

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กมลวรรณ เขียวนิล*

คณางค์ คันธมธูรพจน์†

วลัยพร พัชรนฤมล*

สมรนิก โชติช่วงฉัตรชัย*

อนิภา อีสลาม มาแซล*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลวรรณ เขียวนิล

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจระดับนโยบายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของหลักธรรมาภิบาล พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบ ตามมาตรา 13(4) และ มาตรา 48(8) ที่กำหนดให้มีภาคประชาชนเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดำเนินการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผลจากการดำเนินการ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน

ผลการศึกษาพบว่า ภาคประชาชนมีบทบาทในการอภิบาลระบบใน 3 บทบาท ได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายผ่านกรรมการในคณะกรรมการฯ 2) สนับสนุนการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ผ่านกรรมการในคณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานต่างๆ และ 3) เชื่อมโยงการทำงานในบริบทของคณะกรรมการฯ อนุกรรมการฯ ต่างๆ กับกลุ่มผู้เกาะติดประเด็นปัญหาระดับรากหญ้า ผ่านเครือข่ายภาคประชาชน ผลการดำเนินการของภาคประชาชนดังกล่าว สามารถผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ และความเป็นเจ้าของระบบหลักประกันฯ ของภาคประชาชนในการเฝ้าระวัง ปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างต่อเนื่องด้วยความมั่นคงและยั่งยืน การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่มีลักษณะก้าวหน้าที่ระบุไว้ในข้อกฎหมายเกิดจากการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบ และความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ของภาคประชาชนที่ตอบสนองต่อพื้นที่การมีส่วนร่วมที่เขียนไว้ในข้อกฎหมายได้อย่างเต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของประชาชน, อภิบาลระบบ, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 14 February 2020; Revised 17 June 2020; Accepted 11 September 2020

Suggested citation: Kiewnin K, Chotchoungchatchai S, Kantamaturapoj K, Marshall AI, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Citizen participation in governing Thailand's Universal Health Coverage Scheme. *Journal of Health Systems Research* 2020;14(3):274-88.

กมลวรรณ เขียวนิล, สมรนิก โชติช่วงฉัตรชัย, คณางค์ คันธมธูรพจน์, อนิภา อีสลาม มาแซล, วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2563;14(3):274-88.

Citizen Participation in Governing Thailand's Universal Health Coverage Scheme

Kamonwan Kiewnin*, Somtanuek Chotchoungchatchai*, Kanang Kantamaturapoj†, Aniqah Islam Marshall*, Walaiporn Patcharanarumol*, Viroj Tangcharoensathien*

* International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand

† Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thailand

Corresponding author: Kamonwan Kiewnin, kamonwan@ihpp.thaigov.net

Abstract

Citizen participation in policy decision making process is a key component of good governance. The National Health Security Act (NHSA) 2002 deliberately provides legal space for civic participation in governing the Universal Coverage Scheme (UCS). Articles 13(4) and 48(8) mandate the representation of civil society organizations (CSO) as members in the National Health Security Board and the Quality and Standard Board. This paper aimed to analyze the processes and outcomes of citizen indirect participation in Thai UC Scheme through CSO representation in UCS governance. Qualitative research method was employed. Literature review and in-depth interviews with 10 informants were conducted.

The study found that CSO representatives actively participated through three functions of the UCS governance: 1) participating in decision making and governance through representation as committee members, 2) supporting the decision making process through representation as sub-committee members appointed by the two committees, and 3) interlinking between CSO representatives in the two committees and various sub-committees and the broad-based CSO networks at grass root level, for which problems and concerns are seamlessly transmitted from local to policy decisions (at UCS governance) which ensure effectiveness of the UCS. The outcomes of CSO contributions included successful expansion of services in the benefits package and building public ownership of the UCS through surveillance, protect, promote and support the implementation of the UCS for the benefit of people. Citizen participation, which has advanced beyond legislative provision, was the result of policy space that allowed citizens to indirectly engage (through CSO representative) in the governing body and the active citizenship has maximized the use of policy space provided by the Law.

Keywords: citizen participation, governance, Thailand, Universal Coverage Scheme

ภูมิหลังและเหตุผล

การอภิบาล หมายถึง การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์ร่วมกัน⁽¹⁻²⁾ การอภิบาลจึงหมายถึงการบริหารที่ภาครัฐกระจายอำนาจให้ภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคธุรกิจและภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย⁽³⁾ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักธรรมาภิบาล ที่เปิดโอกาสให้

ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (space for civic engagement)⁽⁴⁾ ร่วมรับรู้ ร่วมคิดและร่วมตัดสินใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความโปร่งใส เพิ่มคุณภาพการตัดสินใจ และทำให้การตัดสินใจนั้นเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกฝ่าย⁽⁵⁾ ในประเทศไทย แม้ว่าดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาลโลก (Worldwide Governance Indicators) จะแสดงให้เห็นว่าการมีสิทธิมีเสียงของประชาชนและการรับผิดชอบ (voice and accountability) ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2539 แต่ประสิทธิภาพการทำงานของรัฐบาลในการพัฒนาเศรษฐกิจภาพรวมกลับไม่ลดลง เห็นได้จากอัตราการ



เติบโตทางเศรษฐกิจของไทยและการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ ที่มีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในปี 2556-2558⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ข้อมูลจากดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาลโลก ได้แสดงถึงความสามารถในการออกนโยบายและการนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้สร้างความมั่นใจว่าประชาชนมีสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพและการรับฟังเสียงของประชาชนและนำไปสู่การดำเนินการแก้ไข⁽⁷⁾ กล่าวได้ว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในหลายระดับ เช่น การมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและชุดสิทธิประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิ การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁽⁸⁾

การศึกษานี้มุ่งเน้นวิเคราะห์มาตรา 13(4) และมาตรา 48(8) ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ระบุให้ภาคประชาชนเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ด้วยเป็นบทบัญญัติที่เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบโดยเปิดโอกาสให้ ‘ผู้แทนองค์กรเอกชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร’ ซึ่งในบทความนี้จะใช้คำว่า ‘ผู้แทนภาคประชาชน เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข’⁽⁹⁾ โดยมาตรา 13(4) กำหนดให้ผู้แทนภาคประชาชนจำนวน 5 คน เป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในคณะกรรมการทั้งหมด 30 คน (ร้อยละ 16) และมาตรา 48(8) กำหนดให้ภาคประชาชนจำนวน 5 คน เป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในคณะกรรมการทั้งหมด 35 คน (ร้อยละ 14)

บทบัญญัติในพระราชบัญญัติฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้อำนาจแก่ประชาชนผ่าน

บทบาทการเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข การให้อำนาจแก่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (policy decision) เช่นนี้ ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับที่สูงที่สุด ตามแนวคิดการแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งถูกใช้อย่างกว้างขวางในระดับสากล⁽¹⁰⁾ โดยมีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดทิศทางและกำกับติดตามการบริหารในเรื่องต่างๆ⁽¹¹⁾ การให้อำนาจแก่ประชาชนทำหน้าที่ตรวจสอบ ทำให้องค์กรต้องรับผิดชอบต่อภารกิจขององค์กรและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ระเบียบวิธีศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 มีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเอกสารที่ทำการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2558
- สรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2558
- การสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ทำการสัมภาษณ์พร้อมการบันทึกเสียง โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (ตารางที่ 1) ได้แก่
- กลุ่มที่หนึ่ง ภาคประชาชนที่เป็นกรรมการใน

ตารางที่ 1 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants)

ที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	รหัส
1		NHSB1*
2	ภาคประชาชนที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	NHSB2
3	(พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2562)	NHSB3*
4		NHSB4*
5		QCSB1*
6	ภาคประชาชนที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	QCSB2*
7	(พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2562)	QCSB3*
8		QCSB4
9	ภาคประชาชนที่เคยดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ	EX1
10	ขณะนี้ไม่ได้เป็นกรรมการฯ แล้ว	EX2

หมายเหตุ: * เคยดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการวาระที่ผ่านมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในวาระปัจจุบัน (พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2562) จำนวน 8 คน ทั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 ใน 8 คน เคยดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการฯ วาระก่อนหน้านี้นี้

- กลุ่มที่สอง ภาคประชาชนที่เคยดำรงตำแหน่งกรรมการ ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยดำรงตำแหน่งกรรมการต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 วาระ (4 ปี) และเคยมีบทบาทสำคัญในการเป็นกรรมการฯ พิจารณาจากเนื้อหาในรายงานการประชุมคณะกรรมการฯ

โดยมีการลงนามยินยอมให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

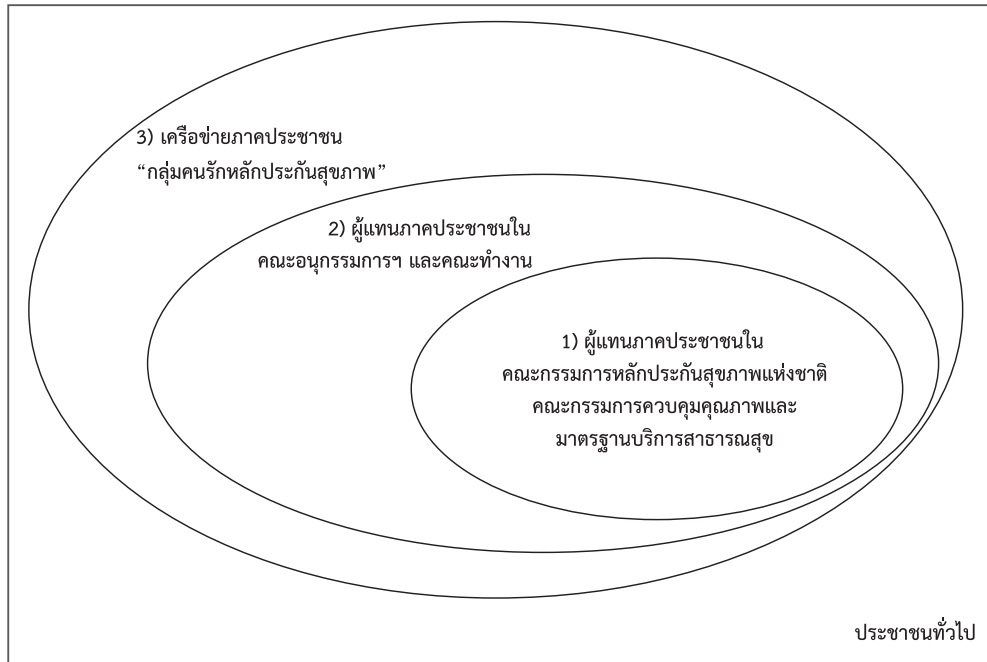
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และการถอดเทปสัมภาษณ์ ถูกคัดเลือกและจัดประเภทตามความหลากหลายของข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาและได้รับการตรวจสอบข้อมูลแล้วว่ามีที่น่าเชื่อถือ ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งที่มาของข้อมูลในประเด็นเดียวกัน ทั้งการทบทวนจากเอกสารและ

เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลายท่าน จากนั้นวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสร้างข้อสรุปโดยวิธีการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) และเปรียบเทียบผลการศึกษากับกรอบการประเมินการมีส่วนร่วมที่กำหนดไว้โดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ (descriptive analysis)

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันเพื่อการพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) COA No. IHRP2019095 การศึกษานี้ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมโดย มีเอกสารแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล (inform consent) และการปกป้องความลับของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

แสดงผลการศึกษา ด้วยบทบาทของภาคประชาชนในการอภิบาลหลักประกันสุขภาพที่แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน (ภาพที่ 1) ส่วนที่ 1 วงในสุด แสดงให้เห็นบทบาทของภาคประชาชนในการเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ส่วนที่ 2 วงกลาง แสดง



ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงของบทบาทภาคประชาชนทั้ง 3 ส่วน ในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ที่มา : วิเคราะห์โดยคณะผู้วิจัย

บทบาทของภาคประชาชนในคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และส่วนที่ 3 วงที่สาม แสดงให้เห็นบทบาทและความสำคัญของภาคประชาชน (กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ) ที่อยู่นอกคณะกรรมการแต่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ที่สะท้อนปัญหาและอุปสรรคที่ประชาชนประสบในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อส่งต่อปัญหาดังกล่าวให้คณะทำงานฯ คณะอนุกรรมการฯ และคณะกรรมการฯ และทำหน้าที่ในการยึดโยงทุกเครือข่ายภาคประชาชนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการฯ ทั้งสองคณะตามกฎหมาย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถตัดสินใจระดับนโยบายตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13(4) และ มาตรา 48(8) ที่กำหนดให้ภาคประชาชน

เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ผู้แทนภาคประชาชน 5 คนในคณะกรรมการแต่ละชุด มาจากการคัดเลือกกันเองจาก 9 กลุ่มได้แก่ (ก) เด็กหรือเยาวชน (ข) สตรี (ค) ผู้สูงอายุ (ง) คนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช (จ) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น (ฉ) ผู้ใช้แรงงาน (ช) ชุมชนแออัด (ซ) เกษตรกร และ (ฌ) ชนกลุ่มน้อย

การคัดเลือกผู้แทนเริ่มต้นจากองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงกำไรต้องขึ้นทะเบียนตามกลุ่มกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽¹²⁾ แต่ละกลุ่มมีสิทธิเสนอชื่อผู้แทนกลุ่มละหนึ่งคน เพื่อเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอีกหนึ่งคนเพื่อเป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตัวแทนจาก 9 กลุ่ม จะทำการคัดเลือกกันเอง ให้เหลือ 5 คน เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอีก 5 คน เป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

บริการสาธารณสุข

ทั้งนี้คุณสมบัติเบื้องต้นของตัวแทนนั้นจะต้องเป็นผู้มีความเข้าใจในมุมมองของประชาชนและมีทัศนคติที่ดีต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งเป็นผู้ที่กล้าแสดงความคิดเห็น มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนในการผลักดันนโยบายด้านสุขภาพ (NHSB2, QCSB1, 4, Ex2)

“หนึ่งเลยนะ จะต้องเป็นคนที่มีประสบการณ์และทุกคนยินยอม ประสบการณ์ก็เป็นด้านนโยบาย ด้านสุขภาพแล้วก็มีประสบการณ์ที่ทำงานมาสำเร็จ ที่มันชัดเจน อะไรแบบนี้ คือพวกเราเนี่ยก่อนที่จะเสนอใคร ตลอดปีที่ผ่านมาก็คุยกันมาตลอด” (QCSB4, 6 ธันวาคม 2562)

“คิดว่าก่อนหน้านี้เขาคงคุยกัน พี่มาถึงตอนที่ถูกทาบทามแล้ว พอหลังจากได้เป็น ก็จะมีการประชุมกับกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ เครือข่าย 9 ด้าน เขาจะบอกว่าเขาปรารถนาที่จะเห็นอะไรและอยากให้เราทำหน้าที่อะไร” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

ข้อตกลงสำคัญประการหนึ่งของตัวแทนภาคประชาชนก็คือหลังจากที่ได้ผ่านการคัดเลือกแล้ว ผู้แทนแต่ละคนจะต้องเป็นผู้แทนเพื่อรับฟังความต้องการและปัญหาอุปสรรคจากประชาชนทั้ง 9 กลุ่ม และต้องไม่เป็นเพียงผู้แทนกลุ่มของตนเท่านั้น (NHSB2, QCSB1, 4, Ex2)

“ทุกเครือข่ายอยากให้เราเป็นปากเป็นเสียงให้ ไม่ได้อยากให้เป็นปากเป็นเสียงแค่เครือข่ายเดียว เราทำงานประสานทั้งข้างใน ข้างนอก เชื่อมประสานกันด้วย” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

“เป็นข้อตกลงร่วมกันนะ ว่าเวลาเรามาเป็นบอร์ดเราไม่ใช่ทำงานเฉพาะประเด็นที่เราถูกเลือกขึ้นมา ต้องทำงานเชื่อมร้อยกับเครือข่ายทั้ง 9 ทั้งหมดที่จะช่วยกัน” (QCSB1, 27 พฤศจิกายน 2562)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลแสดงความเห็นว่าผู้แทนภาคประชาชนโดยทั่วไปจะมีข้อจำกัด ในการทำความเข้าใจระบบราชการ และระบบบริหารกองทุนขนาดใหญ่ รวมไปถึงการทำความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกในวิชาชีพทางการ

แพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นอุปสรรคในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดหรือประเด็นขัดแย้งต่างๆ ในวาระการประชุมทั้งของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้ภาคประชาชนจึงให้ความสำคัญในการคัดเลือกตัวแทนที่เป็นนักวิชาการ หรือผู้ที่มีความเข้าใจในระบบราชการ การบริหาร และแนวทางนโยบายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกรรมการภาคประชาชน (NHSB2, QCSB1, 4)

“กองทุนใหญ่ขนาดนี้ มันมีระเบียบของหน่วยราชการเต็มไปหมด และมันมีความเฉพาะของวิชาชีพ ถ้าเรามีอาจารย์ไว้ พี่มองในแง่ดีว่าอย่างน้อยมันทำให้ คนที่ตามมาได้เรียนรู้... ในวันี่วันที่เรายังไม่ได้รู้ระบบระเบียบทั้งหมดแล้วอาจารย์สามารถพูดได้ว่าตรงนี้นั้นอาจจะผิดขั้นตอนนะ เพื่อชี้ให้เห็นว่าฝั่งที่เราไม่เห็นด้วยเนี่ยมันผิดขั้นตอนตรงไหน พี่คิดว่ายังจำเป็นนะ” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

ในการประชุมคณะกรรมการแต่ละครั้ง ผู้แทนภาคประชาชนจะมีการเตรียมตัวด้วยการอ่านและทำความเข้าใจวาระการประชุมและเอกสารประกอบการประชุมล่วงหน้า นอกจากนี้ยังมีการจัดประชุมร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจรายละเอียดของแต่ละระเบียบวาระการประชุม พร้อมทั้งกำหนดท่าทีของภาคประชาชนต่อประเด็นดังกล่าว โดยการประชุมนี้เรียกว่า “pre-board meeting” ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของภาคประชาชน เพื่อที่จะสามารถแสดงบทบาทของผู้แทนประชาชนในฐานะคณะกรรมการอย่างมีเหตุผล น่าเชื่อถือ และใช้หลักฐานในการแสดงความคิดเห็นในแต่ละประเด็นอย่างเหมาะสม (NHSB1, 2, QCSB1, 2, 3, 4)

“มันไม่ใช่มีแต่ประเด็น มันมี detail ของประเด็นด้วยการที่เราไม่แมนเวลาเราไป discuss มันเสียหลายเรา มันจึงต้องมีการศึกษา เตรียมตัว ว่าอะไรเป็นอะไร เราจะอยู่ๆ ยกประเด็นไหนขึ้นมาพูดใหม่ ...” (NHSB1, 21 พฤศจิกายน 2562)

“pre-board meeting สำคัญมากเพราะว่าหลายเรื่องเนี่ยเราไม่รู้เรื่องเลย ในทีมก็จะช่วย เช่น ในเรื่องเทคนิคทางการแพทย์อะไรต่างๆ คือเราไม่รู้หรอก และภาคประชาชนก็ไม่เข้าใจเลย อาจารย์เขาก็จะวิเคราะห์ให้ฟังว่าตรงนี้เป็นอย่างไร โรคนี้เป็นแบบนี้ ก็ทำให้เรามีข้อมูลในการตัดสินใจได้ เวลาเราไปร่วมเสนอแลกเปลี่ยน เราก็คงทำได้” (QCSB4, 6 ธันวาคม 2562)

ในการประชุมของคณะกรรมการทั้งสองคณะนั้น มีบรรยากาศที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน รวมถึงตัวแทนภาคประชาชนได้แสดงความคิดเห็น และมติที่ประชุมโดยส่วนใหญ่ยังเกิดจากวิธีการทำข้อตกลงฉันทมติ (consensus agreement) ไม่ใช่การออกเสียงโหวต ในส่วนนี้ภาคประชาชนจึงสามารถเตรียมข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อสนับสนุนท่าทีของตนได้ การที่ภาคประชาชนมีสัดส่วนที่น้อยกว่าองค์ประกอบส่วนอื่นของคณะกรรมการจึงไม่เคยเป็นประเด็นถกเถียงถึงความเห็นด้วยต่อมติของคณะกรรมการ (NHSB2, QCSB1)

“คือพี่ว่าบอร์ดของ สปสช. เนี่ยมันดีอันหนึ่งคือตรงที่ culture มันไม่ทำให้หวตนอกจาก seriously เรื่องบางเรื่องอะนะ แต่ว่าส่วนใหญ่แล้วก็จะฟังเหตุ ฟังผลกัน ก็เลยเป็นเวทีให้ภาคประชาสังคมได้พูด ได้อธิบายใช้เหตุผลเยอะ” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

“บรรยากาศการประชุมในบอร์ดเราก็พยายามจะพูดมันไม่ใช่พูดเอาสะใจเนาะ พูดเพื่อที่จะสร้างแนวร่วมให้เขาหรือพูดเพื่อจะโน้มน้าวให้เขาเห็นด้วยกับเรา ซึ่งแน่นอนในบอร์ดเนี่ยมันก็มีคนที่เห็นตรงข้ามกันชัดเจนจำนวนหนึ่ง แล้วก็ยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่เขาก็มีความเป็นนักวิชาการ คือใช้วิชาการนำหน้าในการตัดสินใจ ซึ่งเขาก็เป็นกลางแล้วก็พร้อมที่จะฟังข้อมูลอะไรแบบนี้ แต่คือในบอร์ดควบคุมเนี่ยบางเรื่องมันก็ต้องโหวตอย่างเช่นเรื่องเคส” (QCSB1, 27 พฤศจิกายน 2562)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา การดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่าง

ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม สิทธิประโยชน์บางอย่างที่จำเป็นต่อผู้ป่วย ก็ไม่สามารถบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ได้ทันที ด้วยปัญหาข้อจำกัดด้านงบประมาณเป็นสำคัญ จากการทบทวนรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า สิทธิประโยชน์เรื่องการล้างไต เป็นวาระที่มีการอภิปรายกันอย่างยาวนานต่อเนื่องหลายการประชุม เพื่อให้เพิ่มเข้ามาเป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยหลักประกันฯ โดยเรื่องได้ถูกเสนอในที่ประชุมวันที่ 5 เมษายน 2547 จนกระทั่ง วันที่ 30 ตุลาคม 2550 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติในหลักการให้เพิ่มบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹³⁾

จากการทบทวนรายงานการประชุมพบว่า ผู้แทนภาคประชาชน มีความสำคัญอย่างมากในการแสดงความคิดเห็น และท่าทีในการสนับสนุนให้มีสิทธิประโยชน์เรื่องการล้างไต และงดเว้นการร่วมจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก (NHSB1, Ex2)

“ใช่ พี่กล่าวพูดอย่างนั้นว่าไม่มีใครเรียกร้องสิทธิให้คุณหรอก นอกจากพวกคุณต้องทำกันเอง ให้เข้ามาทำกันเอง จึงเป็นถึงวันนั้นนะว่าถ้าคุณไม่เข้มแข็งอะ คุณก็จะโดน โดนคนอื่นเขาจัดเอาดั่งนั้น ทุกคนต้องลุกขึ้นมาทำตามบทบาทตัวเอง ลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของ” (NHSB1, 21 พฤศจิกายน 2562)

ไม่เพียงแต่การผลักดันชุดสิทธิประโยชน์เท่านั้น แต่ภาคประชาชนยังมีบทบาทในการปกป้องหลักประกันสุขภาพด้วย จากการทบทวนรายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2558 พบว่ามีการบันทึกถึงกรณีที่มีเอกสารและบทความที่เข้าข่ายหมิ่นประมาทคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการเรื่อง “การพัฒนากฎหมายการแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทางการแพทย์” เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2557 โดยเนื้อหาของเอกสารมีข้อความที่หมิ่นประมาท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 326 และมาตรา 328⁽¹⁴⁾ ตามประมวลกฎหมายอาญา ที่ประชุมจึงมีมติมอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประสานผู้เขียนบทความดังกล่าวเพื่อเจรจาให้มาชี้แจงข้อเท็จจริง และขอโทษคณะกรรมการอย่างเป็นทางการ หากไม่ยินยอม มอบอำนาจให้สำนักงานโดยเลขาธิการรับมอบอำนาจในนามกรรมการหรือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินคดีอาญาและคดีแพ่งตามกฎหมาย ทั้งนี้ ขอให้แจ้งความไว้ก่อนเพื่อมิให้คดีหมดอายุความ⁽¹⁵⁾ โดยข้อความในเอกสารมีดังนี้

“รัฐมนตรีและรัฐบาล สำนักงบประมาณ หรือรัฐสภาไม่เคยตรวจสอบการใช้งบประมาณแผ่นดินปีละหลายแสนล้านของ สปสช. เลย ทำให้เกิดการทุจริต คอร์รัปชัน และการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช.”

“มีการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กรอย่างกว้างขวางและมากมายมหาศาล โดยปราศจากการตรวจสอบที่รอบคอบและรัดกุม ทำให้คนเหล่านี้ยังลอยนวลอยู่ในสังคม และสร้างภาพว่ากลุ่มตนเป็นคนดี และคนเหล่านี้ก็กลับใจมาดี และใส่ร้ายป้ายสีว่าผู้ที่ออกมาวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อให้แก้ไขปัญหาในองค์กรเหล่านี้ว่าต้องการผลประโยชน์จากเงินงบประมาณแผ่นดิน เนื่องจากตนเอง “งาบงบประมาณหลายแสนล้าน มาเป็นลิบๆ ปี”

หลังจากการดำเนินการตามมติ ปรากฏว่าผู้เขียนบทความดังกล่าวได้มีหนังสือชี้แจงต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสรุปได้ว่ากระทำไปโดยมิเจตนาเพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชน แต่มิได้ระบุคำขอโทษตามที่คณะกรรมการให้ข้อเสนอ ดังนั้นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติที่ประชุมในวันที่ 3 เมษายน 2558 ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประสานสำนักงานอัยการ เพื่อดำเนินการฟ้องคดีอาญากับผู้เขียนบทความดังกล่าว พร้อมมอบกรรมการ 3 คน เป็นตัวแทนในการให้ถ้อยคำต่ออัยการ การเป็นพยานต่อศาล และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในฐานะผู้เสียหาย ซึ่ง 1 ใน

3 นั้นมีผู้แทนภาคประชาชนรวมอยู่ด้วย การแสดงออกดังกล่าวของภาคประชาชนเป็นการปกป้องและแสดงความ เป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยภาคประชาชนมีความเห็นว่าทุกคนต้องช่วยกันปกป้องระบบฯ แต่ถ้าไม่มีใครลุกขึ้นมาทำ ก็เป็นหน้าที่ของภาคประชาชนที่จะต้องทำ (NHSB1, Ex1)

“ฝั่งประชาชนก็ทำบทบาทของตัวเองแล้ว ทีนี้ที่เสียหายคือ ระบบ แล้วตัวคนทำงานในระบบประกันฯ จะมาลอยตัวแล้วรู้สึกว่ายๆ เจ็บๆ ไม่ได้ สิ่งที่ไม่ใช่ ไม่ถูก คุณก็ต้องลุกขึ้นมาปกป้องสำนักงาน มันก็เป็นอะไรที่ถกกัน แล้วก็กดดันได้ว่าคุณก็ต้องป้องกัน ... บางทีเขาก็จะรู้สึกว่า เขาไม่ไปชนกับใคร แต่มันไม่ได้ไง ถูกกล่าวหาด้วยข้อเท็จจริงที่ผิด คลาดเคลื่อน ก็ต้องลุกขึ้นมาปกป้องกันนะ ไม่ใช่ เพราะว่าคุณเล่นบทสุภาพอยู่ตลอดเวลา เราก็ว่ามันไม่ใช่ ทำแบบนี้เรื่อยๆ” (Ex1, 19 พฤศจิกายน 2562)

2. ประชาชนกับการเป็นอนุกรรมการและคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการฯ ทั้งสองคณะ

แม้เนื้อหาในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะกำหนดเพียงจำนวนของคณะกรรมการฯ สองคณะเท่านั้น แต่ในการดำเนินการจริงเพียงคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานไม่อาจดำเนินการได้ตามลำพัง พระราชบัญญัติจึงมอบอำนาจให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานร่วมกัน โดยมีได้กำหนดรายละเอียดองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการไว้แต่อย่างใด เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการฯ ที่มีอยู่ในปัจจุบันก็พบว่าผู้แทนภาคประชาชนรวมอยู่ด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตอบสนองต่อแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมีภาคประชาชนเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันประเด็นดังกล่าวในที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁶⁾

การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในปัจจุบันอยู่ภายใต้คณะกรรมการซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่



1) ระดับประเทศ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 3 ชุด ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ ก) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งทำงานคู่ขนานกัน นอกจากนี้ยังมี ค) คณะอนุกรรมการตรวจสอบ ทั้ง 3 คณะนี้จะทำงานร่วมกัน โดยมีคณะอนุกรรมการหลายชุดแต่งตั้งโดยคณะกรรมการฯ เป็นกลไกช่วยในการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ

2) ระดับเขต มีคณะอนุกรรมการระดับเขต จำนวน 2 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มีบทบาทหน้าที่กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงานฯ และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ มีบทบาทในการพิจารณา สรุปลงและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงปัญหาและข้อจำกัดของระบบบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3) ระดับจังหวัด มีคณะอนุกรรมการอย่างน้อย 1 ชุด ได้แก่ คณะอนุกรรมการตามมาตรา 41

ในระดับประเทศ มีคณะอนุกรรมการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งหมด 13 คณะ ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการงานด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ เช่น คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่หลักในการจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเสนอคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นชอบ คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่จัดทำข้อเสนอการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการทุกระดับ และจัดทำข้อเสนอเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในระบบหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ในองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการ 13 คณะ มี 9 คณะที่มีผู้แทนภาคประชาชน (ตารางที่ 2) โดยในบางคณะอนุกรรมการนั้น ผู้แทนภาคประชาชนดำรงตำแหน่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ เช่น คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพทุกภาคส่วนมีผู้แทนองค์กรเอกชนด้านเกษตรกรในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำรงตำแหน่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการ ทั้งนี้คำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ ทั้ง 13 คณะในวาระปัจจุบัน มีผลตั้งแต่วันที่ 4 มีนาคม 2562 เป็นต้นไป⁽¹⁷⁾

คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) มีหน้าที่หลักในการกำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายและมติของคณะกรรมการและสำนักงาน อีกทั้งยังเน้นแนวทางการขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการแบ่งพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรจำนวนผู้ลงทะเบียนของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนการกำหนดแนวทางการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น งบลงทุน (จากค่าเสื่อมราคา) งบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ องค์ประกอบของอปสข. นั้นมีองค์กรพัฒนาเอกชนตาม ม.50(5) และอื่นๆ จำนวนจังหวัดละ 1 คน⁽¹⁸⁾

คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ มีหน้าที่หลักในการวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข จัดทำข้อเสนอเพื่อป้องกัน แก้ไขและพัฒนา กลไกการจัดการเรื่องร้องเรียนให้เหมาะสม อีกทั้งพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพของหน่วยบริการในเขตพื้นที่ ทั้งยังมีหน้าที่ควบคุม กำกับ กำหนดมาตรการควบคุม และตรวจตราคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งส่งเสริม

ตารางที่ 2 สัดส่วนผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁷⁾

ที่	คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จำนวน อนุกรรมการ	จำนวน ตัวแทนภาค ประชาชน	ตำแหน่งของ ตัวแทนภาค ประชาชน
1.	คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์	12	0	-
2.	คณะกรรมการกำหนดมาตรฐานให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ	11	1	รองประธานฯ
3.	คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต	16	2	รองประธาน ฯ อนุกรรมการ
4.	คณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน	22	3	อนุกรรมการ
5.	คณะกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพของทุกภาคส่วน	13	4	ประธาน ฯ รองประธานฯ อนุกรรมการ
6.	คณะกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	10	2	อนุกรรมการ
7.	คณะกรรมการกลั่นกรองกรณีอุทธรณ์	7	1	รองประธานฯ
8.	คณะกรรมการจัดทำข้อเสนอการสรรหาและค่าตอบแทน	6	0	-
9.	คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	16	0	-
10.	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร	31	6	อนุกรรมการ
11.	คณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติงานของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	7	1	อนุกรรมการ
12.	คณะกรรมการด้านกฎหมาย	12	0	-
13.	คณะกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ	36	2	อนุกรรมการ

ความเข้าใจและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ จากการวิเคราะห์เอกสารพบว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่เขต 1-12 นั้น มีสัดส่วนของผู้แทนภาคประชาชน จำนวน 6 คนจากอนุกรรมการฯ ทั้งหมด 26 คน ในขณะที่สัดส่วนของผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมี จำนวน 6 คนจากอนุกรรมการฯ ทั้งหมด 27 คน⁽¹⁹⁾

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (อคม.) มีหน้าที่หลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) ควบคุมและกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 50(1) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽⁹⁾ 2) พิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขกำหนด 3) ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามมาตรา 50(7) และ 50(9) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยองค์ประกอบของ อคม. ระดับจังหวัด



มีสัดส่วนของผู้แทนองค์กรเอกชนจำนวน 5 คน⁽²⁰⁾

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้แทนภาคประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในทุกๆระดับ (ระดับจังหวัด เขตและประเทศ) ในกลไกการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะระบุถึงการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการของผู้แทนภาคประชาชน เพียงในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเด็นข้อเสนอที่พิจารณารวมถึงข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์และการดำเนินการต่างๆ จะถูกส่งผ่านมาจากคณะอนุกรรมการทั้ง 13 คณะ และคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการฯ (NHSB4, EX1) ดังนั้น การที่ภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งในคณะอนุกรรมการฯ จึงมีความสำคัญอย่างมาก ตัวอย่างเช่น ในกรณีของการผลักดันเรื่องการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งมีการนำเสนอผ่านคณะอนุกรรมการด้านบริการสุขภาพและคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนจากองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันผลการศึกษาเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในลำดับต่อมา (NHSB2)

“หลังจากที่เขามา *raise* กันมาตลอดว่า งานบริการสร้างเสริมป้องกันโรค มันไม่มีความก้าวหน้าเลย คนไข้เข้าไม่ค่อยถึง เราบอก เรามาแบบนี้อย่างเดียวไม่ได้ อันนี้ก็จะเห็นว่าเราจะส่งภาคทางวิชาการเข้าไปอย่างไร เราต้องมาทำข้อมูลให้มันประจักษ์ นั่นคือกระบวนการ แต่การทำงานข้อมูลไม่ใช่พีทีทำคนเดียว คุณทุกคนต้องเป็นคนเก็บข้อมูลทุกคนเดินเข้าไปเพื่อขอใช้สิทธิ” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

การศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของประชาชนทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพของรัฐภายใต้สิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สามารถเข้าถึงบริการได้ เมื่อไปร้องขอรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกร้อยละ 30 ไม่สามารถเข้าถึงได้ แสดงให้เห็นถึงปัญหาของการเข้าถึงบริการโดยมีสาเหตุจากความรู้ ความเข้าใจของฝ่ายผู้ให้บริการต่อการให้สิทธิประโยชน์ด้านนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ทำความเข้าใจถึงสิทธิและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ในประกาศ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2555 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่านอกจากการพัฒนาให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นต่อประชาชนแล้ว ยังต้องมีการพิจารณาอีกด้วยว่าชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่แล้วนั้นมีการเข้าถึงได้จริงหรือไม่⁽²¹⁾ ทั้งนี้การศึกษานี้ นับเป็นการดำเนินการศึกษาอย่างเป็นทางการครั้งแรกของภาคประชาชนในประเด็นการเข้าถึงบริการส่งเสริมและป้องกัน ที่จะเริ่มต้นในการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานทางวิชาการโดยเฉพาะจากมุมมองของภาคประชาชน

3. การมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ: คลังข้อมูลระดับรากหญ้า และกลไกการยึดโยงเครือข่าย

การดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงเกิดขึ้นจากการทำงานของคณะทำงานคณะอนุกรรมการฯ และคณะกรรมการฯ ในระดับจังหวัด เขตและประเทศเท่านั้น หากแต่การผลักดันประเด็นขับเคลื่อนที่สำคัญในหลายครั้งมาจากการเคลื่อนไหวทางสังคมจากภาคประชาชนเอง การเคลื่อนไหวภายนอกของกรอบการทำงานในบริบทของคณะอนุกรรมการ คณะกรรมการ นั้นมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การรวมตัวกันของภาคประชาชนที่เรียกว่า “กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการดำเนินงานในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย (NHSB1, 2, QCSB1, 2, 3, EX1)

“เราก็ดึงกลุ่มประชาชนที่ต้องพิทักษ์ ปกป้องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ

เกิดขึ้น เพื่อที่จะต้องบอกว่าเผื่อระวัง พิทักษ์ ปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุน ระบบหลักประกัน ไม่ให้ใครมาทำลาย เราเปรียบเหมือนเป็นบ้านเนี่ย มันชอบมีปลวก มีอะไร มันจะมากัดเซาะ กัดแทะ เราต้องคอยฉีดปลวกให้มันตาย” (QCSB3, 14 พฤศจิกายน 2562)

กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ มีการประชุมร่วมกันทุก 2 เดือน เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาต่างๆ เช่น การขาดชุดสิทธิประโยชน์ที่สำคัญหรือจำเป็นในสายตาของประชาชน หรือการมีชุดสิทธิประโยชน์แต่ยังไม่ถึงบริการสุขภาพ การประชุมดังกล่าวนับเป็นการรับฟังเสียงสะท้อนของปัญหาจากเครือข่ายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งผู้แทนภาคประชาชนที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการฯ ได้เข้าร่วมรับทราบและมีส่วนร่วมในการประชุมดังกล่าวด้วย เพื่อรับทราบสถานการณ์ปัญหาจากเครือข่ายภาคประชาชนทั้ง 9 กลุ่ม และให้ข้อมูลสถานการณ์ “รากหญ้า” ในการประชุมของคณะกรรมการฯ ในวาระที่เกี่ยวข้อง (NHSB1, 2, 3, QCSB1, 3, 4, EX1) การประชุมของกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพนี้นับเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายภาคประชาชนกับผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ เกิดเป็นกระบวนการผลักดันนโยบายที่เกิดขึ้นจากการเสนอผ่านตัวแทนภาคประชาชนที่เป็นคณะกรรมการฯ หรือคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ ประสานควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทางสังคมของประชาชนนอกรูปการทำงานของกรรมการภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ

ตัวอย่างนโยบายที่เกิดจากการประสานงานกัน เช่น กรณีของอุปกรณ์ถุงทวารเพื่อซับถ่าย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการเคลื่อนไหวนอกรูปการทำงานของคณะกรรมการภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ ที่สำคัญ ได้แก่ การเสนอเรื่องจากภาคประชาชนผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็น (public hearing) เป็นต้น (NHSB2)

“เรื่องเล็กๆ น้อยๆ แต่มีผลต่อชีวิตผู้คนมากก็เรื่องถุงหน้าท้อง มาจากเครือข่ายที่เขาเป็นโรคมะเร็งลำไส้ก็

พูดทุกเวทีที่เป็นเวทีรับฟังความคิดเห็น ... ถ้าเดินตามทางปกติมันก็ต้องไปประเมินว่า ถ้าจ่ายถุงหน้าท้องเป็นรายไอเทม มีความคุ้มค่าหรือไม่ ฝ่ายประชาชนที่เขาเป็นมะเร็งลำไส้เขาอธิบายได้ดีมากเลย จะเอามาให้ดูเลยว่าถ้าไม่ได้ใช้ถุงหน้าท้องถ้าไม่ได้มีแถบจะเป็นอย่างไร เขาต้องใช้ถุงกาแฟ ซึ่งมันให้ไม่ได้ ไม่ใช่ทำให้ไม่ได้ เรอบอกแล้วว่าสิทธิ์เรา มันไม่ได้น้อยกว่าสิทธิ์อื่น ตรงนี้เติมลงไปมันก็ได้เยอะมาก ดูเหมือนเล็กๆ แต่ที่พี่เขาเพิ่งให้สัมภาษณ์ คุณภาพชีวิตมันสั้นเหลือมาก” (NHSB2, 14 พฤศจิกายน 2562)

วิจารณ์และข้อยุติ

การที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีผู้แทนภาคประชาชน 5 คน เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอีก 5 คน เป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นการเสริมพลังระดับทางการ (professional empowerment)⁽²²⁾ ตามคำนิยามของ Elisheva Sadan ที่เป็นตัวกลาง (intermediary) ที่ทำให้เกิดการเสริมพลังระดับประชาชน (individual empowerment) ที่เกิดเป็นอำนาจในการกำหนดชีวิตของตนเอง จนมีประชาชนที่ได้รับการเสริมพลังสะสมมากเพียงพอ จนกลายเป็นการเสริมพลังระดับสังคม (community empowerment) ที่ภาคประชาชนมีอำนาจในการกำหนดทิศทางของสังคม การเสริมพลังระดับทางการ (professional empowerment) ทำงานในพื้นที่ที่รับฟังความต้องการ และข้อขัดข้องของประชาชน (individual) และระดับผู้กำหนดนโยบาย (policy level) ยังทำให้มั่นใจได้ว่าเสียงของประชาชนจะถูกส่งไปถึงผู้กำหนดนโยบายและข้อมูลจากผู้กำหนดนโยบายจะถ่ายทอดมายังประชาชนอย่างสม่ำเสมอ ดังจะเห็นจากผลการศึกษาที่มีผลลัพธ์การดำเนินงานหลายประเด็นที่ดำเนินงานร่วมกัน ตั้งแต่การขับเคลื่อนของภาคประชาชน การดำเนินงานผ่านคณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ และส่งผ่านไปยังคณะกรรมการฯ จนเกิดการผลักดันเป็นนโยบายที่สำคัญในที่สุด



เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เปิดพื้นที่ให้ภาคประชาชนเป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ ดังกล่าวได้ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิให้ประชาชนอย่างเต็มที่ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ทั้งนี้ ภาคประชาชนได้พัฒนากลไก pre-board meeting เพื่อเรียนรู้ประเด็นก่อนเข้าประชุม ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการทำให้การเจรจาต่อรองในคณะกรรมการฯ ประสบผลสำเร็จ โดยกลไกนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากหน่วยงานใดอย่างเป็นทางการ การดำเนินการในทั้งสองคณะกรรมการใช้วิธีการถกเถียงกันด้วยเหตุผลเพื่อให้ได้มาซึ่งมติที่เป็นฉันทมติ (consensus agreement) มากกว่าการออกเสียงโหวต ซึ่งสัดส่วนกรรมการจากภาคประชาชนไม่สามารถลงมติชนะในกรรมการทั้ง 2 คณะได้ วิธีการถกเถียงกันบนหลักเหตุผลนี้ตรงกับหลักการของประชาธิปไตยโดยการอภิปรายด้วยเหตุผลอย่างรอบคอบและตั้งใจ (deliberative democracy) ซึ่งช่วยป้องกันการตัดสินใจที่อาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนโดยกรรมการจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง นอกจากนี้ยังทำให้การตัดสินใจที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ข้อมูลจากงานวิจัย และยึดถือประโยชน์สาธารณะเป็นหลักสำคัญ⁽²³⁾

นอกจากนี้ ภาคประชาชนยังมีกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพที่ทำให้เครือข่าย 9 กลุ่ม สามารถยึดโยงกันโดยใช้ประเด็นหลักประกันสุขภาพเป็นแกนหลัก และมีเป้าหมายร่วมกันคือผลักดันหลักประกันสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนให้มากที่สุด การมีประเด็นร่วมกันนี้ทำให้ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพอย่างมีความหมาย นอกจากนี้ หลักการทำงานที่สำคัญของของกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพได้แก่ การเฝ้าระวัง (surveillance) การปกป้อง (protect) การส่งเสริม (promote) และการสนับสนุน (support) ตรงกับหลักการทั่วไปขององค์การอนามัยโลก⁽²⁴⁾ เช่นในกรณีการส่ง

เสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้ผลิตและจำหน่ายนมผงใช้กลไกการตลาดในการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงทารกด้วยนมผงทดแทนนมมารดา

บทบัญญัติในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นับเป็นการเปิดพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจระดับนโยบาย ทั้งนี้ บทบัญญัติดังกล่าวถูกตีความและนำไปใช้จนประสบความสำเร็จผ่านการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของผู้แทนภาคประชาชนที่ดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข นอกเหนือจากนั้นแล้วแม้จะไม่มีบทบัญญัติในกฎหมายที่กำหนดองค์ประกอบของผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ แต่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้ตอบสนองต่อแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยการสนับสนุนให้มีผู้แทนภาคประชาชนเข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการฯ ทุกระดับ ทั้งระดับชาติ ระดับเขตพื้นที่ และระดับจังหวัด อีกทั้งกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ ก็เป็นกลไกสำคัญที่ดำเนินงานอยู่นอกขอบเขตของการมีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยการสะท้อนปัญหาจากระดับรากหญ้าและส่งต่อไปยังผู้กำหนดนโยบายผ่านการยึดโยงที่เข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานร่วมกัน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาเพื่อให้เกิดสิ่งที่ดีกว่าในสังคมนั้น เกิดขึ้นได้ด้วยปัจจัย 2 ประการที่ทำงานร่วมกัน นั่นคือการให้อำนาจแก่ประชาชน (empowerment) ด้วยการเปิดโอกาสให้เป็นส่วนหนึ่งของผู้กำหนดนโยบายร่วมกับการที่ตัวประชาชนเองตอบสนอง (responsiveness) ต่อโอกาสที่ได้รับ ด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เต็มศักยภาพในการเป็นส่วนหนึ่งของผู้กำหนดนโยบาย อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติสำคัญที่ประชาชนจะตอบสนองต่อโอกาสดังกล่าวได้ คือการเป็นผู้ที่มีความเป็นพลเมืองตื่นรู้ (active citizen) ด้วยการเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตามกฎหมายกำหนด (authoritative action) ยึดถือ

ประโยชน์ของสาธารณะเป็นสิ่งสำคัญ (consideration of the public interest) มีการเรียนรู้ตลอดเวลา (learning) และใช้ความรู้ในการมีส่วนร่วม และมีพื้นที่ในการสร้างความสัมพันธ์ (relationship) ที่ทำให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การมีภาคประชาชนในคณะกรรมการฯ ที่มีอำนาจในการตัดสินใจระดับนโยบายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นของประชาชน ดังนั้น หากจะมีการแก้ไขพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต ภาคประชาชนต้องมีสัดส่วนไม่น้อยกว่านี้ อีกทั้งควรรักษาวัฒนธรรมของการประชุมคณะกรรมการที่ใช้วิธีการถกเถียงกันด้วยเหตุผลเพื่อให้เกิดฉันทมติ (consensus agreement) มากกว่าการออกเสียงโหวต เพื่อป้องกันการตัดสินใจที่อาจไม่โปร่งใส นอกจากนี้ ภาคประชาชนยังมีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านกลไกต่างๆ เช่น การจัดทำ public hearing ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนต่างๆ การทำการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนผ่านกลไกต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างรอบด้านมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากขอบเขตการวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาความสำคัญของภาคประชาชนในการเป็นส่วนหนึ่งของการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงทำให้การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมในเนื้อหาจากฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพ จากฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิ และจากฝ่ายของภาครัฐ ซึ่งล้วนเป็นตัวแปรสำคัญในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งไม่ได้ทำการศึกษาว่าภาคส่วนอื่นมีความเห็นต่อการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างไรและควรปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร นอกจากนี้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเข้า

ถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข สืบเนื่องจากรายละเอียดที่มีในรายงานการประชุมมีเนื้อหาบางส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถเผยแพร่ได้ ดังนั้น เอกสารที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้จึงมีความแตกต่างกันระหว่างคณะกรรมการทั้งสองคณะ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้วิจัยทบทวนรายงานการประชุมระหว่างปี 2545 ถึงปี 2558 ในขณะที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นการทบทวนเอกสารสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ระหว่างปี 2546 ถึงปี 2558 ทั้งนี้ การศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะต่อการศึกษาค้นคว้าที่จะมีขึ้นในอนาคต ให้ศึกษาในภาพกว้างมากขึ้นด้วยการครอบคลุมเนื้อหาและมุมมองจากฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาครัฐ รวมถึงขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ครบถ้วน เช่น บทบาทของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกสำนักงานภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (WHO Regional Office for South-East Asia) ผ่านการบริหารจัดการโดยองค์การอนามัยโลกสำนักงานประจำประเทศไทย (World Health Organization Thailand) และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) เลขที่สัญญา RTA6280007

References

1. Primary Health Care Division, Department of Health Service Support. The evolution of primary health care in Thailand (1978–2010). Nonthaburi: Veterans Organization Printing Office; 2014. (in Thai)
2. McCawley P. Governance in Indonesia: some comments. Tokyo: Asian Development Bank Institute, Discussion Paper



- No. 38. 2005.
3. Limsawart W. National Health system governance of Thailand after promulgation of the National Health Act B.E. 2550: framework, development and proposal for improvement. *Journal of Health Systems Research* 2009;3(3):419-33. (in Thai)
 4. Storeng KT, Puyvallee AB. Civil society participation in global public private partnerships for health. *Health Policy and Planning* 2018;33(2018):928-36.
 5. Chompunth C. Good governance and public participation in decision-making process of development project. *Journal of Environmental Management* 2013;9(1):85-106. (in Thai)
 6. World Bank. Worldwide governance indicators [internet]. Washington, DC: World Bank; 2019 [cited 2019 Dec 6]. Available from: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>.
 7. Kantamaturapoj K, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, et al. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bull World Health Organ* 2020;98(2):117-25.
 8. National Health Security Office. People's Participation of the universal coverage scheme (UCS) in Thailand. 2019. -
 9. National Health Security Act, B.E. 2545 [internet]. Bangkok: Government of Thailand; 2002. [cited 2019 Oct 5]. Available from: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C-B29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>. (in Thai)
 10. International Association for Public Participation. Spectrum of public participation [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 6]. Available from: https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf.
 11. Sribuaim K, Voratheputtipon T, Sukreeyabongse P, Sirorot P, Burikul T, Jarusombat S. et al. Guidelines for enhancing participatory democracy under the Constitution of the Kingdom of Thailand 1997: problems, obstacles and solutions. Bangkok: Thummada Press; 2002. (in Thai)
 12. National Health Security Office. Announcement of the National Health Security Office: Registered private organizations for exercising the right to select representatives for committee members under the National Health Security Act (Mar 16, 2007). (in Thai)
 13. The Secretariat of the Cabinet. Extension of renal replacement therapy (RRT) for end-stage renal disease in the universal health coverage scheme [internet]. 2007 [cited 2019 Nov 3]. Available from: https://cabinet.soc.go.th/soc/Program2-3.jsp?top_serl=214283&key_word=%E4%B5&owner_dep=&meet_date_dd=30&meet_date_mm=10&meet_date_yyyy=&doc_id1=&doc_id2=&meet_date_dd2=&meet_date_mm2=&meet_date_yyyy2=. (in Thai)
 14. Act Amending the Criminal Procedure Code (NO. 11), B.E. 2535 [internet]. Bangkok: Government of Thailand 1992 [cited 2019 Oct 10]. Available from: <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=305514&ext=pdf>. (in Thai)
 15. The minutes of the National Health Security Committee Meeting 2/2015 2015 February 9 at 13.30-16.30, venue: Dr.Sanguan Nittaya Ramphong meeting room, National Health Security Office. (in Thai)
 16. The minutes of the National Health Security Committee Meeting No. 2/2012 2012 January 24 at 14.00-16.30, venue: Dr. Sanguan Nittaya Ramphong meeting room, National Health Security Office. (in Thai)
 17. National Health Security Office. Order of the National Health Security Committee No. 4/2019: Appointment of Sub-committee members under the National Health Security Committee, (May 16, 2019). (in Thai)
 18. The minutes of the National Health Security Committee Meeting 3/2015, 2015 March 2 at 13.30-16.30, venue: Dr.Sanguan Nittaya Ramphong meeting room, National Health Security Office. (in Thai)
 19. Announcement of the Quality and Standard Control Board: Rules procedures and conditions for selection and appointment of Subcommittee for the Quality and Standard Control Board in sub region 2019, (Oct, 10 2019,). (in Thai)
 20. The Quality and Standard Control Board. National Health Security Office. The performance summary of the Quality and Standard Control Board, the 1st term (2003-2007), the 2nd term (2007-2011). (in Thai)
 21. Sirisinsuk Y. A study on access to health promotion services of members in three main schemes under the health promotion benefits of Universal Coverage Scheme. Final report. Bangkok: Indyconsumer; 2017. (in Thai)
 22. Sadan, E. Empowerment and community planning: theory and practice of people-focused social solutions. Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad Publishers; 1997.
 23. Enjolras B, Steen-Johnsen KJCS, the Third Sector, Governance SE, Democracy. Democratic governance and citizenship. In: Laville J-L, Young DR, Eynaud P, editors. *Civil society, the Third Sector and social enterprise: governance and democracy*. New York: Routedledge; 2015. p. 191-204.
 24. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO Document Production Service; 2017.