

PEOPLE'S PARTICIPATION



**IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME (UCS)
IN THAILAND**

การมีส่วนร่วมของประชาชน
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

ผู้มีส่วนได้เสียในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (STAKEHOLDERS)

ประกอบด้วยภาคีเกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ หน่วยงานราชการ ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาวิชาชีพ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชน

องค์กรเอกชน ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NON-GOVERNMENT ORGANIZATIONS; NGOS)

องค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มิใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร เป็นองค์กรที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้ (ก) งานด้านเด็กหรือเยาวชน (ข) งานด้านสตรี (ค) งานด้านผู้สูงอายุ (ง) งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช (จ) งานด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น (ฉ) งานด้านผู้ใช้แรงงาน (ช) งานด้านชุมชนแออัด (ซ) งานด้านเกษตรกร (ณ) งานด้านชนกลุ่มน้อย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (PEOPLE PARTICIPATION IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME)

การกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรต่างๆของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดเพียงใด

การอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (GOVERNANCE IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME)

ปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา และปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพโดยการร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข

การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (PUBLIC HEARING)

การจัดประชุมประจำปีเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยทั่วไป การจัดเวทีรับฟังความเห็นจะแยกเป็นเวทีระดับเขต 13 เขต และเวทีส่วนกลางระดับประเทศ

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (PEOPLE HEALTHY SECURITY CENTER)

เป็นศูนย์ที่ไม่อยู่ในหน่วยบริการ และดำเนินการโดยประชาชนในชุมชนหรือผู้ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนและมีความผูกพันกับชุมชนหรือองค์กรเอกชน มีบทบาทหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ รับเรื่องราวร้องเรียน ติดตามตรวจสอบคุณภาพระบบบริการ และหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับประชาชน

TABLE OF CONTENTS

06	บทนำ	41	การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคุ้มครองสิทธิ
08	การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการก่อร่างนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	42	การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการ
12	การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ	43	การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
13	โครงสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	44	ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ ความท้าทาย และก้าวต่อไปของการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
17	กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	45	ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
34	ผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	48	ความท้าทายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
35	ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเข้มแข็ง	49	ก้าวต่อไปของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
36	ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและสิทธิประโยชน์	50	สรุป

1

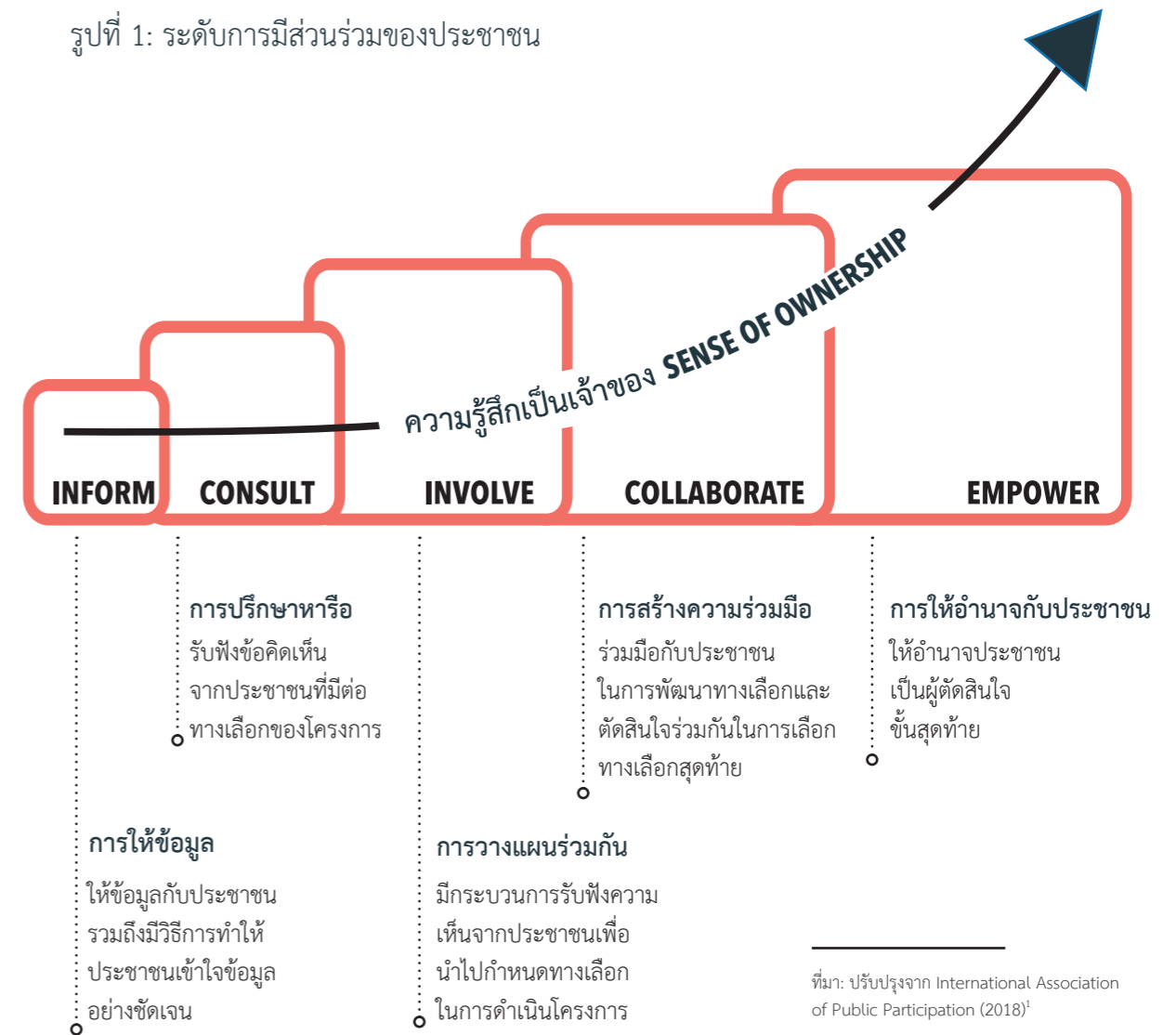
บทนำ

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังทำให้การดำเนินงานในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปตามหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในขั้นตอนของการก่อร่างนโยบายและขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ลักษณะเด่นของหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยคือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ (รูปที่ 1) ตั้งแต่ระดับการให้ข้อมูล ระดับการปรึกษาหารือ ระดับการวางแผนร่วมกัน ระดับสร้างความร่วมมือ ไปจนถึงขั้นสูงสุดคือการให้อำนาจแก่ประชาชน (International Association of Public Participation, 2018) ซึ่งทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหลักประกันสุขภาพ

หนังสือเล่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในขั้นตอนการก่อร่างนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผลจากการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงความท้าทาย ปัจจัยของความสำเร็จ และแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

SPECTRUM OF PUBLIC PARTICIPATION

รูปที่ 1: ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน



ที่มา: ปรับปรุงจาก International Association of Public Participation (2018)¹

2

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในขั้นตอนการก่อร่าง นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากคำประกาศ Alma Ata ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521 ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 (Health for All by the year 2000) โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักในการบรรลุเป้าหมาย^{2,3} กระทรวงสาธารณสุขไทยได้นำหลักการจากคำประกาศ Alma Ata มาสู่การปฏิบัติในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยสร้างผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ³ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในหมู่บ้านให้มีส่วนร่วมในด้านสาธารณสุข และเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย

การมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพมีพัฒนาการมาอย่างยาวนาน เมื่อรัฐบาลมีนโยบายให้นักศึกษาแพทย์ต้องชดใช้ทุนโดยให้ออกไปทำงานในชนบทเมื่อจบการศึกษาในปี พ.ศ. 2511⁴ ทำให้แพทย์ที่ทำงานในชนบทได้สัมผัสถึงความทุกข์ยากของคนชนบทโดยตรงและเข้าใจปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข⁵ เมื่อเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 เป็นยุคที่ประชาชนมีความตื่นตัวกับระบบการเมืองแบบประชาธิปไตยและความเป็นธรรมในสังคม มีการขยายตัวและจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นจำนวนมาก⁶ แพทย์ชนบทเหล่านี้จึง ก่อตั้งสหพันธ์

จุดเริ่มต้นที่สำคัญจากคำประกาศ

ALMA ATA

ขององค์การอนามัยโลก

ในปี พ.ศ. 2521 ที่มีเป้าหมาย

ให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

ถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543

HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

แพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2519 ซึ่งเปลี่ยนเป็นชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2521 และจดทะเบียนเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2525 นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอสม.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2526⁵ ซึ่งงานคุ้มครองผู้บริโภคของ คปอสม. ได้แยกออกมาจดทะเบียนเป็นมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคในเวลาต่อมา⁷ ในปี พ.ศ. 2535 มีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านวิชาการ การจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ⁸ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพเหล่านี้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของไทย

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ได้ร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุข

พยายามผลักดันกฎหมายหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2538

โดยกระทรวงสาธารณสุขยกร่าง

“พระราชบัญญัติประกันสุขภาพและ
มาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข
พ.ศ.”

ซึ่งดำเนินการเสร็จในปี พ.ศ. 2539

ร่างกฎหมายนี้มีหลักการสำคัญคือกำหนดให้มีการประกันสุขภาพภาคบังคับโดยประชาชนและรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ⁹ โดยร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ผ่านความเห็นชอบของกรมการสาธารณสุขของรัฐสภา แต่ไม่ถูกนำเสนอเพื่อพิจารณาเนื่องจากขาดแรงผลักดันทางการเมือง¹⁰ อีกทั้งยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากข้าราชการในส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและมีการยุบสภาผู้แทนราษฎรเสียก่อน¹¹

ต่อมามีความพยายามผลักดันกฎหมายนี้อีกครั้ง ในช่วงที่มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เนื่องจากรัฐธรรมนูญฉบับนี้เปิดโอกาสให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 50,000 คน มีสิทธิเข้าชื่อกันเพื่อเสนอกฎหมายต่อรัฐสภา¹² โดยนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นำแนวความคิดหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้มาแลกเปลี่ยนกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาชนและเห็นพ้องกันในการสนับสนุนแนวคิดรัฐสวัสดิการนี้ ดังนั้น กลุ่มนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข และเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน 11 เครือข่าย คือ เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ จึงนำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปใช้เป็นประเด็นในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”^{10,13,14}

องค์กรภาคประชาชนตั้งคณะทำงานเพื่อยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชนเพื่อให้มีประชาชนเข้าไปเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของคณะกรรมการที่พิจารณากฎหมาย ซึ่งจะทำให้กฎหมายยังคงเจตนารมณ์เดิมของภาคประชาชนให้มากที่สุด² โดยมีอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ จากมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เป็นแกนนำในการดำเนินการ¹³ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนนี้ใช้วิธีการปรับปรุงจากร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ.....ฉบับเดิมที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ร่างไว้โดยยังยึดหลักการที่คนไทยทุกคนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุข แต่เปลี่ยนแปลงวิธีการได้มาซึ่งงบประมาณจากเดิมที่ใช้การร่วมจ่ายเป็นการใช้งบประมาณจากรัฐบาลแต่เพียงอย่างเดียว⁹ และเพิ่มสาระสำคัญคือ มีมาตรการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกองทุนเดียวภายในสองปี กำหนดให้มีสัดส่วนภาคประชาชนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8 คนจากการสรรหา และเพิ่มมาตรการชดเชยให้กับการรักษาพยาบาลกรณีเกิดความเสียหาย เป็นต้น¹⁵

องค์กรภาคประชาชนตั้ง

คณะทำงานยกร่างกฎหมาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ฉบับประชาชน

เพื่อให้มีประชาชนเข้าไปเป็น

สัดส่วน 1 ใน 3

ของคณะกรรมการที่พิจารณากฎหมาย

ในวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2543 องค์กรภาคประชาชนได้จัดเวทีที่คุรุสภาเพื่อประกาศเจตนารมณ์ในการรวบรวมรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 50,000 รายชื่อเพื่อผลักดันกฎหมายฉบับนี้ โดยมีอาจารย์เสม พริ้งพวงแก้ว อาจารย์ประเวศ วะสี อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เข้าร่วมในเวทีด้วย นอกจากนั้นองค์กรภาคประชาชนยังเริ่มดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลและจัดเวทีให้ความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชนทั่วไป พร้อมทั้งรวบรวมรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งในการเสนอกฎหมายจนได้รายชื่อกว่าหกหมื่นรายชื่อ และยื่นต่อประธานรัฐสภาในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2544

แต่เนื่องจากกระบวนการตรวจสอบรายชื่อมีความล่าช้า ทำให้ไม่สามารถเสนอร่างกฎหมายภาคประชาชนเข้าที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรได้ทันในวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544⁹ องค์กรภาคประชาชนจึงพยายามประสานงานพรรคการเมืองต่างๆ ให้นำร่างกฎหมายภาคประชาชนเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของรัฐสภาได้¹³

ซึ่งในขณะนั้นพรรคการเมืองต่างๆ มีร่างกฎหมายนี้เรียบร้อยแล้ว จนในที่สุด นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์ชนบทและเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดน่าน พรรคไทยรักไทย ได้เสนอร่างกฎหมายนี้แทนภาคประชาชน^{9,13}

วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 การประชุมสภาผู้แทนราษฎรเพื่อพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวาระที่ 1 มีผู้เสนอร่างกฎหมายทั้งสิ้น 6 ร่าง จากรัฐบาล 1 ฉบับ จากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และร่างจากภาคประชาชนโดยนายสุวัฒน์ วรรณศิริกุลและนายชลน่าน ศรีแก้วเป็นผู้เสนอแทนอีก 1 ฉบับ สภาผู้แทนราษฎรลงมติรับหลักการทั้ง 6 ร่างในวาระที่ 1 และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญเพื่อพิจารณาร่างกฎหมาย¹⁶ ซึ่งองค์กรภาคประชาชน

การที่ภาคประชาชน

ร่วมเป็นกรรมการพิจารณา

ร่างกฎหมายนี้มีความสำคัญมาก

ในการทำให้การมีส่วนร่วม

ของประชาชนปรากฏ

อยู่ในมาตราต่างๆ ของกฎหมาย

ร่วมเป็นกรรมการขั้นตอนการพิจารณาร่างกฎหมายทั้งในชั้นรัฐสภาและชั้นวุฒิสภา^{3,16 17} การที่ภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการพิจารณาร่างกฎหมายนี้มีความสำคัญมากในการทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนปรากฏอยู่ในมาตราต่างๆ ของกฎหมาย

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกตั้ง 50,000 คน เข้าชื่อเสนอกฎหมาย แต่ก็มีขั้นตอนในการดำเนินการที่ยุ่งยาก เช่น ต้องมีสำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านเป็นเอกสารประกอบการเสนอชื่อ อีกทั้งการสื่อสารในสมัยนั้นยังไม่ดีเท่าปัจจุบัน มีร่างกฎหมายจากภาคประชาชนเพียง 12 ฉบับเท่านั้นที่มีการเข้าชื่อเสนอสู่การพิจารณาของรัฐสภา โดยรัฐสภารับไว้พิจารณาเพียง 2 ฉบับ และมีเพียงร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับเดียวเท่านั้นที่ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภาจนพัฒนาไปเป็นกฎหมายที่มีการใช้บังคับ จึงถือได้ว่า พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายที่ประชาชนเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอย่างแท้จริง¹⁸



3

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้แล้ว ประชาชนยังมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในเชิงโครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ว่า “.....รัฐต้องจัดและส่งเสริมระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยมีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ.....”¹⁹

3.1

โครงสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีผลบังคับใช้ มีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นกองทุนบริหารจัดการงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ภายใต้กฎหมายฉบับนี้แบ่งโครงสร้างการทำงานเป็น 2 ระดับ ซึ่งภาคประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทั้ง 2 ระดับ (รูปที่ 2) คือ

1

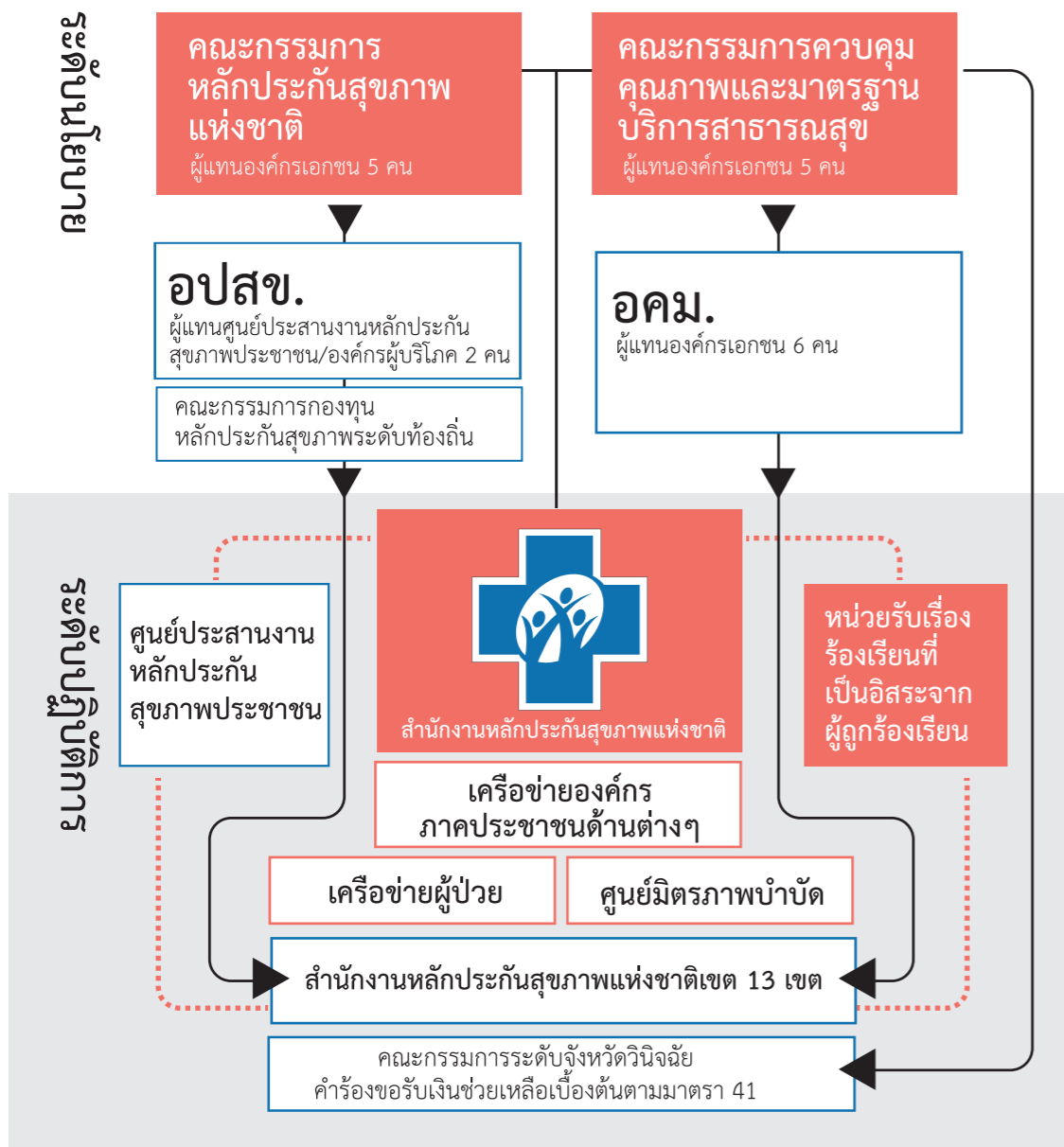
ระดับนโยบาย ได้แก่ การกำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติ ระดับพื้นที่และการบริหารงานของคณะกรรมการชุดต่างๆ ภายใต้กฎหมาย โดยภาคประชาชนมีส่วนร่วมโดยการเป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการชุดต่างๆ ทั้งคณะกรรมการระดับชาติและคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ

2

ระดับปฏิบัติการ ได้แก่ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการชุดต่างๆ บริหารกองทุนให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ภาคประชาชนทำงานร่วมกับ สปสช. ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคตั้งแต่การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ การสร้าง ขยาย และพัฒนาเครือข่ายเพื่อมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ จนถึงการคุ้มครองสิทธิของประชาชนผ่านทางหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจ เข้าถึง และได้รับการคุ้มครองสิทธิ

STRUCTURE OF PEOPLE PARTICIPATION IN THE UNIVERSAL COVERAGE SCHEME

รูปที่ 2 โครงสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



1

ในระดับนโยบาย

แบ่งโครงสร้างการบริหารเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติและระดับเขต

นโยบายระดับชาติ กฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายระดับชาติ 2 คณะ ได้แก่ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุน ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับ-จ่าย และรักษาเงินกองทุน กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังมี “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” เพื่อทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีผู้แทนจากภาคประชาชนจำนวน 5 คนเป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการนโยบายทั้งสองคณะ โดยกฎหมายกำหนดวิธีการในการคัดเลือกผู้แทนจากภาคประชาชนไว้ด้วย คือ ต้องเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร 9 ด้าน ได้แก่ 1) เครือข่ายเด็กหรือเยาวชน 2) เครือข่ายสตรี 3) เครือข่ายผู้สูงอายุ 4) เครือข่ายคนพิการ 5) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี 6) เครือข่ายแรงงานนอกระบบ 7) เครือข่ายชุมชนแออัด 8) เครือข่ายเกษตรกร และ 9) เครือข่ายชนกลุ่มน้อย โดยคัดเลือกผู้แทนองค์กรละ 1 คน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 5 คน

นโยบายระดับเขต นอกจากโครงสร้างตามที่กฎหมายกำหนดแล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังกระจายอำนาจการบริหารลงไปในระดับเขตซึ่งมีคณะกรรมการนโยบาย 2 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทั้งสองคณะอนุกรรมการนี้มีภาคประชาชนเป็นองค์ประกอบด้วยเช่นกัน โดยมีผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือองค์กรผู้บริโภคจำนวน 2 คนใน อปสข. และมีผู้แทนองค์กรเอกชนจำนวน 6 คนอยู่ใน อคม. รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ด้วย

2

ในระดับปฏิบัติการ

กฎหมายกำหนดให้จัดตั้ง สปสช. เพื่อเป็นองค์กรบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยแต่เดิมจะทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ด้วย อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรกพบว่าความร่วมมือเพื่อจัดซื้อและบริหารจัดการไว้ที่ส่วนกลางไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น สปสช. จึงกระจายอำนาจการบริหารจัดการ การจัดซื้อ การจัดการระบบสุขภาพไปในระดับเขตเพื่อให้พื้นที่ต่างๆ สามารถปรับระบบการดำเนินการให้สอดคล้องกับปัญหาและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ ทำให้แต่ละพื้นที่สามารถบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ²⁰ ดังนั้น สปสช. จึงพัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ และจัดตั้ง สปสช. ระดับเขต 13 เขต ซึ่งแต่ละเขตจะดูแลกลุ่มจังหวัด ในแต่ละจังหวัดจะมีเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนและศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชน และมีหน่วยรับเรื่องราวร้องเรียนที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนทำหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิและมาตรฐานการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายผู้ป่วยและศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ

3.2

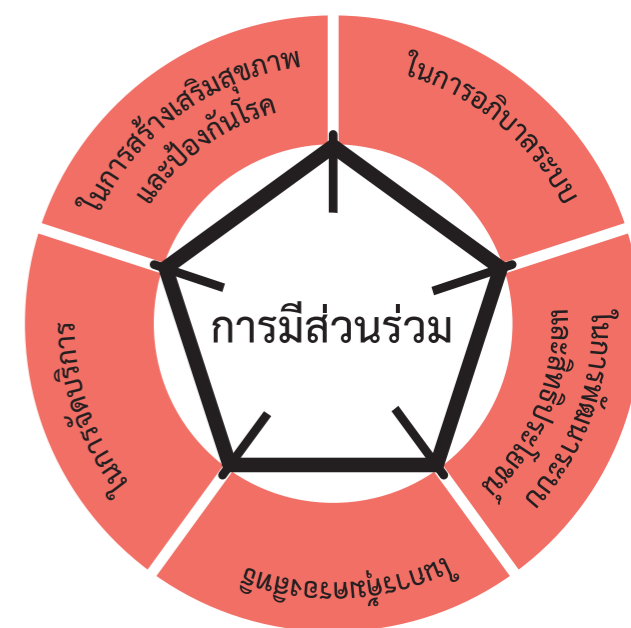
กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาคประชาชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการจัดการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนกว่า 48 ล้านคน ดังนั้นในกระบวนการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้กำหนดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตั้งแต่ในระดับนโยบายจนถึงการปฏิบัติในชุมชน

ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ต้องการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศ ดังนั้นการดำเนินการต่างๆ ของ สปสช. จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทั้งนี้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกัน เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง²¹

PEOPLE PARTICIPATION IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME

รูปที่ 3 กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เมื่อพิจารณาในภาพรวม ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบและชุดสิทธิประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิ การมีส่วนร่วมในการจัดการบริการ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (รูปที่ 3) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการดังต่อไปนี้



การมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการอภิบาล
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การอภิบาล หมายถึง
การปกครองที่เต็มไปด้วย
ความเอื้อเพื่อเอื้อแผ่
ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน
โดยเล็งเห็น คุณค่าและศักดิ์ศรี
ความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครอง
ที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครอง
และผู้ถูกปกครอง
ได้รับประโยชน์ร่วมกัน³

โดยเมื่อพิจารณาจากเนื้อหาของกฎหมายและการดำเนินการที่ผ่านมาของ สปสช. พบว่า ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพทั้งในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพและการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข (รูปที่ 4) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้



การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับเขต และระดับท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

ในระดับชาติ กฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 30 คน ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบายของประเทศในเรื่องหลักประกันสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด โดยให้มีสัดส่วนกรรมการจากภาคประชาชน 5 คน เพื่อสะท้อนปัญหา รวมทั้งความต้องการจากประชาชน ทำให้เกิดการผลักดันนโยบายสุขภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนอย่างแท้จริง ถือเป็น การให้อำนาจกับประชาชน (empowerment) ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งนับว่าเป็นขั้นสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในระดับเขต กฎหมายกำหนดให้มีคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับจำนวนและปัญหาสุขภาพของจำนวนประชากรในระดับพื้นที่ โดยให้มีกรรมการที่มาจากสัดส่วนของภาคประชาชนเพื่อทำหน้าที่บริหารนโยบายหลักประกันสุขภาพในระดับเขตให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ในระดับท้องถิ่น กฎหมายได้กำหนดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่⁴ ซึ่งบริหารงานโดยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่ โดยมีอำนาจในการอนุมัติโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนและความต้องการของพื้นที่ เช่น จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในพื้นที่ระดับตำบล จัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชน ยุทธศาสตร์และแผนสุขภาพชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามความต้องการของชุมชนโดยตรง

2

การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทั้งในระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด ดังต่อไปนี้

ในระดับชาติ กฎหมายกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในระดับชาติซึ่งมีผู้แทนจากภาคประชาชนจำนวน 5 คนเพื่อทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ รวมทั้งเครือข่ายทั้งหมด เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในระดับประเทศเกี่ยวกับการร้องเรียนของผู้ป่วยซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการรักษาพยาบาล

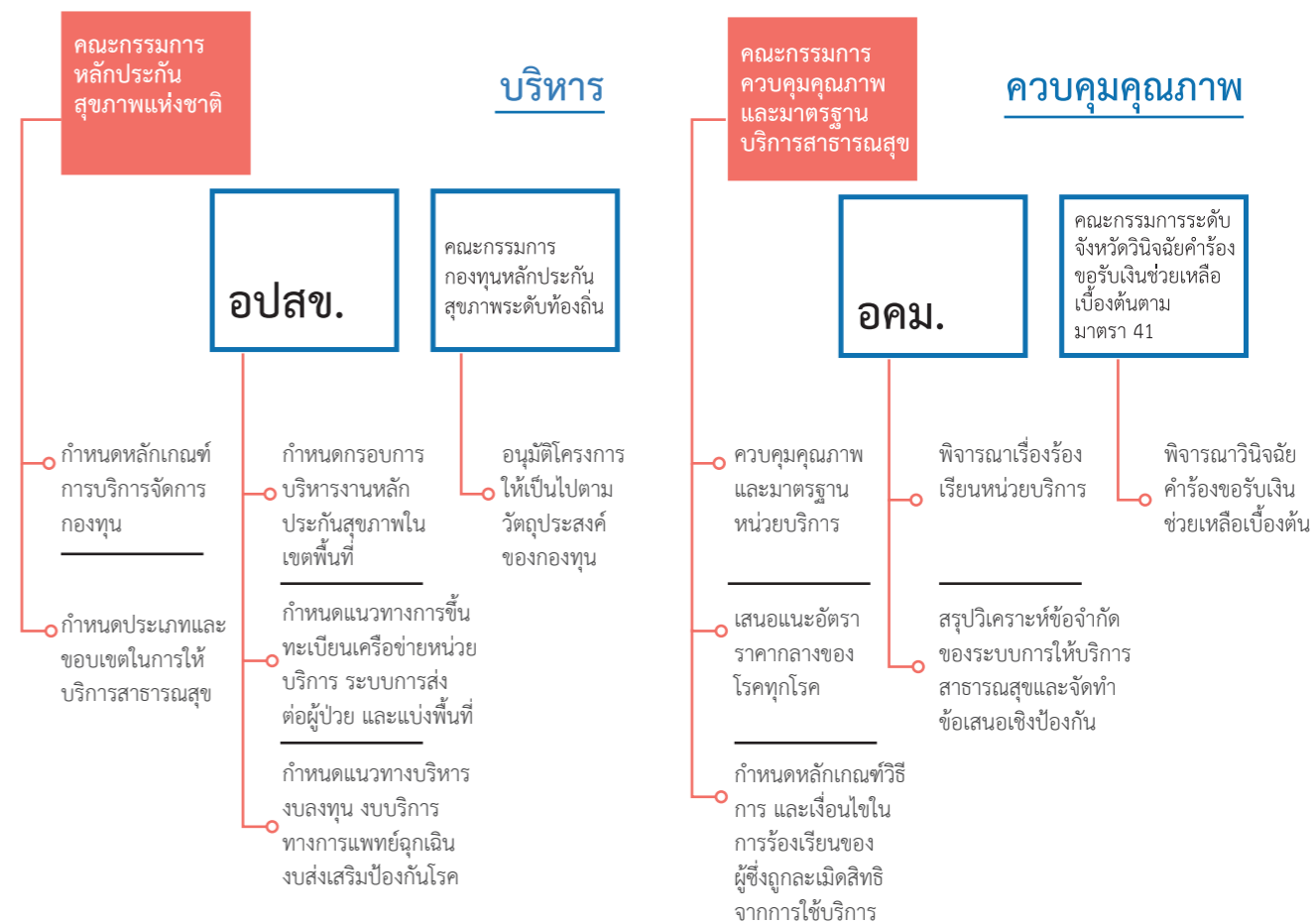
ในระดับเขต คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเขตพื้นที่ให้มีหน้าที่รับข้อมูลผลการพิจารณาคำร้องกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในพื้นที่ สรุปรวบรวมข้อจำกัดของระบบการให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งจัดทำรายงานข้อเสนอต่างๆ เพื่อรายงานให้คณะกรรมการในระดับชาติได้รับทราบ²²

ในระดับจังหวัด คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการรับการรักษาว่าเรื่องที่ร้องเรียนเข้าเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือตามข้อบังคับหรือไม่ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายและเศรษฐกิจของผู้เสียหายเป็นสำคัญ²³ โดยคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดต้องประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 3 คน และตัวแทนโรงพยาบาลและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ฝ่ายละเท่าๆ กัน คณะอนุกรรมการระดับจังหวัดเป็นผู้พิจารณาเรื่องการให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งนอกจากเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่ได้รับผลกระทบจากความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขแล้ว ยังลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยอีกด้วย²⁴ การศึกษาของฉวีวรรณ ลอศิริกุล และ ชนะพล ศรีธาดา²⁵ พบว่าผู้เสียหายทางการแพทย์มีความพึงพอใจต่อระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและรู้สึกว่าการได้รับความยุติธรรม นอกจากนี้ งานวิจัยของ ศรีเรือน ดิพูน และ วิไลลักษณ์ ไชยมงคล²⁶ ยืนยันว่ากระบวนการพิจารณากรณีความเสียหายทางการแพทย์ของผู้รับบริการที่ขอรับความช่วยเหลือแล้วทำให้ความขัดแย้งทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็กไม่ขยายตัวและยุติเรื่องร้องเรียนได้

โดยสามารถสรุปการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพได้ดังรูปต่อไปนี้

PUBLIC PARTICIPATION IN GOVERNING UNIVERSAL COVERAGE SCHEME

รูปที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ



3.2.2

การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในการพัฒนาระบบและชุดสิทธิประโยชน์ การรักษาพยาบาล

ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป
จากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

มาตรา 18 (10) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดหลักการในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบและสิทธิการรักษาพยาบาลผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น โดยทั่วไป โดยกำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ พยาบาล หรือผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นๆ และประชาชนผู้รับบริการรักษาพยาบาลทุกปี เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ กระบวนการรับฟังความคิดเห็นนี้เป็น “จุดแข็ง” ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพราะเป็นกระบวนการสร้างอุดมการณ์ “การเป็นเจ้าของร่วมกัน” (ownership) ผลักดันให้เกิดความรู้สึกร่วมกันพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ดีขึ้น²⁷

กระบวนการรับฟังความคิดเห็นครั้งแรกจัดขึ้นในปี พ.ศ. 2547 รูปแบบการรับฟังความคิดเห็นในปีแรกๆ เป็นการกำหนดประเด็นโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเป็นผู้พิจารณาว่าจะรับฟังความคิดเห็นในประเด็นใด จากนั้นจึงจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น โดยเป็นรูปแบบเวทีรับฟังความคิดเห็นเวทีเดียวที่ส่วนกลางคือกรุงเทพมหานคร และมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดเวทีไปเรื่อยๆ เช่น การจัดเวที 4 ภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

“

กระบวนการในการประชุมรับฟังความคิดเห็นต้องผ่านหลายขั้นตอน เริ่มจาก สปสช. เป็นผู้คิดและออกแบบนำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บอร์ด) เพื่อพิจารณาประเด็น หลังจากนั้นไปจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นแล้ว จึงนำเสนอบอร์ดเพื่อพิจารณาและบันทึกประเด็นว่าตัวไหนจะนำมาพัฒนาในระบบหลักประกันฯ เมื่อข้อประเด็นแล้ว ในสมัยแรกๆ ได้ให้ HITAP นำไปพิจารณาและประเมินเพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความคุ้มค่า คຸ້ມทุนก่อน จากนั้นนำไปเสนอต่อคณะกรรมการสิทธิประโยชน์เพื่อพิจารณา แล้วต้องนำมาผ่านบอร์ดเพื่อขอความเห็นชอบ เมื่อบอร์ดเห็นชอบแล้วจึงส่งให้คณะกรรมการการเงินการคลังนำไปศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมว่า ถึงแม้ว่าจะคุ้มค่าคຸ້ມทุนแล้ว แต่หากหน่วยบริการหรือส่วนใดยังไม่มีความพร้อม ก็อาจจะยังไม่พิจารณาให้เป็นสิทธิประโยชน์ก็ได้

”

ข้อความจากบทสัมภาษณ์

“การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (PUBLIC HEARING)”
อ้างอิง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²⁸

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พ.ศ. 2556 เพื่อกำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานการรับฟังความคิดเห็นให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

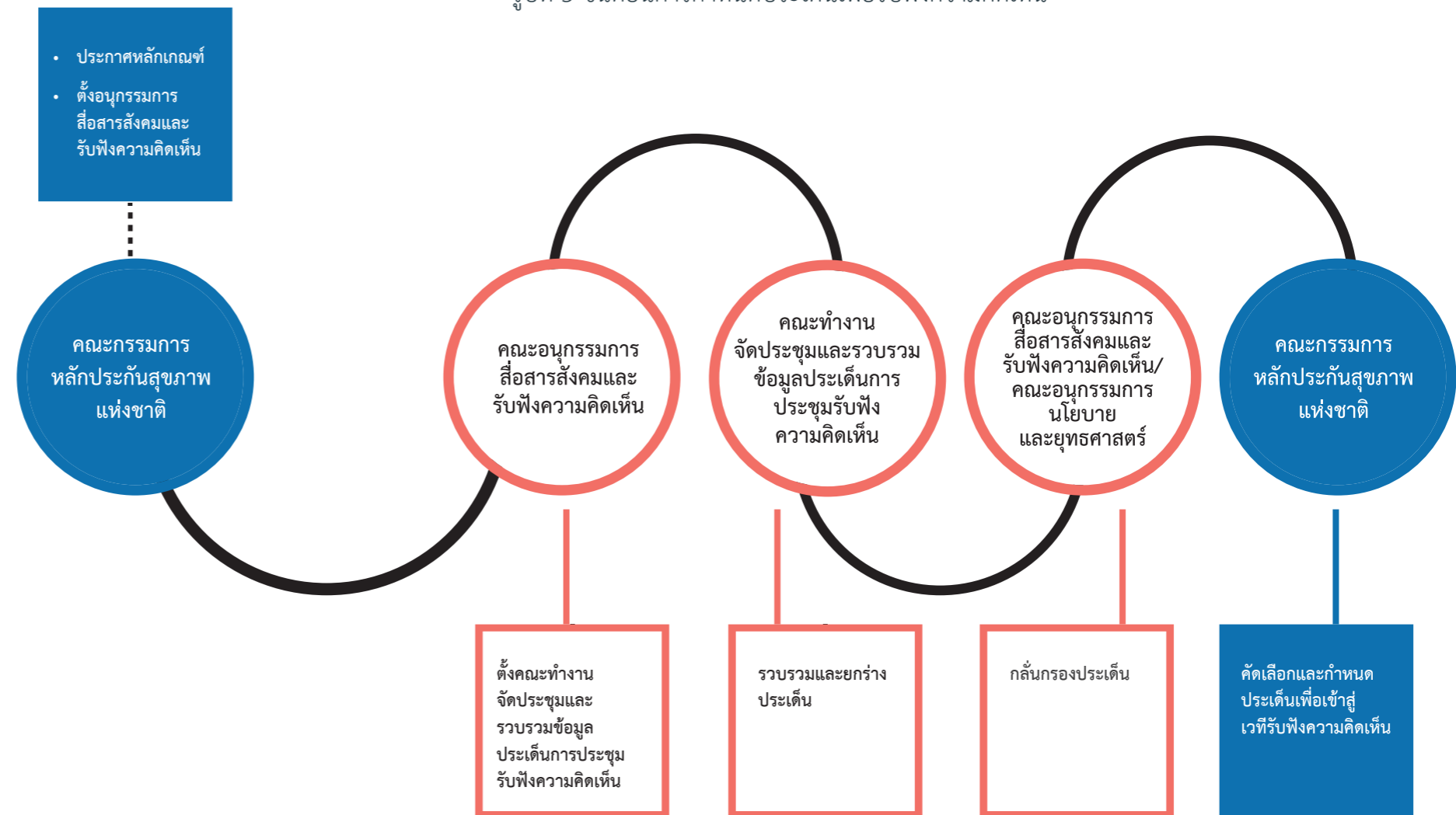
ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 มีการออกข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 ซึ่งแก้ไขหลักเกณฑ์การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ²⁷ หลังจากนั้นทำให้รูปแบบการรับฟังความคิดเห็นมีกลไกเดียวกันทุกปี

กระบวนการรับฟังความคิดเห็นในปัจจุบันนั้น เริ่มจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศหลักเกณฑ์รับฟังความคิดเห็นและแต่งตั้งอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิดเห็น โดยอนุกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่ยกร่างประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นของแต่ละปี เพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณา ขั้นตอนการยกร่างประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นนั้นจะทำการจัดประชุมระดมความเห็นจากภาคส่วนต่างๆ อันได้แก่ ผู้แทนจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้แทนจากภาครัฐ ผู้แทนภาคประชาชน ซึ่งประเด็นในการรับฟังความคิดเห็นจะแตกต่างกันไปในแต่ละปี²⁸

โดยสามารถสรุปขั้นตอนการกำหนดประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็นได้ดังรูปต่อไปนี้

ANNUAL PUBLIC HEARING AGENDA SETTING

รูปที่ 5 ขั้นตอนการกำหนดประเด็นเพื่อรับฟังความคิดเห็น



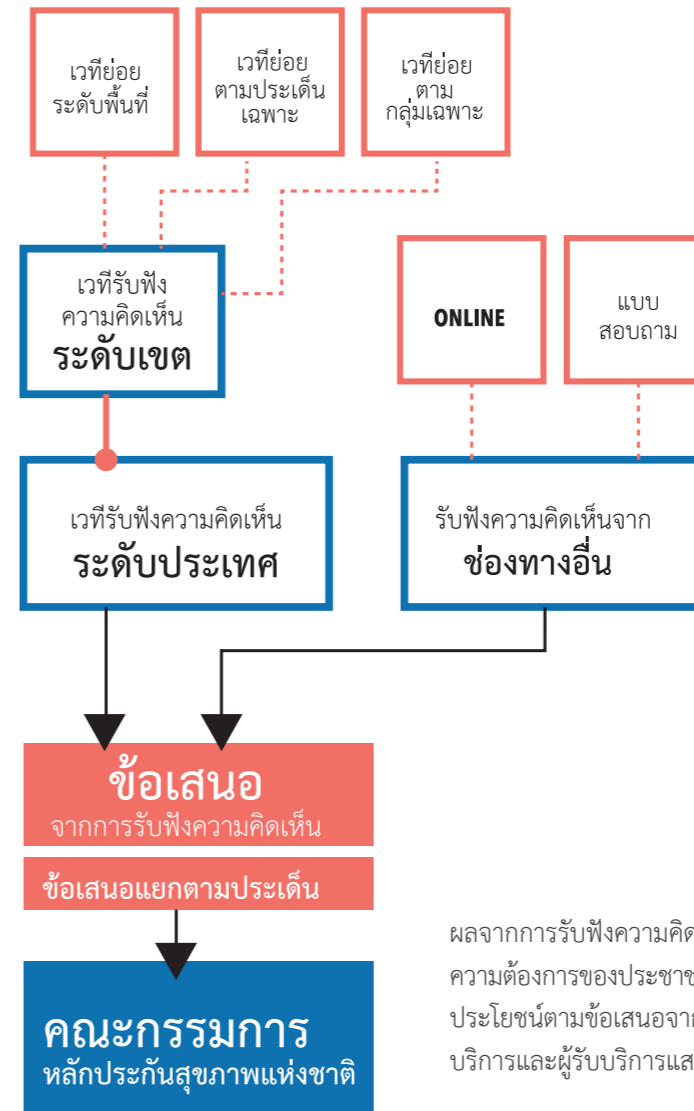
การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจะแยกเป็นเวทีระดับเขต 13 เขตทั่วประเทศ และเวทีส่วนกลางระดับประเทศที่กรุงเทพมหานคร สำหรับเวทีการรับฟังความคิดเห็นระดับเขต แต่ละเขตจะมีคณะทำงานออกแบบเวทีรับฟังความคิดเห็นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเป็นผู้คัดเลือกผู้มีส่วนได้เสียที่จะให้ความเห็นในแต่ละประเด็นโดยกลุ่มเป้าหมายในการรับฟังความคิดเห็นจะต้องมีความหลากหลายครอบคลุมถึงผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้รับบริการ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังจากนั้นจะให้คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่และคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ร่วมเป็นเจ้าภาพในการรับฟังความคิดเห็นเพื่อรับฟังปัญหาและประเด็นจากเวทีที่เสนอแนะเข้ามา ทั้งนี้เขตอาจออกแบบเวทีรับฟังความคิดเห็นย่อยที่เวทีก็ได้ตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ ซึ่งผลที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นนี้ถ้าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระดับพื้นที่ก็จะนำไปดำเนินการแก้ไขทันที ถ้าเป็นปัญหาที่จะต้องแก้ไขจากนโยบายส่วนกลางก็จะส่งต่อความเห็นไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อดำเนินการต่อไป

หลังจากที่ได้ข้อเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นจากเขตต่างๆ แล้ว จะมีการแยกข้อเสนอออกเป็นส่วนๆ คือ ส่วนที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระยะเวลาอันสั้น (quick win) เพื่อให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาทันที และในส่วนที่เป็นการแก้ไขปัญหาระยะยาวนั้นก็ดำเนินการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหา²⁸

โดยสามารถสรุปขั้นตอนการประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังรูปที่ 6

PROCESS OF ANNUAL PUBLIC HEARING WITH HEALTH SERVICE PROVIDERS AND BENEFICIARIES

รูปที่ 6: ขั้นตอนการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ



ผลจากการรับฟังความคิดเห็นทำให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่มาจากความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง โดยสามารถสรุปการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอจากการประชุมรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการแสดงในหัวข้อที่ 4.2 ซึ่งจะกล่าวต่อไป

นอกจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เป็นกลไกการรับฟังความคิดเห็นของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังมีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกการรับฟังความคิดเห็นระดับชาติอีกช่องทางหนึ่งในการยื่นข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ



การมีส่วนร่วมของประชาชน

ในการคุ้มครองสิทธิ: การรับเรื่องร้องทุกข์

ผ่านศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพและ
การให้ข้อมูลเชิงรุกผ่านศูนย์ประสานงาน
หลักประกันสุขภาพประชาชน

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดหลักการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรกให้ความสำคัญและวางรากฐานการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างมาก โดยพัฒนากลไกเพื่อการคุ้มครองสิทธิและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ²⁹ ใน 2 รูปแบบ คือ การคุ้มครองสิทธิ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน³⁰



การคุ้มครองสิทธิ

มีการจัดตั้ง “ศูนย์บริการประกันสุขภาพในหน่วยบริการ” เพื่อรับผิดชอบการรับเรื่องราวร้องทุกข์และการคุ้มครองสิทธิประโยชน์จากประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุขในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการให้บริการข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำช่วยเหลือ รวมถึงแก้ไขปัญหาแก่ผู้รับบริการผ่าน call center สายด่วน 1330 เมื่อดำเนินการได้ระยะแรกพบว่าเรื่องร้องเรียนส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่เข้าใจระบบ ความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือญาติเนื่องจากการสื่อสารในภาษาทางการแพทย์ที่ยากจะเข้าใจ โดยการร้องเรียนในเรื่องเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติค่อนข้างน้อย และสถานที่ที่เกิดเหตุจนนำไปสู่การร้องเรียนส่วนมากก็คือในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดพัฒนาให้มีการตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการเพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือและคลี่คลายปัญหาความกังวลใจให้กับประชาชน และเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาลและประชาชน โดยในปี พ.ศ. 2561 มีศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการทั้งสิ้นกว่า 800 แห่งทั่วประเทศ³¹

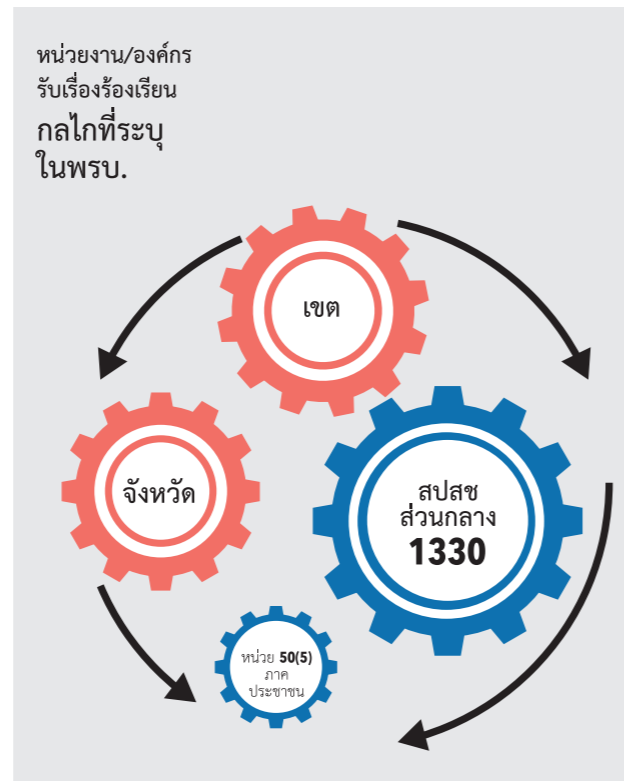


การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

นับตั้งแต่เริ่มก่อตั้งหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ร่วมกับแกนนำในภาคประชาชนจัดเวที 8 ภูมิภาค เพื่อแนะนำระบบหลักประกันสุขภาพ และแสวงหาเครือข่ายที่จะมาทำงานร่วมกับ สปสช. โดยในหลายปีที่ผ่านมามีข้อเสนอที่มาจากประชาชนว่าต้องการให้มีหน่วยงานหรือศูนย์ประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับประชาชน ทำให้เครือข่ายภาคประชาชนได้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน” (People Healthy Security Center) ในปี พ.ศ. 2548 มีบทบาทหน้าที่ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพ รับเรื่องร้องเรียน ติดตามตรวจสอบคุณภาพระบบบริการ และหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ลักษณะโครงสร้างของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นศูนย์ที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ไม่อยู่ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานราชการ และต้องดำเนินการโดยประชาชนในชุมชนหรือผู้ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนและมีความผูกพันกับชุมชนหรือองค์กรเอกชน³² ในปี พ.ศ. 2561 มีศูนย์ประสานงานทั้งหมด 146 แห่ง เป็นศูนย์ประสานงานในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และศูนย์ประเด็นต่างๆ เช่น ด้านแรงงาน ด้านเด็ก ด้านผู้สูงอายุ ด้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น³⁰

COMPLAINT HANDLING MECHANISM IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME

รูปที่ 7 กลไกรับเรื่องร้องเรียน
ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



กลไก
ที่ไม่ได้ระบุ
ในพรบ.



ปัจจุบันศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนบางแห่งได้ยกระดับการดำเนินงาน ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 50(5) ขึ้นทะเบียนเป็น “หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน” โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นกลไกที่เป็นอิสระจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการเพื่อรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³³ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 122 แห่ง ใน 77 จังหวัดทั่วประเทศ (ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอน)

สปสช. เน้นให้กลไกต่างๆ ในการรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิได้ทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ แก้ไขเรื่องร้องทุกข์ และร้องเรียน และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการในที่สุด (รูปที่ 7)



การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดบริการสุขภาพ

ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามาบริหารจัดการหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลหรือในชุมชนของตนเองได้ ซึ่งถ้ามีกระบวนการสนับสนุนและส่งเสริมให้สร้างเครือข่ายผู้ป่วยช่วยเหลือกันเอง ให้ผู้ป่วยด้วยกันเองถ่ายทอดประสบการณ์ทั้งในแง่การรักษาและการดูแลร่างกาย รวมทั้งฝึกอบรมหรือให้ความรู้แก่กัน และแนะแนวทางการรักษาที่ควรจะเป็นตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะช่วยให้เกิดผลดีต่อการรักษา เป็นการสร้างมิตรภาพและเยียวยาจิตใจทั้งผู้ป่วยที่มาสอนและผู้ป่วยที่เป็นผู้เรียน อีกทั้งถ้าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการจัดบริการสุขภาพแล้วจะส่งผลให้ภาคประชาชนมีความรู้ในเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าใจระบบการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งมีความตื่นตัว และเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายหรือข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมากขึ้นในอนาคต

ตัวอย่างที่เป็นกรณีศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพกับ สปสช. คือศูนย์องค์กรรวมโรคเอดส์

ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจาก Global Fund เพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งการเข้าถึงยา การจัดทำระบบช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการดำเนินงานป้องกันและลดผู้ติดเชื้อรายใหม่³⁴ ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 องค์กรเภสัชกรรมสามารถผลิตยาต้านไวรัสได้ในราคาต่ำ เป็นผลให้ยาต้านไวรัสได้ขยายมาสู่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2549 ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาด้านไวรัสได้จากโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง³⁵

แม้ว่าผู้ติดเชื้อไวรัส HIV จะเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น แต่ความเข้าใจและทำที่ที่มีต่อผู้ติดเชื้อของบุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยบริการบางแห่งยังคงมีปัญหาการเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการเน้นมิติการดูแลทางการแพทย์แต่เพียงมิติเดียวและการบริการสุขภาพที่ไม่มุ่งเน้นหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งส่งผลเสียต่อผู้ใช้บริการในที่สุด³⁶ ซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการไม่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาตามมา ทั้งนี้ เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล; กิตติกร นิลมานันต์; และประณิต ส่งวัฒนา³⁷ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.2.5

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ในแต่ละพื้นที่โดยการจัดตั้งกองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นเมื่อ Global Fund ให้การสนับสนุนยาต้านไวรัสแก่ประเทศไทย ซึ่งมีเงื่อนไขให้ภาคประชาชนดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะดื้อยา³⁴ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย (TNP+) จึงร่วมกับมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (ACCESS) และโครงการหมอไร้พรมแดนประเทศเบลเยียม (MSF) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลรักษาที่เรียกว่า “ศูนย์องค์รวม” โดยมีรูปแบบการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อได้มีส่วนร่วมให้บริการดูแลสุขภาพด้วยยาต้านไวรัสร่วมกับทีมคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดที่สมัครใจร่วมโครงการ ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำในการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ให้บริการคำปรึกษาและเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส³⁸⁻⁴⁰

ในปี พ.ศ. 2552 Global Fund เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของศูนย์องค์รวมในการดำเนินการระยะแรก ต่อมาเมื่อ Global Fund หยุดให้การสนับสนุนประเทศไทย สปสช. จึงเข้ามาสนับสนุนงบประมาณในการทำงานของศูนย์องค์รวมแทน³⁴ ถือว่าเป็นการทำงานเชิงรุกที่สร้างการเข้าถึงผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดนิยามว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนั้นปัจจัยสังคมที่ไม่ดี เช่น ระบบการปกครองที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาหารไม่มีคุณภาพ อากาศเสีย มลพิษสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อปัญหาสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น ปัจจุบันปัญหาด้านสาธารณสุขมีความซับซ้อนจะอาศัยเพียงการรักษาพยาบาลอย่างเดียวในการแก้ไขปัญหาสุขภาพไม่ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วย⁴¹

ดังนั้น มาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงกำหนดให้ สปสช. สนับสนุนและประสานกับ อปท. ให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในชุมชน⁴²

เพื่อให้เกิดการดำเนินการตามที่กฎหมายบัญญัติ สปสช. จึงคิดค้นนวัตกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตั้งแต่ พ.ศ. 2549 โดยยึดหลักความสมัครใจของ อปท. ที่เห็นว่าในพื้นที่ตนเองมีความพร้อมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ตนเอง โดยกำหนดเงื่อนไขให้ อปท. จัดสรรงบประมาณสมทบร่วมกับ สปสช. ตามขนาดของประชากรและงบประมาณในพื้นที่⁴³

กองทุนสุขภาพท้องถิ่นมีการดำเนินงานโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอโครงการเพื่อผลักดันแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ของตนเองภายใต้หลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด⁴⁴

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นการมีส่วนร่วมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามผล ซึ่งผู้เข้ามามีส่วนร่วมมีทั้งคณะกรรมการกองทุน ภาคประชาชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่ได้แยกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง นอกจากนี้ การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ทำให้เกิดการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง⁴⁵

ในปี พ.ศ. 2561 เครือข่ายภาคประชาชนได้ร่วมกันพัฒนากลไกเครือข่ายภาคประชาชนการส่งเสริมบทบาทกรรมการกองทุนท้องถิ่นให้สนับสนุนประชาชนทำแผนสุขภาพชุมชนสำหรับการให้ความรู้แกนนำภาคประชาชนในพื้นที่ และกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้แทนจากศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ให้เข้าใจหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การจัดทำแผนสุขภาพและการเสนอโครงการ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

4

ผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1

ประชาชนมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเข้มแข็ง

ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข รวมทั้งคณะอนุกรรมการชุดอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการยกระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในประเทศและยกระดับการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขในระดับชาติให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล จากเดิมที่รัฐเป็นผู้จัดการทรัพยากรอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด เป็นการร่วมกันบริหารจัดการระหว่างภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณและทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนอย่างแท้จริง

4.2

ประชาชนมีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบและสิทธิประโยชน์

หลังจากที่ สปสช. จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการสาธารณสุขอันได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรต่างๆในโรงพยาบาล และผู้รับบริการซึ่งได้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้บริหารองค์กรของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่มาจากความต้องการของทุกฝ่าย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังรูปที่ 8

BENEFIT PACKAGE DEVELOPED FROM THE PROPOSALS GATHERED IN THE ANNUAL PUBLIC HEARING

รูปที่ 8 การพัฒนาสิทธิประโยชน์
ตามข้อเสนอจากการประชุมรับฟัง
ความคิดเห็นโดยทั่วไปจาก
ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

BENEFIT PACKAGE

DEVELOPED FROM THE PROPOSALS GATHERED IN THE ANNUAL PUBLIC HEARING

เพิ่มสิทธิประโยชน์และงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

การสนับสนุน เร่งรัดพัฒนาบริการปฐมภูมิ ใกล้เคียงใกล้ใจ

การให้ความคุ้มครองผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์
(ยาต้านไวรัส HIV ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้คำปรึกษา
ตรวจเลือดแบบสมัครใจ, ถุงยางอนามัย)

- การเพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย
- การยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท
- การบริหารจัดการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงครบวงจร (Disease Management)

- การขยายบริการทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- การยกเลิกการจำกัดการคุ้มครองการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

- การนำร่องการใช้บัตรประชาชน Smart card แทนบัตรทอง
- การเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพง และยาในบัญชี จ(2)
- เพิ่มวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
(ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค)
- บริการสารทดแทนยาเสพติด (Methadone) สำหรับผู้ติดยาเสพติดและสมัครใจ

2547

2548

2549

2550

2551

2552

2553

ขยายสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้า และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

2554

- ยกเลิกการจำกัดการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชไม่เกิน 15 วัน
- บริการตรวจคัดกรองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- การปลูกถ่ายตับในเด็ก
- การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

2555

- การบูรณาการระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิตสำหรับประชาชนทุกคน ทุกสิทธิ
- นโยบายการร่วมจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท ในกรณีรับบริการรักษาพยาบาลและได้รับยาให้แก่โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (สถานพยาบาลที่มีเตียงนอน 10 เตียงขึ้นไป) โดยยกเว้นบุคคล 21 กลุ่ม ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ตั้งแต่ 1 ก.ย. 2555)
- ให้สิทธิประชาชนเปลี่ยนหน่วยบริการประจำได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง จากเดิมปีละ 2 ครั้ง

2556

- การสร้างบูรณาการระบบการให้บริการผู้ป่วย HIV/AIDS และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนวันที่ 1 ต.ค. 2551 ไม่ต้องร่วมจ่าย 500 บาทต่อครั้งที่ใช้บริการ
- การขยายหลักเกณฑ์การเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD 4 น้อยกว่าหรือเท่า 350 เซลล์/ ลบ.มม. และเพิ่มรายการยาสำหรับผู้ป่วยเอดส์
- การปรับแก้หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินชดเชยเบื้องต้นตามมาตรา 41
- ข้อบังคับหลักเกณฑ์การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากบริการสาธารณสุข

2557

- ปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดสำหรับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ยกเว้นผู้ป่วย Thalassemia)
- การเพิ่มกลุ่มเป้าหมายวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล (หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 4 เดือน และเด็กที่อายุ 6 เดือน - 2 ปี)
- ประกาศหลักเกณฑ์สนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น พ.ศ. 2556
- ขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มการเข้าถึงยากำพร้าและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาบัญชี จ(2) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น /ผู้ป่วยที่ติดเชื้ออวัยวะสืบพันธุ์ 1, 2, 3 และ 6 และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และมี Co-infection ของไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับ ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง
- ปรับหลักเกณฑ์การเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV/ ผู้ป่วยเอดส์ทันที โดยไม่จำกัดระดับค่า CD4

2558

- ขยายสิทธิคลอดบุตร ไม่จำกัดจำนวนครั้ง (1 ตุลาคม 2558)
- ขยายสิทธิประโยชน์ด้านยาโดยเพิ่มการเข้าถึงยา จำนวน 18 รายการ (1 ตุลาคม 2558)

2559

- ปฏิรูปการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไป (เพิ่มความสำคัญของ stakeholders / ประเด็นเฉพาะด้วยรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย)
- ประกาศประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559
- บริการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
- บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในครอบครัวและชุมชน
- บริการป้องกันการติดเชื้อ HIV

2560

- เพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ประกาศเพิ่มเติมประเภทและขอบเขตของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- วัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5
- การขยายกลุ่มเป้าหมายวัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ

2561

- ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
- ตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ ยังมีสิทธิประโยชน์ที่มาจาก ข้อเสนอในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตัวอย่างของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ ส่งผลถึงการพัฒนาสิทธิประโยชน์หลัก ประกันสุขภาพ เช่น



ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 มติที่ 1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นมติซึ่งเป็นเจตนารมณ์และพันธะร่วมกันของสังคม และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมาเป็นกรอบในการดำเนินงาน เช่น กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2555-2559) ว่า “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า”⁴⁶



การจัดตั้งกองทุนให้บริการด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ในปีงบประมาณ 2553

ซึ่งเป็นผลจากสมัชชาสุขภาพ 1 มติ 8 เรื่องความเสมอภาคในการเข้าถึง และได้รับการสาธารณสุขที่จำเป็น และการสนับสนุนองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ (matching fund) ซึ่งเป็นผลจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มติ 2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ เป็นต้น⁴⁷

4.3

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการคุ้มครองสิทธิ

การดำเนินงานของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน และเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนต่างๆ ช่วยให้ประชาชนเข้าถึง รับรู้ถึงสิทธิหน้าที่ และการรับเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์ ในปัญหาต่างๆที่เกี่ยวกับการเข้ารับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ได้ทั้งเชิงรุกและการตั้งรับ เป็นการดำเนินงานที่มีกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ในการเผยแพร่ข้อมูล สร้างความรู้ความเข้าใจโดยประชาชนสู่ชุมชนด้วยตนเอง รับเรื่องร้องทุกข์ แก้ไขปัญหาเบื้องต้น ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาชนผู้รับบริการทางการแพทย์กับบุคลากรของโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนที่เป็นรูปธรรมคือเกิดกลไกเครือข่ายประชาชนที่มีศักยภาพ และมีความเข้มแข็ง สามารถเข้าร่วมเป็นกรรมการจากภาคประชาชนในการร่วมกำหนดนโยบายระดับพื้นที่และระดับประเทศ ได้ นอกจากนี้ ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนยังมีหน้าที่จัดทำข้อเสนอและความคิดเห็น ข้อดี ข้อเสีย ผ่านเวทีต่างๆ สู่เวทีรับฟังความคิดเห็นประจำปี จนส่งผลให้เกิดการพัฒนาชุดสิทธิการรักษาพยาบาลต่างๆ มากมาย เช่น ร่วมเคลื่อนไหวในสิทธิบัตรยา (การทำ CL ยา) ผลักดันสิทธิประโยชน์โรครัด หัวใจ จิตเวช ปลูกถ่ายหัวใจและการผ่าตัดปลูกถ่ายตับในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี จนประสบความสำเร็จได้บรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³²

ส่วนหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ซึ่งมีหลักการในการทำงานคือการเป็นตัวกลางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่จะต้องเผชิญหน้ากันเมื่อเกิดปัญหาในการรับบริการ และการทำความเข้าใจให้ผู้รับบริการเข้าใจสิทธิและหน้าที่ของตนเองในระบบ ให้ความช่วยเหลือเมื่อประชาชนผู้รับบริการไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมาย ผลที่เกิดจากการดำเนินงานทำให้เห็นว่าเกิดความเข้าใจ และความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน กับหน่วยบริการที่จะร่วมกันดูแลช่วยเหลือประชาชนให้ได้รับการตามสิทธิประโยชน์ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานทั้งในระดับพื้นที่ และระดับนโยบาย

4.4

การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดบริการ

การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ตนเองหรือชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสาธารณสุขทั่วถึงมากขึ้น

ในกรณีผู้ติดเชื้อ HIV ผลการดำเนินการของการที่ประชาชนเข้ามาร่วมสนับสนุนการจัดระบบบริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย HIV กรณีศูนย์องค์รวม พบว่า มีการทำงานร่วมกันระหว่างแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สามารถทำงานให้บริการปรึกษา ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาชีพ และผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต เช่น การอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน จากผู้ป่วย HIV ซึ่งมีประสบการณ์และเข้าใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง ในปี พ.ศ. 2560 สปสช. สนับสนุนศูนย์องค์รวมกว่า 170 แห่งทั่วประเทศ⁴⁸

4.5

การมีส่วนร่วม ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

งานวิจัยของรัตนศักดิ์ ยี่สารพัฒน์, กฤษณ์ ขุนลิก, & ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม (2559)⁴⁵ พบว่าการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำให้เกิดการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมความสำเร็จของการดำเนินการของกองทุนสุขภาพท้องถิ่นมีมากมาย เช่น การสร้างนวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาพ การยกระดับสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพพร้อมกับครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุขและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุมีสุขภาพแบบองค์รวมที่ดีที่บ้านได้^{49 50} นอกจากนี้ยังมีการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยหรือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยการนำระบบเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ด้วยการเชื่อมต่อระบบสัญญาณโทรศัพท์และการติดตั้งกล้อง CCTV ในชุมชนเชื่อมสัญญาณกับศูนย์ปฏิบัติการของเทศบาลที่สามารถเชื่อมโยงกับลูกข่ายที่เป็นอาสาสมัครในชุมชน ทีมสหวิชาชีพ และมีระบบสัญญาณ GPS แจ้งจุดพิกัด สามารถตรวจสอบจุดเกิดเหตุได้ทันที และจัดทำฐานข้อมูลเส้นทางเข้าออกของบ้านซึ่งทำให้รถการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลจะสามารถรับส่งผู้สูงอายุสู่สถานพยาบาลได้ทันที⁴¹

ในปี พ.ศ. 2560 การดำเนินงานกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นมีมาอย่างต่อเนื่องและขยายจำนวนครอบคลุมไปทั่วประเทศ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 7,736 แห่ง จากทั้งหมด 7,776 แห่ง เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจำนวน 1,233 ล้านบาทสำหรับสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนที่ท้องถิ่นดูแล⁵¹

5

ปัจจัยกำหนด
ความสำเร็จ ความท้าทาย
และก้าวต่อไป ของการมีส่วนร่วม
ของประชาชนในหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

5.1

ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ
ของการมีส่วนร่วม
ของประชาชนใน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจัยที่ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพประสบ
ความสำเร็จ ได้แก่ พัฒนาการและความเข้มแข็งของภาคประชาชน
การกำหนดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในพระราชบัญญัติหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และการสนับสนุนจากภาครัฐโดยเฉพาะ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

1

กระบวนการพัฒนา และสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน

สำหรับพัฒนาการขององค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขในช่วงแรกเป็นการรวมตัวเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในหลายลักษณะ ตั้งแต่การพัฒนาบริการสุขภาพไปจนถึงการคุ้มครองสิทธิ เช่น สมาคมทำหมัน สมาคมวางแผนครอบครัว สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน มูลนิธิหมอชาวบ้าน เป็นต้น

ต่อมาแนวคิดในการดำเนินการของภาคประชาชนเปลี่ยนไปโดยเห็นว่าการทำงานจะต้องเชื่อมโยงปัญหาสาธารณสุขกับปัญหาสังคมอื่นๆและเชื่อมต่อกับการทำงานขององค์กรประชาชนให้เป็นกลุ่มพลังทางสังคม แนวคิดในการทำงานของภาคประชาสังคมเริ่มชัดเจนมากยิ่งขึ้นโดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ รวมถึงเสนอให้มีการปฏิรูปการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างมากในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จนในที่สุดเมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ส่งผลให้เกิดกระบวนการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมโดยภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายด้านหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุข จัดบริการสาธารณสุข ให้ข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ รวมถึงมีส่วนร่วมในกระบวนการไกล่เกลี่ย ส่งผลให้ภาคประชาชนมีศักยภาพในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในที่สุด

2

การกำหนดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิในการมีส่วนร่วมของประชาชนในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการรับรองทางกฎหมายผ่านมาตราต่างๆในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ มาตรา 5 มาตรา 6 มาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 13 (4) มาตรา 18 (3) (7) (9) (10) (13) มาตรา 41 มาตรา 47 มาตรา 48 (8) มาตรา 50 (5) (7) (9) และ มาตรา 59 การที่มีกฎหมายรับรองสิทธิไว้อย่างชัดเจนนี้ ส่งผลให้ สปสช. ต้องพัฒนา กลไกและนวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในทางปฏิบัติ เพราะถือเป็นความผูกพันทางกฎหมายที่หน่วยงานรัฐจะต้องดำเนินการให้แก่ประชาชน นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดให้ต้องนำความเห็นจากการมีส่วนร่วมของประชาชนมาพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย

3

การสนับสนุนจากภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทุกมิติอย่างทั่วถึง ต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชนในการดำเนินการ การมีระบบการทำงานที่เป็นเครือข่าย บริหารจัดการได้คล่องตัว สามารถสนองตอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาได้รวดเร็วทันสถานการณ์ นอกจากนี้ องค์กรภาคประชาชนยังมีส่วนช่วยสนับสนุนบริการสุขภาพที่ภาครัฐทำไม่ได้ เช่น การวางแผนครอบครัวโดยการยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น

ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งงบประมาณ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่และกำลังคนแก่องค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนด้านการพัฒนาสุขภาพ โดยการสนับสนุนนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้องค์กรเอกชนเหล่านี้ดำเนินการในด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุขมูลฐาน การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร การคุ้มครองผู้บริโภค การดูแล ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

5.2

ความท้าทายของการมีส่วนร่วม ของประชาชนในหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

แม้มีความพยายามในการพัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรชุมชนในการจัดบริการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ประชาชนยังไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อย่างเพียงพอและเท่าทันในการรับมือกับปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาของสังคม เห็นได้จากประชาชนยังไม่ตระหนักถึงโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดจากการบริโภคหรือการใช้ชีวิต ส่งผลให้โรคหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย หรือการที่ชุมชนมีปัญหาเรื่องอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา หรือปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

นอกจากนี้ แม้ว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะสร้างระบบการมีส่วนร่วมโดยให้ชุมชนและท้องถิ่นจัดการสุขภาพด้วยตนเองตามแนวคิดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในแต่ละพื้นที่ แต่โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดขึ้นโดยกองทุนสุขภาพท้องถิ่นส่วนใหญ่มักทำแต่กิจกรรมในเชิงรับมือกับปัญหาสุขภาพทั่วไป ซึ่งได้แก่ การเฝ้าระวังปัญหาโรคความดัน โรคเบาหวาน หรือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แต่โครงการในลักษณะที่เป็นการสร้างนวัตกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมยังคงมีน้อย และการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบลยังขาดความชัดเจนในเป้าหมายและขาดการวางแผนระยะยาว กิจกรรมที่กองทุนส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นการจัดบริการและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชนในลักษณะเฉพาะหน้าเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ในขณะนั้นเท่านั้น ขาดการมองภาพรวมถึงปัญหาสุขภาพที่จะคุกคามในอนาคต

5.3

ก้าวต่อไปของการมีส่วนร่วม ของประชาชนในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

สิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายภาคประชาชนในกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเข้มแข็ง

นอกจากนี้ ควรสร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพ อปท. ร่วมกัน โดยเชื่อมโยงแผนงานและงบประมาณในระดับท้องถิ่น และควรมีการพัฒนาธรรมาภิบาลสุขภาพท้องถิ่นหรือนโยบายสุขภาพของแต่ละท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพของแต่ละท้องถิ่น และเป็นหลักเกณฑ์ให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นพิจารณาสนับสนุนโครงการที่มีความสอดคล้องกับธรรมาภิบาลสุขภาพท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาวะของคนในท้องถิ่น

6

สรุป

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นทุกขั้นตอน โดยเริ่มต้นตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนากฎหมาย การเป็นกรรมาธิการเพื่อพิจารณาร่างกฎหมายทั้งในขั้นตอนของสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา ทำให้พระราชบัญญัติที่มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย ยังคงเจตนารมย์ในการเสนอกฎหมายของภาคประชาชนอย่างแท้จริง เมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้แล้ว ประชาชนยังมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านต่างๆ ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการและสิทธิประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิ การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องในทุกๆระดับนี้ ทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็น “การมีส่วนร่วมที่ประชาชนเป็นเจ้าของ” อย่างแท้จริง



การมีส่วนร่วมที่
ประชาชนเป็นเจ้าของ
อย่างแท้จริง
PEOPLE'S SENSE OF OWNERSHIP

เอกสารอ้างอิง

1. Spectrum of Public Participation. 2018. https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf.
2. ทิศทางสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552. <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2320/hs1546.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521 - พ.ศ. 2553) สำนักงานกิจการโรมิฟ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
4. เชษฐา ทรัพย์เย็น. การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาชนสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย: คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
5. นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ็ญจ งามอรุณโชติ. การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
6. บัณฑร อ่อนคำ และคณะ. บทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2545.
7. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. ร่วมเดินไปข้างหน้ากับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. นนทบุรี. ม.ป.ป.
8. รัชชา ภูซงศ์; นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และโกมาต จิ่งเสถียรทรัพย์. แพทย์ชนบท ธรรมชาติกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
9. ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษดิ์ และคณะ. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาสารนโยบายหลักประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2549;9(1-4):19-40.
10. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.; 2551. <http://library2.parliament.go.th/ebook/content-ebbas/healthy.pdf>.
11. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. In: สุรจิต สุนทรธรรม, ed. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร2555.
12. ภูมิ มูลศิลป์. ข้อเสนอแนะต่อการกำหนดกลไกช่วยเหลือประชาชนในการจัดทำกฎหมายภายใต้บริบทการปฏิรูปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 2561;9(1):181-196.
13. บทเรียน : การรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีการเข้าชื่อประชาชน 50,000 รายชื่อ ในการเสนอพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ม.ป.ป. <https://ilaw.or.th/node/289>.
14. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2555.
15. (ร่าง) พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแก้ไขประชาชน 10 กุมภาพันธ์ 2544 2544. <https://www.ilaw.or.th/node/289>.
16. ประกาศสภาผู้แทนราษฎร เรื่องตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ราชกิจจานุเบกษา; 2545. 8 มกราคม 2545.
17. ประภาศวุฒิสภา เรื่องตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ราชกิจจานุเบกษา; 2545. 2 กรกฎาคม 2545.
18. 20 ปี สิทธิเข้าชื่อเสนอกฎหมาย ความฝันที่ยังไม่สลายของการมีส่วนร่วมทางตรง. 2561. <https://ilaw.or.th/node/4929>. Accessed 14 ธันวาคม 2561.
19. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>
20. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต. 2558.
21. ประวัติความเป็นมา. 2560. <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=MTAzMA==>. Accessed 23 เมษายน 2561.
22. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข. ประกาศคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขออกประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ พ.ศ 2557 In:2557.
23. ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2555. ราชกิจจานุเบกษา; 2555. <http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2555/E/128/67.PDF>.
24. บทสัมภาษณ์ “การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ตามมาตรา 41” คุณสลินลา สิงห์พันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานพิทักษ์สิทธิ สปสช. เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2561. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section5/detail5.aspx>.
25. ฉวีวรรณ ลอศิริกุล และ ชนะพล ศรีฤาชา. ประสิทธิผลการดำเนินงานช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารทันตภิบาล. 2555;23(2):42-54.
26. ศรีเรือน ตีพูน และ วิไลลักษณ์ ไชยมงคล. การพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดความขัดแย้งทางการแพทย์ งานบริการสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;31(1):23-36.
27. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ปฏิรูปการรับฟังฯ 360 องศา ก้าวไปข้างหน้า พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพฯ: หนังสือคืนข้อมูลการรับฟังความคิดเห็นฯ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด; 2561.
28. บทสัมภาษณ์ “การรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (PUBLIC HEARING)” คุณโชติรส โสมนรินทร์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนและประสานงานเขต คุณวันทา หวังเลี้ยงกลาง หัวหน้างาน สปสช.เขต จังหวัดนครราชสีมา คุณสุพรรณิ คำเพิ่มพูล หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม เมื่อ 31 สิงหาคม 2561. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section6/detail6.aspx>.
29. ระบบรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองสิทธิ. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section5/detail2.aspx>.
30. บทสัมภาษณ์ “ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน รากฐานของระบบหลักประกันสุขภาพ” คุณชนาทิพย์ มารมย์ คุณศิริลักษณ์ ฝักทิม และคุณระนอง สุขเกษม ทีมงานสำคัญ ที่ร่วมขับเคลื่อนงานการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่ม ตั้ง สปสช. เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2561. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section6/detail5.aspx>.
31. ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section5/detail4.aspx>.
32. กชนุช แสงแดง และคณะ. คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
33. หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนตาม ม.50 (5). 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section6/detail4.aspx>.
34. Ford N, Wilson D, Cawthorne P, et al. Challenge and co-operation: civil society activism for access to HIV treatment in Thailand. Tropical Medicine & International Health. 2009;14(3):258-266.

35. Ingun P, Narkpaichit C, Laowahutanon T, Rekakanakul R, Pusamang A, Kesthom K. Integrated National Health Information System of HIV/AIDS in Thailand: Case of NAP application. Journal of the Thai Medical Informatics Association. 2015;2:131-136.
36. พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์. การดูแลแบบองค์รวมและการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สถาบันบำราศนราดูร วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(3):401-413.
37. เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล; กิตติกร นิลมานัด; และประณีต ส่งวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารโรคเอดส์. 2549;19:48-62.
38. สุวนีย์ ไหมสุวรรณ; ศันสนีย์ สมตะเกษตริน; และจิตรา อ่อนน้อม. การศึกษากิจกรรมสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพื่อการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ. วารสารควบคุมโรค. 2551;34(4):448-460.
39. บริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ รักษาความลับ. คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ 2553. <http://www.tncathai.org/activity/act12f.pdf>.
40. Tulloch O, Taegtmeier M, Ananworanich J, Chasombat S, Kosalaraksa P, Theobald S. What can volunteer co-providers contribute to health systems? The role of people living with HIV in the Thai paediatric HIV programme. Social Science & Medicine. 2015;145:184-192.
41. ปุ่มประวัติศาสตร์ 5 : กองทุนสุขภาพตำบล. 2561. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/history/detail5.aspx>.
42. สำนักบริการประชาชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2548.
43. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. In: ราชกิจจานุเบกษา; 2561.
44. อรณีย์ ไชยจิตร. แนวปฏิบัติที่ดีในการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2561;7(ฉบับพิเศษ):130-143.
45. รัตนศักดิ์ ยี่สารพัฒน์, กฤษณ์ ขุนลิก, ธนุย์สิญจน์ สุขเสริม. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ในเขตอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2559;3(1):82-99.
46. รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. 2561. https://www.samatcha.org/sites/default/files/document/2_5_Main_movement-NHA11-29oct61.pdf.
47. เพ็ญแข ลากยั้ง; เสกสรรค์ พวกอินแสง; และกันยา บุญธรรม. โครงการประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 2: กรณีศึกษา 6 มติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2556.
48. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี. 2560. <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?ContentID=OTk=>.
49. โครงการนวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี. หนังสือที่ มท 0810.6/ว 4516; 2560.
50. สรายุทธ เสี่ยม และอนุวัฒน์ วิใจเงิน. การบริหารการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;13(1).
51. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2560. กรุงเทพมหานคร: หจก. แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนฤมล

นักวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณางค์ คันธมธุรพจน์
นางสาวกมลวรรณ เขียวนิล

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวแคทลียา คงสุภาพศิริ
นางสาวนิภาภรณ์ ฮวบเจริญ





สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ