได้รับจากนักวิชาการบางกลุ่ม แสดงให้เห็น

ความเป็นไปได้ทางการเงินการคลัง อย่างไรก็ตามก็ดี ก็มี ทั้งเสียงคัดค้านและสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ ดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จุดยืนทางนโยบายของผู้เกี่ยวข้อง กรณีแหล่งการเงินการคลังสำหรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ฝ่ายสนับสนุน		ฝ่ายคัดค้าน	
ผู้สนับสนุน	เหตุผล	ผู้คัดค้าน	เหตุผล
1. พรรคไทยรักไทย	- การเก็บเงินทุกเดือนจากประชาชน นอกภาคการจ้างงานอาจเป็นไปได้ และอาจไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนส่วนใหญ่	1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	- ระบบภาษีโดยรวมของประเทศไทย เป็นแบบถดถอย (regressive) ซึ่ง อาจไม่เป็นธรรมกับคนจน
2. นักวิชาการ (บางส่วน)	- ยังไม่มีข้อเสนอทางวิชาการถึง อัตราค่าประกันสุขภาพที่เป็นธรรมที่แปรผันตามรายได้ของครัวเรือน - งบประมาณเป็นรายได้จากการเก็บภาษีทุกครัวเรือนทั้งภายในและภายนอกการจ้างงาน	2. สำนักงบประมาณ	- รัฐบาลไม่ใช้งบประมาณเพียงพอ เนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2540
		3. พรรคประชาธิปัตย์	- ไม่เป็นธรรม เนื่องจากอาจใช้งบประมาณเพื่อช่วยคนรวยมากกว่าคนจน

ภายหลังการตัดสินใจเริ่มโครงการ ฯ คณะทำงานที่รับผิดชอบโครงการได้สืบค้นข้อมูลทางวิชาการเรื่องต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูล 2 ชุดหรือ 2 ทางเลือก โดยทางเลือกที่ 1 คือ งบประมาณจำนวน 900 บาทต่อคนต่อปี อ้างอิงจากงบประมาณค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว^[4] บวกกับต้นทุนค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปี ณ ระดับสถานีอนามัยในจังหวัด

สมุทรสาคร^[5] และ 2) งบประมาณจำนวน 1,482 - 2,397 บาทต่อคนต่อปี อ้างอิงผลการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ^[6] พร้อมกันนี้ คณะทำงาน ฯ ได้มอบหมายให้นักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งวิเคราะห์ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพื่อเป็นทางเลือกที่ 3 ที่มีค่าเท่ากับ 1,202 บาทต่อคนต่อปี^[7] จากนั้น คณะทำงานที่รับผิดชอบโครงการได้ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ 3 อย่างไรก็ตามก็ดี มีการวิพากษ์

วิจารณ์ว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำ เนื่องจากไม่ได้ปรับ ราคา ต้นทุนตามช่วงอายุ และยังไม่ได้คำนึงถึงต้นทุน ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย¹⁰ ดังนั้น การคำนวณงบประมาณสำหรับปีถัดมา (พ.ศ. 2546) จึงเปิดให้ผู้เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ด้านนี้ เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น รวมทั้งสำนักงบประมาณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และนักวิชาการ

กรณีข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผล ต่อการตัดสินใจเรื่องแหล่งการคลัง คือความเป็น ไปได้ทางการเมือง โดยหลีกเลี่ยงแรงต้านจาก ประชาชน หากมีการเก็บเงินสมทบจากครัวเรือน จำนวนมาก อย่างไรก็ดี ทางเลือกที่ถูกเลือกนั้น เป็น ผลสืบเนื่องจากการไม่มีข้อมูลจากการศึกษาวิจัย มากพอที่จะเสนอทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้

1.4.2. กรณีวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล บทเรียนการขยายตัวของค่าใช้จ่ายใน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ใช้วิธีจ่ายเงิน ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) ซึ่ง เป็นการจ่ายเงินแบบปลายเปิด (opened-end system) ด้วยเหตุนี้ การยอมรับต่อวิธีการจ่ายเงินให้ สถานพยาบาลแบบปลายปิด (closed-end system) จำเป็นต้องมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการ ร่วมด้วย ดังนั้น จึงมีข้อเสนอต่อวิธีการจ่ายเงิน แบบปลายปิด 2 ทางเลือกคือ 1) การเหมาจ่าย รายหัวรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Inclusive capitation) และ 2) การแยกงบประมาณผู้ป่วย ในออกจากเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก (Exclusive capitation) แล้วจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ผู้ป่วยในตามปริมาณบริการภายใต้วงเงินงบประมาณผู้ป่วยใน

จากเอกสารที่เกี่ยวกับประกาศนโยบาย พรรคไทยรักไทยเคยใช้คำว่า “จะจัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้น อย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน” แต่ไม่ได้จำกัดว่าวิธีจ่ายเงินจะเป็นแบบใด ด้วยเหตุนี้ เมื่อมีการดำเนินการจริง จึงเป็นบทบาท ของผู้รับผิดชอบโครงการในการกำหนดรายละเอียดในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม วิธีการเหมาจ่ายรายหัวรวมผู้ป่วยในมีความง่ายในการปฏิบัติ แต่อาจไม่จูงใจให้พัฒนาคุณภาพบริการ ในขณะที่ วิธีการแยกงบประมาณผู้ป่วยในจากเหมาจ่ายรายหัว อาจสร้างแรงจูงใจให้พัฒนาคุณภาพระบบบริการ แต่ระบบข้อมูลการจัดกลุ่มโรคยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ซึ่ง อาจทำให้มีผู้ได้เปรียบกลับกลายเป็นผู้เสียเปรียบ ในการจัดสรรเงินค่าบริการผู้ป่วยใน สุดท้ายลงเอย ด้วยการให้จังหวัดมีสิทธิเลือกและทดลองทำได้ทั้ง 2 วิธี ด้วยเหตุที่ยังไม่มีข้อสรุปทางวิชาการมาสนับสนุนอย่างชัดเจนในขณะนั้น ส่งผลให้การตัดสินใจที่ระดับจังหวัดขึ้นอยู่กับอำนาจการต่อรองของ สถานพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนั้นๆ เหตุผลสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ สรุปอยู่ในตารางที่ 2 และผลปรากฏว่าในการจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2545 มีจังหวัดเลือกวิธีที่ 1 และเลือกวิธีที่ 2 ใน สัดส่วนใกล้เคียงกัน ในที่สุด วิธีที่ 2 ถูกนำมาใช้ใน ปีถัดไป ส่วนการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น เป็นแบบเหมาจ่าย รายหัวรวมผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 จุดยืนทางนโยบายของผู้เกี่ยวข้อง กรณีวิธีจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

ฝ่ายสนับสนุนการรวมจ่ายรายหัวรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Exclusive capitation)		ฝ่ายสนับสนุนการแยกงบประมาณผู้จ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก (Exclusive capitation)	
ผู้สนับสนุน	เหตุผล	ผู้สนับสนุน	เหตุผล
1. ข้าราชการระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข	- ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการต่ำ	1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่	- โรงพยาบาลขนาดใหญ่เกรงว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กจะไม่สามารถจ่ายรายหัวที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น ทำให้โอกาสผิดพลาดเกิดขึ้น
2. โรงพยาบาลเอกชน	- โรงพยาบาลเอกชนเคยมีระบบประกันสังคม ซึ่งจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวและคาดการณ์ราย	2. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบางแห่ง	- สถานพยาบาลขนาดเล็กที่ดูแลประชากรน้อยมากอาจมีรายได้ไม่พอที่จะบริหารโรงพยาบาลเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงจากการขาดการรักษารายผู้ป่วยต่อเนื่องและไม่มีการประหยัดต้นทุน
3. โรงพยาบาลชุมชน	- โรงพยาบาลชุมชนมีแรงจูงใจให้จัดกิจกรรม ส่งเสริมป้องกันให้ประชาชนมีสุขภาพดีเพื่อจะ ได้ประหยัดค่ารักษาพยาบาล	3. นักวิชาการ	- นักวิชาการบางส่วนแย้งว่าวิธีเหมาจ่ายรายหัวรวมผู้ ป่วยใน จะทำให้สถานพยาบาลไม่เอายากรูปผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องรักษาด้วยบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่ การจ่ายตามภาวะสุขภาพจะเป็นแรงจูงใจให้สถานพยาบาล รับผู้ป่วยรักษาค่าสูง
4. นักวิชาการ	- นักวิชาการบางส่วนเห็นว่าวิธีนี้จะทำให้การ ใช้จ่ายในสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และจูงใจให้ผู้บริหารสถานพยาบาลลงทุนใน กิจกรรมที่มีต้นทุนประสิทธิผลสูง		

จากการวิเคราะห์ทั้ง 2 กรณี แสดงให้เห็นว่าการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพยายามใช้ความรู้ที่นักวิชาการสั่งสมมา หากแต่ความรู้ทางวิชาการบางเรื่องยังไม่ลึกซึ้งพอที่จะสนับสนุนให้มีการตัดสินใจแบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงมีอิทธิพลในการพิจารณาตัดสินใจเลือกนโยบายในทางใดทางหนึ่ง โดยที่การสนับสนุน/คัดค้าน มักขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และผลกระทบของนโยบายต่อบุคคลกลุ่มนี้

ผู้มีบทบาทที่เข้ามา มีอิทธิพลในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนานโยบายมีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ถ้าเป็นการตัดสินใจที่สำคัญหรือกระทบโดยตรงต่อประชาชน นักการเมืองจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องสูง เนื่องจากผลการตัดสินใจอาจกระทบต่อเสียงสนับสนุนจากประชาชน ขณะที่ การตัดสินใจที่ต้องใช้เทคนิคเฉพาะ นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพจะสนใจเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องสูง เป็นต้น

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น กล่าวได้ว่าบทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสาระนโยบาย และวิธีการสั่งการ (หรือจัดทำ) นโยบาย ขณะที่ ปัจจัยทางบริบท ประกอบไปด้วยโครงสร้างพื้นฐานทั้งภายนอกและภายในของระบบสุขภาพ การวิจัยเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้าน

เศรษฐกิจ อุดมการณ์ แนวคิด ปรัชญาเรื่องนโยบายสาธารณะ และปัจจัยภายนอกต่างๆ ส่วนมีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อทิศทางในการตัดสินใจ

ดังนั้น แม้รัฐบาลได้ตัดสินใจดำเนินนโยบายโดยอาศัยแหล่งเงินจากเงินภาษีทั่วไป ซึ่งตั้งอยู่บนการคาดคะเนถึงความเป็นไปได้การเงิน แต่อาจมีความไม่ยั่งยืน ซึ่งสะท้อนจากภาพของโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งที่มีปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้โรงพยาบาลชะลอการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะมีผลต่อการไม่มาใช้บริการของประชาชนผู้มีสิทธิ และไม่ได้ช่วยให้ประสิทธิภาพของระบบบริการดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ ความพยายามที่จะแสวงหาแหล่งการคลังที่ยั่งยืนและเป็นธรรมต่อประชาชนทั่วประเทศ จึงเป็นสิ่งที่ทำหายุต่อไป

2. กระบวนการขั้นตอนทางรัฐสภาในการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความพยายามที่เป็นรูปธรรมครั้งแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2538 คือการร่าง “พรบ. ประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. ...” จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งได้ดำเนินการร่างแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2539 มีทั้งสิ้น 51 มาตรา หลักการที่สำคัญมีดังนี้

กำหนดให้มีการประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยประชาชนและรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ ยกเว้นผู้ที่ยากไร้และผู้ที่ยังคงสมควรเกื้อกูลจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า สถานพยาบาลต้องให้บริการที่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด แต่มีข้อยกเว้นสำหรับบุคคลที่มีการประกันสุขภาพตามกฎหมายอื่น หรือมีการประกันสุขภาพกับนิติบุคคลอื่นที่ให้สิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในกฎหมายนี้ ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการผลักดันเพื่อให้มีการดำเนินการต่อเพื่อให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ออกมาเป็นกฎหมายอย่างสมบูรณ์

ความพยายามครั้งใหม่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิรูปทางการเมืองและรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนภารกิจของรัฐ ในเรื่องบริการสาธารณสุขจากเดิมที่กำหนดเป็นเพียงเรื่องที่รัฐควรดำเนินการ ไปเป็นสิทธิของประชาชนไทยที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐาน (มาตราที่ 52) รวมทั้งรัฐมีหน้าที่ในการจัดหาและสนับสนุนให้เกิดบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (มาตราที่ 82) ดังนั้น นักวิชาการองค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนที่สนใจได้ร่วมกันจัดทำร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2543 โดยปรับปรุงจากร่าง "พรบ.ประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. ." ซึ่งเดิมมีการลงนามของกลุ่มพัฒนาองค์กรเอกชนสนับสนุนแนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ก่อนที่จะมีการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ. 2544

เมื่อการจัดทำร่างพรบ.แล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2544 ได้มีการรณรงค์ขอชื่อสนับสนุนเพื่อส่งร่างพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เข้าสู่สภาโดยตรงโดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญมาตรา 170 ซึ่งระบุว่า "ประชาชนผู้มีสิทธิลงคะแนนซึ่งเข้าชื่อรวมกันไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคนสามารถยื่นร่างกฎหมายให้ประธานสภาพิจารณาบรรจุเข้าเป็นร่างกฎหมายหมายเพื่อพิจารณาในสภาได้โดยตรง" ในครั้งนั้น มีชื่อผู้สนับสนุนร่างพรบ.ฉบับประชาชนต่อประธานสภากว่า 60,000 ชื่อ

ร่าง พรบ. ฉบับประชาชนนี้ ได้ยึดหลักการเดิมที่ว่าให้คนไทยทุกคนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุข

และจัดบริการโดยมีสถานบริการประจำตัวและระบบส่งต่อเช่นเดิม แต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากร่างเดิมหลายประการ อาทิ เปลี่ยนจากการร่วมจ่ายโดยประชาชนและรัฐบาลร่วมสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพเป็นการใช้เงินงบประมาณจากรัฐบาลเป็นหลัก กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีมาตรการจัดการเป็นกองทุนเดี่ยว (Single fund management) โดยให้ทุกส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการบริหารหลักประกันสุขภาพทำความตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อปรับมาตรฐานการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ให้เป็นไปทางเดียวกัน และอาจรวมเป็นกองทุนเดียวกันในภายหลัง รวมทั้งเพิ่มมาตรการชดเชยให้ผู้รับการรักษาพยาบาลกรณีเกิดความเสียหาย (no-fault liability measurement) เป็นต้น

พรรคการเมืองหลายพรรคแสดงความสนใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนำไปใช้เป็นนโยบายในการรณรงค์เพื่อการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งพรรคไทยรักไทยเป็นพรรคหนึ่งที่กำหนดนโยบายของพรรคว่าจะสนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพกับคนไทยทุกคน โดยกำหนดเป็นนโยบาย "30 บาทรักษาทุกคน" เมื่อ พตท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทยได้ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีจึงได้เริ่มผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 โดยใช้ระเบียบ และองค์กรเดิมของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมกันนั้นได้จัดทำร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2544 และคณะรัฐมนตรีมีมติ อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่กระทรวง
สาธารณสุขเสนอและให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำ
ร่างกฎหมายในรายละเอียด ร่วมกับสำนักงานคณะ
กรรมการกฤษฎีกา แล้วเสนอให้คณะรัฐมนตรี
พิจารณาเพื่อเสนอต่อไปยังรัฐสภา

ในวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 สภา
ผู้แทนราษฎรได้ประชุมเพื่อพิจารณาร่าง พรบ. หลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. วาระที่ 1 โดยมีผู้
เสนอร่าง พรบ. รวมทั้งสิ้น 6 ร่าง จากรัฐบาล 1
ฉบับ จากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และร่างจากภาค
ประชาชนซึ่งเดิมตั้งใจจะเสนอเองโดยตรงต่อรัฐสภา
ตามรัฐธรรมนูญมาตรา 170 แต่กระบวนกรตรวจสอบ
สอปรายชื่อผู้ร่วมลงนาม 60,000 ชื่อยังไม่แล้วเสร็จ
สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจึงตัดสินใจเสนอร่างนี้
แทนภาคประชาชน สภาผู้แทนราษฎรลงมติในวาระ
ที่ 1 ผ่านร่าง พรบ. ในวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ.
2544 และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญ จำนวน
35 คน เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่าง พรบ. นี้ คณะ
กรรมการวิสามัญเริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม
พ.ศ. 2544 ในระหว่างการพิจารณาคณะ
กรรมการวิสามัญและกระทรวงสาธารณสุขได้มีการ
จัดประชาพิจารณ์ขึ้น 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545

ที่จังหวัดขอนแก่น

ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545

ที่จังหวัดเชียงใหม่

ครั้งที่ 3 วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2545

ที่กรุงเทพมหานคร

ครั้งที่ 4 วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2545

ที่จังหวัดสงขลา

คณะกรรมการวิสามัญประชุมรวมทั้งสิ้น
23 ครั้ง และในวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2545 ได้
รายงานผลการพิจารณาร่าง พรบ. ให้สภาผู้แทน
ราษฎร จากนั้นในวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2545
สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาวาระที่ 2 และ 3 ผ่านร่าง
พรบ. นี้ด้วยเสียงข้างมาก และในวันที่ 17 พฤษภาคม
พ.ศ. 2545 สภาผู้แทนราษฎร ส่งร่าง พรบ. ฉบับ
แก้ไขให้วุฒิสภา ทั้งนี้โดยรัฐธรรมนูญกำหนดให้
วุฒิสภาต้องพิจารณาร่างกฎหมายทางการเงินให้
แล้วเสร็จภายใน 30 วัน เว้นแต่กรณีมีความจำเป็น
สามารถขยายระยะเวลาเพิ่มเป็น 60 วันได้

ในวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 วุฒิ
สภาพิจารณาร่าง พรบ. ที่แก้ไขโดยสภาผู้แทนราษฎร
และลงมติผ่านวาระที่ 1 ด้วยคะแนนเสียงส่วนใหญ่
และมีมติกำหนดระยะเวลาพิจารณาให้แล้วเสร็จ
ภายใน 60 วัน เนื่องจากมีเนื้อหาที่ต้องพิจารณามาก
และตั้งกรรมการวิสามัญ จำนวน 34 คนเพื่อ
พิจารณาร่าง พรบ. ในวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2545
คณะกรรมการวิสามัญที่แต่งตั้งโดยวุฒิสภาได้
เริ่มพิจารณาร่างพรบ.

ในช่วงนี้ มีบทความจากหนังสือพิมพ์และ
การประชุมต่าง ๆ ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข
ข้าราชการ และผู้มีสิทธิประกันสังคมได้ร่วมวิจารณ์
ร่าง พรบ. นี้ โดยเรียกร้องให้มีการแก้ไข พรบ. ตาม
แนวทางที่แต่ละกลุ่มเห็นสมควร อาทิ กลุ่มผู้ใช้
แรงงานต้องการให้ตัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับ
กองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม ขณะที่
ตัวแทนวิชาชีพสาธารณสุข แม้จะแสดงจุดยืน
สนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ แต่ก็ต้องการลดบทบาท
ของกฎหมายฉบับนี้ ในการควบคุมบุคลากรและการ

ให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ เป็นต้น ซึ่งคณะกรรมการได้มีการแก้ไขบางประเด็นตามข้อเรียกร้องดังกล่าว

ในวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2545 วุฒิสภาได้ลงมติผ่านร่าง พรบ. วาระที่ 2 และ 3 ด้วยเสียงข้างมาก แล้วส่งกลับสภาผู้แทนราษฎรให้ความเห็นชอบอีกครั้งสุดท้ายในวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 และนายกรัฐมนตรีได้ทูลเกล้าถวายพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวลงพระปรมาภิไธย และประกาศลงราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 อันทำให้ พรบ. นี้มีผลบังคับใช้ในวันรุ่งขึ้นคือ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 สรุปเนื้อหาประเด็นสำคัญอยู่ในตารางที่ 3

3. ปัจจัยที่มีผลต่อสาระนโยบาย

3.1. **ปรัชญาแนวคิดเรื่องระบบประกันสุขภาพ ภายใต้การบริหารจัดการรัฐบาลแบบใหม่ (New public management) หลักการและแนวคิดที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** คือ หลักเสมอภาคนิยม "egalitarianism" ให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพ ตลอดจนความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีความจำเป็น การส่งเสริมให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนมีทางเลือกสำหรับบริการที่มีคุณภาพโดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชนตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นรัฐบาลเลือกใช้แหล่งเงินจากภาษีทั่วไป โดยใช้งบประมาณจัดบริการสาธารณสุขที่อยู่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเดิมเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนที่พร้อมและสนใจเข้าร่วมนโยบายได้ตั้งแต่ระยะที่ 2 ของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นการยอมรับและเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันการให้บริการด้านสุขภาพ ภายใต้การบริหารจัดการแบบใหม่ (New public management) ที่จัดให้มีหน่วยบริการคู่สัญญาได้ทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้นโยบายเปิดเสรีทางการค้าของประเทศไทย จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชนขึ้นมาเพื่อการค้าหรือทำกำไรได้ ซึ่งดูเหมือนการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ กับการให้เอกชนทำกำไรจากบริการสุขภาพที่เก็บเงินโดยตรงจากผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่าย มีความขัดแย้งกันในเชิงแนวคิด แต่เป็นที่ยอมรับให้เดินไปด้วยกันภายใต้การบริหารของรัฐบาลชุดปัจจุบัน เนื่องจากพิจารณาว่าสถานพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถลดความแออัดของการจัดบริการในภาครัฐ

3.2. **องค์ความรู้ในการตัดสินใจ** โดยปกติผู้สืบทอดนโยบายพยายามที่จะให้มีการดำเนินนโยบายไปตามแนวทางของตน หากแต่ความเห็นของเขาเหล่านั้นอาจถูกปรับไปตามข้อมูลที่ได้มาในระหว่างกระบวนการ ซึ่งมาได้หลายทาง อาทิ การให้คำปรึกษาจากนักวิชาการ (ภายใต้ข้อมูลทางตรง/ข้อมูลทางอ้อม) เสียงสะท้อนจากข้าราชการที่ได้รับผลกระทบ เสียงสนับสนุนของประชาชน ผู้สนับสนุนที่มีผลต่อเสถียรภาพการเมือง หรือแรงกดดันจากองค์กรระหว่างประเทศ¹⁹¹

ตารางที่ 3 ประเด็นสำคัญในร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการแก้ไขในขั้นตอนการพิจารณาในสภา

ประเด็นสำคัญ	ร่าง พรบ. ของรัฐบาล	ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภาผู้แทนราษฎร	ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา
<p>คำจำกัดความของบริการสาธารณสุข</p> <p>สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข</p> <p>พระราชบัญญัตินี้</p> <p>หน่วยงานบริหารจัดกรหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่มีมาก่อน</p>	<p>บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การสร้างสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามฐานะการคลังของประเทศตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้</p> <p>ใช้สถานบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่เป็นบริเวณภูมิภาคนครหรือที่ห่างไกลของตน เป็นหน่วยบริการประจำเพื่อให้บริการสาธารณสุข เว้นแต่กรณีที่มีเหตุอันสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายโดยอยู่แล้ว ให้คงมีสิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความพร้อม การกำหนดการจัดบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกาตั้งมีมาตรา 9 วิธีปฏิบัติกับข้าราชการ ลูกจ้างของส่วนราชการ องค์การส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นของรัฐ (เฉพาะเรื่องรักษาพยาบาล)</p> <p>มาตรา 10 วิธีปฏิบัติกับผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (เฉพาะเรื่องรักษาพยาบาล)</p> <p>มาตรา 11 วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับลูกจ้างภายใต้กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน (เฉพาะเรื่องสวัสดิการรักษาพยาบาล)</p> <p>มาตรา 12 วิธีปฏิบัติกับผู้ประกอบวิชาชีพจากกรมกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคจากกรม (เฉพาะเรื่องรักษาพยาบาล)</p> <p>มาตรา 13 วิธีปฏิบัติกับผู้รับค่าบริการรักษาพยาบาลจากกรมประกันภัย</p>	<p>เพิ่มเติม คำจำกัดความให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>เพิ่มเติม คำจำกัดความให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น</p> <p>ตัดข้อความ "ตามฐานะการคลังของประเทศ"</p> <p>เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล</p> <p>เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล</p> <p>เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล</p>	<p>เพิ่มเติม คำจำกัดความให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ</p> <p>เพิ่มเติม คำจำกัดความให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น</p> <p>ตัดข้อความ "ตามฐานะการคลังของประเทศ"</p> <p>เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล</p> <p>เหมือนร่าง พรบ. ของรัฐบาล</p> <p>ตัดความครอบคลุมกรณีเป็นผู้มีสิทธิรับค่าบริการรักษาพยาบาล จากกรมประกันภัย</p>



ตารางที่ 3 ประเด็นสำคัญในร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการแก้ไขในขั้นตอนการพิจารณาในสภา (ต่อ)

ประเด็นสำคัญ	ร่าง พ.ร.บ. ของรัฐบาล	ร่าง พ.ร.บ. ที่ผ่านสภาผู้แทนราษฎร	ร่าง พ.ร.บ. ที่ผ่านวุฒิสภา
<p>กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประธาน รัฐมนตรีสาธารณสุข - องค์ประกอบของข้าราชการ: 8 คน - คณะกรรมการ ส่วนท้องถิ่น 4 คน - ภาคประชาชน 4 คน - บุคลากรสาธารณสุข: 1 คน - ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน <p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>เป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี</p> <p>คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนสมาชิกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แหล่งเงินสำหรับบริการ - บริหารจัดการ 	<p>รัฐมนตรีสาธารณสุข</p> <p>ข้าราชการ: 8 คน</p> <p>ส่วนท้องถิ่น 4 คน</p> <p>ภาคประชาชน 5 คน</p> <p>บุคลากรสาธารณสุข: 1 คน</p> <p>ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน</p> <p>เหมือนร่าง พ.ร.บ. ของรัฐบาล</p>	<p>รัฐมนตรีสาธารณสุข</p> <p>ข้าราชการ: 8 คน</p> <p>ส่วนท้องถิ่น 4 คน</p> <p>ภาคประชาชน 5 คน</p> <p>บุคลากรสาธารณสุข: 1 คน</p> <p>ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน</p> <p>เหมือนร่าง พ.ร.บ. ของรัฐบาล</p>	<p>รัฐมนตรีสาธารณสุข</p> <p>ข้าราชการ: 8 คน</p> <p>ส่วนท้องถิ่น 4 คน</p> <p>ภาคประชาชน 5 คน</p> <p>บุคลากรสาธารณสุข: 5 คน</p> <p>ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน</p> <p>เหมือนร่าง พ.ร.บ. ของรัฐบาล</p>
<p>แหล่งเงินสำหรับจัดบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2. เงินที่ได้จากการดำเนิการให้บริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. นี้ 3. เงินค่าบริการของ 4. เงินบริจาค 5. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน 6. เงินหรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน 	<p>เพิ่มเติมแหล่งเงินสำหรับจัดบริการอีก 2 แหล่ง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เงินที่ได้รับจากองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ 2. รัฐบาลอาจเสนอร่างพระราชบัญญัติต่อรัฐสภาเพื่อให้กองทุนมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลในอัตราที่เหมาะสมก็ได้ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงหลักความเป็นธรรมและการหางบเงินของบุคคลนั้น <p>ในแต่ละปี ให้คณะกรรมการจัดสรรเงินไม่เกินร้อยละห้าของค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการสาธารณสุขรายปีของกองทุนเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน</p>	<p>เปลี่ยนแปลงความในส่วนของแหล่งเงินสำหรับจัดบริการอีก 2 แหล่ง เป็น:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เงินที่ได้รับจากองค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ 2. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ <p>ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน</p>	

ตารางที่ 3 ประเด็นสำคัญในร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการแก้ไขขั้นตอนการพิจารณาในสภา (ต่อ)

ประเด็นสำคัญ	ร่าง พรบ. ของรัฐบาล	ร่าง พรบ. ที่ผ่านสภาผู้แทนราษฎร	ร่าง พรบ. ที่ผ่านวุฒิสภา
สถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษา			
- กลไกการจ่ายเงิน (ต่อ)			
การกำกับมาตรฐาน	คณะกรรมการสอบสวนทำหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็นต่อ เสนาธิการเพื่อตัดเงินเดือน ปรับ สั่งให้คืนเงินหรือฟ้องร้อง และรายงานต่อ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อพิจารณาเพิกถอน ทะเบียน หรือแจ้งองค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป	เหมือนร่างของรัฐบาล	(3) คำวินิจฉัยความแตกต่างในการกำหนด หน่วยบริการ (4) คำวินิจฉัยความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการ และในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการ รับผิดชอบ คณะกรรมการสอบสวนทำหน้าที่สอบสวนและ เสนอความเห็น และรายงานต่อคณะกรรมการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานเพื่อตัดเงินเดือน ปรับ สั่งให้คืนเงิน หรือ ฟ้องร้อง รวมทั้ง พิจารณาเพิกถอนทะเบียน หรือแจ้งองค์การ วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป
บทเฉพาะกาล			การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ ของกระทรวงสาธารณสุข ให้สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้กระทรวง สาธารณสุขก่อนเป็นเวลา 3 ปีนับแต่วันที่เริ่ม ให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้

แหล่งข้อมูล:

1. บันทึกการประชุมคณะกรรมการการศึกษาธิการวิสามัญพิจารณา “ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” สภาผู้แทนราษฎร (พ.ศ. 2544)
2. รายงานพิจารณา “ร่างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” สภาผู้แทนราษฎร (พ.ศ. 2544)
3. บันทึกการประชุมคณะกรรมการการศึกษาธิการวิสามัญพิจารณา “ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” วุฒิสภา (พ.ศ. 2544)
4. รายงานพิจารณา “ร่างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” วุฒิสภา (พ.ศ. 2544)

องค์ความรู้ที่มีอยู่ และความเข้มแข็งของ นักวิชาการในการสังเคราะห์ความรู้ที่สามารถตอบ ปัญหาเชิงนโยบาย มีความสำคัญที่จะสนับสนุนให้ มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการในการตัดสินใจหรือไม่ และ ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะเลือกใช้หลักฐานทางวิชาการ ขึ้นใด ขึ้นอยู่กับคุณภาพของงาน ความชัดเจน ความ ทันเวลา และความตอบสนองต่อความสนใจของผู้ มีอำนาจตัดสินใจ

ประเทศไทยมีองค์การวิจัยและนักวิจัยอยู่ จำนวนหนึ่ง ที่มีความพร้อมในการพัฒนาทางเลือก เชิงนโยบาย หากแต่ยังต้องการการสนับสนุนให้มีความ เข้มแข็งต่อไป งานวิจัยต่อไปนี้เป็นตัวอย่าง ของงานวิจัยที่มีส่วนช่วยในกระบวนการพัฒนาสาระ นโยบาย

- ▶ การวิจัยและพัฒนาด้านรูปแบบการจ่ายเงิน ในระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิ โดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ^{15, 6)}
- ▶ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและดัชนีความเป็น ธรรมทางสุขภาพ โดยศูนย์วิจัยและ ติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹⁶⁾
- ▶ การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยในเรื่อง เศรษฐกิจและการเงินทางสุขภาพ โดย สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ¹⁷⁾

4.3. ผลกระทบต่อประชาชนและการ สนับสนุนของภาครัฐบาล นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้านี้ ถือเป็นโครงการที่ประชาชนส่วนใหญ่จะได้รับประโยชน์ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงพร้อม สนับสนุนเพราะต้องการคะแนนเสียงในการเลือกตั้ง

และการสนับสนุนให้รัฐบาลได้อยู่ในตำแหน่งต่อไป ดังนั้น การที่รัฐบาลเสนอร่างพระราชบัญญัติหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วสภาผู้แทนราษฎรและ วุฒิสภาได้ผ่านความเห็นชอบพระราชบัญญัติหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงเป็นการ สร้างความชอบธรรมให้กับโครงการ 30 บาทรักษา ทุกโรค และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะได้ผ่านกระบวนการของรัฐสภา มีสมาชิกสภา ผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภาให้ความเห็นชอบ และกลั่นกรอง

4.4. ผลกระทบต่อข้าราชการผู้ปฏิบัติ และ การสนับสนุนของข้าราชการประจำ การนำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัตินั้น ปลัด กระทรวงสาธารณสุข ณ ขณะนั้น คือ นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบายเป็น ผู้เคยประสบความสำเร็จในการรวมกองโรงพยาบาล ภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาคให้เป็น สำนักงานสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพ ท่าน ตอบรับและสนับสนุนการปฏิรูป รวมถึงนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว พร้อมกันนี้ แพทย์ใน กระทรวงสาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในชุมชนต่างร่วม กันสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ อย่างไร ก็ตาม พบว่ายังมีแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง กลับรู้สึกไม่พร้อมที่จะ ปฏิรูประบบ ฯ และบางส่วนต่อต้านนโยบาย ฯ นี้

4.5. บริบทที่เอื้อต่อความเป็นไปได้ของ รูปแบบสธารนโยบาย

4.5.1. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การ กระจายสถานพยาบาลของรัฐที่มีทั้งกำลังคน และ สถานที่ ทำให้การออกแบบให้มีการเข้าถึงสถาน

บริการที่ใกล้บ้านมีความเป็นไปได้สูง นอกจากนี้ ผลจากการขยายหลักประกันสุขภาพในอดีต หรือ ช่วงเวลาก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้ ครอบคลุมประชากรเกินกว่าร้อยละ 69 ทำให้ รัฐบาลเพิ่มเงินจำนวนไม่มากเพื่อให้ประชาชนทุก คนได้รับการคุ้มครอง จึงมีความเป็นไปได้ทางการ เงินสูง

4.5.2. โครงสร้างเศรษฐกิจและการขยาย ตัวของสถานพยาบาลเอกชน ในช่วงก่อนวิกฤติ เศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลเอกชนขยาย ตัว แต่ภายหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจในครั้งนี้ การใช้ ประโยชน์จากโรงพยาบาลเอกชนเป็นไปอย่างไม่ เต็มประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ โครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้าจึงเปิดให้เอกชนเข้ามาจัดบริการ ให้ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่ของระบบสุขภาพ

4.5.3. ประสบการณ์ของวิวัฒนาการระบบ ประกันสุขภาพในประเทศไทย ประสบการณ์ของ โครงการประกันสังคม ซึ่งให้เห็นว่าวิธีการจ่ายเงินให้ สถานบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นวิธีที่ควบคุม ค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้ดี ดังนั้น รูปแบบการจ่าย เงินเช่นนี้ จึงเป็นรากฐานให้ระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าได้พัฒนาเพิ่มขึ้นโดยเลือกจุดดีและแก้ไข จุดอ่อน

อภิปราย และสรุป

จากการวิเคราะห์ข้างต้น แสดงให้เห็น อย่างชัดเจนว่าตำแหน่งของกลุ่มผู้มีบทบาท และ ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าที่มีต่อกลุ่มผู้มีบทบาท เป็น 2 ปัจจัยสำคัญที่มี

อิทธิพลต่อการพัฒนาสารนโยบาย การพิจารณา ตัดสินใจที่จะสนับสนุนหรือคัดค้านนโยบาย ขณะ เดียวกัน ก็เห็นได้ชัดว่าบริบททางการเมืองมีส่วน อย่างมากที่จะทำให้เกิดโอกาสในการปฏิรูประบบ สุขภาพ

รัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อนโยบายมี บทบาทสำคัญในการพัฒนาสารนโยบาย และผู้มี บทบาทที่เข้ามามีอิทธิพลในแต่ละขั้นตอนของการ พัฒนานโยบายในลักษณะที่แตกต่างกัน และมา จากเครือข่ายที่ต่างกัน โดยบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง กับนโยบายเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสารนโยบาย และวิธีการสั่งการ (หรือจัดทำ) นโยบาย ทั้งนี้ กระบวนการคิดและตัดสินใจใน แต่ละขั้นตอนของวิธีการสั่งการ (หรือจัดทำ) สาร นโยบาย มีหลากหลายรูปแบบ เช่น เมื่อมีเวลา เตรียมการมาก ก็อาจขอคำปรึกษาวางกว้าง แต่เมื่อ มีปัญหาเฉพาะหน้า หรือมีผลกระทบทางการเมือง วิธีการตัดสินใจก็อาจจะเปลี่ยนไป เป็นต้น

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนใกล้ชิดใน กระบวนการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะแสดงบทบาทในการเจรจาต่อรองและตกลง กันในขณะที่มีการพัฒนานโยบาย โดยเฉพาะผู้บริหาร ระบบประกันสุขภาพ (ผู้ซื้อบริการ) และ ผู้เชี่ยวชาญ ในระบบบริการสุขภาพ (ผู้ให้บริการ) ส่วนผู้รับบริการ / ประชาชน มีเวทีหรือโอกาสในการต่อรองน้อย นอกจากนี้ นักวิจัยนโยบายสุขภาพมีความสำคัญต่อ การให้คำแนะนำตามหลักวิชาการ ซึ่งคณะนักวิจัย ดังกล่าวมีการทำงานที่เข้มข้นมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2535-2545) และมี บทบาทสำคัญเสมือนเป็นผู้ผลักดันนโยบาย (policy

entrepreneurs) ในปฏิรูปครั้งนี้ นอกจากนี้ งานวิจัยและพัฒนาขององค์กรอิสระหลายหน่วยงาน เป็นบทเรียนและเป็นการสร้างองค์ความรู้ รวมถึงแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้กับผู้จัดทำนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจบนข้อเท็จจริงเป็นเรื่องยาก เพราะองค์ความรู้มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา มีประเด็นถกเถียง และมีหลักฐานที่มาสนับสนุนการตัดสินใจ ดังนั้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจมักจะเลือกใช้หลักฐานทางวิชาการ ขึ้นใดหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับคุณภาพของงาน ความชัดเจน ความทันเวลา และความตอบสนองต่อความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจ

ปัจจัยทางบริบทมีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อทิศทางการตัดสินใจ โดยบริบทที่สำคัญประกอบด้วยโครงสร้างพื้นฐานทั้งภายนอกและภายในระบบสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านเศรษฐกิจและประสิทธิภาพของวิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพไทย

แม้การตัดสินใจดำเนินนโยบาย ๆ นี้ จะอาศัยแหล่งเงินจากเงินภาษี และตั้งอยู่บนการคาดคะเนถึงความเป็นไปได้การเงิน ที่อาจมีความไม่ยั่งยืนซึ่งสะท้อนจากปัญหาทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐหลายแห่ง แต่การออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดระบบการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพได้สร้างความยั่งยืนทางนโยบายให้กับนโยบายฯ นี้ เนื่องจากมีผู้ริเริ่มความคิดมาเป็นผู้คุมหางเสือให้กับสำนักงานตั้งแต่ก่อตั้งต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี ดังนั้นปัญหาอุปสรรคจะถูกเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้

เพื่อแก้ไขให้ดีขึ้นเป็นลำดับ ส่วนจะดีขึ้นในเวลาอันช้าหรือเร็ว จะขึ้นกับปัจจัยภายนอกที่มากกระตุ้นในโอกาสต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ กระทรวงสาธารณสุข และคณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนในการจัดทำนโยบาย และช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษา และร่วมเขียนผลการศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณศาสตราจารย์ Gill Walt ที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

- [1] กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน, 2544.
- [2] Pitayarangsarit, S., " The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses.", in Public Health and Policy. London School of Hygiene and Tropical Medicine: London; 2004.
- [3] Siamwalla, A., " No-one knows if providers can cope on 1,202 baht a head", A. Assavanonda, Editor. Bangkok Post: Bangkok; April 1, 2002.
- [4] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. "งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลใน

- กำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย: 782 ต่อคน มาจากไหน?” วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543; 3(1): 4-19.
- [5] ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ม ธีรธัช กันตามระ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. “ต้นทุนการให้บริการในสถานีนอมาัย จังหวัดสมุทรสาคร” วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544; 4(1): 5-23.
- [6] ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์ และ สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. รายงานวิจัยเรื่องความเป็นไปได้และทางเลือกของระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. สำนักงานปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Office of Health Care Reform) กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี, 2543.
- [7] วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ยศ ตีระวัฒนานนท์ และภูษิต ประคองสาย. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน” วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544; 10(3): 381-390.
- [8] ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์ และ สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปี” วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2002; 11(1):123-128.
- [9] Grindle, M. and J. Thomas. “Policy makers, policy choices, and policy outcomes: The political economy of reform in developing countries” Policy Sciences, 1989; 22: 213-248.

