

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:  
ตอนที่ 1 กระบวนการกำหนดนโยบาย  
The Universal Health Care Coverage Policy:  
Part I Agenda setting process

นิพนธ์ต้นฉบับ

Shitwan Pitayaratana<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมายทั้งภายในและนอกระบบบริการสุขภาพ แต่สิ่งที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ นโยบายนี้ถูกหยิบยกให้เป็นนโยบายของรัฐบาลได้อย่างไร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติของกระบวนการกำหนดนโยบาย (Agenda setting process)

ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เกิดขึ้นจากเหตุปัจจัยหลายประการ โดยมีจุดเริ่มต้นจากการนำเสนอแนวคิดของนักวิชาการมาเป็นเวลานาน แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือถูกนำมาเป็นนโยบายทางการเมือง จนกระทั่งพรรคการเมืองหนึ่ง มองว่าเป็นโอกาสที่ดีในการนำเสนอแนวคิดนี้ มาเป็นนโยบายในการหาเสียงทางการเมือง ดังนั้น ภายหลังจากได้รับการเลือกตั้งให้เข้ามาบริหารประเทศ นโยบายฯ นี้จึงได้รับการผลักดันอย่างเต็มที่จากรัฐบาลและข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จนเกิดกลไกดำเนินการที่สำคัญจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ไปสู่การกำหนดประเด็นทางนโยบายฯ ซึ่งถือว่าการเมืองเป็นหน้าต่างของโอกาสในการเกิดนโยบายฯ นี้ ดังนั้น การกำหนดนโยบายฯ นี้ จึงอยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางวิชาการ ความเหมาะสมของบริษัท และความเป็นไปได้ทางการเมือง.

<sup>1</sup> นักวิจัยอาวุโส สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

## Abstract



Achieving universal coverage in Thailand was influenced by many internal and external factors of the health service system. An interesting issue was how the universal coverage policy was put as the government agenda. This study aimed to explore the policy process of the Universal coverage policy in specific on the agenda setting process.

The analysis found that the information of the policy alternatives on the health insurance has made available by researchers for a long period but there had been no political support until a political party put it into the political platform. As the political party's leader became the leader of the government, this policy was pushed as priority of the government and introduced rapidly. The political change was a window of the opportunity of this policy. The policy was successful to get on the government agenda as it passed the criteria of technical, contextual, and political feasibility.

## บทนำ

การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่นำไปสู่การปฏิบัติในปี พ.ศ. 2544 เพื่อให้คนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบสุขภาพไทยสาระสำคัญของนโยบาย คือการให้สิทธิกับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพภาครัฐได้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>2</sup> และกำหนดวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเป็นแบบจ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ ซึ่งทำให้สถานบริการรัฐและเอกชน สามารถเป็นผู้ให้บริการในโครงการได้

แนวคิดการคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 และได้ขยายความครอบคลุมให้กับประชากรมากเป็นลำดับ ทั้งการเพิ่มจำนวนโครงการประกันสุขภาพและการขยายขอบเขตการคุ้มครอง แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนได้ ด้วยเหตุนี้ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา<sup>3</sup> หน่วยงานวิชาการได้พยายามผลักดันให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

ก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยได้มีหลักประกันสุขภาพภาครัฐเกิดขึ้น

<sup>2</sup>โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีชื่อเรียกขณะเริ่มต้นโครงการในปี พ.ศ. 2544 ว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค”

<sup>3</sup>มีการกล่าวถึงในการประชุมเกี่ยวกับการเงินการคลังทางสุขภาพระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับธนาคารโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536

รวมทั้งสิ้น 4 แบบ ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร)<sup>4</sup> โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ<sup>5</sup> โครงการบัตรสุขภาพ<sup>6</sup> และโครงการประกันสังคม ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2518, 2521, 2526 และ 2534 ตามลำดับ แต่การดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพในโครงการเหล่านี้ ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ จากหลักฐานในปี พ.ศ.2543 พบว่ามีประชากรร้อยละ 69 ได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ ร้อยละ 37 ได้รับการคุ้มครองจากโครงการสปร. ร้อยละ 11 ได้รับการคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 12 ได้รับการคุ้มครองจากโครงการบัตรสุขภาพ และร้อยละ 9 ได้รับการคุ้มครองจากโครงการประกันสังคม จึงกล่าวได้ว่าร้อยละ 31 ของประชากร ยังไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพใดๆ

ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาที่ผ่านมาได้สะท้อนถึงปัญหาของหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่มีอยู่ อาทิ 1) การไม่ใช้บริการสุขภาพที่จำเป็น เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ<sup>11</sup> 2) การประสบกับค่าใช้จ่ายสูงด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหนัก 3) ความไม่เป็นธรรมจากค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล และ 4) ประชาชนบางส่วนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ<sup>12</sup>

<sup>4</sup> โครงการ สปร. คุ้มครองประชาชน 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้พิการ

<sup>5</sup> โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ คุ้มครองข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว

<sup>6</sup> โครงการบัตรสุขภาพที่คุ้มครองประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะในเขตชนบท

ดังนั้น การนำเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพโดยพรรคการเมือง<sup>7</sup> จึงมีส่วนทำให้พรรคที่ใช้นโยบายนี้ในการหาเสียง ได้รับคะแนนเสียงอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 เนื่องจากเป็นการนำเสนอนโยบายที่เป็นปัญหาใกล้ตัวของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน ซึ่งสาระของนโยบายด้านสาธารณสุขในช่วงหาเสียงของพรรคการเมืองนี้ ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 5 ข้อดังนี้ 1) การประกันสุขภาพสำหรับคนไทย 62 ล้านคน 2) ให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและครอบครัวตามศักยภาพของทุกคน 3) ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน 4) จัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน และ 5) ให้ประชาชนได้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน

ต่อมา เมื่อพรรคการเมืองนี้ได้เป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาล นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>13</sup> ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล เปรียบเสมือนการรักษาสัญญาประชาคมโดยมีสาระสำคัญดังที่แถลงต่อรัฐสภาดังนี้

*“ นโยบายเร่งด่วน สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ”*

<sup>7</sup> พรรคไทยรักไทย คือพรรคการเมืองที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพในการหาเสียงเลือกตั้งเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544

“นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง รัฐบาล มุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพโดย จะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จัดตั้งกองทุนประกัน สุขภาพแห่งชาติ โดยการตรากฎหมายว่าด้วยการ ประกันสุขภาพแห่งชาติ ”

เมื่อรัฐบาลจัดตั้งแล้ว รัฐมนตรีว่าการ สาธารณสุขได้ประกาศว่าผลของโครงการนี้จะ สามารถครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้นประมาณ 20 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และมีการ เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการดำเนินงานที่สำคัญ หลายประการ อาทิ 1) ระบบการบริหารงบประมาณ และระบบบริหารจัดการ โดยเปลี่ยนวิธีจัดสรรเงิน งบประมาณจากการจัดสรรงบประมาณตาม ประเภทรายจ่ายเป็นการจัดสรรงบประมาณตาม รายหัวประชากรที่มีการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล และถือที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นหลัก 2) ระบบ บริการ โดยกำหนดให้ผู้ใช้บริการเสียค่าธรรมเนียม คนละ 30 บาทต่อครั้ง และอาจมีส่วนร่วมจ่ายบ้าง ในกรณีที่ต้องรับบริการนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ ที่กำหนดไว้ 3) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล<sup>8</sup> และ 4) การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน โดยเฉพาะ โรงพยาบาลเอกชน<sup>9</sup> เป็นต้น อันจะส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพจากหลายระบบ เป็นระบบเดียว ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับการ บริการที่เท่าเทียมและมีมาตรฐานขั้นพื้นฐานเท่ากัน

<sup>8</sup> ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลในการดำเนินงานระยะที่สอง ของโครงการ

<sup>9</sup> โรงพยาบาลเอกชนสามารถเข้าร่วมการดำเนินงานในระยะที่สาม ของโครงการ

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาแนวทางการ ดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสาระดังนี้

“ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า มุ่งที่จะจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพแก่ ประชาชนไทยโดยสร้างดุลอำนาจในการควบคุม คุณภาพบริการที่แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) รัฐมีหน้าที่เกี่ยความเสี่ยง ด้านสุขภาพและการเงิน ใช้เงินอุดหนุนจากงบ ประมาณ นอกจากนี้โครงการนี้เกิดโอกาสในการ ควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้วิธีการ จ่ายเงินสถานพยาบาลแบบตกลงล่วงหน้าและเป็น ปลายปิด กองทุนหลักประกันสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 กองทุน คือ (1) สำหรับภาคการจ้างงาน โดย ขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึง สวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว และ (2) นอกภาคการจ้างงาน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุน จะมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน และใน ที่สุดจะพัฒนาไปสู่ระบบการจ่ายเงิน และชุดสิทธิ ประโยชน์เดียวกันหรือรวมเป็นกองทุนเดียว ”

พร้อมกันนี้ โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในขณะนั้น ได้ขยายขอบเขตดำเนินงาน ตามช่วงระยะเวลาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่/  
ช่วงเวลา

กิจกรรม

- 1 / เม.ย.  
2544 ดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด <sup>10</sup> ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ จำนวน 1.39 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 37.37 ของประชากรใน 6 จังหวัด โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
- 2 / มิ.ย.  
2544 ขยายพื้นที่ดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปอีก 15 จังหวัด <sup>11</sup> ครอบคลุม ประชากร 4.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของประชากรใน 15 จังหวัด 2544
- 3 / ต.ค.  
2544 ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศและ 13 เขตในกรุงเทพมหานคร ซึ่งการทยอย ดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในพื้นที่นี้ มีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่น จึงต้องการประสบการณ์และการเตรียมความพร้อมมาก
- 4 / เม.ย.  
2544 ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทุกเขตของกรุงเทพฯ ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา

ในที่สุด การดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาท รักษาทุกโรค” ได้ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 45.40 ล้านคน (ร้อยละ 73 ของประชากร) ใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนกว่า 55,000 ล้านบาทต่อปี (พ.ศ. 2545) และเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการใช้บริการจากผู้ป่วยครั้งละ 30 บาท โดยยกเว้นค่าธรรมเนียมการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค และการใช้บริการสุขภาพของผู้ที่อยู่ในโครงการ สปร. รวมถึงกำหนดให้ประชาชนต้องมารับบริการที่สถาน

บริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เป็นอันดับแรกจากนั้นหากมีความจำเป็น สถานบริการขั้นต้นจะส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานบริการระดับสูงต่อไป การบริหารจัดการงบประมาณในช่วงต้นยังอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้คำปรึกษา

จากที่มาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการดำเนินงานโดยสังเขปข้างต้น กล่าวได้ว่าเส้นทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมายทั้งภายในและนอกกระบวนการสุขภาพ แต่สิ่งที่น่าสนใจประการหนึ่งคือนโยบายนี้ถูกหยิบยกให้เป็นนโยบายของรัฐบาลได้

<sup>10</sup> จังหวัดนำร่องในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา

<sup>11</sup> ในระยะที่ 2 โครงการฯ นี้ ขยายครอบคลุม 15 จังหวัด ประกอบด้วย นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส

อย่างไร ดังนั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้เกี่ยวข้องถือเป็นคุณูปการยิ่งต่อผู้สนใจ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้จัดทำนโยบายในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมิติของกระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Agenda setting process)

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยทั่วไป นโยบายที่เกิดขึ้นจริงไม่ได้มาจากการพิจารณาไตร่ตรองด้วยเหตุผลเชิงวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายเหตุปัจจัย อาทิ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และโน้มน้าวของบุคคลกลุ่มนี้ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมทั้งด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และประวัติศาสตร์ของสังคมนั้นๆ<sup>[3-8]</sup> ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะจึงจำเป็นต้องใช้ศาสตร์หลายแขนง<sup>[9-10]</sup> (Multidisciplinary approach: political science, sociology, anthropology, management) รวมถึงใช้เครื่องมือในศาสตร์ดังกล่าว มาช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น<sup>[4, 10]</sup>

แม้ศาสตร์ (Science) ทำหน้าที่ผลิตทฤษฎี (Theory) และตัวแบบ (Model) แต่สามารถกล่าวได้ว่าไม่มีทฤษฎีหรือตัวแบบของศาสตร์ใดมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์นโยบายในปัจจุบัน จึงมีการผสมผสานและมีความหลากหลายในการนำทฤษฎีหรือตัวแบบมาใช้ ทั้งนี้

ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยทฤษฎีหรือตัวแบบที่นิยมใช้ เช่น ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ตัวแบบสถาบัน (Institutional Model) ตัวแบบกระบวนการ (Process Model) ทฤษฎีกลุ่ม (Group Theory) ทฤษฎีผู้นำ (Elite Theory) ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rationalism) ตัวแบบส่วนเพิ่ม (Incrementalism), และทฤษฎีเกม (Game Theory)<sup>[11, 12]</sup>

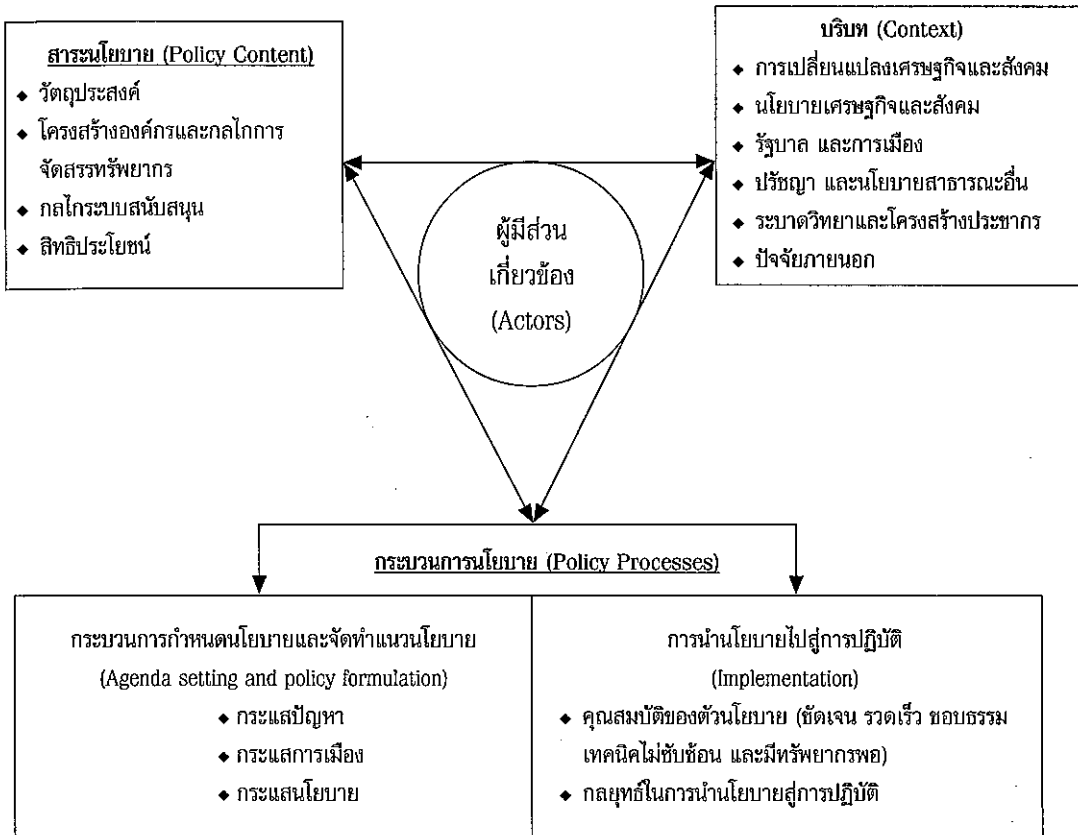
ดังนั้น กรอบการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายที่ใช้ในการศึกษานี้ จึงใช้ศาสตร์หลายแขนง โดยกรอบการวิเคราะห์ดังรูปที่ 1 นี้ใช้เพื่ออธิบายนโยบายและกระบวนการนโยบายของ Walt และ Gilson<sup>[8]</sup> ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สารนโยบาย (policy content) 2) บริบทที่สำคัญ (context) 3) คุณสมบัติของผู้มีบทบาทเกี่ยวข้อง (Actors) และ 4) กระบวนการนโยบาย (policy process)

ส่วนการวิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายในการศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Kingdon [17] ที่เสนอให้วิเคราะห์กระบวนการนโยบายจาก 3 องค์ประกอบ คือ กระแสปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมือง ดังต่อไปนี้

1) กระแสปัญหา (Problem stream) คือ สภาวะที่สถานการณ์หนึ่งๆได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจตัดสินใจ ว่าเป็นปัญหาหรือจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยกลไกที่เป็นตัวจุดความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจดังกล่าวมีได้ 3 ทาง ได้แก่

- ▶ ตัวชี้วัด (Indicators) คือเครื่องวัดการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหา ถ้าในระบบมีกลไกที่จะรายงานตัวชี้วัดเหล่านี้ย่อมมี

# รูปที่ 1 กรอบการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประสิทธิภาพ ก็สามารถกระตุ้นความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจได้

- ▶ เหตุการณ์ที่สำคัญ (Events) คือ อุบัติการณ์ที่ทำให้ปัญหาได้รับความสนใจ เช่น วิกฤติเศรษฐกิจ วิกฤติการณ์ทางการเมือง การระบาดของโรค หรือแม้แต่ประสบการณ์ตรงที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจเคยพบ เป็นต้น
- ▶ ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) คือ การสะท้อนข้อมูลของการปฏิบัติการ เพื่อชี้ให้เห็นข้อบกพร่องที่จะทำให้การปฏิบัติงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ หรือชี้ให้เห็นผลกระทบที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า

กลไกเหล่านี้ กลไกใดกลไกหนึ่ง หรือร่วมกันจะสามารถเป็นตัวจุดความสนใจให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจยอมรับว่ามีปัญหา และต้องการการแก้ไข

2) กระแสนโยบาย (Policy stream) คือ วิธีการคัดเลือกปัญหาและแก้ปัญหา โดยปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาในเรื่องหนึ่งๆ มักจะได้รับความสนใจเป็นครั้งคราว ดังนั้น คุณลักษณะของชุมชนนโยบาย<sup>12</sup> จึงมีส่วนสำคัญ เช่น ถ้าชุมชนนโยบายรวมตัวกันดี ทำงานอย่างต่อเนื่อง ปัญหา

<sup>12</sup> ชุมชนนโยบาย หรือ "Policy community" หมายถึง เครือข่ายบุคคล หรือองค์กรที่เชื่อมโยงกันด้วยความสนใจในนโยบายเรื่องใดเรื่องหนึ่งและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน

นั้นจะได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ ในชุมชนนโยบายจะต้องมี “ผู้ผลักดันนโยบาย (Policy entrepreneurs)” เป็น ผู้ทุ่มเทเวลาและทรัพยากรเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายนั้นๆ และพยายามปรับนโยบายการแก้ปัญหาให้เป็นที่ยอมรับในหมู่นักนโยบาย ซึ่งผลจากการทำงานอย่างต่อเนื่องจนได้รับการยอมรับแล้ว จึงจะเกิดข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบาย แล้วจึงจะสามารถดึงดูดความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจได้ นอกจากนี้ โดยทั่วไป นโยบายหนึ่งๆ มักจะได้รับการยอมรับเมื่อผ่านเกณฑ์ดังนี้

- ▶ เทคนิคไม่ซับซ้อนและมีความเป็นไปได้ (technical feasibility)
- ▶ สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม (congruence with existing values)
- ▶ สามารถคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ และผลกระทบเป็นที่ยอมรับได้ (anticipation of future constraints)
- ▶ ได้รับการยอมรับจากสาธารณชนและนักการเมือง (public acceptability and politician's receptivity)

3) กระแสการเมือง (Political stream) คือ สภาวะความสนใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อาจมีความสนใจแตกต่างกัน ดังนั้น การตัดสินใจที่จะสนับสนุนเรื่องใดเรื่องหนึ่งมักเป็นการตกลงกันโดยผ่านกระบวนการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นเอกฉันท์ โดยทั่วไป สภาวะความสนใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจพิจารณาได้จาก

- ▶ กระแสความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป (National mood) รวมทั้งความคิดเห็นและความรู้สึกของประชาชน

- ▶ แรงกดดันของกลุ่มการเมือง ทั้งจากพรรคการเมือง ฝ่ายนิติบัญญัติ หรือกลุ่มกดดันต่างๆ
- ▶ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาล เช่น จากการเลือกตั้ง หรือการเปลี่ยนแปลงทั้งตัวบุคคลหรือทั้งคณะ เป็นต้น
- ▶ การสร้างความเป็นเอกฉันท์ โดยผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การต่อรอง การประกาศของนักการเมือง หรือการให้รางวัล เป็นต้น

ดังนั้น เมื่อไรก็ตามที่ 3 กระแสนี้ มาบรรจบกันจึงจะเป็นโอกาสให้ประเด็นปัญหานั้นๆ ถูกหยิบยกมาเป็นประเด็นทางนโยบาย โดยประเด็นนั้นๆ ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหา และได้มีการศึกษาหาทางเลือกในการแก้ปัญหาไว้พร้อมแล้ว อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงในกระแสการเมือง ถือเป็นโอกาสเกิดของนโยบายที่สำคัญ ซึ่งหากปล่อยให้โอกาสผ่านไป อาจจะต้องรอโอกาสจนกว่าจะต้องประกอบต่างๆ อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ดังนั้นช่วงเวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) ครั้งนี้ เพื่อพิจารณาองค์ประกอบของกระบวนการนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรูปที่ 1 ยกเว้นองค์ประกอบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งวิเคราะห์ว่าแต่ละองค์ประกอบมีลักษณะเป็นเช่นใด และมีอิทธิพลใดต่อกระบวนการกำหนดนโยบาย (Agenda setting process)



**แหล่งข้อมูล** ประกอบด้วยข้อมูลที่เก็บรวบรวมในขณะที่ผู้นิพนธ์ทำวิทยานิพนธ์ในปี พ.ศ. 2544 - 2545 <sup>13</sup> ซึ่งมาจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ 1) การค้นคว้าหนังสือ เอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2545 โดยใช้คำค้นสำคัญคือ *“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”* รวมถึงการรวบรวมเอกสารทางราชการ เช่น รายงานการประชุม จดหมายเวียน เอกสารของกระทรวง ร่างกฎหมาย วารสาร ตลอดจนรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความคิดเห็นประชาชน เป็นต้น 2) ข้อมูลจากสื่อมวลชน ได้แก่ ข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ที่ตีพิมพ์ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2543 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 จากฐานข้อมูลข่าวของสำนักพิมพ์มติชน ซึ่งมีข่าวของหนังสือพิมพ์มากกว่า 20 ฉบับ ใช้คำค้นสำคัญคือ *“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”* และ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ผู้จัดทำนโยบาย ผู้ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายนี้ จำนวน 21 ท่าน ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคการเมือง 2 ท่าน องค์กรไม่แสวงกำไร 2 ท่าน นักวิชาการมหาวิทยาลัย 1 ท่าน นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุข 4 ท่าน และข้าราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง 12 ท่าน โดยมี 4 ข้อถามหลัก คือ 1) ความคิดเห็นต่อสาระนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) บริบทสำคัญที่ส่งเสริมนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอะไรบ้างและอย่างไร 3) มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ และอย่างไร และ 4) ปัจจัยใดที่มีส่วนกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอย่างไร

**การวิเคราะห์ข้อมูล** แหล่งข้อมูลทุติยภูมิข้างต้นนี้ ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการตีความเพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction) ต่อประเด็นสาระนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริบทสำคัญที่ส่งเสริมนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## wanการศึกษา

### 1. สาระนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศว่า สามารถคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาวะค่ารักษาพยาบาล และสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ <sup>14,15</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสาระนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนสำคัญ 3 ประการที่ทำให้ถูกเลือกเข้าไปอยู่ในนโยบายของพรรคการเมือง ดังนี้

ประการที่ 1 นโยบายมีความชอบธรรม เนื่องจากนโยบายนี้สามารถแก้ปัญหาประชาชนได้จริง และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยที่ระบบบริการสุขภาพไทยยังประสบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เช่น ภาระด้านการเงินของประชาชน จากค่ารักษาพยาบาล ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลของประชาชน และความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น <sup>12</sup>

ประการที่ 2 นโยบายมีหลักการที่สอดคล้อง

กับค่านิยมของคนไทย และของพรรคการเมือง เนื่องจากนโยบายนี้ มีแนวคิดเรื่องเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมของคนในสังคมไทย นอกจากนี้ นโยบายนี้ยังผนวกเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีทิศทางสอดคล้องกับสังคมโลก ในแง่การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ และสอดคล้องกับพรรคการเมืองในแง่การเพิ่มความ

ร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ ประการที่ 3 นโยบายมีความเป็นไปได้ทางด้านการคลัง และทางการจัดการ จากการศึกษาของนักวิจัยหลายกลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้พรรคการเมืองเล็งเห็นความสำคัญของการให้หลักประกันสุขภาพ จึงได้มีการพิจารณาความเป็นไปได้ทางด้านการเงิน ว่านโยบายนี้สามารถปฏิบัติได้จริงภายใต้เงินอุดหนุนจากระบบภาษีของรัฐ แต่ทั้งนี้ต้องมีการปฏิรูประบบการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อถกเถียงภายหลังว่า การปฏิรูประบบการคลังด้านสุขภาพไม่สามารถทำได้ในเวลาอันรวดเร็ว และอาจทำให้โครงการดังกล่าวประสบภาวะงบประมาณไม่เพียงพอที่จะคงคุณภาพบริการไว้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในพื้นที่และประสบการณ์การดำเนินโครงการประกันสุขภาพหลายโครงการในประเทศไทย ยังทำให้โครงการนี้ได้รับความเชื่อมั่นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะทำให้การปฏิบัติเกิดขึ้นจริง

## 2. บริบทสำคัญที่ส่งเสริมนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษาพบว่า มีบริบทสำคัญ 4 ประการที่ส่งเสริมนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ

1) การเปลี่ยนแปลงสังคมการเมือง 2) สถานะเศรษฐกิจ 3) โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรด้านสุขภาพ และ 4) กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**2.1. การเปลี่ยนแปลงสังคมการเมือง**  
ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2463 เป็นต้นมา การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มมีขึ้นในประเทศต่างๆ กว่า 15 ประเทศ<sup>13</sup> ในหลายประเทศ รัฐจัดให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อตอบสนองเสียงเรียกร้องของชนชั้นกลางในภาคการจ้างงาน โดยมีผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงสถานะเศรษฐกิจ และการเติบโตของชนชั้นกลางในสังคมนั้นๆ

ในประเทศไทย การปฏิรูปการเมืองหลังจากเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. 2535 ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของรัฐมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 เปิดโอกาสให้ประชาชนเสนอร่างกฎหมายได้ โดยการรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนไม่น้อยกว่า 50,000 คน ทำให้เกิดปรากฏการณ์การเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นสัญญาณแสดงการสนับสนุนจากภาคประชาชน ขณะเดียวกัน รัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องกับการเลือกตั้ง ทำให้เกิดพรรคการเมืองใหม่ที่ใช้นโยบายประชานิยมในการหาเสียง และพรรคดังกล่าวได้รับคะแนนเสียงอย่างท่วมท้น จน

<sup>13</sup> Hungary (1920), New Zealand (1938), Soviet Union (1938), Britain (1948), Japan (1960s), Scandinavian countries (1960s), Canada (1970s), Italy (1980s), Portugal (1980s), Brazil (1980s), Spain (1980s), South Korea (1989), Taiwan (1995), Thailand (2001)

ได้เป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาล และนโยบายการ  
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในชื่อ “โครงการ  
30 บาทรักษาทุกโรค” ถือเป็นโครงการที่ได้รับความ  
ชื่นชมจากประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้น รัฐบาล  
จึงรับดำเนินโครงการนี้อย่างเร่งด่วน ทั้งนี้เพื่อการ  
รักษาคำมั่นสัญญาและคະณนนิยม

**2.2. สภาพเศรษฐกิจ** สภาพเศรษฐกิจ  
ตกต่ำหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 ส่งผลต่อ  
รายได้ครัวเรือน ทำให้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของ  
ครัวเรือน และหนี้สินของประชาชนทวีความรุนแรง  
เพิ่มขึ้นเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนต้องการ  
เปลี่ยนแปลงผู้นำรัฐบาล ดังนั้น พรรคการเมืองที่  
นำเสนอนโยบายการแก้ปัญหาอันเป็นผลจากวิกฤติ  
เศรษฐกิจ จึงได้รับการคัดเลือกให้มาบริหารประเทศ  
โดยเฉพาะนโยบายที่ส่งผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่าย  
ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยซึ่งเป็นการ  
บรรเทาความเดือดร้อนให้กับประชาชนได้ทางหนึ่ง

**2.3. โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและ  
ทรัพยากรด้านสุขภาพ** กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่  
รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการคลัง  
ด้านสุขภาพ รวมถึงทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณ  
ให้กับหน่วยงานต่างๆภายในกระทรวงสาธารณสุข  
ทั้งงบลงทุนและงบเงินเดือน นอกจากนี้ กระทรวง  
สาธารณสุขได้ดำเนินการวางรากฐานโครงสร้าง  
สถานบริการสาธารณสุขและกระจายบุคลากร  
สาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และ  
พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง  
บริการโดยระดมสร้างโรงพยาบาลและสถานอนามัย  
ในปี พ.ศ. 2524-2534 โดยเฉพาะโครงการ  
ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (พ.ศ. 2529-

2539) เพื่อที่จะสร้างสถานอนามัยขึ้นในทุกพื้นที่  
นับว่ามีความสำคัญที่ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพ  
ทางกายภาพเป็นไปได้อย่างถ้วนหน้า ผลก็คือ ในปี  
พ.ศ. 2543 มีสถานอนามัยเกิดขึ้นทุกตำบลของ  
ประเทศ จนดูเหมือนว่าประชาชนสามารถเข้าถึง  
บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นอกจากการพัฒนา  
โครงสร้างพื้นฐานแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังได้  
ดำเนินการในเรื่องการเงินการคลังไปพร้อมกันโดย  
การพัฒนารูปแบบการจ่ายเงินในโครงการประกัน  
สุขภาพประเภทต่างๆ ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของ  
งบประมาณด้านพัฒนาสังคมในช่วงที่ผ่านมา ล้วน  
เป็นปัจจัยเสริมให้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิด  
ขึ้นได้จริง

**2.4. กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ** กระแส  
การปฏิรูปฯ นี้เกิดขึ้นทั่วโลก โดยมีวัตถุประสงค์  
เพื่อบรรลุความเสมอภาคด้านสุขภาพ ความมี  
ประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ  
สำหรับประเทศไทย มีการกล่าวถึงการปฏิรูประบบ  
สุขภาพในหมู่นักวิชาการเป็นเวลานาน จนกระทั่งปี  
พ.ศ. 2542-43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ  
กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้รัฐบาลสมัย  
นั้นโดยการนำของนายชวน หลีกภัย จัดตั้งกลไก  
คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มี  
การทำงานทางวิชาการรวบรวมความรู้อย่างเป็นระบบ  
และนำออกสู่เวทีรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง  
จนเป็นที่ตื่นตัวถึงกระแสการปฏิรูปฯ<sup>161</sup> แม้ว่า  
นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จะไม่ได้ใช้แผน  
แม่บทดังกล่าว แต่กระแสการปฏิรูปฯ ได้ปลุก  
กระแสประชาคมให้มาสนใจโครงการด้านสุขภาพ  
ของรัฐมากขึ้น

### 3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในการนำนโยบาย ฯ นี้ไปสู่วาระของนโยบายทางการเมือง (Political agenda) มี 5 ส่วนหลักคือ พรรคการเมือง ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มนักวิชาการ ข้าราชการผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และประชาสังคมด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**3.1. พรรคการเมือง** พรรคการเมืองหนึ่งในขณะนั้น ได้มีแนวคิดในเรื่องการปฏิรูประบบการจัดบริการสุขภาพโดยการให้ทรัพยากรทั้งรัฐและเอกชนให้มีประสิทธิภาพและมองเห็นนโยบายที่สอดคล้อง ขณะเดียวกัน บุคคลสำคัญในพรรคการเมืองนี้ซึ่งมีฐานะเป็นหัวหน้าพรรคการเมือง มีคุณสมบัติเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

**3.2. ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข** บุคคลกลุ่มนี้ มีบทบาทเป็นทั้งนักวิชาการ นักบริหาร และนักปฏิบัติ โดยเป็นกลุ่มที่เห็นความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความอิสระทางวิชาการ เกาะติดประเด็นที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และได้รอโอกาสที่เหมาะสม รวมถึงพยายามผลักดันนโยบาย ฯ นี้มาโดยตลอดผ่านทั้งระบบราชการปกติ ระบบสภาผู้แทนราษฎร และประชาสังคม จนกระทั่งพรรคการเมืองสนใจแนวคิดนี้ จึงปรากฏเป็นนโยบายพรรคการเมืองโดยมีกรรมการบริหารพรรคเป็นตัวเชื่อม

**3.3. กลุ่มนักวิชาการ** บุคคลกลุ่มนี้ครอบคลุมทั้งนักวิชาการภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทนับตั้งแต่ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รับการคัดเลือกจากพรรคการเมือง โดยสถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข (สวรส.) และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยอิสระภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นแกนในการจัดประชุมสัมมนาระหว่างปี พ.ศ. 2542-2543 ต่อมาในกระบวนการร่างพรบ.สุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพได้มอบหมายให้คณะทำงานของ สวรส. ซึ่งมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน ไปจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 เมื่อรัฐบาลตัดสินใจและประกาศใช้เป็นนโยบาย ฯ นี้ ได้มีการศึกษาถึงสภาพปัญหา และทางเลือก ซึ่งนักวิชาการบางส่วนได้รับเชิญให้นำเสนอข้อศึกษาทางวิชาการ และมีการตั้งคณะทำงานขึ้นหลายชุดเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอของนักวิชาการ

นักวิชาการเหล่านี้ มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มและมีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม นักวิชาการกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยและจำกัดตัวอยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ภาระงานมากเกินกำลัง

**3.4. ข้าราชการผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ** บุคคลกลุ่มนี้ มีอำนาจในการตัดสินใจระดับหนึ่งเนื่องจากงานด้านสุขภาพเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ทางวิชาการและการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติระดับหนึ่ง ผู้ปฏิบัติในโครงการนี้ จึงเป็นผู้มีทักษะในการปฏิบัติงานในความรับผิดชอบของตนเองและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี หากแต่การปฏิบัติอาจมีกระแสต่อต้านบ้าง ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้และผลกระทบของนโยบายที่มีต่อผู้ปฏิบัติโดยตรง ดังนั้นการทำความเข้าใจ และหาทางแก้ไขอย่างมีส่วนร่วมน่าจะเป็นทางออกที่ดี

3.5. ประชาสังคมด้านสุขภาพ ในประเทศไทย มีองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไรเกิดขึ้นมากมาย โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2513 จนถึงปัจจุบัน มีเครือข่ายต่างๆประมาณ 300 เครือข่าย ให้ความสนใจในเรื่องต่างๆ อาทิ สุขภาพ สิทธิมนุษยชน การเมือง การพัฒนาทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2540 ภายใต้แกนนำขององค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไรต่างๆ ได้เคลื่อนไหวให้การสนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากสอดคล้องกับบทบาทภารกิจ และสิทธิมนุษยชน จนได้มีกระบวนการร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และมีการจัดตั้งประชาคมสังคมด้านสุขภาพเพื่อเข้าไปมีบทบาทในการจัดทำนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุข จนได้ร่างพระราชบัญญัติเสนอต่อประธานสภา จึงเป็นภาพลักษณ์ที่ชัดเจนว่าประชาชนสนับสนุนทิศทางการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งประชาสังคมกลุ่มนี้ได้ผลักดันการเปลี่ยนแปลงด้วยปัญญา โดยมีฐานความรู้ทางวิชาการเป็นองค์ประกอบ

#### 4. กระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทฤษฎี Multiple streams ของ Kingdon (1995)<sup>17)</sup> สามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางนโยบายสุขภาพครั้งนี้ได้ดี การที่นโยบายฯ นี้มีความพร้อมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดขึ้นจากพัฒนาการ 3 ด้าน คือ นโยบายที่ใช้แก้ปัญหา หรือกระแสนโยบาย (policy stream) การจุดประกายประเด็นปัญหาหรือกระแสปัญหา (problem stream) และการสนับสนุนทางเมือง

หรือกระแสการเมือง (political stream) ดังนั้น เมื่อพัฒนาการทั้งสามด้านมาบรรจบกัน หน้าต่างของโอกาสจึงเกิดขึ้น และการเลือกตั้งถือเป็นการเปิดหน้าต่างของโอกาสครั้งสำคัญที่ทำให้นโยบาย ฯ นี้ ถูกหยิบยกมาเป็นวาระนโยบายของรัฐ (Policy agenda)

4.1. กระแสนโยบาย (Policy stream) คือ มีการทำงานของนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เพื่อหาวิถีทางการแก้ปัญหา และผลักดันให้เกิดนโยบาย และพยายามปรับนโยบายในการแก้ปัญหาให้เป็นที่ยอมรับของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนได้รับการยอมรับจากสาธารณสุขชนและนักการเมือง

4.2. กระแสปัญหา (Problem stream) เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัญหาที่สาธารณสุขชนและผู้มีอำนาจตัดสินใจตระหนักเป็นอย่างดี และจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง กลไกที่เป็นตัวจุดความสนใจของการให้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ รายได้ที่ลดลงของประชาชนอันเนื่องมาจากผลกระทบวิกฤติเศรษฐกิจ และการนำเสนอปัญหาทุกข์ในระบบสุขภาพโดยองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4.3. กระแสการเมือง (Political stream) คือ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลและการมีพรรคการเมืองที่สนใจการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมถึงการนำเสนอ นโยบายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาองค์ความรู้มีความสำคัญในการจัดทำ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะเดียวกัน การเชื่อมประสานกับประชาสังคมและเครือข่ายอื่นๆ ทำให้เกิดพลังการยอมรับนโยบาย ฯ รวมถึงการมีส่วนร่วมของนักการเมืองซึ่งเปรียบเสมือน ผู้เปิดหน้าต่างแห่งโอกาสของการกำหนดนโยบายฯ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ ได้สนับสนุนแนวคิดเรื่อง ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ อย่างไรก็ตาม กรณีการกระบวนการกำหนดนโยบายนั้น แม้ในการดำเนินการจะใช้ปัญญาในการตัดสินใจในหลากหลายประเด็น แต่ถ้ามีข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนไม่เพียงพอหรือไม่มีความชัดเจน มักจะสปีจจัยด้านการเมืองเข้ามาเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจอยู่เสมอ

## บทสรุป

การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เกิดขึ้นจากเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่ามีจุดเริ่มต้นจากการนำเสนอแนวคิดจากนักวิชาการมาเป็นเวลานาน แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือถูกนำมาเป็นนโยบายทางการเมือง จนกระทั่งพรรคการเมืองหนึ่ง มองเห็นว่าเป็นโอกาสที่ดีในการนำแนวคิดนี้ มาเป็นนโยบายในการหาเสียงทางการเมือง ด้วยเหตุนี้ ภายหลังจากได้รับการเลือกตั้งให้เข้ามาบริหารประเทศ นโยบายฯ นี้จึงได้รับการผลักดันอย่างเต็มที่จากรัฐบาลและข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข จนเกิดกลไกดำเนินการที่สำคัญจากการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ไปสู่การกำหนดประเด็น

ทางนโยบาย ฯ ดังนั้น การกำหนดนโยบาย ฯ นี้ จึงอยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางวิชาการ ความเหมาะสมของบริษัท และความเป็นไปได้ทางการเมือง

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทเรียนจากผลการวิเคราะห์การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บ่งชี้ว่าการกำหนดนโยบายที่สำคัญของบ้านเมือง นักวิชาการจำเป็นต้องมีส่วนร่วมหลักในการผลักดันนโยบายบนพื้นฐานของการศึกษา ข้อมูล และสภาพปัญหา รวมถึงการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจ และใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อการตัดสินใจ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดกระบวนการเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างนักวิชาการที่ต้องการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ผู้บริหารระดับสูงที่จะให้การสนับสนุนในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และประชาสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้ นโยบายเกิดขึ้นได้จริง

นอกจากนี้ นโยบายจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่ หรือเมื่อมีนโยบายแล้ว นโยบายนั้น ๆ จะสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างราบรื่นหรือไม่ มิได้ขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำของผู้บริหารเท่านั้น เพราะการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่มักขึ้นกับเหตุปัจจัยหลายประการที่มีความเป็นพลวัต และมีสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน อาทิ ทางเลือกเชิงวิชาการ การเจรจาต่อรองกับกลุ่มที่เสียประโยชน์ การมีส่วนร่วมจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติ เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่จากองค์กรต่างๆ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาค้างนี้ ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก สำหรับเงินทุนที่ใช้ในการศึกษา ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการเขียนรายงานฉบับภาษาอังกฤษ ขอขอบคุณศาสตราจารย์ Gill Walt สำหรับข้อเสนอแนะที่ใช้ในการศึกษา และขอขอบคุณ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ และ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นอย่างสูงที่ทำให้ความอนุเคราะห์ผู้ศึกษาในการเข้าไปศึกษาระบบการจัดทำนโยบายอย่างใกล้ชิด

## เอกสารอ้างอิง

- [1] ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
- [2] อัมมาร์ สยามวาลา และคณะ. ข้อเสนอเพื่อหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
- [3] Grindle M, Thomas J. Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1991.
- [4] Walt G. Health Policy: An Introduction to Process and Power. London: Zed Books; 1994.
- [5] Dunn WN. Public Policy Analysis: An Introduction. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1994.
- [6] Keeley J, Scoones I. Understanding Environmental Policy Processes: A Review. Sussex: Environment Group, Institute of Development Studies, University of Sussex. Report No. IDS Working Paper 89; 1999.
- [7] Mooij J, Vos V. Policy processes: An Annotated Bibliography on Policy process, with Particular Emphasis on India. London: Overseas Development Institute; 2003.
- [8] Walt G, Gilson L. Reforming the Health Sector in Developing-Countries - the Central Role of Policy Analysis. Health Policy and Planning 1994; 9(4):353-370.
- [9] Minogue M. "Theory and practice in public policy and administration, Policy and Politics" Reprinted. In: Hill M, editor. The Policy Process:A Reader. London: Harvester Wheatsheaf; 1983: 10-33. -
- [10] Sutton R. The Policy Process: An Overview. London: Overseas Development Institute. Report No.118, August, 1999.
- [11] ถวัลย์รัฐ วรเทพพุดมพิงษ์. การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2540.

- [12] กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุรงค์. นโยบายสังคมและสวัสดิการสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
- [13] 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.
- [14] Mills A. "The route to Universal Coverage." In: Nitayarumphong S, Mills A, editors. Achieving Universal Coverage of Health Care. Nonthaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand; 1998: 283-299.
- [15] Veugelers P, Yip A. Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57(6):424-428.
- [16] อำพล จินดาวัฒนะ และ สรณี พิพัฒน์โรจนกมล. "พัฒนาการทางนโยบาย การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย" ในเอกสารทางวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการพลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
- [17] Kingdon J. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2 ed. Boston: Little, Brown & Co; 1995.

