

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ: โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Public policy: Universal coverage insurance

พินิจ บำรุง¹

Phinit Bamring¹

¹หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ¹D.P.A. (Public Administration), Rajabhat
Maha Sarakham University, Thailand

Corresponding author's E-mail: phinit08@gmail.com^{*1}, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-4974-9755>

Received: October 24, 2023

Revised: November 14, 2023

Accepted: December 03, 2023

บทคัดย่อ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2544 จากปัญหาความยากจนของประชากรไทยและระบบหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ไม่สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริงซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังไม่สามารถบรรลุตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 การเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว รัฐบาลในยุคที่ ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากนโยบายหาเสียง 30 บาทรักษาทุกโรค จนกระทั่งประสบความสำเร็จและครอบคลุมสิทธิการรักษาพยาบาลในระยะเวลาเพียง 1 ปี อย่างไรก็ตามก่อนที่นโยบายดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของรัฐบาล ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา 2) การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย 3) การประกาศเป็นนโยบาย 4) การดำเนินการตามนโยบาย และ 5) การประเมินผล

คำสำคัญ: นโยบายสาธารณะ; หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; 30 บาทรักษาทุกโรค

Abstract

The Universal Coverage Insurance Project is a public policy that was first created in 2001. The problem of poverty among the Thai population and the existing health insurance system do not truly reach the target population, which causes inequality in receiving public health services. It is also unable to achieve the provisions of the Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2540, Section 52, and Section 82. Recognizing the importance of such



problems The government during the era when Dr. Thaksin Shinawatra was Prime Minister initiated the universal health coverage project with a campaign policy of 30 baht to cure all diseases. Until it was successful and covered medical treatment rights in just 1 year. However, before such a policy can be successful, it depends on the government's public policy process, which consists of: 1) identifying the problem. 2) preparation of policy proposals; 3) announcement of policy; 4) policy implementation; and 5) evaluation.

Keywords: public policy; universal coverage insurance; 30 baht to cure all diseases

บทนำ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยนับว่ามีการเปลี่ยนแปลงสู่ทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์การในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและสาธารณสุข ได้แก่ การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (หรือ สรพ.) และมีการเกิดขึ้นของหน่วยงานลักษณะใหม่ คือโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โรงพยาบาลที่ถือเป็นโรงพยาบาลแรกตามแนวคิดดังกล่าว คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) นอกจากนี้ ในปัจจุบันได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะมากขึ้นทำให้มีองค์การภาคประชาสังคม เช่น กลุ่มชมรม สมาคม องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ มูลนิธิ และองค์การสาธารณประโยชน์ รวมทั้งองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์ การสาธารณสุขต่าง ๆ เข้ามาทำงานร่วมกับภาครัฐอย่างใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การควบคุมการดื่มสุรา การคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินงานเรื่องเอดส์ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รวมทั้งงานด้านมนุษยธรรมและการรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ (มูลนิธิวิจัยพัฒนาระบบสุขภาพไทย, 2561) สอดคล้องกับฉันทานุกรณศิริกิตติ์ และฉันทานุกรณศิริกิตติ์ (2564) ที่กล่าวว่า ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้พัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และระบบสุขภาพของประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคน เทคโนโลยีที่นำมาใช้มีมาตรฐานทัดเทียมกับนานาประเทศ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ สิ่งที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ คือ จากการจัดอันดับของ The International Healthcare Research Center (IHRC)

ประเทศไทยได้เข้าสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อรัฐบาลไทยประกาศนโยบายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2541 และทางรัฐสภาได้ลงมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มี



วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อจัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชาชน โดยมีองค์กรที่มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่กำกับดูแล เพื่อให้ประชาชนไทยประมาณ 47 ล้านคนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งมีใช่เป็นผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้าตามมาตรา 52 และ 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นโยบายสาธารณะดังกล่าวเกิดจากแนวคิดของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่เล็งเห็นถึงความทุกข์ยากของประชาชนที่มีฐานะยากจนในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณและวิธีดำเนินการที่ถือเป็นเรื่องสำคัญมาก และได้นำเสนอโนบายดังกล่าวให้แก่พรรคประชาธิปัตย์แต่ก็ไม่ได้รับการตอบรับ จนกระทั่งพรรคไทยรักไทยโดยดร.ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคในขณะนั้นตอบรับและนำมาเป็นนโยบายหาเสียง “30 บาท รักษาทุกโรค” (มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย, 2557) นโยบายดังกล่าวเกิดเป็นรูปธรรมและสร้างความเสมอภาคให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาด้านสุขภาพที่จำเป็น ถือว่าเป็นสิทธิตามกฎหมายขั้นพื้นฐานของประชาชน และเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการรักษายาบาล และเพื่อสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพในอนาคต (อาคนย์ประกันชีวิต, 2565) จะเห็นได้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสาธารณะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนให้ได้รับสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน เพียงระยะเวลา 1 ปี นโยบายดังกล่าวเกิดเป็นรูปธรรมและครอบคลุมสิทธิการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนคนไทยทุกคน และในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาโครงการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่าง ๆ ซึ่งสามารถสรุปพัฒนาการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากอดีตจนถึงปัจจุบันพอสังเขป ดังนี้

ปี พ.ศ. 2543 เริ่มมีการรณรงค์ให้รัฐจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาล ภาคประชาชนร่วมร่าง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรัฐบาลนายชวน หลีกภัย ได้ยกร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ไม่ผ่านการพิจารณาของรัฐสภา (วอยซ์ออนไลน์, 2560)

ปี พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของ ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้รับแนวคิดของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไปใช้เป็นนโยบายจนผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้สวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศผ่านนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค (วอยซ์ออนไลน์, 2560) และหลังจากที่พรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้ง ในระยะแรกของรัฐบาลได้ระดมสมองเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ร่วมผลักดันได้มุ่งเน้นความแข็งแกร่งใน 3 ประเด็นหลักในการขับเคลื่อน ได้แก่ ความครอบคลุมประชากร ความครอบคลุมบริการสุขภาพ รวมถึงกลไกการเงิน ซึ่งในความครอบคลุมนี้ ระบบจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ



รองรับ และต้องครอบคลุมบริการที่จำเป็นสำหรับทุกกลุ่มวัย (สำนักข่าวการแพทย์และสุขภาพ The Coverage, 2566) และเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ได้ดำเนินการใน 6 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา และยะลา ต่อมาในเดือนมิถุนายน 2544 ขยายพื้นที่การดำเนินการใน 15 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัยแพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส และได้ขยายพื้นที่ดำเนินการในต่างจังหวัดรวมทั้งในกรุงเทพมหานคร จนสามารถครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา (หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์, 2561) และเมื่อประชาชนใช้สิทธิจะต้องยื่นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีสีเหลืองจึงมีการเรียกสั้น ๆ ว่า บัตรทอง

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อรับรองการคุ้มครองสิทธิรับบริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 และจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเป็นหน่วยงานบริหารระบบเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนของประชาชนในการกำหนดสิทธิประโยชน์ และเป็นตัวแทนในการคุ้มครองดูแลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญโดยมีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นเลขาธิการ สปสช. คนแรก (หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์, 2561)

ปี พ.ศ. 2549 นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้คณะความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) ได้ออกประกาศยกเลิกการเก็บเงิน 30 บาทจากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเหตุผลว่า แม้รัฐจะมีการเก็บเงิน แต่เม็ดเงินที่ได้กลับมามีจำนวนน้อยมาก ไม่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล ไม่ว่าจะรวยหรือจน ส่วนบัตรทองที่เกิดขึ้นเพื่อแสดงสิทธิในสมัยรัฐบาลพรรคไทยรักไทยยังคงมีอยู่ และสามารถใช้ได้แต่ประชาชนก็สามารถใช้เพียงบัตรประชาชนใบเดียวก็ได้เช่นกัน และในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิรักษาฟรี และแพทย์หญิงประชุมพร บุรณ์เจริญ ประธานสมัชชาพันธโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (สพท.) ในฐานะตัวแทนประชาคมสาธารณสุข เห็นแย้งกับการยกเลิกเก็บเงิน 30 บาทว่าการไม่เก็บเงินไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาขาดทุนในโรงพยาบาลได้ทั้งหมด เพียงแต่เมื่อมีการเก็บเงิน 30 บาท จะช่วยในแง่ของการบริหารจัดการให้คล่องตัวมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่สามารถนำเงินจากส่วนนี้ไปจ้างแม่บ้านทำความสะอาด หรือจ้างเจ้าหน้าที่ทำบัตร หรือนำเงินไปใช้จ่ายสาธารณูปโภค ค่าน้ำ ค่าไฟ เป็นต้น แต่ทั้งนี้ภาครัฐได้จัดสรรงบประมาณอุดหนุนแก่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโดยได้ดำเนินการเพียงปีเดียวเท่านั้น (มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย, 2557)

ปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้เข้ามาสานต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผลักดันให้การรักษาฟรี และให้ใช้บัตรประชาชนแทนบัตรทอง (วอยซ์ออนไลน์, 2560)



ปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้มีการฟื้นฟูนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคขึ้นมาอีกครั้งโดยใช้ชื่อว่า นโยบายร่วมจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค และประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2555 นโยบายดังกล่าวแตกต่างจากนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคในหลายประเด็น อาทิเช่น 1) กำหนดให้เป็นการร่วมจ่ายแบบสมัครใจ และยกเว้นการเก็บอย่างสิ้นเชิงกับประชาชนใน 23 กลุ่ม ซึ่งมีอยู่ประมาณ 24 ล้านคนที่สำคัญ ให้ผู้เข้ารับบริการร่วมจ่ายในกรณีที่สถานพยาบาลส่งจ่ายยาให้เท่านั้น 2) นโยบายนี้ยกเว้นการดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศโดยกำหนดให้เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเครือข่าย สปสช. ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เก็บเงิน 30 บาท จากผู้ป่วยที่ประสงค์จะร่วมจ่ายได้เท่านั้น และ 3) ให้ทุกโรงพยาบาลที่ดำเนินตามนโยบาย (บันลือ เกิดไกล และคณะ, 2558) การดำเนินการครั้งนี้มีทั้งผู้สนับสนุนและผู้ไม่เห็นด้วย ดังนั้น การนำนโยบายเก็บเงิน 30 บาทกลับมาใช้จึงมีข้อเรื่องง่ายแม้รัฐบาลจะพยายามเดินหน้าผลักดันอย่างเต็มที่ก็ตาม (วิชุดา สาธิตพร, 2563)

ปี พ.ศ. 2562 พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี กล่าวในการประชุมเต็มคณะระดับสูงว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (High-level Meeting on Universal Health Coverage) ภายใต้การประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 74 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2562 ว่าความสำเร็จด้านสาธารณสุขของไทยมีพื้นฐานจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมประชากรเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ การลงทุนด้านสุขภาพเป็นการลงทุนทั้งเพื่อปัจจุบันและอนาคต ประชาชนที่มีสุขภาพดีจะเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุขไทย, 2562) และในปัจจุบันนับแต่การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2564 นับเป็นสถานการณ์ที่ได้ตอกย้ำว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความพร้อมในการรับมือทุกวิกฤตสุขภาพ โดยสำนักงาน สปสช. ได้ปรับวิธีบริหารจัดการและรูปแบบการจ่ายเงินที่เหมาะสมทำให้ประชาชนยังคงเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เช่น สนับสนุนการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ดึงร้านยามาดูแลผู้ป่วยโควิด และการขยายบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นต้น พร้อมกันนี้ได้ใช้โอกาสนี้จัดทำแผนยกระดับบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ โดยตั้งคลินิกเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนให้มากขึ้น ร่วมกับเดินหน้า 30 บาทรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ ตามนโยบายยกระดับบัตรทองสู่หลักประกันสุขภาพยุคใหม่ของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล ทำให้ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการปฐมภูมิในทุกหน่วยบริการภายใต้ระบบได้โดยไม่ถูกจำกัดจุดรับบริการเฉพาะที่หน่วยบริการที่ลงทะเบียนอยู่ในอดีตซึ่งช่วยให้เกิดการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น (สำนักข่าวการแพทย์และสุขภาพ The Coverage, 2566)

จะเห็นได้ว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยเป็นแนวทางกิจกรรมของรัฐบาลในการตัดสินใจที่จะเลือกกระทำหรือไม่กระทำ โดยในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นการรณรงค์ให้รัฐจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลจากภาคประชาชน ซึ่งในขณะนั้นรัฐบาลภายใต้การนำของนายชวน หลีกภัย ตัดสินใจ



ที่ไม่กระทำนโยบายสาธารณะดังกล่าว แต่ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลภายใต้การนำของดร.ทักษิณ ชินวัตร เล็งเห็นว่าประชาชนที่มีฐานะยากจนควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 ภายใต้แนวคิดของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้ดำเนินการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตั้งนโยบายหาเสียงที่ให้คำมั่นสัญญากับประชาชนก่อนการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2544 นโยบายดังกล่าวมีการสานต่อมาจวบจนปัจจุบัน แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงบริบทตามนโยบายของรัฐบาลในยุคสมัยต่าง ๆ เช่น รัฐบาลภายใต้คณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) มีคำสั่งให้ยกเลิกการเก็บเงิน 30 บาท จากประชาชน รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ให้ใช้บัตรประชาชนแทนบัตรทอง รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์เห็นว่าควรมีการเก็บ 30 บาท ยกเว้นประชาชน 23 กลุ่ม เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังดำเนินการสานต่อเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น นโยบายสาธารณะดังกล่าวจึงยังคงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงทุกคนตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมุ่งตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และการก้าวสู่การเป็นรัฐสวัสดิการในอนาคต

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ กรณีศึกษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Dye, Thomas R. (2002 อ้างอิงใน สัญญา เคนาภูมิ, 2559 หน้า 101-126) ได้ระบุถึงกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะว่าเป็นกิจกรรมทางการเมืองที่อาจสรุปขึ้นเป็นขั้นตอนใหญ่ ๆ 5 ขั้นตอน คือ 1) การระบุปัญหา เป็นขั้นตอนที่มีการแสดงออกถึงความต้องการต่าง ๆ ที่เรียกร้องการกระทำของรัฐบาล 2) การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เป็นขั้นตอนที่มีการจัดระเบียบวาระเพื่อให้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและจัดทำข้อเสนอแผนงานเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การประกาศเป็นนโยบาย เป็นขั้นตอนที่มีการคัดเลือกข้อเสนอแนะนโยบายเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางการเมืองและการประกาศใช้นโยบาย 4) การดำเนินการตามนโยบาย เป็นขั้นตอนของการจัดหน่วยงานรับผิดชอบจัดหาค่าใช้จ่ายหรือบริการที่จำเป็นให้และทำการจัดเก็บภาษีอากร 5) การประเมินผล ในขั้นตอนนี้จะมีการศึกษาแผนงานต่าง ๆ รายงานผลที่เกิดจากแผนงานเหล่านั้น ประเมินผลผลกระทบของโครงการที่มีต่อสังคม ทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มที่ไม่เป็นเป้าหมายด้วยรวมตลอดถึงเสนอแนะแนวทางการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงต่อไป และจากการศึกษาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยซึ่งได้ดำเนินการที่เป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผู้ศึกษาจึงได้วิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะตามแนวทางของ Dye, Thomas R. (2002) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

1. การระบุปัญหา

ประเทศไทยมีการจัดรูปแบบระบบประกันสุขภาพทางสายกลางคือการผสมผสานระหว่างทั้งสองแนวความคิดโดยประชาชน (ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและยอมรับภาระค่าใช้จ่ายได้เอง) สามารถมีสิทธิเลือก



ประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจด้วยตนเอง ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลก็เป็นผู้จัดหาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงประกันสุขภาพร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง (ปรากฏม วุฒิพงศ์ และคณะ, 2533 อ้างอิงใน วิชิตา สาธิตพร, 2563 หน้า 3) ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และคำถามที่น่าสนใจก็คือปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี พ.ศ. 2545 เป็นอย่างไร ก่อนที่รัฐบาลจะนำไปกำหนดนโยบายสาธารณะตามแนวทางของรัฐบาลให้เป็นไปในทิศทางใดในอนาคตซึ่งนับว่าเป็นคำถามสำคัญที่เป็นจุดเริ่มต้นซึ่งทำให้คนไทยทุกคนเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 และมาตรา 82 หากมองระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อน ปี พ.ศ. 2545 พบว่า ประเทศไทยระบบหลักประกันสุขภาพ 6 กลุ่มหลัก ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และการประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ และในปี พ.ศ. 2543 ประชากรไทยร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งจากการศึกษาของมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภคใน ปี พ.ศ. 2542 สะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ยากของประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นได้ แม้ว่ารัฐบาลจะสร้างหลักประกันสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะกลุ่มแต่ก็ประสบปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริง นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครอบครัวยากจนมีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่าครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยเมื่อเทียบกับรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน (สารสนเทศสุขภาพไทย, 2550) สอดคล้องกับคำกล่าวของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา (2558 อ้างอิงใน มูลนิธิพัฒนาสาธารณสุขไทย, 2558) ที่กล่าวว่า “แพทย์รุ่นโบราณที่เคยทำงานที่สถานอนามัยชั้นหนึ่ง ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์อนามัย และสุดท้ายเป็นโรงพยาบาลชุมชน คงจำได้ว่าก่อนที่ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช จะให้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย คนยากจนจ่ายเงินไปโรงพยาบาลเพื่อจ่ายค่ารักษา มือที่กำลังเกร็ง เหงื่อออกมาเม็ดเป้งๆ ไม่ใช่เพราะร้อน แต่เพราะเงินที่กำลังจะไปกู้เขามาเพื่อซื้อชีวิตญาติที่ป่วย ถ้าไม่มีจริงๆ โรงพยาบาลจะแพงเป็นผู้ป่วยอนาถาและให้คนไข้หรือญาติเซ็นรับรอง” ปัญหาเหล่านี้ทำให้เห็นว่า ก่อนปี พ.ศ. 2545 ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยในประเทศไทยยังไม่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพมากนัก และผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ สามารถเข้าร่วมโครงการผู้มีรายได้น้อย แม้ว่าไม่ต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาล แต่ต้องแสดงบัตรยากไร้เพื่อแสดงตนในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ป่วยอนาถา ปัญหาความยากจน ปัญหาการขาดแคลนทุนทรัพย์ในการรักษาพยาบาล และสิทธิการรักษาพยาบาลตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงเป็นโจทย์ที่รัฐบาลจะนำไปกำหนดนโยบายสาธารณะให้เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพต่อไป



2. การจัดทำข้อเสนอโยบาย

หากมองย้อนกลับไปในปี พ.ศ. 2542 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อดีตนักศึกษาระดับปริญญาตรีและนายแพทย์หัวหน้าที่มีผลงานด้านการทดลองและวิจัยด้านระบบหลักประกันสุขภาพ ได้เข้าพบและนำเสนอโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ ดร.ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย ก่อนตัดสินใจว่าจะทำพรรคการเมือง ดร.ทักษิณให้ความสนใจเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยเสมอมาซึ่งมีการบันทึกถึงข้อสังเกตของเขามีสื่อความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของคนยากจนอยู่เป็นประจำ และมองเห็นโอกาสจากระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ เมื่อนายแพทย์สงวนเสนอแนวทางการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เห็นโอกาสเป็นไปได้และตอบรับโดยได้นำมาใช้เป็นนโยบายหาเสียงของพรรคภายใต้สโลแกน “30 บาทรักษาทุกคน” เมื่อปี พ.ศ. 2544 ที่ผ่านมานโยบายดังกล่าวทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางการเมืองจนทำให้พรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้งอย่างถล่มทลายและมีจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) จำนวน 248 ที่นั่ง จากทั้งหมด 500 ที่นั่ง เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้มีผู้ให้คำนิยามว่า “ปาฏิหาริย์ทางการเมือง” (Thaksin official, 2564) ต่อมาหลังจากที่ได้จัดตั้งรัฐบาลขึ้นมาบริหารประเทศ รัฐบาลได้บรรจุโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายเร่งด่วนจากการอภิปรายและการเสนอของรัฐบาลซึ่งเป็นโครงการที่คาดว่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขของไทยไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม ภายใต้ประเด็นหลักของการขับเคลื่อนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความครอบคลุมประชากร ความครอบคลุมบริการสุขภาพ และกลไกการเงิน ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า การเสนอโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของนายแพทย์สงวนจึงเป็นการก่อตัวของนโยบายซึ่งเริ่มต้นจากนโยบายหาเสียงซึ่งนำไปสู่นโยบายทางการเมืองที่พยายามกำหนดบริการสาธารณสุขขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนให้หลุดพ้นจากเผชิญปัญหาด้านการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้มีความเท่าเทียมกันทุกคน

3. การประกาศเป็นนโยบาย

ภายหลังที่พรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้ง ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีเร่งผลักดันให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายหลักและเร่งด่วน จนได้รับความนิยมจากประชาชน และถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของประวัติศาสตร์ไทยที่ทุกพรรคการเมืองเริ่มใช้นโยบายด้านการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักในการหาเสียง ได้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอนโยบายด้านการประกันสุขภาพซึ่งประชาชนรู้จักกันดีในชื่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน” โดยเริ่มมีการกำหนดใช้ในวันที่ 1 เมษายน 2544 นำร่องใน 6 จังหวัดและขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนครบทุกจังหวัดในประเทศไทย (วิชุดา สาธิตพร, 2563) ดังนั้น จึงถือได้ว่ารัฐบาลได้มีการประกาศใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน นับแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นวันที่เริ่มทดลองกับ 6 จังหวัดนำร่อง โดยได้ขยายผลจนกระทั่งครอบคลุมทั่วประเทศในเวลาต่อมา

4. การดำเนินการตามนโยบาย



การดำเนินการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มจากการกำหนดโครงสร้างและระบบบริหารงานโครงการ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมา 10 ชุด เพื่อศึกษารายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการขององค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่การดำเนินงาน และได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 1 - 3) เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข สิทธิประโยชน์ การกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การยุบรวมผู้มีสิทธิตามระเบียบต่าง ๆ ให้เข้าสู่อำนาจคุ้มครองตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด ฯลฯ มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (War Room) เพื่อทำหน้าที่พิจารณาและตัดสินใจในแนวทางการดำเนินงาน และการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนจากประชาชน (Call Center) เพื่อให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาในการใช้บริการให้กับประชาชนทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 สำหรับระยะเวลาในการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ในระยะที่ 1 ทดลองดำเนินการในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา มีโรงพยาบาลของรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงเข้าร่วมโครงการ วันที่ 1 มิถุนายน 2544 ดำเนินการในระยะที่ 2 ในพื้นที่ 15 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และ นราธิวาส ต่อมาในวันที่ 1 ตุลาคม 2544 ได้ดำเนินการและครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัดในวันที่ 1 เมษายน 2545 การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 บัตรทองสำหรับประชาชนทั่วไป ต้องจ่ายร่วมค่าใช้จ่ายบริการครั้งละ 30 บาท และประเภทที่ 2 บัตรทองยกเว้นค่าบริการสำหรับบุคคลประเภทต่าง ๆ อาทิเช่น ผู้นำชุมชนและบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว ผู้มีรายได้น้อย เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้พิการ พระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนา เป็นต้น และสำหรับงบประมาณในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นระยะที่ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายตัวซึ่งเป็นตัวกำหนดวงเงินงบประมาณแผนการใช้โรงพยาบาลและโครงการดำเนินงานเป็นปัจจัยหลักในการจัดสรรงบประมาณ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานหลัก และดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างและระบบการบริหารงาน ระยะเวลาการดำเนินการตามโครงการ การกำหนดผู้มีสิทธิ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ การวางแผนการดำเนินงานตามนโยบายทำให้ผู้รับผิดชอบโครงการสามารถดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วมากขึ้น เห็นได้จากความสำเร็จของการทดลองโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้เวลาเพียง 1 ปีเท่านั้นก็สามารถกระจายการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาลได้ทั่วทั้งประเทศ



5. การประเมินผล

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ร้อยละ 50.7 ของผู้ที่ได้รับบัตรทองเคยไปใช้บริการแล้ว พบว่า ร้อยละ 83.8 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และร้อยละ 16.2 ไม่พึงพอใจเนื่องจากต้องรอคิวนาน ยาไม่ดี และไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังมีผลการสำรวจของหน่วยงานอื่น ๆ ที่พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจกับการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าร้อยละ 80 อาทิเช่น กรุงเทพฯโพล์ พบความพึงพอใจร้อยละ 92.90 เอเชียโพล์ พบความพึงพอใจร้อยละ 82.00 ยกเว้นสวนดุสิตโพล์ที่พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจร้อยละ 60.80 เท่านั้น (ศุภพรัตน์ สุขพุ่ม, 2551) สอดคล้องกับบันลือ เกิดไกล และคณะ (2558) ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบายร่วมจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค) ของโรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบายร่วมจ่าย 30 บาทรักษาทุกโรค) ของโรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยภาพรวมทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ ในปัจจุบันผลการดำเนินการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 เดือน ประจำปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ประชากรไทยทั้งประเทศผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66,841,493 คน โดยประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง / สิทธิ UC) รวมทั้งสิ้น 47,650,952 คน ประกอบด้วยผู้ลงทะเบียน จำนวน 47,469,928 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 99.62 และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2565 พบว่า กลุ่มประชาชนมีความพึงพอใจร้อยละ 97.69 (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.62) โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจคือ การตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองในสถานพยาบาล/สปสช.เขต/สายด่วน และด้านบริการทางสาธารณสุข คือ ความเพียงพอของเครื่องมือและบุคลากรในการให้บริการ และระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการ กลุ่มผู้ให้บริการมีความพึงพอใจร้อยละ 86.19 (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 5.25) โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจประกอบด้วย การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการ และความเหมาะสมของงบเหมาจ่ายรายหัวผู้ป่วยนอกทั่วไป และกลุ่มองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายองค์กรภาคี) มีความพึงพอใจร้อยละ 97.62 (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 5.35) โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ แนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) และการอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและให้บริการข้อมูลอย่างชัดเจน ถูกต้อง ของเจ้าหน้าที่สปสช. เขต สำหรับกลุ่มเครือข่ายองค์กรภาคีเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจประกอบด้วย ความเหมาะสมของชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับในปัจจุบัน การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนิน



กิจกรรมที่เหมาะสม การเปิดโอกาสให้หน่วยงาน/องค์กรมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยการบริการดังกล่าวสามารถสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนได้อย่างสูงสุด มุมมองด้านความพึงพอใจของประชาชนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานของรัฐบาลได้เป็นอย่างดี

บทสรุป

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดกำเนิดมานานกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาความยากจนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ก่อนปี พ.ศ. 2545 พบว่า ประเทศไทยระบบหลักประกันสุขภาพ 6 กลุ่มหลัก ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ พ.ร.บ. คัดกรองผู้ประสบภัยจากรถ และการประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ โดยในปี พ.ศ. 2543 ประชากรไทยอีกจำนวนร้อยละ 30 ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพใด ๆ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเองซึ่งทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประกอบกับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่มีปัญหาหลักของโครงการ คือการขาดความครอบคลุมและความตรงของการออกบัตรในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กล่าวคือจากการประเมินผลการออกบัตรรายได้น้อยในแต่ละรอบพบว่ายังคงมีผู้มีรายได้น้อยจำนวนมากที่ไม่ได้รับบัตร ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับบัตรก็มีจำนวนค่อนข้างมากที่ไม่ใช่คนจนจริง (สารสนเทศสุขภาพไทย, 2550) ปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำขึ้นในสังคมไทยซึ่งรัฐบาลควรนำมาพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะโดยผลักดันให้ระบบหลักประกันสุขภาพเข้าถึงประชากรทุกกลุ่มได้อย่างแท้จริง

การดำเนินกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะของรัฐบาลเพื่อผลักดันให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชากรได้ทุกกลุ่ม ได้แก่

1. การระบุปัญหา จะเห็นว่าปัญหาหลักของระบบสาธารณสุขไทยคือประชาชนร้อยละ 30 (ข้อมูลปี พ.ศ. 2543) ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ อีกทั้งโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ก็ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์มากนัก ปัญหาเหล่านี้กระทบต่อประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่ต้องเสียภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งการถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยอนาถา

2. การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เริ่มมีการก่อตัวของนโยบายที่เริ่มจากภาคประชาชนร่วมร่างพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผลักดันให้เข้าสู่วาระของสภา แต่วาระดังกล่าวก็ไม่ผ่านการพิจารณาของรัฐสภา (วอยซ์ออนไลน์, 2560) ต่อมานายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เสนอแนวทาง



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่พรรคไทยรักไทยโดยพรรคใช้เป็นนโยบายหาเสียงเลือกตั้งและชนะการเลือกตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2544 ต่อมารัฐบาลก็ได้บรรจุให้โครงการดังกล่าวเป็นนโยบายเร่งด่วน ภายใต้การขับเคลื่อน 3 ประการ ได้แก่ ความครอบคลุมประชากร ความครอบคลุมบริการสุขภาพ และกลไกการเงิน

3. การประกาศเป็นนโยบาย นับแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นต้นมาซึ่งเป็นวันแรกของการนำเอาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้นำร่องใน 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา

4. การดำเนินการตามนโยบายโดยรัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานหลัก และได้วางแผนและดำเนินการตามแผนตั้งแต่การกำหนดโครงสร้างและระบบการบริหารงาน การกำหนดระยะเวลาการดำเนินการตามโครงการ การกำหนดผู้มีสิทธิ และการจัดสรรงบประมาณ

5. การประเมินผล พบว่า ในปัจจุบันประชากรไทยทั้งประเทศผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66,841,493 คน โดยประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง / สิทธิ UC) รวมทั้งสิ้น 47,650,952 คน ประกอบด้วยผู้ลงทะเบียน จำนวน 47,469,928 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 99.62 และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ผู้ให้บริการ และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2565 พบว่า กลุ่มประชาชนมีความพึงพอใจร้อยละ 97.69 (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.62) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ตั้งแต่ที่รัฐบาลผลักดันให้มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทำให้ประชาชนกลุ่มผู้มีรายได้น้อยได้เข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลมากขึ้น สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล และลดการเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ปัจจุบันรัฐบาลสามารถตอบสนองนโยบายการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาลภายใต้บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “มาตรา ๔๗ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” นโยบายดังกล่าวจึงเป็นการสร้างความเท่าเทียมและยกระดับด้านการรักษาพยาบาลในสังคมมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเห็นได้จากการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขทั่วประเทศที่มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อีกทั้ง ภาครัฐได้ดำเนินกิจกรรมโดยพยายามให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ยกตัวอย่างกรณีของโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้จัดทำโครงการ “โรงพยาบาลสร้างสุข 3 ดี 4 เสา” ขึ้น เพื่อต้องการให้มีโรงพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจ สร้างการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ โดยเน้นการให้บริการเชิงรุก การดูแลสุขภาพโดยองค์รวม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาการบริการไม่ทั่วถึงจากโรงพยาบาลจังหวัดที่มีผู้ใช้บริการ



จำนวนมาก ปริมาณการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพโดยชุมชนยังไม่เป็นระบบชัดเจน การดำเนินโครงการดังกล่าวได้ให้ประชาชนหรือกลุ่มต่าง ๆ อาทิเช่น ข้าราชการสาธารณสุขบ้านนาญ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว เป็นต้น เข้ามาดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนในชุมชน จึงเห็นว่าเป็นการต่อยอดระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วยความร่วมมือของภาคเครือข่ายต่าง ๆ ประชาชนทุกคนสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, 2560) สำหรับการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันยังคงดำเนินการภายใต้การเปลี่ยนแปลงของรัฐบาลโดยอาจมีการปรับเปลี่ยนบริบทของการดำเนินโครงการให้เข้ากับนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบัน ทั้งนี้ รัฐบาลได้พยายามยกระดับมาตรฐานการรักษาพยาบาลให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยขับเคลื่อนนโยบาย “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ทุกเครือข่าย” ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการเข้ารับการรักษาได้ในสถานพยาบาลทุกเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนจาก 5 บริการ ซึ่งเป็นมติของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ 1) การใช้บัตรประชาชนใบเดียวในการรับบริการได้ทุกที่ โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว 2) การรักษาแม่เรื้อรังบวจร 3) การเข้าถึงบริการในเขตเมือง 4) สถานชิวาภิบาล หรือการดูแลระยะสุดท้าย และ 5) การดูแลสุขภาพจิต โดยคาดว่าจะเริ่มใช้งานในวันที่ 8 มกราคม 2567 จาก 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และนราธิวาส (ไทยรัฐออนไลน์, 2566) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าวจากรัฐบาลถือเป็นการยกระดับและพัฒนามาตรฐานการบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และห่างไกลโรค

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-13--498.pdf. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- ณัฐหทัย นิธิศิษฐ์ และณัฐชยา กำแพงแก้ว. ระบบสาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติ. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม, 6 (3), หน้า 174-187.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2566). รักษาได้ทุกเครือข่าย “บัตรประชาชนใบเดียว” พร้อมใช้งานได้ 8 ม.ค. 2567. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/news/politic/2740329>. สืบค้นเมื่อ 2566, 14 พฤศจิกายน.



- บันลือ เกิดไกล และคณะ. (2558). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการต่อการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบายร่วมจ่าย 30 บาท รักษาทุกโรค) ของโรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. วารสารบัณฑิตวิจัย. 6(1), หน้า 93-108.
- มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2557). เจาะถึงรากปมร่วมจ่ายบัตรทอง(3). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2014/07/7716>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย. (2562). ปากคำพล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชาอวตผลงานหลักประกันสุขภาพพบนเวที UN. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17796>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย. 100 ปีการสาธารณสุขไทย (พ.ศ. 2461 –2561). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/03/15494>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- มูลนิธิวิวัฒน์สาธารณสุขไทย. ย้อนรอย “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” พลิกโฉมระบบสุขภาพไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2014/02/6290>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- วอยซ์ออนไลน์. (2560). ย้อนจุดกำเนิด30 รักษาทุกโรค ก่อนรื้อ กม.บัตรทอง. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.voicetv.co.th/read/496291>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- วิชุดา สาจิตพร. (2563). นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาการ แนวโน้ม และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย. วารสารสถาบันพระปกเกล้า, 9(3).
- ศุภพรรัตน์ สุขพุ่ม. (2551). การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://library.parliament.go.th/sites/default/files/assets/files/works/academic%20office/books/pdf/NALT-work-academic-healthy.pdf>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- สัญญา เคนาภูมิ. การกำหนดนโยบายสาธารณะ : ทฤษฎี และกระบวนการ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 7(2), หน้า 101-126.
- สารสนเทศสุขภาพไทย. (2550). หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/thp2007/THP2007_9thai.pdf. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- สำนักข่าวการแพทย์และสุขภาพ The Coverage. พัฒนาบัตรทอง 30 บาท หลังวิกฤติโควิด-19 เน้นขยายบริการปฐมภูมิ เพิ่มประสิทธิภาพการเบิกจ่าย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/4444>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- สำนักข่าวทูเดย์. (2562). ย้อนดูชัด ๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อไหร่. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://workpointtoday.com/uc/>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.



- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2562). สรุปข้อมูลโครงการนวัตกรรมที่ได้รับรางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://www.nakhonlocal.go.th/datacenter/doc_download/a_200317_120048.pdf. สืบค้นเมื่อ 2566, 14 พฤศจิกายน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/operating_results/56. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ผลการสำรวจความคิดเห็นฯ ต่อการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2565. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://www.nhso.go.th/operating_results/57. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์. (2561). เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://front.nhso.go.th/ARCHIVES/section1/detail3.aspx>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- อาคเนย์ประกันชีวิต. (2565). มีประกันสังคมหรือบัตรทอง 30 บาท ยังจำเป็นต้องทำประกันสุขภาพอีกหรือไม่. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.southeastlife.co.th/blog/detail/social-security-health-insurance>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.
- Thaksin official. (2564). เส้นทาง 30 บาทรักษาทุกโรค นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยที่ชนะใจคนทั้งโลก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaksinofficial.com/route-30-baht-cure-all-diseases/>. สืบค้นเมื่อ 2566, 28 กรกฎาคม.



