

พัฒนาการทางนโยบาย
ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
Poilcy Development of UC In Thailand

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
นางสุรณี พิพัฒน์โรจนกุล

สารบัญ

● บทนำ	1
● สุขภาพ การประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ และความมั่นคงด้านสุขภาพ	1
● ปรัชญา แนวคิด และหลักการประเด็นสำคัญของหลักประกันสุขภาพ	2
1. ปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุข	2
2. ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพ	2
3. รูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพ	3
4. หลักการและแนวคิดสำคัญ	3
5. บทเรียนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม	4
● สถานการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี พ.ศ.2544	5
● วิเคราะห์ความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ.2544	9
1. กระแสการพัฒนาโครงการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง	10
2. กระแสโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข	11
3. กระแสการเคลื่อนไหวภาคประชาชนตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.2540	12
4. กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ	14
● รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	16
1. การสร้างนโยบายของพรรคไทยรักไทย	16
2. การพัฒนานโยบายและการลงมือดำเนินการเมื่อเข้าเป็นรัฐบาล	19
2.1 จากนโยบายพรรคสู่นโยบายรัฐบาล	19
2.2 ลงมือทำทันที	20
2.3 บริหารจัดการแบบ “คิดไป-ทำไป-แก้ไป”	24
2.4 ประเด็นเนื้อหาของนโยบาย	28
3. การจัดทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	26
● สังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31
1. ต้นทุนและสถานการณ์ก่อนปี พ.ศ. 2544	31
2. บริบทและกระบวนการพัฒนานโยบายฯ	33
3. เนื้อหาของนโยบายฯ	37
● ประเด็นสำคัญสู่อนาคต	38
● สรุป	46
เอกสารอ้างอิง	47

บทนำ

กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพในประเทศไทยมีความเข้มข้นสูงมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สอดคล้องกับกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยสูงขึ้นมากถึงปีละ 2-3 แสนล้านบาทและมีอัตราเพิ่มที่สูงมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี¹ เข้าลักษณะค่าใช้จ่ายที่ควบคุมไม่ได้ การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งไปที่การจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการรักษาพยาบาล (ซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ) แม้ตัวระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนจะมีการพัฒนาโดยตลอด ทั้งในเชิงปริมาณ การกระจายและคุณภาพ แต่ยังคงมีปัญหามาก ทั้งในแง่ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการที่แตกต่างกันมาก และมีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันมีประชาชนราว 20 ล้านคน ขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็น²⁻⁵

ปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ กำหนดสิทธิแก่ประชาชนเพิ่มขึ้นชัดเจน หนึ่งในนั้นคือสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งระบุไว้ในมาตรา 52 ว่า⁶

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ..”

และมาตรา 82 ระบุว่า

“รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ตรงนี้คือฐานสำคัญที่ทำให้กระแสการปฏิรูประบบต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ก่อขึ้นหลายจุด หลายกรรม หลายวาระ ผนวกกันเข้า จนกระทั่งทำให้รัฐบาลชุดที่มีพรรคไทยรักไทยเป็นแกนนำดึงเอานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ ขึ้นมาทำจนสำเร็จในเวลาอันรวดเร็ว

ประสบการณ์เรื่องนี้ สมควรใช้เป็นบทเรียนรู้สำหรับคนไทยเพื่อนำไปสู่การปฏิรูปและการพัฒนาระบบเพื่อสุขภาพในส่วนอื่น ๆ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาในส่วนที่ทำไปแล้วให้เข้มแข็งและดียิ่งขึ้น

สุขภาพ การประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ และความมั่นคงด้านสุขภาพ

ในกรอบความคิดเดิมที่มีอิทธิพลมาจากตะวันตก สุขภาพมีความหมายผูกสัมพันธ์อยู่กับเรื่องที่ว่าด้วยโรค (disease paradigm) ดังนั้นการเอาชนะโรคร้ายเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดี จึงวางอยู่บนวิธีการจัดระบบบริการสาธารณสุข ที่ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์เป็นหลัก ด้วยกรอบความคิดนี้ การจัดระบบให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้ เรียกว่าเป็น “การประกันสุขภาพ” (health insurance) ซึ่งมักถูกเหมารวมเรียกว่าเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ (โดยใช้ภาษาอังกฤษว่า health security) จนบางครั้งเผลอเข้าใจไปว่า ถ้าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้แล้ว ทุกคนก็จะมี “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” (health security) ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะการมีหลักประกันสุขภาพในความหมายนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความมั่นคงด้านสุขภาพเท่านั้น^{7,8}

ณ วันนี้ กรอบความคิดเรื่องสุขภาพกำลังขยายกว้างขึ้น สุขภาพ หมายถึงเรื่องของสภาวะ (well-being paradigm) ที่เป็นองค์รวมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ การจะทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีหรือมีสภาวะ เป็นเรื่องที่ต้องทำมากกว่าการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ดีเท่านั้น และการที่คนจะมีหลักประกันด้านสุขภาพหรือมีความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างแท้จริง จึงหมายถึงการจัดระบบปกป้อง คุ้มครอง พิทักษ์รักษาให้คนไม่เสียสุขภาพโดยไม่จำเป็น ไม่ใช่แค่มีระบบบริการสาธารณสุขให้ทุกคนได้ใช้บริการอย่างถ้วนหน้าเพียงเท่านั้น⁹⁻¹¹

ปรัชญา แนวคิด และประเด็นสำคัญของหลักประกันสุขภาพ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในหนังสือเล่มนี้หมายถึง การสร้างระบบประกันสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความจำเป็น ตามขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ไม่ได้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทุกชนิด แต่มีมาตรฐานและเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องภาระค่าใช้จ่าย สถานะทางสังคมและที่อยู่อาศัย

หลักประกันสุขภาพ ไม่ใช่บริการสาธารณสุขแบบสงเคราะห์ กึ่งสงเคราะห์ บริการราคาถูก บริการคนจน หรือบริการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะหน้า ไม่ใช่บริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ แต่ต้องเป็นบริการที่ได้รับตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ^{4,7,12,13}

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกกันในภาษาอังกฤษว่า Universal coverage of health care (UC) เกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องใหญ่ที่แยกออกจากกันไม่ได้ คือ (1) การจัดบริการสาธารณสุข (health care) และ (2) การเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (health care financing)

1. ปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุข

มุมมองต่อการจัดบริการสาธารณสุข จำแนกได้เป็น 2 มุมใหญ่ ๆ¹⁴ คือ

1.1 มองการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เหมือนกับการเข้าถึงสินค้าหรือบริการทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะทางสังคม ที่อยู่อาศัยและรายได้ของบุคคล รัฐมีหน้าที่ดูแลตลาดให้มีบริการ คุณมาตรฐานบริการ และให้การสังคมสงเคราะห์แก่คนจน คนด้อยโอกาสในสังคมเท่านั้นก็พอ

1.2 มองว่าการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน ตลาดบริการสาธารณสุขเป็นตลาดที่ใช้กลไกตลาดเสรีไม่ได้ (market failure) เป็นสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (asymmetric information) บางกิจกรรมมีผลต่อผู้อื่นและสังคมด้วย (externality) ทรัพยากรโดยรวมมีจำกัด และเป็นบริการคุณธรรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับชีวิต และมีความเกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย จึงไม่ควรปล่อยให้การเข้าถึงบริการขึ้นอยู่กับสถานะทางสังคม ที่อยู่อาศัยและรายได้ของบุคคล รัฐจึงมีหน้าที่จัดการให้ทุกคนเข้าถึงบริการ ได้อย่างเสมอภาค ซึ่งมุมมองนี้เป็นพื้นฐานหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเอง

2. ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพ

จากปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุขข้างต้น ซึ่งเป็นที่มาของแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพ นำมาสู่ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพ 4 แนวทาง คือ¹⁵

2.1 แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ ที่เน้นบทบาทของรัฐในการจัดบริการเองทุกด้าน รวมถึงการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคนด้วย เช่นระบบในประเทศเกาหลีเหนือและคิวบา เป็นต้น

2.2 แนวทางสังคมนิยมเสรี ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (welfare state) ใช้มาตรการทางภาษีแบบก้าวหน้า นำเงินกลับมากระจายใหม่ในรูปของสวัสดิการต่าง ๆ ซึ่งมักจะรวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย แนวทางนี้ถูกนำไปใช้ในประเทศแถบยุโรปหลายประเทศ

2.3 แนวทางประกันสังคมแบบบังคับ มีจุดเริ่มที่เยอรมนี กำหนดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคม เพื่อนำมาใช้จ่ายจัดให้บริการที่เป็นสวัสดิการด้านต่างๆ ซึ่งรวมบริการสาธารณสุขด้วย แนวทางนี้นำไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก

2.4 แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก แนวคิดนี้แม้จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบบเศรษฐกิจเสรี แต่ก็ตระหนักว่าบริการสาธารณสุขใช้กลไกตลาดสมบูรณ์ไม่ได้ ด้วยเหตุผลหลายประการ (ดูข้อ 1.2 ของปรัชญาการจัดบริการสาธารณสุข) และถ้าปล่อยให้ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจก็จะเกิดการเลือกปฏิบัติ เช่น ฝ่ายผู้รับ

ประกันตั้งเงื่อนไขกีดกันผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงออกไป รับแต่ผู้มีความเสี่ยงต่ำ ฝ่ายผู้เอาประกันก็มีแนวโน้มทำประกันเฉพาะเมื่อมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง จึงไม่มีการเฉลี่ยความเสี่ยง และไม่เกิดการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข รัฐจึงต้องจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคน โดยมีวิธีการจัดการได้หลายรูปแบบและมีแหล่งเงินได้หลายทาง แนวทางนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางเช่นเดียวกัน

3. รูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพ

จากปรัชญาข้างต้น ซึ่งแปลออกมาเป็นประสบการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ ที่ดำเนินการมาแล้ว สามารถจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

3.1 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ภาษี ให้สิทธิประชาชนทุกคนในการรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยงบประมาณค่าใช้จ่ายมาจากเงินภาษีทั่วไป รัฐบาลมีองค์กรซื้อบริการสาธารณสุขแทนประชาชน โดยซื้อจากสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน ตัวอย่างเช่น ประเทศอังกฤษ ฮอลแลนด์ นิวซีแลนด์ เป็นต้น

3.2 ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี้ยประกันกองทุนเดียว รัฐบาลจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพประชาชนแต่ละคนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน โดยการหักจากค่าจ้างเงินเดือน อาจสมทบโดยนายจ้างและ รัฐบาลด้วย ตัวอย่างเช่น ประเทศจีน ไต้หวัน เกาหลีใต้ แคนาดา เป็นต้น

3.3 ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเบี้ยประกันหลายกองทุน มีการจัดตั้งกองทุนอิสระที่ไม่ทำกำไรจำนวนมาก ประชาชนแต่ละคนจ่ายเงินสมทบกองทุนที่ตนเลือก กองทุนทำหน้าที่ซื้อบริการสาธารณสุขแทนสมาชิก ตัวอย่างเช่น เยอรมนี ญี่ปุ่น เป็นต้น

3.4 ระบบผสมการออม การประกันและการช่วยเหลือ รัฐบาลจัดตั้งกองทุนสามกองทุนเพื่อประกันสุขภาพ กองทุนแรกเก็บเงินจากการออมแต่ยังแยกบัญชีเป็นของบุคคลนั้น กองทุนที่ 2 เป็นกองทุนประกันเก็บเงินจากเบี้ยประกัน กองทุนที่ 3 เป็นกองทุนช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ระบบนี้เน้นใช้เงินกองทุนสำหรับกรณีเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตัวอย่างเช่น ประเทศสิงคโปร์ และสหรัฐอเมริกากำลังทดลองใช้วิธีนี้ด้วย

4. หลักการและแนวคิดสำคัญๆ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักการและแนวคิดสำคัญ ๆ สรุปได้ดังนี้^{4,7,10,16}

4.1 ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า ควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล

4.2 เป็นระบบที่ให้สิทธิเท่าเทียมกันสำหรับคนทุกคนในสังคม ไม่ใช่บริการแบบสงเคราะห์ หรือเฉพาะกลุ่ม

4.3 ทุกคนในสังคมยอมรับ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ว่าเป็นสิ่งที่ร่วมกันสร้างขึ้นมา มีประโยชน์กับทุกคน ไม่ใช่ใครหยิบยื่นหรือบันดาลให้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบ ควบคุมดูแลและร่วมจ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล เช่น ถ้าใช้เงินภาษีอากรมาจัด ก็รู้สึกว่ายินดีจ่ายภาษีให้รัฐนำมาจัดการเฉลี่ยความเสี่ยงให้ประชาชน และมีความมั่นใจว่า เมื่อจำเป็นต้องใช้บริการก็จะไม่เกิดภาระด้านค่าใช้จ่าย

4.4 มีการบริหารจัดการที่ขจัดความซ้ำซ้อน สร้างความสอดคล้องกันของวิปฏิบัติและป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกุญแจกติก ผู้ซื้อบริการ ผู้ให้หรือผู้ขายบริการ และผู้ตรวจสอบออกจากกัน

4.5 มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณ การเบิกจ่าย (Claim process) การตรวจสอบ (Auditing) และพัฒนาคุณภาพบริการ ได้อย่างรัดกุม มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

4.6 มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล และควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลดีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมได้

4.7 มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพเอกชนอย่างเหมาะสม เพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง

4.8 มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานยอมรับได้ มีทางเลือกให้ประชาชนเลือกใช้บริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ผ่านระบบบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและซ่อมแซมสุขภาพ ด้วยต้นทุนที่ต่ำ (good health at low cost) มิใช่แค่การคุ้มครองการบำบัดรักษาโรคเท่านั้น

4.9 เปิดโอกาสให้สถานบริการสาธารณสุขนอกภาครัฐ เข้าร่วมแข่งขันจัดบริการด้วยกติกาที่เป็นธรรม เพื่อให้เป็นทางเลือกแก่ประชาชนด้วย

5. บทเรียนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาพรวม

ประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีประสบการณ์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกัน สามารถสรุปเป็นบทเรียนส่วนหนึ่งได้ดังนี้⁷

5.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะสำเร็จในช่วงที่ประเทศมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง มากกว่าในช่วงที่ประเทศประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ

5.2 ปัจจัยทางการเมืองเป็นตัวสำคัญในการผลักดันให้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จ ดังนั้น รัฐบาลจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายนี้

5.3 ระบบการเงินการคลังเพื่อการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักจะใช้จากหลายแหล่งทั้งจากรัฐบาล และการเก็บเพิ่มจากประชาชน ในลักษณะการจ่ายเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ

5.4 ต้องเป็นการประกันสุขภาพแบบบังคับ หรือไม่ก็ต้องเป็นระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ เช่นในประเทศอังกฤษ เป็นต้น ถ้าใช้ระบบบัญชีเงินออม ก็ต้องมีกฎหมายบังคับเช่นกัน การประกันสุขภาพแบบสมัครใจไม่สามารถทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

5.5 หากจะเลือกใช้ระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ก็ต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยอาจจะต้องมีระบบเสริม เช่น ระบบบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพด้วย เป็นต้น

5.6 ระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ เป็นสิ่งเป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ไม่ประจำ (non formal sector) แต่รัฐจำเป็นต้องเป็นหน่วยดำเนินงาน โดยต้องมีการกระจายอำนาจภายใต้การควบคุมของรัฐ และต้องมีหลายกองทุน

5.7 ระบบสุขภาพที่มีหลายกองทุน ประชาชนมีสิทธิเลือกกองทุน ต้องมีหน่วยงานกลาง วางระบบการจ่ายเงินที่เป็นมาตรฐาน ตรวจสอบดูแลกำกับได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การจ่ายเงินและอัตราค่าจ่ายเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน และสามารถชดเชยต้นทุนการจัดบริการให้แก่สถานบริการได้ทั้งหมด และทำหน้าที่สนับสนุนข้ามระหว่างระบบประกันหรือกลุ่มประชาชนได้ด้วย

5.8 ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมกำกับการทำงานของระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายเป็นเครื่องมือ

5.9 การจ่ายเงินแก่ระบบบริการสาธารณสุข ต้องทำให้ระบบบริการมีคุณภาพและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง การจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ควรเป็นระบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือหากจ่ายตามปริมาณบริการก็ต้องอยู่ภายในงบประมาณขอรรวม การจ่าย

เงินสำหรับการบริการผู้ป่วยใน ควรจ่ายตามอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้

5.10 จำเป็นต้องมีมาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อควบคุมอุปสงค์ไม่ให้มากเกินไป มาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ซึ่งอาจกำหนดอัตราร่วมจ่ายที่แตกต่างกันในระดับบริการที่ต่างกัน จะสามารถปรับพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการของประชาชนได้ด้วย

5.11 ระบบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมากในระบบประกันสุขภาพ ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และข้อมูลการใช้บริการ เพราะมีความจำเป็นมากสำหรับการวางแผน การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงระบบ

5.12 ระบบการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ ก็เป็นสิ่งจำเป็นในการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบบริการให้มีคุณภาพและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของทุกฝ่าย

5.13 มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์ด้านเดียว จะขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้ นอกจากนั้นยังจะเป็นการผลักภาระไปให้ประชาชน มาตรการที่มีประสิทธิผลมากกว่าคือ การควบคุมอุปทานหรือผู้ให้บริการ เช่น การควบคุมจำนวนผู้ให้บริการ จำนวนเตียง การกระจายบริการ พฤติกรรมการให้บริการ รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน การควบคุมราคา เป็นต้น

5.14 ภาคการเมืองจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการติดตามดูแลให้ระบบมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมด้วย

สถานการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนปี พ.ศ. 2544

การสร้างหลักประกันสุขภาพหรือการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุ้มครองความเสี่ยงที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เริ่มเกิดขึ้นนานแล้วในรูปของการสงเคราะห์แก่คนยากจนด้วยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้ จนเป็นที่มาของคำว่า “ผู้ป่วยอนาถา” กระทั่ง พ.ศ.2518 (ตารางที่ 1) สมัยรัฐบาลที่มี มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ออกนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) นอกจากนั้นก็มีการพัฒนาการประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ สำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ อีกหลายเรื่อง ได้แก่ การจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว โครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ การประกันสังคมสำหรับผู้ใช้แรงงาน กองทุนเงินทดแทน การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และการประกันสุขภาพเอกชน โดยเกือบทุกระบบมุ่งที่การประกันการรักษาพยาบาล (ซ่อมสุขภาพ) มีส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค (สร้างสุขภาพ) ควบคู่ไปด้วย เช่น โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น

ตารางที่ 1 ลำดับเหตุการณ์ของการเกิดระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ ในประเทศไทย
(วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร)³

พ.ศ.	เหตุการณ์
2472	ธุรกิจประกันภัยเอกชน
2497	กฎหมายประกันสังคมฉบับแรก (ไม่มีการบังคับใช้)
2517	กองทุนชดเชยแรงงาน
2518	นโยบายสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล
2521	บริษัทประกันสุขภาพเอกชนแห่งแรก
2523	ราชกิจจานุเบกษาสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
2524	การออกบัตรผู้มีรายได้น้อยครั้งแรก
2526	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 1 : กองทุนอนามัยแม่และเด็ก
2527	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 2 : สำหรับทั้งครอบครัว
2533	กฎหมายประกันสังคม บังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป
2534	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 3 : อาศัยหลักของการประกัน
2535	บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ
2536	กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2537	กฎหมายประกันสังคม ขยายการบังคับใช้แก่การจ้างงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป
2537	โครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่ 4 : เงินสมทบจากรัฐ reinsurance policy และการใช้บัตรข้ามเขต
2537	โครงการบัตรสุขภาพขยายไปสู่ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและเงินสมทบจากรัฐเต็มรูปแบบ
2537	โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยขยายไปสู่ผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น ๆ
2541	หลักเกณฑ์ใหม่ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย: จัดการโดยกรมการระดับชาติและจังหวัด, จัดสรรตามรายหัวประชากรแต่ละจังหวัด, นำระบบ reinsurance มาใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วยการเบิกจ่ายตาม Diagnostic Related Groups และระบบงบประมาณแบบ global budget
2541	ปรับปรุงการเบิกจ่ายสำหรับสวัสดิการข้าราชการ : นำ copayment มาใช้, ให้สิทธิเฉพาะ essential drugs, จำกัดการนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ
2543	ขยายระบบประกันสังคมไปสู่ผู้เกษียณอายุและเด็ก

ที่มา : คัดแปลงจาก อนุวัฒน์ ศุภชอุฏ

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี 2544 สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 กลุ่มระบบ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 40 การใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิที่กำหนดให้ก่อนเสมอ แต่เนื่องจากรัฐบาลอุดหนุนงบประมาณต่อหัวต่ำ ดังนั้นประชาชนส่วนใหญ่ที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ จึงถูกสถานพยาบาลเรียกเก็บเงินสมทบเป็นค่าบริการอยู่ตลอดเวลา และประชาชนมีความรู้สึกว่าได้รับบริการที่มีมาตรฐานต่ำกว่าบริการทั่วไป

2. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว

ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 10 เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลในฐานะนายจ้างจัดให้กับลูกจ้างเพื่อชดเชยค่าจ้างที่ถือว่าค่อนข้างต่ำ ผู้ที่อยู่ในระบบนี้มีความอิสระสูงในการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลใดก็ได้ บ่อยเท่าใดก็ได้ การจ่ายเงินให้กับสถานบริการใช้ระบบจ่ายตามที่เรียกเก็บ (fee – for –service) ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถควบคุมได้

3. ระบบประกันแบบบังคับ

ดำเนินการภายใต้กฎหมายเฉพาะ ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 9 (ไม่รวมการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) แยกได้เป็น 3 รูปแบบย่อย คือ

3.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม มีแหล่งเงินมาจากไตรภาคี คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐบาล คณะกรรมการกองทุนจ่ายเงินต่อหัวให้กับโรงพยาบาลที่ลูกจ้างเลือกขึ้นทะเบียนไว้ (ทั้งรัฐและเอกชน) โดยไม่มีการกำหนดให้ใช้บริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิก่อน

3.2 กองทุนทดแทนแรงงาน จ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับการรักษาพยาบาลโรคร้ายที่เกิดจากการทำงาน รวมไปถึงค่าปลงศพในกรณีเสียชีวิตจากการทำงานด้วย

3.3 การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีแหล่งเงินมาจากเบี้ยประกันรถภาคบังคับที่เจ้าของรถต้องจ่ายแก่บริษัทประกันภัยเอกชน

4. ระบบประกันแบบสมัครใจ ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 17 แยกได้เป็น 2 รูปแบบย่อยคือ

4.1 โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ผู้ทำงานอิสระ คนจำนวนไม่น้อยที่ซื้อบัตรสุขภาพซ้อนกับประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบที่ 1 โดยเสียเงินบัตรละ 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี ครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน รัฐบาลสมทบเพิ่มให้แก่สถานบริการที่รับผิดชอบอีก 1,000 บาทต่อบัตร การไปใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิก่อน แรงจูงใจของผู้ซื้อบัตรสุขภาพมีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพง

4.2 การประกันสุขภาพกับเอกชน เป็นการทำประกันสุขภาพของผู้มีฐานะค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ เงื่อนไขแล้วแต่การตกลงกันตามสภาพการประกัน

5. ระบบอื่น ๆ ได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชนขนาดเล็กที่เกิดขึ้นโดยการออมเงินร่วมกันของคนในชุมชนแล้วแบ่งเงินส่วนหนึ่งเพื่อเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก กองทุนลักษณะนี้มีเกิดขึ้นอย่างกระจัดกระจายในชนบทหลายภาค เช่น ที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดตราด เป็นต้น⁴ แต่ก็มีศักยภาพที่น่าจะเสริมเชื่อมต่อเข้ากับระบบมหภาคได้ ถ้ามีการสนับสนุนอย่างจริงจัง

จะเห็นได้ว่า ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยมีพัฒนาการมาตลอดในช่วง 2 – 3 ทศวรรษที่ผ่านมา สามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 (ตารางที่ 2) แต่พัฒนาการเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย มีความแตกต่าง เหลื่อมล้ำ และซ้ำซ้อน มีปัญหาทั้งในแง่ของสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและคุณภาพบริการสาธารณสุข และมีปัญหาด้านการเงินการคลัง (ตารางที่ 3) ไม่สอดคล้องกับสิทธิที่เสมอกันของประชาชนทุกหมู่เหล่าตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของความครอบคลุมการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ในประเทศไทย
พ.ศ. 2534 – 2543 (ศุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)³

ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม (ร้อยละ)						
	2534	2535	2538	2540	2541	2542	2543
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)	16.6	35.9	43.9	44.7	45.1	42.1	40.8
* ผู้มีรายได้น้อย	16.3	20.7	15.5	13.4	13.5	10.5	10.6
* ผู้สูงอายุ	-	6.2	4.6	4.9	5.5	6.4	6.4
* เด็ก 0 – 5 ปี	-	-	7.1	7.3	7.3	-	-
* นักเรียนประถมและมัธยมต้น	-	9	8.9	11.1	11.1	-	-
* ทหารผ่านศึก	0.3	-	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3
* ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	-	-	5	5.4	5.4	4.4	5.8
* ผู้พิการ	-	-	1.8	1.8	1.5	0.3	0.3
* ภิภษ สามเณร	-	-	0.6	0.5	0.5	0.2	0.2
2. สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.2	11.3	11.0	10.8	10.8	10.8	12.0
* ข้าราชการและครอบครัว	8.7	9.9	9.6	9.4	9.4	9.4	-
* พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	-
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
* ประกันสังคม/กองทุนทดแทนแรงงาน	3.2	4.4	7.3	7.6	8.5	9.2	9.4
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	2.9	3.9	9.8	15.3	15.9	15.8	17.5
* การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1.7	2.3	7.8	13.3	13.9	13.8	14.2
* การประกันสุขภาพเอกชน	1.2	1.6	2.0	2.0	2.0	2.0	3.3
รวมผู้ได้รับการประกันสุขภาพ ร้อยละ	32.9	55.5	72.0	78.4	80.3	77.9	79.7
ผู้ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ	97.1	44.5	28.0	21.6	19.7	22.1	20.3

ที่มา : พ.ศ. 2534 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534

พ.ศ. 2535 จากวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2536

พ.ศ. 2538, 2540 และ 2541 จากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2543 เป็นข้อมูลจากการรายงาน ณ เดือนกันยายน 2543 ความครอบคลุมจากการรายงานร้อยละ 81.58

ตารางที่ 3 แสดงความครอบคลุม การเงินการคลัง และการจัดบริการของการประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ ในประเทศไทย พ.ศ. 2541 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)³

ระบบประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม		ค่าใช้จ่าย (บาท)		ที่มาของเงิน
	ประชากร (ล้านคน)	%	พันล้าน	ต่อหัว ประชากร	
สปร.	27.5	45.1	18.3	667	ภาษีทั่วไป
สวัสดิการข้าราชการ	6.6	10.8	16.4	2,491	ภาษีทั่วไป
ประกันสังคม	5.2	8.5	7.6	1,468	ลูกจ้าง นายจ้าง และภาษีส่วนละเท่ากัน
บัตรสุขภาพ	8.5	13.9	6.4	750	500 บาทต่อครอบครัว + ภาษี 1,000
ประกันเอกชน	1.2	2.0	3.6	3,000	ประชาชน
กองทุนเงินทดแทน	5.2	8.5	1.6	308	นายจ้าง
ประกันอุบัติเหตุจากรถ	61.0	100.0	1.5	-	ประชาชน
รวม	49.0 ¹	80.3 ¹	55.4	1,067 ¹	-

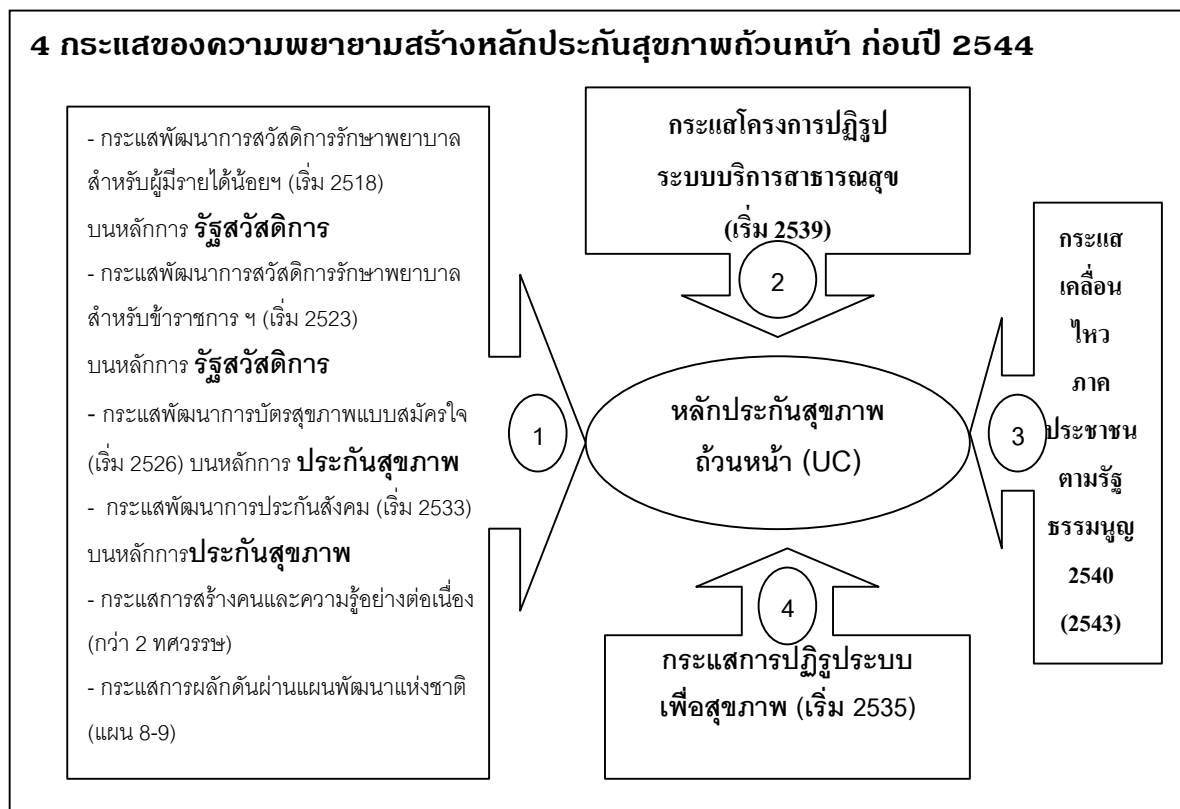
หมายเหตุ (1) ไม่รวมกองทุนเงินทดแทนและประกันอุบัติเหตุจากรถ

ที่มา : ดัดแปลงจาก มงคล ณ สงขลา และคณะ, 2540

วิเคราะห์ความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ. 2544

จะเห็นได้ว่าในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีความพยายามผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาอย่างต่อเนื่อง จำแนกออกได้เป็น 4 กระแสหลัก คือ (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 4 กระแสหลักของความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนปี พ.ศ. 2544



1. กระแสการพัฒนาโครงการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

ในประเทศไทยมีการริเริ่มและดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่มุ่งสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนหลายกลุ่ม การดำเนินการเหล่านี้คือทุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมาเกิดเป็นจริงได้ง่ายขึ้น

1.1 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย เป็นโครงการที่วางอยู่บนหลักการรัฐสวัสดิการแบบสังคมสงเคราะห์ ริเริ่มโดยรัฐบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาส ต่อมาขยายรวมไปถึงบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอื่น ๆ สามารถครอบคลุมประชาชนได้กว่า 25 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2541 แม้ว่าจะเป็นโครงการที่รัฐจ่ายเงินจำนวนจำกัดให้สถานบริการโดยตรงเพื่อจัดบริการให้แก่ประชาชนที่มีสิทธิ มีผลทำให้การบริการมีปัญหาเชิงคุณภาพ และผู้มีสิทธิบางส่วนเข้าไม่ถึงบริการก็ตาม แต่โครงการนี้ก็มีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการเพิ่มวงเงินงบประมาณขึ้นตามลำดับ มีการจัดสรรเงินให้จังหวัดคณะกรรมการมีบุคคลหลายฝ่ายมากขึ้น มีการจัดสรรงบประมาณต่อหัวประชาชนผู้มีสิทธิเป็นรายจังหวัด มีการจ่ายค่ารักษายาบาลที่มีราคาสูงด้วยอัตราตามรายกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ภายใต้งบประมาณรวม (global budget) เป็นต้น^{3,17} มีผลทำให้ประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบการเงินการคลังแบบปลายปิด และระบบบริการสาธารณสุขแบบที่มีการกำหนดขั้นตอนการใช้บริการและมีผลทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารส่วนหนึ่งด้วย

1.2 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว เป็นโครงการที่วางอยู่บนหลักการแบบรัฐสวัสดิการ เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ครอบคลุมประชากรประมาณ 6 - 7 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2541 เป็นระบบที่นายจ้าง (รัฐบาล) จ่ายเงินให้สถานบริการตามที่ใช้จ่ายจริง (fee for service) ซึ่งไม่สร้างแรงจูงใจให้เกิดการใช้บริการอย่างสมเหตุสมผล ทั้งฝ่ายผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตลอดเวลา แม้ระบบนี้จะไม่ได้ทำให้เกิดองค์ความรู้เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยตรง แต่ก็มีผลทำให้ภาพความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่ในสังคมไทยปรากฏเด่นชัดขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นที่มาของความพยายามปฏิรูปโครงการนี้ให้มีความชอบธรรมมากขึ้น เช่น การกำหนดสิทธิให้ใช้ได้เฉพาะยาตามบัญชียาหลัก การจำกัดวันนอนรักษาตัวในห้องพักพิเศษ การใช้ระบบร่วมจ่ายบางส่วนเมื่อใช้บริการ เป็นต้น ตลอดจนมีความพยายามศึกษาวิจัยเพื่อวางแผนปฏิรูปการจ่ายเงินให้เป็นแบบปลายปิดในรูปของการจ่ายต่อหัวและกำหนดคดคิดการใช้บริการอย่างมีขั้นมีตอน เพื่อให้เป็นระบบที่สมเหตุสมผลมากขึ้น และมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งงานศึกษาวิจัยส่วนนี้มีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นแกน^{3,18-20}

1.3 โครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ ริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข ในรูปของกองทุนอนามัยแม่และเด็ก เมื่อปี พ.ศ. 2526 แล้วมีพัฒนาการมาตามลำดับ โดยนำหลักการประกันสุขภาพเข้ามาใช้ ต่อมารัฐจ่ายเงินสมทบด้วย มีการตั้งสำนักงานขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะ สามารถครอบคลุมประชาชนได้ประมาณ 8 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2541 การดำเนินโครงการนี้ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารส่วนหนึ่ง ทำให้ประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิด และระบบการใช้บริการสาธารณสุขแบบมีขั้นตอน และคุ้นเคยกับการประกันสุขภาพ (health insurance) ที่รวมบริการทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษายาบาลด้วย

ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ หวังว่าจะใช้ประสบการณ์ของโครงการนี้ต่อยอดเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอนาคต โดยเมื่อปี พ.ศ.2536 มีการจัดสัมมนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่จังหวัดเพชรบุรี เพื่อร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ของการขยายโครงการให้ครอบคลุมทุกคน แต่ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ส่วนหนึ่งเสนอว่าควรทำภายใต้การประสานของสำนักงานโครงการบัตรสุขภาพต่อไป โดยใช้เวลาประมาณ 12 ปี บางส่วนเสนอว่าควรรวมทุกกองทุนที่มีอยู่เป็นกองทุนเดียวเพื่อการปฏิรูปใหญ่ครั้งเดียว¹²

1.4 โครงการประกันสังคม เป็นระบบทางอยู่บนหลักการ**ประกันแบบบังคับ** โดยมีการตรากฎหมายเมื่อปี พ.ศ. 2533 ใช้บังคับแก่การจ้างลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ปี พ.ศ. 2537 ขยายบังคับการจ้างลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ปี พ.ศ. 2543 ขยายครอบคลุมผู้เกษียณอายุและเด็ก มีการกำหนดให้ร่วมจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนจากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล มีคณะกรรมการดูแลการบริหารกองทุนและการซื้อบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ผู้เอาประกัน เลือกลงทะเบียนได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยจ่ายเงินให้แก่สถานบริการที่เข้าโครงการแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งครอบคลุมเฉพาะบริการรักษาพยาบาล (medical insurance) ครอบคลุมประชาชนประมาณ 5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2541 นอกจากนี้ ยังมีระบบกองทุนทดแทนแรงงานและการคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งมีกฎหมายเฉพาะอีกด้วย ซึ่งระบบเหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารบางส่วน ประชาชนที่เกี่ยวข้องคุ้นเคยกับระบบหลักประกันแบบร่วมจ่ายเงินประกันล่วงหน้า คุ้นเคยกับระบบการเลือกสถานบริการเพื่อใช้บริการ ในยามจำเป็น ฝ่ายผู้ให้บริการก็คุ้นเคยกับการจัดบริการตามพันธสัญญา ต้องแข่งขันกันพัฒนาบริการให้ถูกใจสมาชิกกองทุน คุ้นเคยกับระบบการเงินการคลังแบบปลายปิดและการจัดระบบบริการที่ต้องคำนึงถึงความสมเหตุสมผลมากขึ้น

1.5 ความพยายามสร้างคนและองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการเรื่องนี้มาตลอดช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เช่น มีการทำงานร่วมกับที่ปรึกษาชาวต่างประเทศเพื่อพัฒนาความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519) มีการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วย มีการทำงานกับนักวิชาการนอกกระทรวง มีการจัดอบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีการส่งคนไปศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจากต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศอังกฤษหลายคน แล้วกลับมาทำงานวิจัยและสร้างเครือข่ายวิชาการด้านนี้ ร่วมกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ มีการจัดประชุมสัมมนาทั้งระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อสร้างองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างต้นทุนทางปัญญาที่มีส่วนสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมา^{17,21,22}

1.6 ความพยายามผลักดันผ่านแผนพัฒนาแห่งชาติ ประเทศไทยมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ซึ่งจัดทำก่อนการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. 2540 มีการระบุไว้ในยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุข ข้อ 2.4 ว่า²³

“เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (core health services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของการพัฒนาสุขภาพว่า²⁴

“การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า :เร่งสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้า และเป็นธรรม โดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ปรับระบบการเงินการคลังและกลไกกำกับดูแลให้มีเอกภาพ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสังคม.....”

กระแสน้อย ๆ เหล่านี้สะท้อนถึงความพยายามของฝ่ายวิชาการและข้าราชการที่ผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดมา

2. กระแสโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

สืบเนื่องจากกรณีที่มีแพทย์ไทยที่ทำงานอยู่ในส่วนภูมิภาคส่วนหนึ่งทยอยไปศึกษาต่อ ณ สถาบันโรคเมือร้อน ที่ประเทศเบลเยียม²⁵ ซึ่งเน้นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ

ที่ให้บริการแบบผสมผสานและองค์รวม โดยมีความเชื่อว่าจะเป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนต่ำ ในจำนวนนั้นมี นพ. สงวน นิตยารัมพพงศ์ เป็นแกนนำคนสำคัญ มีการทำงานทางวิชาการร่วมกันเพื่อทดลองหารูปแบบ บริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับเมืองไทยในหลายพื้นที่ เช่น ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดพะเยา จังหวัดสงขลา เป็นต้น

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบเพื่อสร้างองค์ความรู้และขยายวงผู้สนใจนี้มี “โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข” เป็นกลไกแกนประสานและจัดการ โครงการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสหภาพยุโรป ที่เกิดขึ้นจากการประสานงานของ นพ. สงวนฯ เปิดตัวโครงการอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2539 แต่มีการทำงานอย่างไม่เป็นทางการมาก่อนหน้านั้นหลายปี

โครงการนี้มีส่วนผลักดันทั้งการพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำงานเชื่อมโยงกับนักวิชาการทั้งภายในและนอกประเทศ ประชาคมวิชาชีพด้านสาธารณสุข และประชาคมสุขภาพจำนวนหนึ่ง ทั้งในรูปของการสร้างวิชาการบางส่วน การสร้างกระแสและการผลักดันอย่างต่อเนื่อง^{17,26,27}

ปี พ.ศ.2539 มีการจัดประชุมร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก ที่จังหวัดนครราชสีมา ใช้ชื่อว่า “Health Care Reform : At the Frontier of Research and Policy Decisions” ได้ข้อสรุปว่า จำเป็นต้องมีการทำงานวิจัยและสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมให้มากขึ้น¹⁷

ในปีเดียวกันนั้น สมัยที่ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพที่ดูแลโครงการบัตรสุขภาพ และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีนพ. สงวนฯ ดูแลอยู่ทั้ง 2 หน่วยงาน ได้เข้าไปร่วมทำงานกับคณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร จนเกิดการยกย่อง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น มี นายสมศักดิ์ คุณเงิน สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจังหวัดขอนแก่นเป็นประธานคณะอนุกรรมการฯ แต่หลังจากนั้นไม่นานก็มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลต่อมาไม่ได้สนใจผลักดันเรื่องนี้ต่อ

ปี พ.ศ. 2540 – 2541 มีการส่งคนไปศึกษาดูงานการสร้างหลักประกันสุขภาพใน 11 ประเทศ และสังเคราะห์ออกมาเป็นเอกสารวิชาการเพื่อเป็นฐานข้อมูล และมีการจัดประชุมนานาชาติอีกครั้งในชื่อว่า “การบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทเรียนจากประเทศรายได้ปานกลางและสูง” แต่ไม่มีข้อสรุปเพื่อการดำเนินการที่ชัดเจน^{12,17}

ปี พ.ศ. 2542 – 2543 โครงการได้ขยายวงเข้าไปทำงานกับองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขและภาคประชาสังคมมากขึ้น เพื่อสร้างแนวร่วมเคลื่อนไหว ผลักดันการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและขับเคลื่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า²⁶ จนมีผลทำให้เกิด “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยเครือข่ายประชาชนขึ้นในปี พ.ศ. 2543^{17,28}

3. กระแสการเคลื่อนไหวภาคประชาชนตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนมากที่สุดเท่าที่เคยมีมา รวมทั้งได้เปิดให้ประเทศไทยเป็นสังคมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น แทนที่จะเป็นประชาธิปไตยแบบตัวแทนอย่างเดียวเหมือนในอดีต

ในด้านสุขภาพมีการกำหนดสิทธิไว้ชัดเจนในหลายมาตรา ซึ่งสิทธิเหล่านี้เป็นฐานความชอบธรรมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันรัฐธรรมนูญได้ให้สิทธิแก่ประชาชนในการเสนอออกกฎหมาย ด้วยการรวมตัวกันเข้าชื่อไม่น้อยกว่า 5 หมื่นคน เสนอต่อประธานรัฐสภา⁶

ที่ผ่านมา มีประชาชนจำนวนเป็นสิบล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ ประชาชนส่วนหนึ่งต้องประสบกับปัญหาในการใช้บริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นด้านคุณภาพ ค่าใช้จ่ายที่สูง และความไม่เป็นธรรมอื่น ๆ ในขณะเดียว

กัน การจัดบริการสาธารณสุขก็มีพัฒนาการไปมากทั้งในด้านที่เป็นบริการมนุษยธรรมพื้นฐาน และด้านที่เป็นบริการเพื่อแสวงกำไรทางธุรกิจเต็มรูปแบบ ทำให้ประชาชนประสบปัญหาทั้งด้านความเป็นธรรม คุณภาพและค่าใช้จ่าย รวมทั้งขาดสิทธิที่จะมีหลักประกันสุขภาพตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

ดังนั้น เครือข่ายประชาชนที่ได้ร่วมทำงานเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการต่าง ๆ และร่วมงานกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ฯลฯ^{26,29} จึงได้ร่วมตัวกันพัฒนาแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเริ่มจากการประชุมพัฒนายุทธศาสตร์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2543^{29,30} พัฒนาเป็น “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ของเครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{28,31} โดยมีโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นภาคร่วมสนับสนุนที่ใกล้ชิด

หัวใจของร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฉบับประชาชน

1. **เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข** ระหว่างผู้ป่วย – ผู้ไม่ป่วย ระหว่างคนมีเงินจน แต่ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเดียวกัน
2. เป็นระบบเดียว กองทุนเดียว รวมทุกกองทุนทุกระบบเดิมเข้าด้วยกัน เพื่อไม่ให้เหลื่อมล้ำ ซ้ำซ้อน
3. บริหารภายใต้คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีตัวแทน 3 ฝ่าย คือ ประชาชน รัฐ องค์กรท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน
4. พัฒนาและสร้างระบบควบคุมคุณภาพการบริการ การรับเรื่องราวร้องทุกข์ โดยมีคณะกรรมการที่มีตัวแทนจาก 3 ฝ่ายร่วมกันดูแล
5. ที่มาของกองทุน อามาจากภาษีทางตรง ภาษีเฉพาะ ภาษีทางอ้อม เงินสมทบจากแหล่งต่าง ๆ
6. ส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น
7. พัฒนาคุณภาพบริการ ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานบริการและเปิดให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนกับสถานบริการใกล้บ้านที่ทำงานแบบเครือข่าย
8. ส่งเสริมองค์กรประชาชนและองค์กรท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการจัดบริการภายใต้ระบบนี้ และเป็นผู้จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพได้

จากเอกสารอ้างอิง 28

ผู้ร่วมลงชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนคนแรกคือ นพ. เสม พริงพวงแก้ว เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 จากนั้นสามารถรวบรวมรายชื่อเสนอให้ประธานรัฐสภาได้ 6 หมื่นรายชื่อในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 แต่เมื่อตรวจสอบแล้วยังขาดรายชื่อที่มีคุณสมบัติครบอีกประมาณ 4 พันคน จึงต้องหารายชื่อเพิ่มเติม จนครบสมบูรณ์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ซึ่งขณะนั้นรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณได้เสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับรัฐบาลเข้าสู่รัฐสภาไปแล้ว รัฐสภาจึงใช้ร่าง พ.ร.บ.ของรัฐบาลเป็นร่างหลัก ส่วนร่าง พ.ร.บ.ฉบับประชาชนสามารถผลักดันเข้าสู่รัฐสภาในนามของคณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร โดยมีนพ. ชลน่าน ศรีแก้ว ส.ส.จังหวัดน่าน พรรคไทยรักไทย เป็นผู้ผลักดัน (เป็นร่างที่ 6 ในการพิจารณาของรัฐสภา)³¹

นอกจากนี้ ในชุมชนบางพื้นที่ เช่น ที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดตราด เป็นต้น มีการดำเนินกิจกรรมของประชาชนในรูปของกองทุนสัจจะออมทรัพย์ โดยประชาชนออมเงินกันเอง แล้วมีการจัดสรรผลประโยชน์ในรูปของสวัสดิการช่วยค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก ด้วยเงินที่กองทุนจัดสรรให้และเงินปันผลจากกองทุน ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยประชาชนเพื่อประชาชนกันเอง⁶⁴ ทำให้เห็นถึงศักยภาพที่จะสามารถดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพร่วมกับระบบใหญ่ของชาติได้อีกทางหนึ่งด้วยเช่นกัน

4. กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ตั้งขึ้นโดยการออกกฎหมายเฉพาะเมื่อปี พ.ศ. 2535 เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการ การสร้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายบุคลากร เชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรคภัยไข้เจ็บและเรื่องของระบบบริการสาธารณสุข มีงานสำคัญ ๆ เกิดขึ้น ได้แก่

ปี พ.ศ.2539 มีการจัดประชุมวิชาการ ชื่อ “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาาระบบ” เพื่อเตรียมองค์ความรู้ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งหนึ่งในเรื่องเหล่านั้นมีเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมอยู่ด้วย

ปี พ.ศ. 2541 สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจนเกิดเป็นการเคลื่อนไหวใหญ่ ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบัน และในปีเดียวกันนั้นได้จัดประชุมวิชาการ ชื่อ “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” เพื่อเตรียมผลักดันการปฏิรูประบบที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในมิติสุขภาพะ จนกระทั่งเกิดกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เก็บภาษีเหล้าและบุหรี่ร้อยละ 2 มาใช้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ.2542 สนับสนุนวิชาการแก่คณะกรรมการสาธารณสุขวุฒิสภา ชุดที่ 7 จัดทำ “รายงานระบบสุขภาพ ประชาชาติ” เพื่อเป็นข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540¹⁰

สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว โดยหวังว่าจะเป็นอีกเส้นทางหนึ่งที่จะผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย¹⁹

ตัวอย่างข้อเสนอในรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ

“.....การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน รัฐพึงสร้างหลักประกันเพื่อความเสมอภาคของบุคคลในการได้รับสิทธิการมีสุขภาพดีโดยไม่เลือกปฏิบัติ.....

.....จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นระบบเชิงรุกในการสร้างสุขภาพมากกว่าการเน้นหนักที่การซ่อมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย.....เป็นการยกเครื่องระบบสุขภาพใหม่ทั้งหมด.....

.....มีการจัดระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ (collective financing) เพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน โดยระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ

จากเอกสารอ้างอิง 10

ปี พ.ศ.2542 - 2543 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้รัฐบาลในสมัยนั้น (ซึ่งมีพรรคประชาธิปัตย์เป็นแกนนำ) จัดตั้งกลไก “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (คปรส.) ด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543³² เพื่อจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บท สำหรับการปฏิรูประบบย่อยต่าง ๆ ในระบบสุขภาพทั้งระบบ (total health systems reform) ซึ่งรวมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข หรือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการปฏิรูปดังกล่าวด้วย ด้วยพิจารณาเห็นว่าควรทำอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และควรสอดคล้องกับการปฏิรูประบบย่อยอื่น ๆ

ต้นปี พ.ศ. 2544 คปรส. ได้จัดทำร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติออกเผยแพร่ เพื่อใช้เป็นสื่อตั้งต้นในการระดมความคิดเห็น เพื่อจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่จะมีผลต่อการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ มีสาระสำคัญบางประการในประเด็นที่ 8 “ระบบการเงินการคลังในระบบสุขภาพ” ว่า³³

“8.1 จัดให้มีระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่เพื่อสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน สามารถเข้าถึงชุดบริการหลักด้านสุขภาพ (core service package) ได้โดยถ้วนหน้า โดยมีหลักการดังนี้

- 8.1.1 ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ (เอื้ออาทร) ของผู้คนในสังคม โดยการจ่ายเงินสมทบของประชาชนให้เป็นที่ไปตามสัดส่วนตามความสามารถในการจ่าย (income related) ไม่ใช่จ่ายตามภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk related)
- 8.1.2 แหล่งทรัพยากรมาจากภาษีอากร รัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับนายจ้างและประชาชน ทั้งนี้ รัฐต้องจ่ายเป็นหลัก และประชาชนที่มีรายได้มากจ่ายมาก ผู้มีรายได้ไม่มากจ่ายน้อย ผู้มีรายได้ต่ำรัฐให้การสงเคราะห์จ่ายแทน
- 8.1.3 ทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่กำหนดเท่าเทียมกัน สำหรับผู้ต้องการบริการที่เหนือกว่านั้นต้องจ่ายเพิ่มเอง หรือซื้อระบบประกันเสริม
- 8.1.4 เป็นระบบบังคับที่มีหลักการเดียวกันทั่วประเทศ แต่การบริหารจัดการอาจมีได้หลายระบบ ทั้งนี้ ต้องเป็นระบบที่มีทางเลือกให้กับประชาชนในการเลือกใช้บริการจากภาครัฐหรือเอกชนตามสมควร
- 8.1.5 หลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย โดยต้องจัดเงื่อนไขที่เน้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ระบบการบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบการบริการฉุกเฉินเป็นความสำคัญอันดับต้น ๆ
- 8.1.6 ให้มีสำนักงานคณะกรรมการการคลังด้านสุขภาพหรือองค์กรอิสระอื่นที่กำหนด ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบนี้ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กฎเกณฑ์ กติกาต่าง ๆ กำหนดมาตรฐาน ประเมินผลและกำกับดูแลระบบทั้งระบบ”

สำหรับการเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวรส. ได้สนับสนุนให้มีการทำงานทางวิชาการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจาย เพื่อวางขั้นตอนดำเนินการเรื่องนี้ โดยมีภารกิจคณะทำงานวิชาการที่มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นหัวหน้าคณะ เริ่มทำงานตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. 2543 คณะทำงานได้ศึกษาและสังเคราะห์งานแล้วจัดทำข้อเสนอไว้ก่อนข้างจะครอบคลุมแง่มุมต่าง ๆ โดยได้เสนอขั้นตอนสำคัญ ๆ ในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ สรุปได้ดังนี้⁴

- (1) การดำเนินการเรื่องนี้ ต้องเป็นนโยบายของรัฐบาล โดยต้องออกเป็นกฎหมายเพื่อปรับระบบการเงินการคลัง
- (2) ต้องอาศัยกลไกการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และต้องมีการวางระบบการจัดการที่ดี โดยออกแบบระบบอย่างพิถีพิถันเพื่อให้การดำเนินการราบรื่น ให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้ในระยะยาว
- (3) ต้องวางระบบที่ดีในการสร้างความรู้ความเข้าใจและสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติและผู้มีสิทธิ
- (4) ขั้นตอนดำเนินการ รัฐบาลควรกำหนดเวลาดำเนินงานภายในระยะ 3 ปี โดยจัดทำแผนแม่บทที่แสดงเป้าหมาย เงื่อนไขการทำงาน หน่วยงานรับผิดชอบ และตัวเลขงบประมาณที่จำเป็นไว้อย่างชัดเจน
- (5) ตั้งสำนักงานพิเศษอยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีเพื่อประสานการดำเนินงานเรื่องนี้

อย่างเป็นระบบ

(6) เตรียมการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น ระบบสารสนเทศสำหรับการบริหาร เตรียมปรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ระบบประกันสังคมและระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ให้สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพเสมือนเป็นกองทุนเดียวกัน จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของประชาชน สำหรับการจ้างงานอย่างไม่เป็นทางการ จัดหารายได้เพิ่มหรือจัดงบประมาณเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนแม่บท ขยายเขตพื้นที่นำร่อง พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ มาตรฐานและเครือข่ายบริการสาธารณสุข พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ทอยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หารายได้เพิ่มเพื่อการนี้ประมาณ 3 - 4 หมื่นล้านบาท สำหรับปีงบประมาณ 2547 เป็นต้น

(7) จัดทำร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปิดเวทีรับฟังความเห็นอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยร่าง พ.ร.บ.ฯ มีบทเฉพาะกาลสำหรับเตรียมการช่วงเปลี่ยนผ่าน 2 ปี แต่เมื่อรัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เข้าบริหารประเทศในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลไม่ได้ใช้กลไกและข้อเสนอเหล่านี้ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณฯ กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การสร้างนโยบายของพรรคไทยรักไทย¹²

พรรคไทยรักไทยเป็นพรรคการเมืองใหม่ ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2541 หลังจากที่ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ล่าสุด กระบวนการทำงานของพรรคมีการตั้งคณะทำงานศึกษาเรื่องต่าง ๆ เพื่อเตรียมจัดทำเป็นนโยบายของพรรค มีการปรึกษาหารือกันอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2542 ในขณะทำงานนั้นมีทีมสาธารณสุข 4 คน (ต่อมาเมื่อพรรคได้เป็นแกนจัดตั้งรัฐบาลในปี พ.ศ. 2544 สองในสี่คนนี้ได้รับแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

สำหรับประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพ หัวหน้าพรรคมองเห็นประเด็นของการขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนที่ต่างคนต่างทำ มีการคุยกันถึงเรื่องการพัฒนากำลังคนและการตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ แต่สรุปว่าเป็นความคิดแยกส่วนไม่สามารถสร้างเป็นนโยบายได้ ในที่สุดคณะทำงานได้เชิญ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มาให้ความเห็นตามคำแนะนำของ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.สงวนฯ เสนอ 2 เรื่อง คือ เรื่องการสร้างสุขภาพโดยเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่มาเป็นกองทุน ซึ่งกำลังมีการทำ พ.ร.บ.อยู่ในช่วงนั้น และเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹⁷

คณะทำงานพิจารณาว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน่าจะทำได้ เพราะสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 แต่ตอนแรกยังไม่เห็นว่าเรื่องนี้จะนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้อย่างไร จะเกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนอย่างไร และความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังจะเป็นอย่างไร จึงมีการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ และปรึกษาทีมงานเศรษฐกิจเพิ่มเติม แล้วประมาณการว่าน่าจะใช้เงินประมาณ 8 หมื่น - 1 แสนล้านบาท จึงเสนอว่าควรมีการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพคนละ 100 บาท ต่อเดือน และควรเก็บค่าธรรมเนียมใช้บริการ 20 บาทต่อครั้ง เพื่อป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นด้วย

เมื่อนำเสนอเรื่องนี้ต่อหัวหน้าพรรคในเวลาต่อมา หัวหน้าพรรคตัดสินใจให้ทำเป็นประเด็นนโยบายของพรรคที่มีความสำคัญสูง โดยมอบให้ทีมงานไปสร้างเป็นต้นนโยบายที่มีสาระและวิธีแนวปฏิบัติให้ชัดเจนขึ้น โดยให้ข้อสังเกตว่า น่าจะใช้ political gimmick ว่า “20 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งต่อมากลายเป็น “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ประชาชนรับรู้กันทั่วประเทศ

ตารางที่ 4 ลำดับเหตุการณ์การส้างหลักประกันสุขภาพช่วงรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ (พ.ศ. 2543 - 2546)

พ.ศ.	เหตุการณ์
2542-2543	คณะกรรมการพรรคไทยรักไทย ส้างประเด็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ขณะนั้นคนไทยมีหลักประกันสุขภาพแล้วประมาณร้อยละ 80)
2543	พรรคไทยรักไทยรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง ชูประเด็นการส้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เป็น 1 ใน 11 วาระแห่งชาติ มีการรวาง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ล่วงหน้า
2543 - 2544	คณะกรรมการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นหัวหน้าคณะสนับสนุนโดย คปรส. และ สวรส.) ตั้งกระทห้และให้ข้อเสนอทางวิชาการเพื่อเตรียมการส้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปพร้อม ๆ กับการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ
ม.ค.2544	พรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้งอย่างท่วมท้น พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ตั้งรัฐบาลโดยใช้นโยบายพรรคไทยรักไทยเป็นนโยบายของรัฐบาล (แถลงนโยบายต่อรัฐสภา 26 มีนาคม พ.ศ. 2544)
มี.ค. 2544	- มีการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแนวทางดำเนินนโยบาย (17 มีนาคม พ.ศ. 2544) - ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 - เครือข่ายประชาชนรณรงค์ส้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวบรวมชื่อได้ 6 หมื่นชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อรัฐสภา
เม.ย.2544	ลงมือดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคใน 6 จังหวัด
พ.ค.2544	กรมเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับรัฐบาล
มิ.ย.2544	ขยายการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเพิ่มอีก 15 จังหวัด
ส.ค.2544	ตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน
ต.ค.2544	- ขยายการดำเนินโครงการ 30 บาทครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศและบางเขตในพื้นที่ กทม. - เกิดการขัดแย้งระหว่างรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลนโยบายนี้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่
พ.ค.2545	สภาผู้แทนราษฎรผ่านร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วาระ 3
มิ.ย. -	เกิดปฏิกิริยาจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่พอใจสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.บางมาตรา มีการแต่งตั้ง
ส.ค. 2545	ประหังและมีปฏิกิริยาจากผู้เกี่ยวข้องในโครงการประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ
ส.ค.2545	วุฒิสภาผ่านความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันฯ วาระ 3 โดยมีการแก้ไขสาระบางส่วน
ต.ค.2545	สภาผู้แทนราษฎรเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ตามที่วุฒิสภาแก้ไข
พ.ย.2545	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ ให้มีการตั้ง คปสช. และสปสช. ทำหน้าที่ดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (มีบทเฉพาะกาลให้กระทรวงสาธารณสุขรับเงินเหมาจ่ายรวมมาจัดบริการในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเอง)
มิ.ย. 2546	กรมเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฉบับแก้ไข เพื่อตัดมาตรา 11 และมาตรา 42 ออกและขยายบทเฉพาะกาลใน ม.66 จาก 1 ปีเป็น 3 ปี
2545- 2546	มีกระแสข่าวความไม่พอใจของฝ่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ และมีปรากฏการณ์แพทย์ลาออกจากระบบราชการมากขึ้น
พ.ย. 2546	เกิดความขัดแย้งในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จากกรณีกระทรวงฯ เปลี่ยนระบบจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการโดยแยกเงินเดือนออกจากเงินเหมาจ่ายรวมไว้ที่ส่วนกลาง

พรรคไทยรักไทยใช้วิธีนำเสนอนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้อิงกับสถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ โดยระบุว่าเป็น “กำแพงพังกาลหลังสุดท้ายของผู้ยากไร้”³⁴ (ไม่ได้ชูประเด็นสิทธิของประชาชนตามปรัชญาหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นประเด็นนำ) มีการทำเอกสารเผยแพร่ สรุปความได้ดังนี้

“วิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชาชนเดือดร้อน เมื่อเจ็บป่วยก็ยังมีปัญหาหนัก อาจทำให้สิ้นเนื้อประดาตัว ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี แต่มีคนไทย 18 ล้านคนขาดหลักประกันสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข ในขณะที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ได้รองรับสิทธิของบุคคลที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน พรรคไทยรักไทยอาศัยแนวคิดใหม่ 3 ประการคือ

- (1) แก้ปัญหาแบบองค์รวม
- (2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
- (3) ใช้หลักความยุติธรรมในสังคม

พรรคไทยรักไทย จึงจะเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนด้วยนโยบาย

- (1) ขยายการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพโดยกองทุนเดิม โดยขยายการประกันสังคมไปยังคู่สมรส และสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป
- (2) สร้างเอกภาพของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อปูทางสู่การประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นองค์การมหาชนเพื่อประสานจัดการวางรูปแบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (3) ส่งเสริมบทบาทประชาคมและชุมชนที่มีบทบาทในการประกันสุขภาพให้ขยายผลออกไป และให้ผู้แทนประชาคมเข้าร่วมบริหารและกำกับระบบประกันสุขภาพด้วย
- (4) เพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน โดยปรับปรุงระบบบริการภายใต้โครงการประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- (5) ออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีผลใช้บังคับโดยสมบูรณ์หลังออกพระราชบัญญัติ 3 ปี เพื่อให้เตรียมระบบบริการได้
- (6) ตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ และพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ และบริการสาธารณสุขทั้งระบบ กองทุนนี้จะจัดสรรเงินให้สถานพยาบาลตามสัดส่วนประชาชนในเขตพื้นที่ มีการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อการส่งต่อ มีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน และจัดสรรเงินส่วนอื่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย”

สำหรับแหล่งที่มาของเงินกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุไว้ 4 ทาง คือ

- (1) งบประมาณรัฐบาล
- (2) เงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพจากผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์รายได้ร้อยละ 10 หรือผู้ที่สังคมต้องเก็บเงินจำนวน 100 บาทต่อเดือนต่อคน
- (3) การระดมทุนในชุมชนในลักษณะเงินสมทบจากองค์กร
- (4) เก็บค่าร่วมจ่ายในการบริการผู้ป่วยนอก อัตรา 30 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง

เนื้อหาสาระของนโยบายที่พรรคไทยรักไทยนำเสนอออกมาในช่วงแรกนี้ ซึ่งวางอยู่บนแนวคิดการประกันสุขภาพ และมีส่วนละม้ายคล้ายคลึงกับข้อเสนอของคณะทำงานวิชาการภายใต้ คปรส.ที่มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลาเป็นประธานค่อนข้างมาก

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้ถูกกำหนดให้เป็น 1 ใน 11 วาระแห่งชาติของพรรคไทยรักไทย ซึ่งเสนอเป็นครั้งแรกในการประชุมใหญ่ของพรรคที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2543 โดยปรับปรุงข้อความนำเสนอเนื้อหาสาระใหม่เป็นดังนี้³⁵

“วาระแห่งชาติที่ 8 : พลิกโฉมบริการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสาธารณสุขสูงถึงกว่าสองแสนล้านบาทต่อปี แต่คนไทยจำนวนถึง 18 ล้านคนยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ไม่มีโอกาสได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ พรรคไทยรักไทย จึงจะดำเนินการ ดังนี้

- จัดให้มีการประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทั้ง 62 ล้านคน โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพของตนเองและของครอบครัวตามศักยภาพของทุกครัวเรือน
- ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ได้ตามที่ตนเองพอใจ โดยระบบประกันสุขภาพที่สร้างขึ้นจะจัดสรรเงินงบประมาณจากกองทุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้นอย่างเพียงพอ ตามสัดส่วนของประชาชนที่ลงทะเบียน ซึ่งหมายถึงการคืนอำนาจในการจัดการบริการสุขภาพกลับสู่ประชาชน
- ให้ประชาชนได้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน
-

แต่ในเวลาต่อมา พรรคไทยรักไทยตัดสินใจตัดประเด็นการเก็บเงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพเดือนละ 100 บาทต่อคนออก โดยระบุแหล่งเงินไว้ใน “17 คำถามคำตอบ การประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 บาทต่อครั้งรักษาได้ทุกโรค” ที่เผยแพร่เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 ว่า³⁶

“14. กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ จะหาเงินจากไหน มาทำโครงการนี้

เงินที่ต้องใช้เพื่อบริการสุขภาพ ประมาณ 100,000 ล้านบาทต่อปี โดยหาจาก 4 ทาง คือ

1. เงินงบประมาณ ตามปกติรัฐบาลจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศทุกสังกัดปีละ 84,000 ล้านบาท แต่การจัดสรรเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง และใช้ประโยชน์ไม่ได้เต็มที่ พรรคจึงเสนอให้มีการจัดสรรใหม่ โดยเปลี่ยนจากการจัดสรรให้ตามขนาดของโรงพยาบาล มาเป็นตามจำนวนของประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนขอใช้บริการในสถานพยาบาลนั้น ๆ
2. เงินสมทบจากสำนักประกันสังคม ที่ประกันสุขภาพให้ผู้ประกันตนคนละ 1,200 บาทต่อปี จะได้เงินในส่วนนี้ประมาณ 12,000 ล้านบาทต่อปี
3. การระดมทุนในชุมชน ในลักษณะเงินสมทบจากองค์กร เช่น อบต., อบจ. หรือกองทุนชุมชนอื่น ๆ
4. เงิน 30 บาทต่อครั้ง ที่เก็บ เมื่อคนไข้มาใช้บริการรักษาสุขภาพ อีกปีละประมาณ 120 ล้านครั้ง หรือประมาณ 3,600 ล้านบาท”

สำหรับเหตุผลของการตัดประเด็นเก็บเงินสมทบออกคือ การเก็บเบี้ยประกันยังไม่มีระบบรองรับการปฏิบัติ จะเกิดปัญหายุ่งยากมาก และจากการศึกษางานวิจัยเพิ่มเติมหลายชิ้น เชื่อว่าค่าใช้จ่ายไม่น่าจะเกินปีละ 1 แสนล้านบาท อยู่ในวิสัยที่รัฐบาลน่าจะจ่ายเองได้ แต่เหตุผลซ่อนเร้นที่สำคัญกว่านั้นก็คือ การเสนอเก็บเบี้ยประกันสมทบจะทำให้นโยบายไม่เป็นที่นิยม ผู้สมัคร ส.ส.ของพรรคปรารถนาว่าอธิบายแก่ประชาชนยากมาก¹²

2. การพัฒนานโยบายและการลงมือดำเนินการเมื่อเข้าเป็นรัฐบาล

2.1 จากนโยบายพรรคสู่นโยบายรัฐบาล

เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งทั่วไป เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ประกาศว่าจะใช้นโยบายของพรรคไทยรักไทยเป็นนโยบายของรัฐบาล นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาทรักษาทุกโรค” จึงกลายมาเป็นนโยบายของรัฐบาลในเวลาต่อมา

ทีมงานของพรรคมีการทบทวนงานวิจัยหลายชิ้น เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในเชิงการเงินการคลังอีกครั้ง โดยงานศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับธนาคารแห่งการพัฒนาเอเชีย ระบุว่าใช้งบประมาณหัวละ

1,040 บาท ต่อปีก็พอ การดำเนินโครงการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (โรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ได้รับงบประมาณหัวละ 782 บาทต่อปี การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมจ่ายหัวละ 1,400 บาทต่อปี จึงมีการคำนวณว่าประชากร 60 ล้านคน น่าจะใช้งบประมาณราว 6 หมื่น - 8 หมื่นล้านบาทเศษ รัฐบาลน่าจะจ่ายได้เมื่อรวมเงินส่วนประกันสุขภาพของประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการฯ เข้าด้วยกัน แม้ว่าการศึกษาของคณะทำงานที่มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นหัวหน้า คาดว่าน่าจะใช้งบประมาณ 1 แสนล้านบาทก็ตาม

นพ.สงวน นิตยารัมพพงศ์ ซึ่งร่วมเป็นผู้ทำงานอยู่ในคณะของ ศ.ดร.อัมมารฯ ด้วยและเป็นตัวเชื่อมกับทีมงานของพรรคไทยรักไทย (ต่อมาได้รับแต่งตั้งให้เป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2544 เพื่อดูแลเรื่องนี้ และเป็นเลขาธิการ สปสช. เมื่อปี พ.ศ. 2546 หลัง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้ว) เสนอว่าควรเริ่มทำนาร่องในบางจังหวัด ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 และค่อย ๆ ทำให้ครอบคลุมทั้งประเทศในเวลา 3 ปี¹²

วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐบาลแถลงนโยบายต่อรัฐสภา นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐสภา ดังนี้¹⁷

“1.นโยบายเร่งด่วน.....

(7) **สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชน ในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน.....

10.นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง

รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกันและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนี้

(1) **จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยการตรากฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.2 ลงมือทำทันที

แม้ข้อเสนอจากฝ่ายนักวิชาการส่วนมากค่อนข้างจะเห็นตรงกันว่า การดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรทำอย่างมีขั้นตอนและค่อยเป็นค่อยไปและควรทำโดยกลไกนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรี ซึ่งในช่วงต้นทีมงานของพรรคไทยรักไทยก็เห็นไปแนวนั้นและเคยระบุเช่นนั้นไว้ในเอกสารของพรรคไทยรักไทยในช่วงแรก ๆ ^{4,17,34} ด้วยก็ตาม แต่ในที่สุดรัฐบาลได้ตัดสินใจลงมือทำทันทีโดยใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกดำเนินการแทนที่จะใช้กลไกภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรี โดยส่งหนึ่งในทีมงานที่มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นนโยบายเรื่องนี้มาตั้งแต่ต้น ๆ (นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี) เข้าเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดูแลกำกับนโยบายนี้เป็นการเฉพาะ

ในช่วงเวลานั้น เป็นช่วงที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.มงคล ณ สงขลา) และคณะ มีแนวคิดสอดคล้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นฝ่ายเสนอให้ลงมือดำเนินการทันทีใน 6 จังหวัดที่ทำโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขตามโครงการลงทุนทางสังคมที่สนับสนุนโดยธนาคารโลกอยู่ก่อนแล้ว (จ.พะเยา, นครสวรรค์, ยโสธร, ปทุมธานี, สมุทรสาครและยะลา) โดยเสนอให้ดำเนินการเฉพาะในส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขก่อน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป ในขณะที่เดียวกันก็ตั้งคณะทำงานเร่งจัดเตรียมข้อเสนอแนวทางดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านทันที มีการประชุมผู้เกี่ยวข้องประมาณ 60 คนที่พิทยา ระหว่าง

วันที่ 2 - 4 มีนาคม พ.ศ. 2544 เพื่อเตรียมข้อเสนอเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการที่รัฐบาลจะจัดให้มีขึ้นในวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544

วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 มีประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำเนียบรัฐบาล มีนายกรัฐมนตรีนั่งเป็นประธาน มีผู้เข้าร่วมประชุม 111 คน จากทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ภาคเอกชนและตัวแทนผู้บริโภค ซึ่งศ.ดร.อัมมาร สยามวาลาก็ได้รับเชิญให้นำเสนอข้อศึกษาทางวิชาการ สรุปสาระสำคัญได้ว่า⁶

“คณะทำงานพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ทำการศึกษาเรื่องนี้ก่อนที่รัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ เข้ามาบริหารประเทศ หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือต้องเป็นสิทธิเท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ไม่ใช่ข้อยกเว้นของชนชั้นหรือชนชั้นวรรณะ ไม่ใช่ของขวัญที่รัฐบาลหยิบยื่นให้แก่ประชาชน ต้องสร้างให้ทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันโดยรัฐมีหน้าที่เกี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ระหว่างประชาชนทุกกลุ่ม ระบบต้องแยกฝ่ายผู้ซื้อบริการออกจากฝ่ายผู้ให้บริการ ต้องมีการจัดระบบสารสนเทศที่ดีและคล่องตัว เพื่อสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับไว ต้องมีการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีการทำงานอย่างเป็นเครือข่าย เพื่อให้มีระบบส่งต่อที่ดี เพื่อให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนรับบริการกับเครือข่ายบริการและมีระบบกำกับตรวจสอบที่รัดกุมและเคร่งครัด

ในระยะเริ่มต้นควรมีกองทุนหลักประกันสุขภาพเพียง 2 กองทุน คือ (1) ขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และ(2) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุนต้องมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน และในระยะต่อไปควรมีกองทุนเดียว

การดำเนินงานแต่ละประเด็น มีรายละเอียดที่ต้องถกกันรองออกมาเป็นระบบที่นำไปทำได้ทั่วประเทศ และต้องทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมาก”

ในการประชุมดังกล่าว คณะทำงานเฉพาะกิจของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล ในช่วงเปลี่ยนผ่าน สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้⁸

“เพื่อจัดให้มีการประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคและมีมาตรฐาน จึงควรกำหนดหลักการเน้นการให้บริการปฐมภูมิที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยภาครัฐ และมีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมให้บริการในระดับอื่นๆ ควรคิดค่าใช้จ่ายในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและบงลงทุน เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผลในระยะยาว โดยจ่ายเงินแบบปลายปิด

ควรมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ ตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพของประชาชน เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานกลางให้กองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ ปฏิบัติ ให้พิจารณาพื้นฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลักตามโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย

ในระยะเปลี่ยนผ่านให้กำหนดต้นทุนต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,250 บาท โดยจัดสรรไปให้พื้นที่ 1,083 บาทต่อหัว และกันค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งเมื่อรวมงบประมาณที่กันไว้สำรองในส่วนกลางทั้งสิ้นสำหรับการบริหารจัดการ การประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูล และการพัฒนาคุณภาพบริการเข้ากับรายจ่ายในพื้นที่สำหรับประชากร 45 ล้านคนแล้ว จะต้องการใช้งบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ทั้งสิ้น 65,077 ล้านบาท และให้มีการผ่อนคลายนโยบายให้สถานพยาบาลของรัฐ สามารถบริหารจัดการได้คล่องตัวยิ่งขึ้น”

การประชุมดังกล่าวมีการสรุปสาระการประชุม ไว้ดังนี้⁹

- (1) เห็นพ้องต้องกันในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามหลักการสุขภาพพอเพียง
- (2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ให้ผลคุ้มค่าด้วย

- (3) ให้อ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว และจัดให้มีระบบการประกันคุณภาพบริการด้วย
- (4) ให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิ ที่เป็นเครือข่ายครบวงจร ที่เป็นได้ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
- (5) จัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายไปยังหน่วยบริหารกองทุนประกันสุขภาพพื้นที่ เพื่อจัดหาบริการให้แก่ประชาชน โดยการจ่ายเงินให้สถานบริการให้เป็นไปตามข้อเท็จจริง
- (6) ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 จะประเมินผลการดำเนินงานใน 6 จังหวัด ที่เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 และจะขยายดำเนินการในจังหวัดที่มีสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยอยู่ด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเตรียมขยายพื้นที่ต่อไป
- (7) ให้เตรียมความพร้อมของระบบทั้งหมดก่อนขยายทั่วประเทศ
- (8) จัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กำกับของนายกรัฐมนตรี เพื่อกำหนดนโยบายของการเข้าสู่ระบบกองทุนเดียว รวมทั้งจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อร่วมมือกันไปสู่ระบบดังกล่าว
- (9) การปฏิรูปใด ๆ ที่เกิดขึ้น ต้องไม่รื้อถอนสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มต่างๆ เคยได้รับอยู่ก่อนเช่น กลุ่มข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น
- (10) ควรลงทุนจัดเตรียมระบบสารสนเทศโดยเร็วภายใน 2 ปี”

เพื่อการลงมือดำเนินการอย่างเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะทำงานขึ้น 10 ชุด เพื่อเร่งกำหนดรายละเอียดของการดำเนินงานช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยในเดือนเมษายน พ.ศ.2544 เผยแพร่เอกสารชื่อ **“ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะได้อะไร : 30 บาทรักษาทุกโรค ถ้าสงสัยในนี้ก็มีคำตอบ”** และเอกสารชื่อ **“30 บาท รักษาทุกโรค สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”**^{40,41} เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชน เพราะในช่วงเวลาดังกล่าว สังคมกำลังวิพากษ์วิจารณ์นโยบายนี้ของรัฐบาลอย่างกว้างขวาง รูปร่างหน้าตาของ “บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือที่เรียกว่า “บัตรทอง” ก็ถูกเผยแพร่อย่างเป็นทางการในช่วงนั้น พร้อมๆกับการเดินสายแจกบัตรทอง ที่เป็นข่าวประชาสัมพันธ์ของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่หนังสือ **“แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน”** ที่เป็นผลจากการทำงานของคณะทำงาน 10 คณะ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ⁴² ซึ่งต่อมามีการแก้ไขปรับปรุงเป็นฉบับเดือน มกราคม พ.ศ. 2545⁴³

ในคู่มือแนวทางดังกล่าว มีทั้งการพัฒนาเนื้อหาสาระของนโยบายให้ชัดเจนขึ้น ทั้งในเรื่องของเป้าหมาย หลักการ และมาตรการสำคัญของการดำเนินนโยบายนี้ (policy formulation) รวมไปถึงการกำหนดวิธีการปฏิบัติ (policy implementation) ด้วย สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

“เป็นการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นสำหรับทุกคน ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่การสงเคราะห์โดยรัฐ เน้นระบบ”สร้างสุขภาพ”มากกว่า”การซ่อมสุขภาพ” โดยมีหลักการสำคัญคือ

- (1) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกระดับและร่วมเป็นเจ้าของ
- (2) ประชาชนต้องมีสิทธิเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมิที่ตนพอใจ
- (3) สถานบริการเป็นได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่มีระบบรับรองคุณภาพ
- (4) สถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นจุดบริการด่านแรก ให้บริการแบบผสมผสานและมีระบบส่งต่อที่ชัดเจน
- (5) สนับสนุนให้สถานบริการระดับปฐมภูมิทำงานกันเป็นแบบเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชน

- (6) ระบบการเงินการคลังต้องทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวได้ (cost containment) จึงให้ใช้กลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด และมุ่งเน้นผลลัพธ์
- (7) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการด้วยกี่กองทุน
- (8) ในอนาคต ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีกองทุนเดียว ช่วงเปลี่ยนผ่านอาจมี 2 กองทุน

ให้มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core benefit package) ตามนโยบายนี้ขึ้น เพื่อให้ชัดเจนว่าที่บอกว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” นั้น ที่จริงแล้วรับบริการอะไรได้บ้าง โดยใช้ชุดสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพตามระบบประกันสังคม เพิ่มด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล และครอบครัว โดยกิจกรรมบริการด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น การควบคุมโรคระบาด การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ ไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นี้

มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการจัดตั้งสถานบริการระดับปฐมภูมิและเครือข่าย เพื่อให้เป็นหน่วยบริการด่านแรก ซึ่งอาจเป็นสถานบริการขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลก็ได้ แต่ต้องจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

ประชาชนผู้มีสิทธิ เมื่อใช้บริการตามระบบจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นผู้ที่มีสิทธิตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยเดิม และผู้มีบัตรสุขภาพเดิมที่บัตรยังไม่หมดอายุ ไม่ต้องเสียเงิน (การดำเนินโครงการนี้ ไม่รวมผู้มีสิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ และระบบประกันสังคม จึงครอบคลุมประชากรประมาณ 45 ล้านคนเศษ)

ในระยะแรกประชาชนยังไม่มีสิทธิเลือกสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นฝ่ายกำหนด ในระยะต่อไปจะให้ประชาชนมีสิทธิเลือกเอง

สำหรับงบประมาณที่ใช้ดำเนินการ(ปีงบประมาณ 2545) จัดเป็นแบบจ่ายรายหัว (capitation) หัวละ 1,202 บาทต่อปี สำหรับประชากรเป้าหมาย 46.6 ล้านคน รวมเป็นเงิน 5 หมื่น 6 พันล้านบาทเศษ แยกเป็น

(1) งบประมาณรักษายาบาล	934	บาท/คน/ปี
จำแนกเป็น		
ผู้ป่วยนอก	(574)	
ผู้ป่วยใน	(303)	
ค่ารักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง	(32)	
อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	(25)	
(2) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	175	บาท/คน/ปี

(ไม่เคยมีฐานข้อมูลมาก่อน จึงคิดแบบประมาณการเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณรักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมกัน)^{22,44}

(3) งบลงทุน	93.4
(ร้อยละ 10 ของ (1))	

งบประมาณนี้รวมเงินเดือนบุคลากรอยู่ด้วยแล้ว

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (เดิมทำหน้าที่ดูแลโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยฯ ทำหน้าที่ดูแลกองทุนนี้ ซึ่งเกลี้ยมาจากงบประมาณจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม และของงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาลอีกส่วนหนึ่ง

ทั้งนี้มีการตั้งงบประมาณสำรองเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบ (contingency fund) ร้อยละ 10 ของงบประมาณข้างต้น เนื่องจากว่า เมื่อจัดสรรงบประมาณใหม่เป็นรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการ จะมีโรงพยาบาลรัฐส่วนหนึ่งที่เคยมีต้นทุนในการดำเนินงานสูงอยู่เดิม อาจประสบปัญหาวิกฤตได้รับงบประมาณไม่พอใช้จ่าย จึงต้องได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน 2 - 3 ปี

เมื่อส่วนกลางจัดสรรงบประมาณไปให้พื้นที่ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน ให้ใช้คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (กสพ.) เป็นกลไกบริหารงบประมาณไปสู่สถานบริการในพื้นที่ ถ้ายังไม่มี กสพ. ให้ใช้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดเดิมทำหน้าที่ไปก่อน

การจ่ายเงินให้สถานบริการจัดบริการ(ซื้อบริการแทนประชาชน) มี 2 วิธี คือ

(1)แบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) รวมงบประมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมดให้หน่วยบริการปฐมภูมิรับไป กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลที่อื่น ต้องตามจ่ายเงินให้ตามหลักเกณฑ์กรณีผู้ป่วยในจ่ายด้วยอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

(2) แบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก (exclusive capitation) จ่ายให้เฉพาะบริการผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ป่วยในให้เบิกตามที่บริการจริงด้วยอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม”

ในส่วนระบบข้อมูล คู่มือระบุว่า “กำลังมีการพัฒนาระบบสารสนเทศกลาง ดังนั้นในระยะต้น การลงทะเบียนออกบัตร ใช้ข้อมูลจากการสำรวจร่วมกับทะเบียนราษฎรไปก่อน”

มีการระบุว่า “จะจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรีขึ้นมาดูแลและเตรียมงานตามนโยบายนี้ ก่อนที่ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะสำเร็จ” (ต่อมาได้มีการตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2544 แต่ไม่มีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี รัฐบาลตัดสินใจใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกดำเนินงานหลักทั้งหมด)

สำหรับแนวทางฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เล่มที่ 2 ที่เผยแพร่เดือนมกราคม พ.ศ. 2545 สาระสำคัญส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับของเดิม แต่มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมสาระบางส่วนที่คิดขึ้นใหม่และที่ปรับเปลี่ยนไป เช่น ให้เรียกชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิตามโครงการนี้ว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และให้ใช้ชื่อนี้ในการประชาสัมพันธ์กำหนดวิธีการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการเปิดให้โรงพยาบาลของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนเข้าร่วมจัดบริการตามโครงการนี้ มีการระบุถึงกลไกการบริหารโครงการที่ส่วนกลางโดยใช้ “ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือ War room มีการระบุถึงวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการทั้งแบบรวมเงินเดือนและแบบไม่รวมเงินเดือน (แยกเงินเดือนไว้ที่จังหวัด) เป็นต้น

2.3 บริหารจัดการแบบคิดไป-ทำไป-แก้ไป

โดยหลักการทั่วไป นโยบายที่ดำเนินการได้ง่ายมักจะมีลักษณะเฉพาะได้แก่ เป็นเรื่องที่ไม่ซับซ้อน ใช้วิธีการที่ง่าย ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไม่มาก ดำเนินการได้โดยกลุ่มคนไม่มาก มีเป้าหมายชัดเจน มีวัตถุประสงค์หลักวัตถุประสงค์เดียว ดำเนินการสำเร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น¹² แต่นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ว่าจะมีเป้าหมายชัดเจน แต่เป็นประเด็นที่ซับซ้อน มีประเด็นทางวิชาการมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมาก และมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย จึงเป็นนโยบายที่ดำเนินการยาก หลายฝ่ายจึงเสนอว่าต้องวางแผนให้ชัดทุกขั้นตอน สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมให้มากและลงมือทำในช่วงเวลาที่มากพอสมควร^(4,7) แต่รัฐบาล พ.ศ.ท.ทักษิณฯ เลือกใช้วิธีทำเร็ว แม้ว่าได้เขียนระบุในนโยบายของพรรคไทยรักไทยและนโยบายของรัฐบาลว่าจะดำเนินการในเวลา 3 ปีก็ตาม ดังนั้นในขณะที่การเตรียมการแต่ละประเด็น แต่ละขั้นตอนยังไม่พร้อม ยังสร้างความร่วมมือและสร้างความเข้าใจได้ไม่มาก แต่เมื่อโอกาสทางการเมืองเปิด ประชาชนกำลังนิยมอย่างมาก จึงเลือกจัดการแบบ “ทำเร็ว” ด้วยวิธี “คิดไป-ทำไป-แก้ไป” ซึ่งสอดคล้องกับที่บางฝ่ายบอกว่า “ถ้าไม่รีบทำ ก็จะไม่ได้อะไร” โดยยกตัวอย่างว่าประธานาธิบดีคลินตันเคยประสบความล้มเหลวมาแล้ว¹⁷

รัฐบาลเลือกใช้วิธีลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาความชัดเจนของตัวเนื้อหา นโยบาย โดยใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนดำเนินการ ซึ่งช่วงที่รัฐบาลเข้าบริหารประเทศใหม่ ๆ ผู้นำฝ่ายข้าราชการประจำของกระทรวง

สาธารณสุขขานรับนโยบายนี้เป็นอย่างดี จึงทำให้เกิดการตัดสินใจดำเนินโครงการและขยายผลอย่างรวดเร็ว มีการระดมคณะทำงาน 10 ชุด⁴² และมีคณะทำงานเฉพาะกิจเร่งรัดรายละเอียดของนโยบายและวิธีดำเนินการตามนโยบายแล้วจึงค่อย ๆ เปิดให้ฝ่ายต่าง ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มแรงหนุน เพราะมองเห็นว่าการดำเนินงานนี้จะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายผู้ให้บริการและวิชาชีพต่างๆ ฝ่ายนักวิชาการ ฝ่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ฝ่ายเอกชน สื่อมวลชนและประชาคมต่าง ๆ

มีการเร่งออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2544 เพื่อรองรับการดำเนินงานของกลุ่มจังหวัดแรก โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนกลาง (ปสน.กลาง) มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และให้มีคณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน.จังหวัด) เป็นกลไกบริหารที่ส่วนกลางและพื้นที่⁴²

วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2544 มีการออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ดูแลในระดับนโยบายแห่งชาติ และการจัดทำแผนแม่บทการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน นพ.สงวนฯ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่ดูแลการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน⁴⁵ ซึ่งเป็นการจัดกลไกและหาความร่วมมือเพื่อขยายการดำเนินงานให้กว้างขวางออกไปนอกกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดำเนินงานอย่างรีบเร่ง มีประเด็นต่างๆ ต้องทำให้ชัดเจนทั้งประเด็นนโยบาย และประเด็นการจัดการ ความเห็นที่ไม่ตรงกันและความขัดแย้งเริ่มมีมากขึ้น เช่น ปัญหาการจัดงบประมาณแบบ inclusive-exclusive ปัญหาการจัดสรรงบประมาณแบบรวมเงินเดือน แยกเงินเดือน ปัญหาผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัญหาข้อโต้แย้งเรื่องเงินเหมาจ่ายต่อหัวว่าน้อยเกินไป ปัญหาความไม่ลงตัวของการจัดพื้นที่และเครือข่ายบริการ ปัญหาความต้องการและความไม่พอใจในบริการของประชาชน ฯลฯ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็นกลไกแกนกลางของการดำเนินโครงการจึงได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (war room) ขึ้น มีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน กรรมการประกอบด้วยบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข มี นพ.สงวนฯ เป็นเลขานุการ มีหน้าที่รวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจ วางแนวทางดำเนินงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดระหว่างการปฏิบัติ เริ่มทำงานตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2544 โดยประชุมกันทุก 1 - 2 สัปดาห์ (แต่งตั้งเป็นทางการ 14 ตุลาคม พ.ศ. พ.ศ. 2544)⁴⁶

กลไก war room นี้มีส่วนสำคัญในการติดตามดูแลการดำเนินงานตามนโยบายอย่างใกล้ชิด สามารถติดตามปัญหาและแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วกว่าระบบบริหารปกติ และประสานความไม่ลงรอยกันในหมู่ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งปฏิรูปกับที่มองเชิงอนุรักษ์ และระหว่างฝ่าย รพ.ใหญ่กับ รพ.เล็ก ได้ในระดับหนึ่ง แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2545 (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนเดิมเกษียณอายุราชการ) จึงเกิดแนวคิดอนุรักษ์นิยม ไม่เห็นด้วยกับมาตรการวิธีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามนโยบายนี้ในช่วงที่ผ่านมา เพราะมองว่ากระทบกับ รพ.ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก จึงกลายเป็นความขัดแย้งกันอย่างรุนแรงกับฝ่ายการเมือง จนปรากฏออกสู่สาธารณะ โดยที่กลไก war room ช่วยอะไรไม่ได้เลย

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาอีก 7 คณะ (13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544)⁴⁷ ทำงานทางวิชาการด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอนุกรรมการเกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงบางคณะเท่านั้นที่ดึงคนนอกเข้าร่วมด้วย

โดยสรุป หลังจากที่รัฐบาลตัดสินใจให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกแกนกลางในการพัฒนานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แทนที่จะเป็นการตั้งกลไกใหม่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรีตามแนวคิดช่วงเริ่มต้นและที่นักวิชาการเสนอแนะ) ได้ลงมือดำเนินการทันทีในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขก่อน ในพื้นที่ 6 จังหวัดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 จึงกลายเป็นแรงกดดันเรียกร้องจากประชาชนและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในจังหวัดอื่นให้ขยายโครงการครอบคลุมพื้นที่ของตนโดยเร็ว ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจขยายโครงการระยะที่ 2 อีก 15 จังหวัด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 (นนทบุรี, สระบุรี, สระแก้ว, เพชรบุรี, นครราชสีมา, สุรินทร์, หนองบัวลำภู, อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, อำนาจเจริญ, สุโขทัย, แพร่, เชียงใหม่, ภูเก็ต และนราธิวาส) และตัดสินใจขยายโครงการครอบคลุมทุกจังหวัดทั้งประเทศและในพื้นที่บางเขตของกรุงเทพฯ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป โดยเปิดให้โรงพยาบาลของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่พร้อมและสนใจ เข้าร่วมโครงการได้ตั้งแต่ระยะที่ 2 (เดิม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แถลงว่าจะเปิดให้ รพ.เอกชนเข้าร่วมในระยะที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามข้อเรียกร้องของสมาคม รพ.เอกชนที่มีต่อนายกรัฐมนตรีในการประชุมเชิงปฏิบัติการเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 เนื่องจากมี รพ.เอกชนส่วนหนึ่งซึ่งกำลังอยู่ในช่วงประสบปัญหาจากผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต้องการเข้าร่วมโดยเร็ว เพราะมองเห็นที่มาของรายได้ที่แน่นอนชัดเจนและมีประสบการณ์จากการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมจนกลายเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่อยู่ในปัจจุบัน^{12,48}

อนึ่งการดึงความร่วมมือของภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการ เป็นแนวคิดของหัวหน้าพรรคไทยรักไทยมาตั้งแต่ต้น ซึ่งมีการพูดถึงตั้งแต่ช่วงเตรียมนโยบายพรรคไทยรักไทยว่าให้ทางดึงภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการกับภาครัฐ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการแก้ปัญหาผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจไปในตัวด้วย¹²

เนื่องจากเมื่อรัฐบาลกำหนดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นนโยบาย (policy agenda) แล้ว มีการดำเนินงานในขั้นตอนการจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (policy formulation) ตามหลัง โดยอาศัยความร่วมมือของระบบเดิมและองค์ความรู้เท่าที่มีอยู่เดิม แต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนสมบูรณ์แบบที่จะใช้เป็นแผนแม่บทหรือแผนที่นำไปสู่การดำเนินงานตามนโยบายได้ทันที เมื่อมีแรงกดดันจากประชาชนและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ประกอบกับรัฐบาลกำลังอยู่ในช่วงที่ได้รับคะแนนนิยมสูง การตัดสินใจขยายการดำเนินโครงการครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งเป็นไปตามเหตุผลทางการเมืองมากกว่าเหตุผลทางวิชาการ แม้ว่านักวิชาการส่วนใหญ่และฝ่ายค้านต่างตั้งว่า อาจก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นในอนาคตก็ตาม

2.4 ประเด็นเนื้อหา นโยบาย

2.4.1 ประเด็นการเงินการคลัง

2.4.1.1 แหล่งเงินที่นำมาสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลเลือกใช้จากภาษีทั่วไป โดยใช้งบประมาณจัดบริการสาธารณสุขที่อยู่ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเดิมเป็นหลัก และรัฐบาลสมทบเพิ่มให้บางส่วน ไม่มีการเก็บเบี้ยประกันสมทบจากประชาชน ยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นเท่านั้น มีผลทำให้เงินที่ใช้จัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมลดลงทันที เนื่องจากสถานบริการเรียกเก็บเงินบำรุงได้ลดลง ในขณะที่งบประมาณที่จำกัดนี้ ต้องแบ่งจัดสรรไปให้โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอีกด้วย สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขจะสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนได้จึงต้องขึ้นอยู่กับสมมุติฐานว่า ต้องเกลี่ยทรัพยากรที่ไม่สมดุลอยู่เดิมให้เกิดความสมดุล การบริหารจัดการต้องมีประสิทธิภาพอย่างมาก และมีระบบบริการสาธารณสุขที่เริ่มจากบริการปฐมภูมิ โดยประชาชนใช้บริการอย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามนั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปได้ยากมากในระยะเวลาสั้นๆ

นอกจากนี้ในระยะยาว เมื่อระบบพัฒนาสมบูรณ์ขึ้น ประชาชนใช้บริการมากขึ้นเนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการได้ถ้วนหน้ายิ่งขึ้น และมีแรงจูงใจให้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นกับตน วิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้าขึ้น งบประมาณที่ใช้ในโครงการนี้จะสูงขึ้นตามลำดับ

ดังนั้นนักวิชาการส่วนใหญ่ ฝ่ายค้าน และสำนักงบประมาณจึงเตือนว่า ทางเลือกทางการเงินตามนโยบายนี้ซึ่งวางอยู่บนปรัชญาสังคมนิยมเสรีที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ จะก่อปัญหาต่อภาระงบประมาณของรัฐบาลในระยะยาว และหลายฝ่ายมองว่าการใช้ระบบภาษีมาเป็นแหล่งเงินในการสร้างหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมเพิ่มขึ้น เพราะระบบภาษีที่ใช้อยู่ในประเทศไทยไม่มีความเป็นธรรม

ในช่วง 2 ปีแรกที่รัฐบาลลงมือดำเนินโครงการนี้ ยังไม่มีการคิดแนวทางหาแหล่งเงินมาสมทบเพื่อดำเนินโครงการในระยะยาว โดยรัฐบาลยืนยันตลอดเวลาวางงบประมาณจากภาษีเพียงพอที่ใช้จัดบริการอย่างมีคุณภาพได้

สำหรับความพยายามดึงงบประมาณส่วนประกันสุขภาพจากโครงการประกันสังคมและจากโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ เข้ามาสมทบกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ซึ่งก็อาจเป็นแหล่งเงินสมทบที่เพิ่มขึ้นทางหนึ่งได้นั้น ยังไม่มีวิวัฒนาการที่จะสำเร็จในระยะเวลาอันใกล้ เพราะมีแรงต้านจากเจ้าของโครงการทั้งสองมาโดยตลอด⁴⁹

งบประมาณเพื่อดำเนินโครงการนี้ สำหรับปีงบประมาณ 2545 รองรับประชากร 46.6 ล้านคน จัดสรรให้หัวละ 1,202 บาท ปีพ.ศ. 2546 ปรับเป็นหัวละ 1,303 บาท ในขณะที่นักวิชาการเสนอตั้งที่หัวละ 1,414 บาท

โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ของรัฐ (ต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง) และโรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรในพื้นที่น้อย(ได้เงินเหมาจ่ายน้อย) หลายแห่ง นอกจากต้องใช้มาตรการเข้มงวดในการจัดการ และต้องพึ่งงบประมาณสนับสนุนพิเศษจากกองทุน contingency fund แล้ว หลายแห่งพยายามจัดบริการหารายได้เพิ่มจากบริการนอกชุดสิทธิประโยชน์หลัก และบริการบุคคลที่อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพอื่นที่มีโอกาสทำรายได้เพิ่ม เป็นการปรับตัวรองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าในระยะสั้น

2.4.1.2 การกระจายงบประมาณ เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากการที่งบประมาณเคย

กระจายสู่สถานบริการตามสังกัด แผนงานและข้อเสนอของสถานบริการ (supply side) เป็นกระจายแบบเหมาจ่ายไปให้สถานพยาบาล ตามปริมาณประชากรที่เลือกลงทะเบียนรับบริการและตามปริมาณงานที่ทำจริง(demand side) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ (radical change) โดยไม่มีการเตรียมความพร้อมของระบบและของผู้เกี่ยวข้องอย่างดีพอมาก่อน จึงเกิดผลกระทบค่อนข้างมาก ประกอบกับสถานบริการต้องรองรับแรงกดดันจากข้อเรียกร้องการใช้สิทธิของประชาชนมากขึ้นทำให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น และความต้องการบริการที่มีคุณภาพสูง ตลอดจนการร้องเรียนต่าง ๆ ในขณะที่ยังคงควบคุมนโยบายกำหนดว่า โครงการนี้ต้องไม่มีปัญหาให้กับประชาชน จึงส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ที่ทำงานอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างมาก^{49,50}

มีประเด็นถกเถียงกันเกี่ยวกับการกระจายทรัพยากร เช่น

- การจ่ายเงินให้สถานบริการแบบเหมาจ่ายเท่ากันหมดทุกพื้นที่ที่จะเหมาะสมหรือไม่ หรือควรต้องมีการปรับตามตัวแปรสำคัญต่างๆ เช่น กลุ่มอายุประชากร การจัดการโดยโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งต้นทุนต่างกัน เป็นต้น ซึ่งต่อมาเริ่มมีการปรับใช้มากขึ้นในปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นมา

- การจ่ายเงินเหมาจ่ายรวมหรือแยกเงินเดือนบุคลากร (กรณีสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข) การดำเนินโครงการปีแรกให้รวมเงินเดือนโดยหวังให้เกิดผลต่อการเกลี่ยทรัพยากรโดยเฉพาะการเกลี่ยบุคลากร แต่ก็มีแรงต้านมากเพราะกระทบรุนแรงต่อโรงพยาบาลใหญ่ที่มีบุคลากรมากและในทางปฏิบัติเกลี่ยไปโรงพยาบาลเล็กได้ยากมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจตั้งกองทุนช่วยเหลือพิเศษ (contingency fund) เข้ามาช่วยบรรเทาปัญหาตรงนี้ แต่ก็ไม่ได้สร้างความสบายใจให้กับผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่มากนัก ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้คุมนโยบาย (รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข) และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นคนใหม่ (ตุลาคม พ.ศ.2544 และตุลาคม พ.ศ. 2545) จึงเกิดการปรับเป็นแยกเงินเดือนจากเงินเหมาจ่ายรายหัวไปรวมที่จังหวัดและรวมทั้งส่วนกลางตามลำดับ ซึ่งก็สร้างความไม่พอใจให้กับโรงพยาบาลและสถานบริการเล็กที่มีบุคลากรน้อย และพื้นที่ที่มีสถานบริการน้อย ฝ่ายที่ต้องการเห็นการปฏิรูประบบบริการให้สมดุลและเป็นธรรมมากขึ้นไม่เห็นด้วย เพราะมองเห็นว่าจะทำให้ไม่เกิดการปฏิรูปการบริหารจัดการในระบบบริการของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

สุข แต่ผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่งมองว่า วิธีการบริหารงบประมาณในโครงการนี้เป็นความพยายามเกลี้ยทรัพยากรที่ขาดแคลนอยู่แล้ว (รพ.ใหญ่) ไปสู่ที่ขาดแคลนมากกว่า (รพ.เล็ก) เพราะทรัพยากรในการจัดบริการสาธารณสุขโดยรวมมีจำกัดอยู่แล้ว และงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้มาดำเนินโครงการนี้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม⁽⁵¹⁾

2.4.1.3 การจ่ายเงินให้สถานบริการสาธารณสุข ไม่มีข้อโต้แย้งในวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการตามปริมาณงานแบบปลายปิด เนื่องจากสถานบริการทุกฝ่ายมีประสบการณ์มาแล้วจากโครงการบัตรสุขภาพ โครงการประกันสังคม และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ แต่กลไกส่วนกลางเสนอการจัดสรรงบประมาณให้กลไกบริหารในพื้นที่พิจารณาเลือกได้ 2 แนวทางโดยเริ่มตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2544 คือจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด (inclusive capitation) และจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะผู้ป่วยนอก (exclusive capitation)

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่ง รพ.เอกชนและ รพช. สนับสนุนแบบแรก โดยมีเหตุผลว่าทำให้ค่าบริหารจัดการต่ำ สถานบริการรู้รายรับที่แน่นอนทำให้วางแผนบริหารง่าย และสถานบริการระดับปฐมภูมิขยายบริการเชิงรุกได้ ระบบจะมีประสิทธิภาพดีกว่า แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่า คุณภาพบริการอาจต่ำลงเพราะต้องการลดค่าใช้จ่ายและอาจเกิดการกักใจจนเกิดผลกระทบต่อคุณภาพบริการได้

ส่วนผู้บริหาร รพ.ใหญ่ของรัฐสนับสนุนแบบหลัง เพราะจงใจการทำงานของรพ.ใหญ่มากกว่า แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่า เมื่องบประมาณไปอยู่นอกการดูแลของสถานบริการปฐมภูมิ ก็จะวางแผนจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้ยาก

มีการประเมินโครงการพบว่า มีจังหวัดต่าง ๆ เลือกการจ่ายเงินแบบแรกและแบบหลังอย่างละเท่าๆ กัน แต่การเลือกแบบแรก มีโรงพยาบาลที่ต้องพึ่งเงินกองทุนช่วยเหลือพิเศษมากกว่า เพราะโรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรน้อยได้รับผลกระทบมากกว่า⁵⁰

การกำหนดทางเลือกให้กลไกในพื้นที่(จังหวัด)พิจารณาร่วมกับสถานบริการในพื้นที่ได้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับวิธีการ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบเก็บข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้รองรับการตัดสินใจในระยะต่อ ๆ ไป และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน

2.4.2 ประเด็นการจัดระบบบริการสาธารณสุข

ในนโยบายของพรรคไทยรักไทย พุฒถึงการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อการส่งต่อการจัดระบบบริการสาธารณสุขไว้ว่า จะเปิดให้ประชาชนเลือกลงทะเบียนใช้บริการสถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนตามที่ตนเองพอใจ เพื่อให้มีโอกาสรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและใกล้บ้าน^{34,35}

เมื่อพรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล ประเด็นนโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขยังคงเหมือนเดิม แต่ในการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาการดำเนินงานตามนโยบายนี้เมื่อ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 ได้มีมติตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ให้ความสำคัญกับบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นเครือข่ายครบวงจรที่เป็นได้ทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน”³⁹ และเมื่อมีการออกคู่มือแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ก็มีการกำหนดระบบบริการสาธารณสุขภายใต้โครงการนี้ว่า ต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการด้านหน้าที่สามารถเชื่อมต่อเข้ากับระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ. อื่นได้ และมีการกำหนดมาตรฐานไว้อย่างชัดเจน⁴²

ระบบบริการสาธารณสุขที่มีการกำหนดว่าต้องผ่านสถานบริการระดับปฐมภูมิเช่นนี้ เคยมีการดำเนินการมาก่อนแล้วภายใต้โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ สถานบริการต่าง ๆ จึงมีความคุ้นเคยพอสมควร ยกเว้น รพ.เอกชน และรพ.รัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากคุ้นเคยกับระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ ซึ่งไม่มีการกำหนดขึ้นตอนให้ต้องผ่านสถานบริการระดับปฐมภูมิก่อน

ประเด็นนี้ฝ่ายนักวิชาการส่วนหนึ่งเห็นว่าเหมาะสม เพราะจะทำให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นบริการที่เป็นองค์รวมและมีคุณภาพ ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าบริการของโรงพยาบาลใหญ่ แต่ก็มีความขัดแย้งว่า ประเทศไทยไม่มีความพร้อมและไม่เคยมีการเตรียมการเพื่อรองรับการจัดระบบเช่นนี้ เช่น มีแพทย์ที่เหมาะสมกับการจัดบริการปฐมภูมิจำกัด รพ.ส่วนใหญ่ที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายนี้ขาดประสบการณ์การจัดบริการปฐมภูมิ แม้ว่ามีผลการทดลองทำในบางพื้นที่และมีข้อดีทางวิชาการรองรับก็ตาม

แต่ฝ่ายการเมือง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เห็นด้วย จึงตัดสินใจให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายนี้ และได้มีการกำหนดมาตรฐานไว้ค่อนข้างสูง^{42,43} ยากที่จะสามารถปฏิบัติตามได้ในระยะเวลาอันสั้น ฝ่ายผู้จัดบริการจึงมีการประยุกต์ และปรับปรุงแตกต่างไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างหลากหลาย

อย่างไรก็ตาม ด้วยนโยบายและมาตรการนี้ มีผลทำให้แพทย์สนใจสมัครเข้ารับการอบรมและสอบเพื่อรับวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน (ก่อนปี พ.ศ. 2544 มีไม่ถึง 100 คน ช่วง พ.ศ. 2544 - 2546 เพิ่มจำนวนกว่า 4,000 คน)⁵²

3. การจัดทำ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณประกาศนโยบายไว้ชัดเจนว่า จะทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นเครื่องมือรองรับการดำเนินนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างยั่งยืน^{34,37} โดยพรรคไทยรักไทยได้เตรียมยกร่าง พ.ร.บ.นี้ ตั้งแต่ยังไม่ได้รับรองร่าง ซึ่งนพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลีให้สัมภาษณ์สื่อมวลชนก่อนการเลือกตั้งทั่วไปว่า

“ทางพรรคได้ร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพไว้เกือบเสร็จแล้ว”⁵³

นพ.สงวนฯ ระบุว่า มีการจัดทำพิมพ์เขียว พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพไว้นานหลายปีแล้ว และเมื่อปี พ.ศ. 2539 มีการยกร่าง “พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เป็นร่างแรกออกมาโดยคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร แต่กระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นไม่สนับสนุน นพ.สงวนฯ ระบุว่า

“จนกระทั่งต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้วแก้ไขอีกจนกลายเป็น พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน”¹⁷

จึงกล่าวได้ว่าร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับของพรรคไทยรักไทย มิใช่ร่างที่จัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมด หากแต่เป็นการปรับปรุงมาจากร่าง พ.ร.บ.ที่มีการจัดทำมาโดยหลาย ๆ ฝ่ายก่อนหน้านั้นแล้ว

ร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลทักษิณ เข้าสู่การพิจารณาและผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีอย่างรวดเร็วเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2544 หลังจากที่รัฐบาลเข้าบริหารประเทศได้เพียง 2 เดือน

โดยก่อนหน้านั้น ในช่วงปี พ.ศ. 2543 เครือข่ายประชาชนเพื่อองค์กรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำงานโดยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่มี นพ.สงวนฯ เป็นแกนนำ ได้ยกร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเช่นเดียวกัน แล้วรวบรวมรายชื่อประชาชน 5 หมื่นชื่อเสนอกฎหมายเข้าสู่รัฐสภาตามขั้นตอนแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 สามารถหารายชื่อได้ครบสมบูรณ์ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544

ร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลเข้าสู่การพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ผ่านการลงมติวาระที่ 1 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 จากนั้นมีการตั้งคณะกรรมการวิสามัญ 35 คนขึ้นพิจารณา มีรมช.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นประธาน เริ่มประชุมตั้งแต่วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2544 ถึงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2545 รวม 23 ครั้ง โดยจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชน 4 ครั้งที่ ขอนแก่น (19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545) เชียงใหม่ (22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545) กรุงเทพฯ (1 มีนาคม พ.ศ. 2545) และสงขลา (5 มีนาคม พ.ศ. 2545)

มีการเสนอร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเข้าสู่การพิจารณารวมทั้งสิ้น 6 ร่าง⁵⁴ คือ

- (1) ร่างของรัฐบาล
- (2) ร่างของ ส.ส.กมุทินท์ ลิธิระประเสริฐ (พรรคไทยรักไทย) และคณะ
- (3) ร่างของ ส.ส.ปรีชา มุสิกกุล (พรรคประชาธิปัตย์) และคณะ
- (4) ร่างของ ส.ส.อำนาจ คลังผา (พรรคไทยรักไทย) และคณะ
- (5) ร่างของ ส.ส.สิทธิชัย กิตติชนเศรษฐ (พรรคชาติไทย) และคณะ
- (6) ร่างของ ส.ส.สุวัฒน์ วรรณศิริกุล (พรรคไทยรักไทย ประธานคณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎร) และคณะ

ร่างที่ (6) คือร่างของเครือข่ายประชาชนที่เข้าชื่อ 5 หมื่นชื่อเสนอต่อรัฐสภา แต่เสนอไม่ทันเวลา จึงเคลื่อนไหวให้คณะกรรมการสาธารณสุขเป็นผู้เสนอแทน เพื่อให้ภาคประชาชนได้มีโควตาที่นั่งเข้าไปร่วมเป็น กรรมการพิจารณา ร่าง พ.ร.บ. ด้วย เป็นการดึงแนวร่วมภาคประชาชนเข้าไปหนุนการตราพระราชบัญญัติฉบับนี้

การลงมติผ่านร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสภาผู้แทนราษฎรวาระ 2 และ 3 เมื่อวันที่ 8 และ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 โดยสาระส่วนใหญ่เป็นไปตามร่างของรัฐบาล เป็นการลงมติเอกฉันท์ทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านคือเห็นด้วย 376 เสียง งดออกเสียงและไม่ลงคะแนนอย่างละหนึ่งเสียง ไม่มีที่ไม่เห็นด้วย

นับได้ว่า การดำเนินการเพื่อออก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลเป็นไปอย่างรวดเร็ว พร้อม ๆ กับมีแรงหนุนเสริมจากภาคประชาชนที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเชื่อมโยงกับโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในขณะที่ฝ่ายข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนรับรู้และเข้าไปเกี่ยวข้องมากนัก เพราะทุกฝ่ายกำลังสาละวนอยู่กับการรับมือกับการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในระยะเปลี่ยนผ่านที่ลงมือและขยายผลอย่างรวดเร็ว^{48,51}

จนกระทั่งร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพเข้าสู่การพิจารณาวาระที่ 1 ของวุฒิสภาเมื่อวันที่ 31 พ.ค. 2545 ด้วยคะแนนเสียง เห็นด้วย 111 เสียง ไม่มีที่ไม่เห็นด้วย จากนั้นมีการตั้งคณะกรรมการวิสามัญ 34 คน ขึ้นมาพิจารณาระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน – 26 สิงหาคม พ.ศ. 2545 รวม 14 ครั้ง ในช่วงนี้เองที่เริ่มมีการแสดงความไม่พอใจของหลายฝ่ายชัดเจนขึ้น เพราะไม่เห็นด้วยกับความพยายามรวมเอาส่วนประกันสุขภาพของกองทุนประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ เข้ามาไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มวิชาชีพแพทย์ออกมาเคลื่อนไหวคัดค้านสาระสำคัญของส่วนในร่าง พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าว เช่น ไม่เห็นด้วยกับมาตรา 42 ที่เปิดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิไล่เบียดเอากับผู้ให้บริการ กรณีที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ไม่เห็นด้วยกับองค์ประกอบของกรรมการต่าง ๆ ที่มีผู้ประกอบการวิชาชีพน้อยเกินไป เป็นต้น

กลุ่มวิชาชีพแพทย์ทั้งที่ปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐและเอกชนส่วนหนึ่งแสดงปฏิกิริยาอย่างเปิดเผย เช่น การประชุมสัมมนาผลักดันให้วุฒิสภาแก้ไขร่าง พ.ร.บ. ในมาตราสำคัญๆ การแสดงความเห็นอย่างเปิดเผยผ่านสื่อสาธารณะทุกช่องทาง การแต่งชุดดำไว้ทุกข์ การเสนอโต้ตอบด้วยมาตรการตรวจละเอียด การจัดตั้งกลุ่มแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์เพื่อดำเนินการติดตาม ตรวจสอบและเคลื่อนไหวให้มีการแก้ไขร่าง พ.ร.บ.และให้มีการดำเนินงานไปในแนวทางที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสม เป็นต้น

การดำเนินการของกลุ่มวิชาชีพแพทย์เช่นนี้ เป็นปรากฏการณ์ปกติที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ที่มีการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนมาแล้วทั้งสิ้น ซึ่งปฏิกิริยาทำนองนี้รุนแรงบ้าง ไม่รุนแรงบ้าง ขึ้นกับสถานการณ์ความเข้มแข็งของการรวมตัวกันของแพทย์ และบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของประเทศนั้น ๆ⁸

ในขณะที่เดียวกันกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแกนหลักเจ้าของนโยบายก็พยายามทำความเข้าใจกับสาธารณะและกับกลุ่มวิชาชีพแพทย์⁵⁵ โดยแสดงท่าทีที่รับฟังและยืดหยุ่นมากขึ้น

วันที่ 29, 30 และ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2545 วุฒิสภาพิจารณาร่าง พ.ร.บ.นี้ในวาระ 2 และ 3 มีมติเห็นชอบด้วยคะแนนเสียง 88 ไม่เห็นชอบ 3 เสียง โดยปรับแก้รายละเอียดบางส่วน แต่คงมาตราสำคัญ ๆ เช่น มาตรา 9, 10 (ช่องทางรวมกองทุน) และ 42 (ไล่เบียดผู้ให้บริการ) ไว้เช่นเดิม

วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2545 สภาผู้แทนราษฎร มีมติเห็นชอบตามร่าง พ.ร.บ.ที่วุฒิสภาปรับปรุงแก้ไข ด้วยคะแนนเห็นด้วย 314 ไม่เห็นด้วย 38 งดออกเสียง 3 ไม่ลงคะแนน 4 โดยรัฐบาลไม่ขอตั้งคณะกรรมการร่วม 2 สภา มาพิจารณาใหม่ ด้วยเหตุผลว่าหลักการและสาระสำคัญยังคงอยู่ทั้งหมด ที่วุฒิสภาปรับแก้เป็นเพียงส่วนย่อย และต้องการให้ร่าง พ.ร.บ.ผ่านออกมาเป็นกฎหมายโดยเร็วที่สุด เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลได้อย่างมั่นคง

วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลใช้บังคับ มีการตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คปสข.) เป็นกลไกดูแลเรื่องนี้ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีกรรมการมาจากหลายฝ่ายมีการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่บริหารแบบอิสระทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการ เป็นการย้ายอำนาจการจัดการเรื่องนี้จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรใหม่เพื่อดูและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบ (แต่ยังไม่ได้ดูและระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการฯ เพียงแต่กฎหมายเปิดช่องไว้สำหรับอนาคตเมื่อมีความพร้อม) โดยมีบทเฉพาะกาลให้กระทรวงสาธารณสุขรับงบประมาณจัดสรรแบบเหมาจ่ายรวมมาเพื่อจัดบริการสาธารณสุขในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี⁵⁶

สำหรับมาตรา 42 ที่สร้างความไม่พอใจให้กับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ค่อนข้างมาก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสัญญาว่าจะเสนอแก้ไข พ.ร.บ. เพื่อตัดมาตรานี้ออก ซึ่งต่อมา (3 มิถุนายน พ.ศ. 2546) คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ฉบับแก้ไขที่จะตัดมาตรา 42 ออก ตัดมาตรา 11 ที่กำหนดช่องทางให้เรียกเก็บเงินจากกองทุนเงินทดแทนออกและขยายเวลาบทเฉพาะกาลการรวมกองทุนตามมาตรา 66 จาก 1 ปี ออกไปเป็น 3 ปี

โดยสรุปแล้วการพัฒนา นโยบายและลงมือดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล เป็นไปอย่างรวดเร็วและเอาจริงเอาจังมาก ทั้งการดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่านตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และการออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการทำงานเริ่มต้นขึ้นในส่วน of กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจำกัดวงผู้คนที่เกี่ยวข้องก่อนแล้วค่อยขยายวงการมีส่วนร่วมออกไปตามลำดับ เพื่อลดความขัดแย้งและเพิ่มความร่วมมือ ทุกฝ่ายกระตือรือร้นเข้ามามีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในประเด็นต่าง ๆ ในระดับที่แตกต่างกันออกไป ไม่มีฝ่ายใดกุมอำนาจตัดสินใจได้อย่างเบ็ดเสร็จ แม้แต่ฝ่ายการเมืองซึ่งมีอำนาจมากที่สุดและมีคะแนนนิยมมากที่สุดก็ตาม ประสบการณ์ส่วนนี้สอดคล้องกับที่ว่า กระบวนการนโยบายคือกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน⁵⁷ และ คือกระบวนการของการสร้างนโยบายผสมกับการปฏิบัติแบบต่อเนื่อง (policy – action continuum)⁵⁸ ไม่ใช่การทำงานด้วยสูตรสำเร็จหรือด้วยขั้นตอนทางวิชาการเท่านั้น

สังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวิเคราะห์และสังเคราะห์พัฒนาการทางนโยบายมีหลักการทางทฤษฎีเป็นจำนวนมากที่กล่าวถึงการวิเคราะห์กระบวนการนโยบาย (การกำหนดประเด็น การสร้างรายละเอียดของนโยบาย การลงมือดำเนินการตามนโยบาย และการประเมินนโยบาย) บริบทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา นโยบาย รูปแบบที่ใช้ ผู้เกี่ยวข้อง ขั้นตอนต่าง ๆ และเนื้อหาของนโยบาย ซึ่งมีประเด็นและรายละเอียดแตกต่างกันออกไป

บทความนี้ ทำการสังเคราะห์แบบองค์รวมโดยใช้วิธีจับประเด็นสำคัญขึ้นมาพิจารณา ดังนี้

1. ต้นทุนและสภาพการณ์ก่อนปี พ.ศ. 2544

1.1 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก ได้วางสถานบริการสาธารณสุขไว้อย่างกระจายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในทุกจังหวัดและในบางอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนกว่า 700 แห่ง ในเกือบทุกอำเภอ และกิ่งอำเภอ มีสถานอนามัยประมาณ 10,000 แห่งในทุกตำบลทั่วประเทศ และมีการ

สนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนอย่างมากในช่วงที่ประเทศมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง ทำให้ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานพร้อมรองรับการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นอย่างดี แม้ว่าระบบเหล่านี้ยังคงมีปัญหาในแง่ของการกระจายทรัพยากรและบุคลากรที่ไม่เหมาะสมอยู่มากก็ตาม

1.2 ตลอดระยะเวลา 10 - 20 ปีมานี้ มีความพยายามผลักดันการทำงานนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยตลอด จากฝ่ายนักวิชาการส่วนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการนอกกระทรวงสาธารณสุขบางส่วน เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 ก็หวังให้เป็นการหาประสบการณ์และเตรียมความพร้อมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในชั้นปลาย มีการส่งนักวิชาการไปศึกษาต่อต่างประเทศและกลับมาทำงานวิชาการแบบเชื่อมโยงหนุนเสริมกัน จนเกิดเป็นกลุ่มคนที่สนใจเรื่องนี้ (critical mass) โดยมีการสร้างองค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นฐานทางปัญญาที่สำคัญในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดูแลการพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ และดูแลการพัฒนาโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย ๆ การจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้ที่สำคัญ ๆ ต่อการปฏิรูประบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การจัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาารูปแบบบริการสาธารณสุข และผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหล่านี้ก็เป็นต้นทุนสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณฯ ทั้งสิ้น

1.3 ประเทศไทยมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนมานานกว่า 2-3 ทศวรรษ ด้วยการดำเนินโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยๆ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ โครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน และโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ เป็นต้น จนถึงปีพ.ศ. 2543 สามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 แต่การดำเนินการในระบบต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ชำช้อนและเหลื่อมล้ำ บางระบบใช้หลักการประกันสุขภาพ บางระบบใช้หลักการรัฐสวัสดิการ ในขณะที่ประชาชนส่วนหนึ่งไม่มีหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขใด ๆ เลย

การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณฯ เป็นการเติมส่วนขาดให้เต็ม และทำให้ระบบที่มีอยู่เดิมบางระบบมีความสอดคล้องและเป็นธรรมมากขึ้น(สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ และประกันสุขภาพแบบสมัครใจ) แต่ยังไม่ได้แตะต้องบางระบบที่มีอยู่เดิม (ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ) ไม่ใช่การทำให้หมดแบบเริ่มจากศูนย์ และการทำเช่นนี้มีไว้เป็นความสำเร็จประเทศแรกในโลกดังที่ผู้นำรัฐบาลเคยกล่าว⁽⁴⁹⁾ แต่ก็ก็เป็นเรื่องที่ไม่เคยมีพรรคการเมืองใดหรือรัฐบาลใดกล้าประกาศและกล้าทำเช่นนี้มาก่อน

ประสบการณ์ของโครงการต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้ง่ายขึ้น เพราะประชาชนและผู้เกี่ยวข้องมีความคุ้นเคยกับประเด็นต่าง ๆ มาตามลำดับ เช่น ประเด็นการจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามพันธสัญญาที่ตกลงกัน ประเด็นการให้บริการตามขั้นตอนที่กำหนด และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก เป็นต้น

1.4 รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2540 เป็นทั้งฐานและเป็นทั้งโอกาสอันสำคัญอย่างมาก สำหรับการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะ

- (1) กำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอกัน เป็นสิทธิของคนไทยทุกคน
- (2) กำหนดให้พรรคการเมืองต้องแข่งขันกันเข้าสู่อำนาจบริหารประเทศด้วยการเสนอนโยบายที่ดีที่ประชาชนพอใจ
- (3) กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิในการรวมตัวกันเสนอกฎหมายเองได้ โดยไม่ต้องรอฝ่ายรัฐบาล และฝ่ายนิติบัญญัติ

ทั้ง 3 ข้อนี้ถูกนำมาใช้ทั้งหมดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้

1.5 วิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงที่ประเทศไทยประสบเมื่อปี 2540 เป็นจุดที่ทำให้รัฐบาลต้องสนใจและให้ความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายที่มุ่งช่วยเหลือคนจน และผู้ด้อยโอกาสในสังคม นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้มีหลักการว่าทำเพื่อให้ประชาชน “มีสิทธิ” ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า แต่ก็สามารถใช้วิกฤตครั้งนี้อธิบายได้ในอีกมุมหนึ่งว่าเป็นการทำเพื่อช่วยคนยากจนและผู้ประสบปัญหาในยามวิกฤตเศรษฐกิจ และเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชาติลง จึงทำให้นโยบายนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง^{12,59} เพราะประชาชนส่วนใหญ่ได้ประโยชน์โดยตรง และประสงค์จะได้รัฐบาลที่มีนโยบายต่างไปจากเดิม ๆ อยู่แล้ว

แต่จากประสบการณ์ในประเทศต่างๆ พบว่า การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักจะทำสำเร็จในช่วงที่ประเทศมีสภาวะทางเศรษฐกิจดี ทำสำเร็จยากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ^{7,8,12} ประเทศไทยกลับเป็นไปในทางตรงกันข้าม

1.6 การก่อตัวของกระบวนการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพที่เริ่มมานานราวหนึ่งทศวรรษ ภายใต้การสนับสนุนของ สวรส. และเริ่มเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2543 โดยมีแนวคิดในการระดมทั้งฝ่ายการเมือง ฝ่ายวิชาการ และฝ่ายประชาชนทั้งสังคม ช่วยกันจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ และทำการสังเคราะห์งานทางวิชาการเพื่อวางขั้นตอนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเสนอให้ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 3 ปี ก็เป็นต้นทุนทางปัญญาที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ แม้ว่ารัฐบาลจะไม่ได้เลือกใช้กลไกและวิธีการต่าง ๆ ตามข้อเสนอเหล่านั้นในการดำเนินงานโดยตรงทั้งหมดก็ตาม

1.7 การดำเนินงานของโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่มี นพ.สงวนฯ เป็นแกนนำก็เป็นต้นทุนที่สำคัญต่อการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันของรัฐบาลเช่นกัน เพราะนอกจากโครงการนี้จะสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการระดับปฐมภูมิและการทำงานเชื่อมกับนักวิชาการและสถาบันวิชาการต่าง ๆ แล้ว ยังมีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายวิชาชีพ และเครือข่ายประชาชนที่ทำงานด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด มีความพยายามผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านโครงการและผ่านวิธีการต่างๆ และมีความพยายามจัดทำร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติหลายกรรมาหลายวาระ มีการสนับสนุนภาคประชาชนเสนอกฎหมายเองโดยใช้รัฐธรรมนูญฯ ปี พ.ศ. 2540 เป็นโอกาส และมีการเชื่อมโยงกับภาคการเมืองอย่างลึกซึ้ง จนมีผลทำให้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทยเกิดขึ้น และดำเนินการสำเร็จเมื่อพรรคนี้ได้เข้ามาเป็นแกนจัดตั้งรัฐบาลในเวลาต่อมา โดย นพ.สงวนฯ ได้มีโอกาสเข้าไปเป็นฝ่ายดำเนินการและดูแลกำกับการทำงานโดยตรงด้วย

จึงนับได้ว่า นายแพทย์สงวนฯ และคณะ เป็นกลุ่มแกนสำคัญที่มีส่วนทำให้การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยประสบความสำเร็จในระยะเริ่มต้น

1.8 ในหลายประเทศที่ดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วไม่ประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จแต่มีแรงต้านรุนแรง มักจะเกิดจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่รวมตัวกันอย่างเหนียวแน่นและมีพลังมาก ในประเทศไทยแพทย์ส่วนใหญ่มีแนวคิดสนับสนุนหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับในประเทศไทยกลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่สามารถรวมตัวกันได้อย่างเป็นเอกภาพ เพราะมีการแยกตัวกันเป็นหลายกลุ่มหลักๆ ได้แก่ กลุ่มโรงเรียนแพทย์ที่เชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ กลุ่มแพทย์เอกชน กลุ่มแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐ และกลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งมีการถ่วงดุลกันเอง จึงไม่เป็นอุปสรรคใหญ่และไม่เป็นแรงต้านการดำเนินนโยบายที่รุนแรงจนถึงขั้นทำให้นโยบายล้ม มีเพียงปฏิกริยาคัดค้านในมาตรการและวิธีดำเนินงานบางเรื่องออกมาเป็นกลุ่ม ๆ และเป็นระยะ ๆ ซึ่งฝ่ายนโยบายยังสามารถระดมและประสานประโยชน์ได้เรื่อยมา

2. บริบทและกระบวนการพัฒนานโยบายของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ

2.1 พรรคไทยรักไทยซึ่งเป็นพรรคการเมืองใหม่ ตั้งขึ้นหลังมีรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 เป็นที่รวมของคนชั้นกลางที่เป็นนักธุรกิจ ข้าราชการ นักวิชาการ และนักปฏิรูปบางส่วน มีกระบวนการทำงานเชิงรุก (proactive) ในการ

สร้างนโยบายเพื่อเตรียมเข้าสู่การเลือกตั้งทั่วไปต้นปี พ.ศ. 2544 โดยเริ่มทำงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 – 2543 มีการรับฟังความเห็นและปรึกษาหารือผู้คนที่วงในและวงนอกอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการประกอบ จึงเป็นโอกาสที่นักวิชาการที่มีแนวคิดเชิงปฏิรูปซึ่งจับเรื่องเหล่านี้และผลักดันมาโดยตลอด สามารถเชื่อมเข้ากับภาคการเมืองได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิม นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือว่าเป็นนโยบายที่ทำยาก จึงเกิดขึ้นและดำเนินการจนสำเร็จได้ แม้แต่ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพก็มีการยกร่างไว้ตั้งแต่ยังไม่เข้าเป็นรัฐบาล โดยใช้ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพที่ฝ่ายนักวิชาการจัดทำไว้ในอดีตเป็นต้นแบบ ไม่ได้จัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมดและเมื่อเข้าเป็นรัฐบาลก็เสนอกฎหมายเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติและผลักดันจนสำเร็จได้อย่างรวดเร็ว

2.2 นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทยเข้าได้กับหลัก 3 ประการ ของการเป็นนโยบายที่ดีคือ

2.2.1 มีความชอบธรรม (legitimacy) เพราะการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิของคนไทยทุกคนตามรัฐธรรมนูญ พรรคการเมืองที่จะเข้าไปเป็นรัฐบาลจึงมีความชอบธรรมที่จะทำเรื่องนี้

2.2.2 มีความสอดคล้อง (congruency) เพราะเป็นความต้องการของประชาชนอยู่แล้ว จึงได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะมาก

2.2.3 มีความเป็นไปได้ (feasibility) เพราะประเมินว่างบประมาณของรัฐบาลอย่างเดียวน่าจะเพียงพอทำได้ ซึ่งทีมงานเศรษฐกิจของพรรคสนับสนุนว่าเป็นไปได้ แม้ว่าตอนต้นกำหนดว่าจะมีการเก็บเบี้ยประกันสมทบจากประชาชนคนละ 100 บาทต่อเดือน แต่ได้ตัดออกไปก่อนการเลือกตั้งเพราะพิจารณาว่าไม่มีระบบรองรับ ปฏิบัติยาก ที่สำคัญคือประชาชนไม่นิยม ดังนั้น นโยบายนี้จึงมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น (แต่ก็จะกลายเป็นจุดอ่อนที่สำคัญ เพราะอาจเป็นภาระด้านงบประมาณของรัฐบาล หรืออาจถึงขั้นไม่มีงบประมาณเพียงพอจัดบริการในระยะยาวได้)

2.3 เมื่อพรรคไทยรักไทยได้เป็นแกนจัดตั้งรัฐบาล ได้นำเอานโยบายของพรรคมาเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล โดยมอบหมายให้บุคคลในคณะทำงานของพรรคที่จับเรื่องนี้มาตั้งแต่ขั้นตอนการทำงานนโยบาย มาเป็นผู้ดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย ดึงข้าราชการที่เป็นผู้อยู่เบื้องหลังในการจัดทำนโยบายเข้ามาดูแลรับผิดชอบและแต่งตั้งให้เป็นที่รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดูแลงานนี้ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ.2544

ประกอบด้วยช่วงที่รัฐบาล พ.ศ.ท.ทักษิณ เข้าบริหารประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขและทีมงานที่เข้าใจและต้องการผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพอยู่พอดี จึงงานรับและลงมือดำเนินการตามนโยบายนี้ทันที นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่ผ่านการดำเนินโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค จึงเหมือนลูกธนูที่ถูกยิงพุ่งออกไปอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับห้วงเวลาที่ประชาชนกำลังเสี่ยงเสียชีวิตรอบสนาม ในขณะที่บางฝ่ายก็ส่งเสียงท้วงติงด้วยเกรงว่าลูกธนูอาจพลาดเป้า

2.4 โดยทั่วไปการดำเนินนโยบายที่ใหญ่และยากเช่นนี้ นักวิชาการมักจะแนะนำให้มีการบูรณาการกำหนดประเด็นนโยบาย การสร้างรายละเอียดของนโยบายให้ชัดเจน แล้วจึงลงมือดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน มีจังหวะก้าวและเงื่อนเวลาที่ชัดเจน สำหรับรัฐบาล พ.ศ.ท.ทักษิณ แม้พยายามทำอย่างอาศัยหลักวิชาการอยู่ไม่น้อย แต่ก็ไม่ได้มีการกำหนดทุกอย่างให้ชัดเจนก่อน เช่น ช่วงเริ่มกำหนดประเด็นนโยบายมีการระบุถึงการเก็บเงินสมทบเป็นเบี้ยประกัน ต่อมาก็ตัดออกไปด้วยเหตุผลทางการเมืองเป็นหลัก มีแนวคิดจะรวมส่วนประกันสุขภาพในระบบอื่นเข้ามาด้วย เพื่อให้เกิดระบบกองทุนเดียวครอบคลุมประชากรทุกคนทั่วประเทศ แต่เมื่อมีแรงดันก็หยุดไป โดยลงมือดำเนินการเฉพาะในส่วนที่เป็นระบบซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดูแลได้และในส่วนที่ประชาชนยังไม่มีหลักประกันใด ๆ ตอนเริ่มลงมือดำเนินการตามนโยบายไม่ได้วางแผนว่าจะทำเร็ว เป็นการฟังคำแนะนำจากฝ่ายนักวิชาการที่เสนอให้ทำแบบเป็นขั้นเป็นตอน ค่อยเป็นค่อยไป แต่เมื่อลงมือทำจริง รัฐบาลกลับตัดสินใจขยายโครงการครอบคลุมทั่วประเทศภายในเวลาอันรวดเร็ว ตอนแรกจะยังไม่เปิดให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเร็ว แต่เมื่อมีการเรียกร้องก็เปิดให้ร่วมเร็วขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ เนื่องจากรัฐบาลตัดสินใจเร่งดำเนินงานบนระบบและโครงสร้างเดิมของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก จึงมองข้ามแนวทางการกระจายอำนาจตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ที่กำลังมีการเตรียมการอยู่ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น เช่นการเสนอรูปแบบให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ที่เป็นกลไกพหุภาคีในระดับจังหวัดเข้ามาดูแลการจัดการงานสาธารณสุข รวมไปถึงการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ทั้งนี้ รัฐบาลอาจพิจารณาเห็นว่า หน้าต่างแห่งโอกาสทางการเมืองเปิด รัฐบาลกำลังมีคะแนนนิยมสูงมาก ประชาชนสนับสนุนมาก^{12,59} จึงตัดสินใจดำเนินการโดยเร็วแบบคิดไป-ทำไป-แก้ไขไป ซึ่งการดำเนินนโยบายลักษณะนี้ ถูกวิจารณ์จากฝ่ายนักวิชาการว่ามีข้อเสียมาก^{48,49,60} แต่ในทางกลับกันพบว่าทำให้ผู้ที่คัดค้านหรือต่อต้านไม่มีเวลาพอที่จะต่อต้านถึงขั้นทำให้นโยบายสะดุด และในขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสที่ฝ่ายรัฐบาลค่อย ๆ ดึงผู้เกี่ยวข้องหลาย ๆ ฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วมเสนอแนะ และร่วมทำมากขึ้น ๆ โดยยอมปรับแต่งนโยบายบางส่วนไปตามสถานการณ์

2.5 การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก และเกี่ยวกับส่วนราชการหลายหน่วย นักวิชาการจึงเสนอว่าควรดำเนินการโดยกลไกระดับชาติที่อยู่ภายใต้การดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อให้เกิดการยอมรับและเข้าไปปรับเปลี่ยนในจุดต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงต้นรัฐบาลก็มีแนวคิดจะตั้งกลไกเฉพาะกิจภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการเรื่องนี้ แต่ในที่สุดกลับตัดสินใจเลือกใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนทำงาน โดยเริ่มทำในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขก่อน มีการตั้งคณะทำงานในกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาพัฒนา นโยบายและวางแผนลงมือปฏิบัติในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างทันทีทันใด โดยออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขรองรับการดำเนินงานในช่วงต้น แล้วจึงขยายให้มีคณะกรรมการระดับชาติ พร้อมกับเปิดช่องทางความร่วมมือให้กว้างขึ้นตามลำดับ ซึ่งมีข้อดีคือ เริ่มได้เร็วเพราะในกระทรวงสาธารณสุขมีผู้รู้เรื่องมากที่สุด มีการเตรียมระบบต่าง ๆ และเตรียมองค์ความรู้มานานแล้ว การเริ่มในจุดเล็กแล้วค่อยขยายวงผู้เกี่ยวข้องออกไปจะทำให้ทำได้ง่ายขึ้น

แต่การเลือกทำเช่นนี้ก็ยังมีข้อเสีย เช่น เกิดแรงต้านการเปลี่ยนแปลงขึ้นในหมู่ข้าราชการระดับสูงบางส่วน และในฝ่ายผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากนโยบายนี้ จนถึงขนาดขยายเป็นความขัดแย้งระหว่างปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่ควบคุมนโยบาย (หลังตุลาคม พ.ศ. 2544) กระทรวงสาธารณสุขตกอยู่ในภาวะสับสนบทบาทระหว่างผู้ควบคุมกฎ ผู้ซื้อบริการ และผู้จัดบริการและการดำเนินนโยบายนี้ครอบคลุมไปไม่ถึงการปฏิรูประบบอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ และระบบการพัฒนากำลังคนสาธารณสุขซึ่งมีหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องด้วยอีกมาก

2.6 การเร่งรีบดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยลงมือดำเนินการใน 6 จังหวัดแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 เพิ่มอีก 15 จังหวัดในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 และขยายทุกจังหวัดทั่วประเทศ และบางเขตของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2544 เป็นที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพราะได้รับประโยชน์โดยตรงอย่างรวดเร็ว ถูกใจโรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งที่ต้องการเข้าร่วมรับส่วนแบ่งจากโครงการและถูกใจโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการขนาดเล็กในชนบท

แต่ในส่วนโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลกระทบอย่างรุนแรงเพราะงบประมาณจำกัดลง ในขณะที่รัฐบาลใช้โครงการนี้เป็นเครื่องมือประชาสัมพันธ์หาเสียงทางการเมืองตลอดเวลา ทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการมากขึ้น เรียกร้องบริการและคุณภาพบริการมากขึ้น โดยรัฐบาลมีนโยบายให้อะลุ่มอล่วยกับประชาชน ห้ามมิให้เกิดความขัดแย้งใด ๆ กับประชาชน ประกอบกับมีความไม่แน่นอน กลับไปกลับมาในเรื่องการจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการ ซึ่งได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งกันเองขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการถดถอยลง ซึ่งได้กลายเป็นปัญหาอื่นตามมา เช่น การไหลออกของบุคลากร คุณภาพบริการอาจด้อยลง เป็นต้น^{17,49-51}

“บุคลากรส่วนหนึ่งขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลาและต้องรับภาระการทำงานเพิ่มขึ้น การที่กฎระเบียบปฏิบัติยังขาดความชัดเจนและเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา มีผลให้ผู้ให้บริการไม่สามารถคาดการณ์ขนาดในการทำงานได้อย่างมั่นใจ ขณะเดียวกัน แพทย์ต้องรับภาระเพิ่มขึ้น โดยต้องทำหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินของสถานพยาบาลให้เพียงพอด้วย ซึ่งเป็นภาระงานที่ไม่ถนัด นอกจากนี้ ยังต้องให้บริการที่ดีแก่ประชาชน ทั้งการหมุนเวียนไปรักษาผู้ป่วยที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และทำการรักษาผู้ป่วยในงานที่อาจไม่มีประสบการณ์เพียงพอ ทำให้เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง หากส่งต่อก็จะทำให้สถานพยาบาลมีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น จึงทำให้แพทย์ทำงานด้วยความกดดันและพร้อมที่จะออกจากระบบราชการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลขนาดเล็กที่ปัจจุบันประสบภาวะขาดแคลนแพทย์อยู่แล้ว”

จากเอกสารอ้างอิง 50

เหล่านี้คือตัวอย่างส่วนหนึ่งของผลเสียที่เกิดจากการเร่งรีบดำเนินการตามนโยบายที่อาศัยการตัดสินใจทางการเมืองเชิงบังคับมากกว่าการร่วมมืออย่างสร้างสรรค์และการทำงานเป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งหลายฝ่ายพยายามส่งเสียงเตือนมาโดยตลอด

2.7 เนื่องจากรัฐบาลมองการดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นไปในรูปของการหยิบยื่นประโยชน์ให้แก่ประชาชนด้วยความเอื้ออาทร ตามแนวทางประชานิยม จึงมองข้ามการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม มองข้ามศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มีบางพื้นที่สามารถรวมตัวกันจัดระบบสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จนประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว แม้เป็นการดำเนินงานในระดับจุลภาคก็ตาม ดังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลดำเนินการ จึงละเลยความพยายามที่จะเชื่อมต่อหนุนเสริมเข้ากับระบบของประชาชนไปอย่างน่าเสียดาย

2.8 รัฐบาลดำเนินการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างรวดเร็ว โดยเตรียมร่างพระราชบัญญัติฯ ไว้ก่อนที่พรรคไทยรักไทยเข้ามาเป็นรัฐบาล เพื่อใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือรองรับนโยบายนี้ให้มีความยั่งยืน แต่แทนที่จะใช้กระบวนการยกร่างกฎหมายเป็นเครื่องมือสร้างความเข้าใจ และประสานความร่วมมือจากทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน รัฐบาลตัดสินใจทำเองเป็นหลัก เปิดกระบวนการมีส่วนร่วมน้อยมาก แม้ว่าในขั้นการพิจารณาของคณะกรรมการวิสามัญของสภาผู้แทนราษฎร มีการเปิดเวทีรับฟังความเห็นอยู่บ้าง แต่ก็ทำจำกัดแบบพอเป็นพิธีและทำซ้ำเกินไป ดังนั้น เมื่อร่างพระราชบัญญัติฯ เข้าสู่ชั้นวุฒิสภา ฝ่ายวิชาชีพแพทย์ซึ่งกำลังได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงในการลงมือดำเนินนโยบายระยะเปลี่ยนผ่านของรัฐบาล ตรวจสอบพบว่า มีบางมาตราในร่างพระราชบัญญัติ เช่น มาตรา 42 กำหนดให้สำนักงานกองทุนหลักประกันมีสิทธิไต่เบียดกับสถานบริการและผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำให้ผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จึงเป็นที่มาของการรวมตัวกันของแพทย์ ทำการประท้วงเรื่องนี้อย่างรุนแรง ซึ่งฝ่ายรัฐบาลได้รับปากว่าจะแก้ไขให้ ด้วยการออกกฎหมายปรับปรุงแก้ไขต่อไปในอนาคต แต่การรวมตัวกันของวิชาชีพแพทย์มิได้จบลงเพียงเท่านี้ ตรงกันข้ามมีการรวมตัวกันเป็นระบบมากขึ้น เพื่อติดตามการดำเนินนโยบายนี้และนโยบายอื่นของรัฐบาลที่คาดว่าจะมีผลกระทบกับวิชาชีพของตน

ที่จริงความขัดแย้งเช่นนี้น่าจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้หรือบรรเทาได้พอสมควร หากรัฐบาลดำเนินนโยบายด้วยการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เพราะจะว่าไปแล้วนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ทุกฝ่ายเห็นด้วยกันทั้งสิ้น^{48,51} แต่รายละเอียดของการดำเนินนโยบายเท่านั้นที่อาจมีความเห็นต่างกัน และบางเรื่องอาจเร็วเกินไป หรืออาจไม่เหมาะสมกับสังคมไทยก็ได้ เช่น มาตรา 42 เป็นต้น ดังนั้น หากเปิดการมีส่วนร่วมให้มากพอ ก็อาจจะหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่ไม่จำเป็นลงได้

3. เนื้อหาของนโยบายฯ

3.1 เมื่อพรรคไทยรักไทยเริ่มสร้างประเด็นนโยบาย ได้มีการกำหนดการเก็บเงินสมทบเป็นเบี้ยประกันคนละ 100 บาทต่อเดือน และมุ่งรวมโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และส่วนที่เป็นการประกันสุขภาพของระบบประกันสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อให้มีเงินเพียงพอในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทั่วประเทศ แต่ต่อมาตัดสินใจเลือกใช้งบประมาณจากภาษีอากรปกติเป็นหลักเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้การดำเนินนโยบายทำได้ง่าย แต่เกิดผลกระทบตามมาได้มาก^{4,12,50,60} ได้แก่

ในระยะสั้น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีงบประมาณจำกัดลงมาก โรงพยาบาลใหญ่ได้รับผลกระทบมากเพราะมีค่าใช้จ่ายในรูปของเงินเดือน ค่าตอบแทนบุคลากร และมีต้นทุนดำเนินการที่สูง ในขณะที่ประชาชนเรียกร้องและใช้บริการเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเล็กที่มีประชากรในเขตน้อยก็ได้รับงบประมาณน้อยจนแทบจะอยู่ไม่ได้ โรงพยาบาลเล็กทั่ว ๆ ไป แม้ว่าอาจจะได้งบประมาณเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ก็ขาดแคลนทรัพยากรอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่มีการกระจุกตัว ซึ่งไม่สามารถปรับเกลี้ยให้กระจายอย่างเหมาะสมในเวลาสั้นๆ (แม้ในระยะยาวก็อาจทำไม่ได้) ในรูปการณ์เช่นนี้ คาดว่าคุณภาพบริการจะถดถอยลง ซึ่งจะกระทบทางจิตวิทยาทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิที่มีทางเลือก (มีกำลังทรัพยากรพอสมควร) หันไปใช้บริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนประชาชนที่ยากจนและด้อยโอกาสก็ต้องใช้ระบบนี้ที่ไม่มีทางเลือก⁶¹ ระบบนี้จึงอาจกลายเป็นระบบบริการชั้นสองไปโดยปริยาย⁶⁰ ซึ่งผิดไปจากแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ควรจะเป็น ซึ่งฝ่ายนักวิชาการเสนอมาตลอดเวลาว่าจะต้องใช้งบประมาณสูงกว่านี้ จึงจะทำได้อย่างมีคุณภาพ^{4,60}

ส่วนในระยะยาว ระบบซึ่งพึ่งงบประมาณจากภาษีทั่วไปเพียงอย่างเดียวจะประสบปัญหางบประมาณไม่พอดำเนินการได้ และงบประมาณส่วนนี้จะกลายเป็นภาระใหญ่ของรัฐบาลในอนาคต เพราะงบประมาณจะเพิ่มขึ้นตลอดเวลา⁶⁰ ต้นทุนบริการสาธารณสุขจะต้องเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆเนื่องจากมีพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์การสาธารณสุขอยู่ตลอดเวลา โรคภัยไข้เจ็บและปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงลึบซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ แม้จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสักเพียงใดก็ตาม ซึ่งปัญหานี้เกิดขึ้นมาแล้วในหลายประเทศที่ดำเนินโครงการทำนองนี้มาก่อน ประกอบกับระบบนี้ไม่มีการเก็บเงินเป็นค่าเบี้ยประกันเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบและมีสำนึกการมีส่วนร่วม การใช้จ่ายทั่วไปซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมทางอ้อม สำนึกในการใช้บริการอย่างสมเหตุสมผลเท่าที่จำเป็นจึงเกิดขึ้นได้ยาก เพราะประชาชนรู้สึกว่าเป็นบริการฟรีหรือเกือบฟรีที่รัฐบาลเอื้ออาทรให้⁴⁸

3.2 การดำเนินนโยบายระยะเปลี่ยนผ่าน รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีการเปิดช่องทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งเป็นข้อดี ทำให้เกิดการประนีประนอมในบางเรื่อง โครงการสามารถดำเนินไปได้ แต่ผลเสียที่เกิดขึ้นก็คือมีการเปลี่ยนหลักเกณฑ์วิธีการบางอย่างกลับไปกลับมาแบบเอาแน่นอนอะไรไม่ได้ เช่น การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายแบบรวมเงินเดือน (พ.ศ. 2545) แบบแยกเงินเดือนไว้ที่จังหวัด ซึ่งต่อมาแยกเงินไว้ที่ส่วนกลาง (พ.ศ. 2546-2547) ซึ่งเป็นไปตามแรงกดดันของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีพลังมากน้อยในช่วงเวลาที่ต่างกัน ทำให้การปฏิรูประบบการเงินการคลังแบบหวังผลให้เกิดการปฏิรูปการบริหารจัดการและการจัดบริการไปในทิศทางที่ควรจะเป็นประสบความสำเร็จได้ยาก และเกิดความขัดแย้งขึ้นในกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการสาธารณสุขในระบบเดียวกัน สัมพันธภาพที่เคยพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือกัน กลายเป็นสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกันมากขึ้น ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างแน่นอน

3.3 ในขั้นตอนกำหนดนโยบายของพรรคไทยรักไทยและของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ไม่ได้มีการกำหนดให้สถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เมื่อฝ่ายวิชาการเสนอเรื่องนี้ รัฐบาลเห็นด้วยว่ามีข้อดี คือจะทำให้เกิดบริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวม สามารถจัดบริการซ่อมและสร้างควบคู่กันไปเป็นแบบการดูแลสุขภาพทุกคน ไม่ใช่การรักษาโรคเป็นรายครั้งเท่านั้น (ซึ่งแตกต่างในเชิงที่ดีกว่าระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ) และจะทำให้ต้นทุนในการจัดบริการต่ำ จึงกำหนดเพิ่ม

เดิมให้เป็นหลักการสำคัญส่วนหนึ่งของนโยบายนี้ การดำเนินการส่วนนี้ถือว่าเป็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง

แต่น่าเสียดายที่ไม่มีเตรียมความพร้อมในส่วนนี้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนมาก่อน แม้ว่าเคยมีการศึกษาทดลองหารูปแบบการจัดการบริการมาบ้างแล้วก็ตาม แต่มีการศึกษาวิจัยในด้านการบริหารจัดการระบบบริการระดับปฐมภูมิน้อย ในขณะเดียวกัน เมื่อต้องเร่งดำเนินการตามนโยบายนี้อย่างรวดเร็ว ก็อาศัยการกำหนดกฎเกณฑ์ กติกา มาตรฐาน ให้ผู้จัดบริการต้องทำตามทันที การปฏิรูปส่วนนี้จึงเกิดความขลุกขลักและคลาดเคลื่อนไปจากหลักการที่ควรจะเป็น เช่น หลายแห่งกลายเป็นเพียงการจัดหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (โอ พี ดี) เพิ่มขึ้น บางแห่งกำหนดพื้นที่ผู้ใช้บริการมากเกินไป บ้าง น้อยเกินไปบ้าง บุคลากรไม่เพียงพอบ้าง บางแห่งส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาไปทำงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ สร้างความขัดข้องใจให้แก่ผู้ปฏิบัติและมีการอะลุ่มอล่วยให้ใช้โรงพยาบาลเป็นสถานบริการปฐมภูมิ มีการอะลุ่มอล่วยให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการผัดขิ้นตอน เพราะนโยบายผู้บริหารห้ามขัดแย้งกับประชาชน เป็นต้น

3.4 ในตอนเริ่มดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันฯ ประชาชนรู้จักนโยบายนี้จากโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ที่ประชาสัมพันธันทำให้เข้าใจว่าจะรักษาได้ทุกโรค ยังไม่เคยมีการพูดถึงและไม่เคยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักเพื่อบอกว่า สิ่งที่ประชาชนจะได้รับตามนโยบายนี้ไม่ใช่ทุกเรื่อง ต่อมาจึงมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักขึ้นมาอย่างรีบด่วน โดยยึดชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมเป็นหลัก เพิ่มด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่บุคคลและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

แต่การปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์หลักในช่วงต่อ ๆ มา มีการตัดสินใจด้วยเหตุผลทางการเมืองด้วย ใช้เหตุผลทางวิชาการสนับสนุนน้อย ซึ่งหากปล่อยเป็นเช่นนี้เรื่อยไป อาจเกิดผลกระทบต่อโครงการในระยะยาวได้¹² เพราะค่าใช้จ่ายโดยรวมจะยิ่งบานปลายจนควบคุมไม่ได้

ประเด็นสำคัญสู่ออนาคต

ทุกฝ่ายในสังคมเห็นตรงกันว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักการที่ดี แต่เรื่องวิธีการดำเนินการนั้นมีความเห็นที่แตกต่างกันออกไปได้มากมาย การดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ โดยการเดิมส่วนขาดให้เต็ม ผ่านพ้นไปแล้วในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน และตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมารองรับเรียบร้อยแล้ว แต่อนาคตของเรื่องนี้ยังต้องมีประเด็นที่ต้องทำ ต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไข และพัฒนาอีกมาก จากการสังเคราะห์สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการในอนาคตได้ดังนี้

1. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ เป็นนโยบายที่ดี รัฐบาลทำได้เพราะ “หน้าต่างแห่งโอกาส” เปิดออกในช่วงเวลาที่เหมาะสม^{8,12} โดยมีรัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นฐานเอื้อโอกาส ทำให้พรรคการเมืองต้องแข่งขันนโยบายกัน รัฐธรรมนูญกำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน จึงเป็นเรื่องชอบธรรมที่การเมืองจะหยิบนโยบายนี้ขึ้นมาทำ วิกฤตทางเศรษฐกิจเป็นช่วงที่ประชาชนต้องการรัฐบาลที่มีนโยบายใหม่ๆ นโยบายนี้แม้เป็นการทำเพื่อสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน แต่ฝ่ายการเมืองก็ใช้อธิบายในมุมมองของการช่วยเหลือประชาชนในยามวิกฤตได้ นั่นคือการขับเคลื่อนในมุมมองของภาคการเมือง

มุมมองที่ทำให้เห็นนโยบายนี้เกิดขึ้นได้และลงมือทำสำเร็จในเวลาอันรวดเร็วคือ มุมภาควิชาการ ฝ่ายนักวิชาการที่มีแนวคิดเรื่องนี้ มีการเชื่อมโยงเกาะเกี่ยวกันทำงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องไว้เป็นจำนวนมาก และพยายามผลักดันนโยบายนี้มาตลอด 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยรูปแบบ ด้วยโครงการและด้วยองค์กรต่าง ๆ ที่แยกกันทำงานแต่เสริมซึ่งกันและกัน กระแสการเคลื่อนไหวเชิงวิชาการแนวปฏิรูปเช่นนี้ เป็นทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาที่เมื่อมีโอกาสเชื่อมต่อกับมุมมองการเมืองที่มีแนวคิดทำนองเดียวกัน จึงทำให้เกิดนโยบายและลงมือทำได้จริง

มุมมองที่สามซึ่งมีส่วนสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันคือ **มุมมองประชาชน** นอกจากประชาชนทั่วไปจะมีความรู้สึกที่ดีต่อนโยบายเช่นนี้เพราะได้รับประโยชน์ที่เห็นได้ชัดโดยตรง จึงสนับสนุนอยู่แล้ว กระบวนการประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมีการพัฒนาโดยตลอดในช่วง 1 - 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการทำงานเชื่อมโยงกับมุมมองวิชาการและอาศัยรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 เป็นฐาน จึงเกิดการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบเพื่อเสนอออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชนในห้วงเวลาที่ซ้อนทับกันพอดี ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้ ก็เป็นแรงหนุนเสริมให้มุมมองการเมืองและมุมมองวิชาการได้ใจและผลักดันนโยบายนี้อย่างไม่โดดเดี่ยว

การบรรจบกันของ 3 ประสานนี้ เข้าได้กับ **“ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมขี้นภูเขา”** ที่สังเคราะห์โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี โดยงานนี้มีมุมมองการเมืองเป็นเจ้าภาพหลักเพราะมีอำนาจมากที่สุดในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เป็นทางการ¹² และมีอีกสองมุมเป็นตัวหนุนเสริมที่สำคัญ

บทเรียนตรงนี้ ถือเป็นกรณีศึกษาสำหรับพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่อาสาเข้ามาทำงานเพื่อประเทศชาติ และเป็นบทเรียนของภาควิชาการและภาคประชาชนที่มีความปรารถนาจะทำได้และยากให้เป็นผลสำเร็จ

2. นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับทุกคน โดยการดำเนินนโยบายต้องมีการปฏิรูประบบสำคัญ 2 ระบบคือ

2.1 ปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อใช้จัดบริการสาธารณสุข มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมให้กับประชาชน (equity) เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency) และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล (cost containment)

2.2 ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข มีเป้าหมายให้มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานที่ยอมรับได้ (quality) ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม แต่ก็ไม่ใช่ตามอำเภอใจ (choice & accessibility)

โดยระบบทั้งหมดต้องเป็นระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วม (transparency & accountability & participatory)

การดำเนินนโยบายที่ใหญ่ ยาก สลับซับซ้อน มีหลักการและวัตถุประสงค์ย่อยหลายประการเช่นนี้ จึงไม่ใช่การทำแค่ประกาศนโยบาย เลือกวิธีการ สั่งการให้ลงมือทำ ทำประชาสัมพันธ์เพื่อให้ได้คะแนนนิยม แล้ว ปลดปล่อยให้การจัดการเป็นไปอย่างลุ่ม ๆ ดอน ๆ ใช้วิธีแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นหลัก ตรงกันข้าม เจ้าของนโยบายและผู้บริหารจัดการโครงการต้องมีภาระงานอีกมากมายไม่รู้จบ เพื่อให้การดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างเรียบร้อย เกิดผลดีตามหลักการและวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ให้มากที่สุด

โดยทั่วไปแล้ว วัตถุประสงค์หลายประการของนโยบายนี้ มีความขัดแย้งกันอยู่ในตัวเอง เช่น ถ้าเพิ่มทางเลือกและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากเท่าไร ค่าใช้จ่ายก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย อาจควบคุมค่าใช้จ่ายได้ยาก ถ้าเลือกวิธีการจ่ายเงินจากงบประมาณที่เป็นภาษีทั่วไปโดยประชาชนไม่ต้องร่วมจ่าย ในระดับและด้วยวิธีที่เหมาะสม ประชาชนก็อาจขาดสำนึกเรื่องต้นทุน ก็อาจใช้บริการเกินจำเป็นจนอาจควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ ถ้าควบคุมค่าใช้จ่ายในการจัดบริการมากเกินไปจนสถานบริการขาดแคลนทรัพยากรในการจัดบริการ คุณภาพบริการก็อาจตกต่ำลง ถ้าให้ประชาชนมีสิทธิประโยชน์สูงขึ้นมาๆ ถ้าเปิดช่องทางให้ประชาชนมีสิทธิในการเรียกร้องชดเชยกรณีได้รับความเสียหาย และการเข้ามีส่วนร่วมดูแลการจัดการในระดับต่าง ๆ ฝ่ายผู้ให้บริการก็อาจตกอยู่ในภาวะถูกกดดันมากขึ้น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันก็อาจเปลี่ยนไป เป็นต้น

ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสลับซับซ้อนและความละเอียดอ่อนของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทุกฝ่ายจะมองข้ามไม่ได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการสร้างและใช้ความรู้ทางวิชาการ (ปัญญา) มาเป็นฐานการตัดสินใจประเด็นต่าง ๆ และเป็นฐานของการบริหารจัดการโครงการนี้ให้มากขึ้น โดยควรมีระบบสื่อสารทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

อำนาจทางการเมืองนั้นมีความสำคัญต่อการริเริ่มนโยบายยาก ๆ เช่นนี้ และสำคัญต่อการกำกับดูแลทิศทางการดำเนินนโยบายให้เหมาะสม แต่การขับเคลื่อนนโยบายให้ราบรื่นในระยะยาว ควรอาศัยพลังทางปัญญาและพลังการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

3. การกำหนดประเด็นนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทย ใช้เวลาเป็นปี (พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2544) แต่เมื่อนโยบายของพรรคกลายเป็นนโยบายของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณแล้ว รัฐบาลตัดสินใจลงมือดำเนินงานอย่างรวดเร็ว แบบที่เรียกว่า “คิดไป-ทำไป-แก้ไป” ตรงข้ามกับที่ฝ่ายวิชาการส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอ ซึ่งการดำเนินงานอย่างรวดเร็วโดยเลือกใช้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน เริ่มทำในกระทรวงสาธารณสุขก่อนแล้วจึงขยายวงออกนอกกระทรวง พบว่ามีข้อดีคือสามารถทำครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีแรงต้านมากนักเพราะฝ่ายต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบยังตั้งตัวไม่ทัน และส่วนใหญ่อยู่ใต้ระบบบริหารของกระทรวงเดียว ประกอบกับช่วงนั้นประชาชนกำลังนิยมรัฐบาลอย่างสูง หรือแม้แต่การผลักดันออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ รัฐบาลก็อาศัยการทำแบบรวบรัดรวดเร็ว เพราะรัฐบาลมีเสียงข้างมากในสภาผู้แทนราษฎร จึงไม่เปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมเท่าที่ควร

แต่ผลเสียที่ตามมาก็คือ การตัดสินใจลงมือทำอย่างรวดเร็วในท่ามกลางความไม่พร้อมเกือบทุกด้าน เช่น การกำหนดแหล่งเงินที่จะนำมาใช้ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา จนในที่สุดต้องเลือกใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว (เปลี่ยนจากแนวคิดประกันสุขภาพมาเป็นรัฐสวัสดิการ) ความไม่พร้อมของระบบสารสนเทศ การคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ยังคงถกเถียงกันเรื่อยมา การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การกำหนดระบบบริการสาธารณสุข การขยายการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน การจัดสรรงบประมาณเหมาะสมจ่ายต่อหัวให้สถานบริการแบบรวมเงินเดือนและแบบแยกเงินเดือน เป็นต้น ในขณะที่ฝ่ายการเมืองประชาสัมพันธ์หาเสียงโดยตลอด ปล่อยให้ฝ่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขตกเป็นผู้รับบทหนัก ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและแรงกดดันรอบด้าน จนอาจกลายเป็นความถดถอยเกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข⁵⁰

ในต่างประเทศที่ผ่านการดำเนินนโยบายนี้มาก่อน พบว่าในช่วงเริ่มต้นโครงการ คุณภาพบริการสาธารณสุขจะตกต่ำลงด้วยเหตุจากปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนดูแลแก้ไขอย่างเหมาะสม คุณภาพบริการก็จะพัฒนาขึ้น

ดังนั้น ในกรณีของประเทศไทย ฝ่ายนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการควรตระหนักในเรื่องนี้ โดยควรสร้างระบบประเมินผล ติดตามดูแลเพื่อแก้ปัญหาอย่างใกล้ชิด ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

สำหรับกรณีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ จากการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่กลุ่มวิชาชีพแพทย์ส่วนหนึ่งไม่พอใจในสาระบัญญัติบางมาตรา ฝ่ายแพทย์ถูกมองเป็นจำเลยของสังคม แพทย์ที่เคยเป็นกลุ่มอำนาจสูงสุดในระบบบริการสาธารณสุขกำลังถูกรุกไล่หนักขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากภาคการเมืองมองข้ามการมีส่วนร่วม ให้คุณค่าแก่ฝ่ายต่าง ๆ น้อยเกินไป มองนโยบายนี้เป็นประเด็นผลประโยชน์ทางการเมืองมากเกินไป และเร่งดำเนินนโยบายเร็วเกินไป

ประเด็นนี้ก็ควรใช้เป็นกรณีศึกษาได้อีกกรณีหนึ่ง โดยฝ่ายนโยบายควรลดความเป็น”การเมือง”ลงและเพิ่มการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกฝ่ายให้มากขึ้น

4. รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ตัดสินใจใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียวสำหรับดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง ๆ ที่เดิมเคยคิดวิธีการร่วมจ่ายด้วยการเก็บเบี้ยประกันสมทบล่วงหน้า แต่ก็ตัดออกไปในที่สุด

คณะทำงานวิชาการที่รวมผู้เชี่ยวชาญสังเคราะห์ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴ เสนอว่า ต้องใช้งบประมาณ 1 แสนล้านบาท (โดยรัฐบาลต้องหางบประมาณเพิ่มอีก 3 - 4 หมื่นล้านบาท) เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ

ภาพถว้หน้าให้ประชาชนมีบริการสาธารณสุขที่เทียบได้กับระบบประกันสังคม ซึ่งคณะทำงานของพรรคไทยรักไทยเองก็ได้วิเคราะห์ และเห็นด้วยกับประเด็นนี้ในช่วงเริ่มต้น

แต่รัฐบาลกลับตัดสินใจทำด้วยการใช้เงินเพียง 5 - 6 หมื่นล้านบาท ครอบคลุมประชากรประมาณ 46 ล้านคน (ไม่รวมประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ) โดยรัฐบาลยืนยันตลอดเวลว่า งบประมาณเท่านี้เพียงพอจัดบริการอย่างมีคุณภาพให้กับทุกคนได้ แต่หลายฝ่ายมองเห็นตรงข้ามกับรัฐบาล ด้วยมองว่าการตัดสินใจเลือกใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว โดยจัดงบประมาณเหมาจ่ายให้ค่อนข้างต่ำเช่นนี้จะกระทบกับคุณภาพของบริการสาธารณสุขอย่างแน่นอน อีกทั้งจะสร้างปัญหาภาระงบประมาณของประเทศในระยะยาว

4,12,15,17,19,22,48,49,50,51,60,62

ประเด็นนี้ ถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญระดับสูง (crucial) ต่ออนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถว้หน้า มีประเด็นย่อย ได้แก่

4.1 การใช้การเงินการคลังรวมหมู่ (collective financing) เช่นนี้ ไม่ว่าเงินจำนวนเท่าใด ทั้งหมดวางอยู่บนสมมุติฐานว่า จะต้องมีการเกลี่ยทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างสมดุลตามประชากร แต่ข้อเท็จจริงคือว่า ทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นบุคลากร อาคารสถานที่ เครื่องมือ เทคโนโลยีต่าง ๆ มีมากในเมือง ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในภาคเอกชน มีน้อยในชนบท ในโรงพยาบาลและสถานบริการขนาดเล็ก และแตกต่างกันระหว่างภาคด้วย ซึ่งการเกลี่ยทรัพยากรเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก ดังนั้น การเงิน การคลังรวมหมู่ที่ใช้แล้วยังมีน้อยเท่าใด ก็จะไม่พอในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาคกันมากนัก โดยเฉพาะในที่ที่มีความขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุขอยู่เดิม เพราะจะต้องขอมสูญเสียเงินส่วนหนึ่งไปกับระบบบริการที่มีการกระจายทรัพยากรไม่ดีและขาดประสิทธิภาพอยู่เดิมด้วย

4.2 ประเทศไทยเป็นตลาดผสมระหว่างตลาดเสรีและตลาดควบคุม ถ้ารัฐบาลลงทุนให้กับนโยบายนี้ น้อย ก็จะไม่สามารถรักษาทรัพยากรเพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพ และที่จะสร้างความเป็นธรรม (ในพื้นที่ขาดแคลน) ได้ ประชาชนที่มีทางเลือก (คนชั้นสูงและคนชั้นกลาง) ก็จะไม่นิยมระบบนี้ ไม่ไปใช้บริการเมื่อยามจำเป็น (ซึ่งอาจมีข้อดีคือทำให้สามารถนำเงินเหมาจ่ายรายหัวส่วนนั้นไปจัดบริการให้คนอื่นได้) แต่บริการสาธารณสุขตามนโยบายนี้จะกลายเป็นบริการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาสหรือบริการชั้นสองไป แทนที่จะเป็นบริการตามสิทธิของทุกคนไม่ว่ายากดีมีจน (ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพถว้หน้าตามหลักการที่ควรจะเป็น) ดังนั้น ถ้ารัฐบาลจะดำเนินโครงการนี้ให้เป็นหลักประกันสุขภาพถว้หน้าอย่างแท้จริง ก็จะต้องขอมใช้เงินให้มากกว่าเพื่อแข่งขันกับตลาดให้ได้อย่างเหมาะสม^{4,60}

4.3 การใช้ภาษีทั่วไปมาเป็นแหล่งเงินหลักแหล่งเดียว โดยประชาชนไม่ต้องร่วมจ่ายตามระดับรายได้ (income related) แบบคนมีรายได้มากกว่าจ่ายมาก คนมีรายได้น้อยจ่ายน้อย คนยากจนรัฐจ่ายให้ เพื่อจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกคน (ร่วมสุข-ร่วมทุกข์) นอกจากเสียภาษีตามระบบปกติ มีผลทำให้ประชาชนไม่รู้สึกรู้สีกว่ามีส่วนเป็นเจ้าของโครงการนี้ รู้สึกเหมือนว่าเป็นเรื่องที่รัฐบาลหยิบยื่นให้แบบเอื้ออาทร ตามที่รัฐบาลประชาสัมพันธ์ในทำนองนี้ตลอดเวลา บริการที่ได้รับจึงเสมือนได้เปล่า อาจทำให้มองไม่เห็นคุณค่าและมีแนวโน้มที่จะใช้บริการเกินจำเป็นได้ด้วย แต่ถ้าเป็นระบบที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย ซึ่งอาจเป็นในรูปแบบจ่ายเบี่ยประกันล่วงหน้า หรือร่วมจ่ายขณะใช้บริการตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด (ยกเว้นคนจน คนด้อยโอกาส รัฐมีหน้าที่จ่ายแทนอยู่แล้ว) ก็จะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของระบบ และมีความตระหนักมากขึ้นเมื่อคิดจะใช้บริการ

4.4 หลังจากที่รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ดำเนินโครงการนี้แล้ว ทำให้รัฐบาลต้องอุดหนุนระบบประกันสุขภาพพร้อมกัน 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถว้หน้าตามนโยบายของรัฐบาล ระบบประกันสังคม (ร่วมจ่ายกับนายจ้างและลูกจ้าง) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการฯ ซึ่งโดยภาพรวมแล้ว 3 ระบบนี้ยังมีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันมาก และกำลังกลายเป็นภาระด้านงบประมาณของประเทศมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีข้อเสนอว่าควรศึกษาถึงเรื่องความเป็นธรรมในการอุดหนุนกองทุน 3 ระบบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความเป็นไปได้ในการร่วม

จ่ายของประชาชนในรูปแบบเบี้ยประกันสุขภาพด้วย^{49,50} มีผู้เสนอแนะแนวทางการแก้ไขและพัฒนาเรื่องนี้ไว้มาก
17,22,31,48,49,51 เช่น

(1) ทำการปฏิรูประบบภาษีทั่วไปของประเทศ เพื่อให้สะท้อนความสามารถในการจ่าย คือ คนรวยต้องจ่ายภาษีมากกว่าคนจนในแบบอัตราก้าวหน้าอย่างแท้จริง ซึ่งอาจรวมไปถึงการจัดเก็บภาษีด้านอื่น ๆ ที่ จะสร้างความเป็นธรรมในสังคมให้มากขึ้น เช่น ภาษีที่ดิน ภาษีมรดก เป็นต้น ซึ่งหากมีการปฏิรูปส่วนนี้แล้วรัฐบาลนำ ภาษีทั่วไปมาใช้จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็จะเป็นไปตามหลักการเฉลี่ยสุข-เฉลี่ยทุกข์ได้ดีขึ้น แต่ก็อาจจะยังไม่ สามารถแก้จุดอ่อนอื่น ๆ อีกหลายประการได้

(2) ทำการสร้างระบบที่กำหนดให้ประชาชนต้องจ่ายสมทบเบี้ยประกันบางส่วน แบบล่วงหน้า (pre - paid) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พรรคไทยรักไทยเคยเสนอเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายในช่วงแรก แต่มาตัด ออกในช่วงหลังนั่นเอง ระบบนี้อาจมีความยุ่งยากในการจัดการ แต่มีข้อดีคือ เป็นการร่วมจ่ายตามความสามารถในการ

จ่าย ตามหลักเฉลี่ยสุข - เฉลี่ยทุกข์อย่างชัดเจนมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น ทำให้มี เงินมากพอที่จะจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยไม่เป็นภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลมากเกินไป และระบบต่าง ๆ ก็ จะมีการพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ได้

(3) ทำการสร้างระบบภาษีเฉพาะ (ear - marked tax) ที่ให้ประชาชนต้องจ่ายภาษีเพื่อ ประกันสุขภาพตามสัดส่วนของรายได้ ก็จะทำให้ได้เงินมาสมทบกับภาษีทั่วไป เพื่อดำเนินนโยบายนี้ได้อย่างราบรื่นใน ระยะยาว ระบบการจัดเก็บที่ง่าย มีความเป็นไปได้สูง แต่ก็มีโอกาสถูกด้านเพราะที่ผ่านมารัฐบาลรับหน้าที่เป็นเจ้าภาพ โดยเลือกใช้ภาษีทั่วไป จนทำให้ประชาชนมีความรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายอะไรอีกแล้ว

(4) การสร้างระบบการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการสาธารณสุข (co - payment) ในกรณีที่ใช้ บริการที่เกินมาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลัก เพื่อเปิดช่องทางให้ประชาชนที่มีกำลังทรัพย์มีโอกาสเลือกใช้บริการ ที่สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป เช่น ผู้ป่วยเป็นโรคถุงน้ำดีอักเสบ ถ้ารักษาด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งจัดเป็นการรักษาตาม มาตรฐานของชุดสิทธิประโยชน์หลัก ก็ไม่ต้องเสียเงิน แต่ถ้าต้องการผ่าตัดด้วยเครื่องมือพิเศษ (กล้องผ่าตัด) ซึ่งมีค่าใช้จ่าย สูงกว่า แต่เจ็บน้อยกว่า มีระยะพักฟื้นสั้นกว่า ก็ต้องเสียเงินส่วนเกินนี้เอง เป็นต้น ข้อดีคือ ประชาชนบางส่วนมีทาง เลือกรักษาที่สถานบริการมีโอกาสหายได้มาพัฒนาคุณภาพบริการได้เพิ่มขึ้น ไม่ต้องพึ่งแหล่งเงินหลักอย่างเดียว แต่ ก็มีข้อเสียที่หลายฝ่ายคัดค้านคือ จะทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างคนรวย คนจนขึ้น จะเกิดการดึงทรัพยากรในระบบ บริการ ไปจัดบริการส่วนเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการของระบบหลักได้^{22,49}

(5) อาจพัฒนาการดำเนินนโยบายนี้ออกไปในรูปของการจัดเป็นพื้นที่ที่สามารถจัดบริการ สาธารณสุขทุกระดับได้อย่างครบวงจรคือมีบริการสาธารณสุขทุกระดับครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งอาจมีประมาณ 20 พื้นที่ ทั่วประเทศ แล้วกำหนดให้เป็นพื้นที่บริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกลไกการจัดการที่เป็นอิสระ มี ระบบการอภิบาลที่ดี โดยระบบส่วนกลางทำหน้าที่วางมาตรฐานขั้นพื้นฐานให้เหมือนกัน เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเสมอกัน แล้วจัดสรรเงินهماจ่ายขั้นพื้นฐานให้อย่างเป็นทางการในแต่ละพื้นที่มีอำนาจบริหารจัดการและสนับสนุนการพัฒนาบริการทั้งที่เป็นขั้นพื้นฐานและที่เหนือมาตรฐานได้ ดึงส่วนร่วม ขององค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่เข้าร่วมจ่ายเพื่อเป็นแหล่งเงินสมทบได้ ฯลฯ จะทำให้มีแหล่งเงินหลากหลายเพิ่มขึ้น การจัด บริการก็จะสามารถพัฒนาคุณภาพได้ต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดการแข่งขันในทางบวกระหว่างเขตพื้นที่ต่าง ๆ และไม่เป็นการ รวมศูนย์ทุกเรื่องไว้ที่ส่วนกลาง

(6) เชื่อมโยงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ากับระบบสวัสดิการชุมชนที่มีประชา ชนในบางพื้นที่ดำเนินการสำเร็จเป็นรูปธรรมอยู่แล้ว ด้วยการออมเงินกันเองแล้วนำผลกำไรมาจัดสรรในรูปของสวัสดิ การต่างๆ ซึ่งรวมสวัสดิการเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ด้วย ถ้ากองทุนหลักประกันสุขภาพทำงานเชื่อมกับกอง ทุนชุมชนต่างๆ เหล่านั้น (รวมทั้งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดเพิ่มขึ้นอีก) ก็จะเกิดการร่วมทรัพยากรและรับผิดชอบ

ระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกันชัดเจนมากขึ้น ฝ่ายรัฐก็จะไม่ต้องคอยหาเงินมาเติมให้กับโครงการอยู่ฝ่ายเดียวเรื่อยไปและผูกขาดความเป็นเจ้าของโครงการอยู่เพียงฝ่ายเดียว

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เปิดช่องทางให้ดำเนินการด้วยวิธีการต่างๆ ได้อยู่แล้ว จึงเป็นหน้าที่ของฝ่ายนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการนี้จะได้พิจารณาอย่างจริงจังและรอบด้าน โดยคำนึงถึงบทเรียนของประเทศต่าง ๆ ที่ผ่านประสบการณ์มาก่อนประเทศไทย และคำนึงถึงลักษณะเฉพาะ รวมทั้งจุดเด่นของสังคมไทยในเรื่องของวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างราบรื่น สมานฉันท์และยั่งยืนในระยะยาว มากกว่ามองผลเพียงระยะสั้นเท่านั้น

5. นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ มีจุดเด่นอีกประการหนึ่งคือให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่หวังให้เป็นทั้งการซ่อมสุขภาพและการสร้างสุขภาพควบคู่กันไป (เป็น health insurance มากกว่าที่เป็นเพียง medical insurance) จึงมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักที่ครอบคลุมบริการแบบผสมผสานทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family care) มีการกำหนดให้จัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นจุดบริการใกล้บ้านใกล้ใจให้กับประชาชนที่เลือกลงทะเบียนใช้สิทธิ โดยถือว่าจุดบริการนี้เป็นจุดหลักของระบบที่ต้องมีการเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และมีระบบส่งต่อไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอื่นได้ในกรณีที่จะต้องส่งต่อ

ความตั้งใจปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเหล่านี้เป็นเรื่องดี เพราะถ้าทำได้จริงจะทำให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น (มีบริการผสมผสานต่อเนื่องและเป็นองค์รวม) ด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำ ซึ่งที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขหลักของประเทศเป็นแบบตรงกันข้าม คือเป็นระบบที่มีโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง มุ่งให้บริการรักษาพยาบาลแบบรายโรครายครั้งมากกว่า จึงขาดคุณภาพ และมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามแนวนี้นี้ รัฐบาลโดยฝ่ายวิชาการที่เป็นแกนดำเนินนโยบาย หวังว่าจะใช้การปฏิรูประบบการเงินการคลังแบบปลายปิดเหมาจ่ายรายหัวเป็นเครื่องมือทำให้เกิดการปฏิรูปในส่วนนี้ตามมา

แต่ในความเป็นจริง ไม่มีการเตรียมการรองรับการปฏิรูประบบบริการไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการออกแบบโครงสร้างของระบบ การจัดระบบกำลังคน การบริหารจัดการระบบ การวางระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล การเตรียมความเข้าใจภาคประชาชนและอื่นๆ มีเพียงการทดลองศึกษารูปแบบมาบ้างอย่างกระจัดกระจาย เมื่อตัดสินใจดำเนินนโยบายส่วนนี้ในเวลาอันรวดเร็ว จึงทำได้แค่การกำหนดมาตรฐาน กฎเกณฑ์ กติกาออกมาเป็นคู่มือเพื่อให้ผู้ให้บริการจัดระบบขึ้นมาตามนั้น มีการกำหนดชื่อเรียกขึ้นมาใหม่คล้ายเป็นการทำงานกับสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนในโลกแห่งความเป็นจริง จึงเกิดความโกลาหล เช่น จัดตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิขึ้นเพื่อเป็นหน่วยรับเงินเหมาจ่ายในรูปของหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (โอ พี อี) มากกว่าเป็นการปรับวิธีการบริการสาธารณสุขตามแนวคิดที่ควรจะเป็น อย่างที่เห็นในเขตกรุงเทพมหานครและในพื้นที่อื่น มีการส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ หมุนเวียนออกไปทำงานในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ว่าจะต้องมีแพทย์ไปปฏิบัติงานประจำ มีการตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าหลักเกณฑ์ เป็นต้น

หลักการและแนวคิดเรื่องนี้ดีมาก แต่ควรมีการสนับสนุนให้เร่งศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการบริการระดับปฐมภูมิอย่างหลากหลายภายใต้หลักการสำคัญเดียวกัน ศึกษาเรื่องระบบการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขทั้งระบบ ซึ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการจัดบริการ ควรมีระบบตรวจสอบติดตามประเมินผลการดำเนินงานของสถานบริการระดับปฐมภูมิอย่างจริงจัง ควรมีระบบดูแลการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขทั้งระดับมหภาคและจุลภาค จัดระบบสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง เช่น ระบบผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ระบบส่งเสริมการกระจายบุคลากรระบบการจ้างงานบุคลากรที่มีหลากหลายวิธี ฯลฯ เพื่อหนุนให้แนวคิดที่ดีเกิดเป็นจริงได้อย่างดี โดยไม่หวังใช้กลไกการเงินการคลังเป็นเครื่องมืออย่างเดียวที่จะบังคับให้เกิดการปฏิรูประบบบริการตามที่พึงประสงค์

6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นเครื่องมือหลักในการทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดความยั่งยืน

6.1 เปิดช่องให้มีโอกาสรวมส่วนประกันสุขภาพของกองทุนอื่นเข้ามาได้ในอนาคต (ซึ่งยังมองไม่เห็นว่าจะทำได้จริงในอนาคตอันใกล้)⁴⁹ มีบางฝ่ายสนับสนุนว่าควรรวมเป็นกองทุนเดียว^{4,22,28,31} เพื่อให้เกิดการบริหารที่มีเอกภาพและสิ้นเปลืองค่าบริหารจัดการต่ำกว่า แต่มีบางฝ่ายตั้งว่าไม่จำเป็นต้องรวมเป็นกองทุนเดียว^{9,19,48,50,51,62} เพราะจะทำให้การเงินการคลังของระบบนี้ (ซึ่งคาดว่าจะมีปัญหาในระยะยาว) พาให้ระบบอื่นเสียหายตามไปด้วย และจะไม่เกิดการแข่งขันกันพัฒนา

แนวทางที่ควรพิจารณาคือการพัฒนาแต่ละระบบให้เชื่อมต่อกันได้ เสริมซึ่งกันและกันได้ มีหลักการมาตรฐานและชุดสิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อสร้างให้เกิดความเป็นธรรม โดยไม่จำเป็นต้องรวมเป็นระบบการจัดการเดียวกัน ซึ่งในร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ....ที่หวังให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพได้ระบุไว้ว่า

“มาตรา 87 การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีแนวทางและมาตรการต่างๆ ดังนี้

- (1) ให้มีการใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิด ที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้
- (2) การเงินการคลังรวมหมู่ตาม(1) อาจมีการจัดการหลายกองทุนก็ได้ เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก แต่ทุกกองทุนให้มีหลักการพื้นฐานเหมือนกัน และบุคคลที่อยู่ภายใต้กองทุนเดียวกัน ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมือนกัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม
- (3)

แต่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาตินี้ ยังไม่มีที่ท้าวรัฐบาลจะผลักดันออกมาเป็นกฎหมายเมื่อใด

6.2 การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีคณะกรรมการระดับชาติที่ประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่าย ทำหน้าที่ดูแลนโยบายและกำกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสำนักงานระดับชาติที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีส่วนราชการทำหน้าที่เป็นแกนดำเนินงาน กลไกนี้มีหน้าที่หลักในเรื่องการบริหารกองทุน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและด้วยความเป็นธรรม โดยการใช้การเงินการคลังเป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งนับว่ากลไกนี้มีบทบาทภารกิจในเชิงอำนาจสูง ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อดูว่ากลไกลักษณะนี้จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ งานเป็นผลสำเร็จตามที่ควรจะเป็นสักเพียงใด และหากมีปัญหาในเชิงระบบที่ออกแบบไว้ในกฎหมายแล้ว จะแก้ไขทันที่ได้อย่างไร

7. การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่ดีมาก เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพสูง สร้างความเป็นธรรม และลดปัญหาอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ลง แต่การดำเนินโครงการของรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ลงมือในขณะที่ระบบสารสนเทศยังไม่ได้พัฒนาเพื่อรองรับโครงการ⁴² จึงเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย เช่นปัญหาได้สิทธิซ้ำซ้อนกับระบบประกันสุขภาพอื่น ปัญหาข้อมูลสำหรับใช้ในการคำนวณต้นทุนและการจัดสรรงบประมาณไม่สมบูรณ์ดีพอ ฯลฯ

จึงจำเป็นที่จะต้องเร่งพัฒนาระบบสารสนเทศที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องด้วย

นอกจากนี้ เนื่องจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนความคิด ระบบ และพฤติกรรมของทุกฝ่ายอย่างมาก เช่น ฝ่ายประชาชนต้องรู้และเข้าใจเรื่องระบบบริการสาธารณสุขแบบมีขั้นมีตอน และเรื่องสิทธิหน้าที่ต่างๆ ฝ่ายผู้ให้บริการต้องรู้และเข้าใจเรื่องระบบการเงินการคลังแบบใหม่ เรื่อง

การทำงานในรูปแบบพันธสัญญา เรื่องระบบสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนไป และเรื่องระบบการตรวจสอบที่เพิ่มมากขึ้น ฯลฯ ซึ่งเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องยากที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจโดยผ่านการโฆษณาประชาสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว

จึงควรมีการพัฒนากระบวนการสื่อสารที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประเด็นและสถานการณ์จริง โดยมีปฏิสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุก ๆ ฝ่ายและมีการทำงานทางวิชาการรองรับควบคู่ไปด้วย โดยควรถือเป็นโอกาสของการเรียนรู้ครั้งใหญ่ร่วมกันของคนไทยทั้งสังคม

8. การดำเนินโครงการนี้ในช่วงเปลี่ยนผ่านไปจนถึงเมื่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลใช้บังคับโดยสมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ และในอนาคตก็ยังคงมีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อไป จึงควรมีการพิจารณาอย่างรอบด้าน เพราะที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทั้งด้านนโยบายควบคุมกำกับ บริหารจัดการ และจัดบริการสาธารณสุขรายใหญ่ที่สุดของประเทศมาโดยตลอด ซึ่งในอนาคตอันใกล้จำเป็นต้องมีการพิจารณาถึงการปรับบทบาทและโครงสร้างการจัดการอย่างมาก เพราะเมื่อมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานเต็มตัวแล้ว กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทเป็นกลไกของรัฐบาลในการควบคุมกฎกติกาโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสาธารณสุข (เป็น regulator) ส่วนกลไกใหม่ (คลปสช.) ทำหน้าที่บริหารกองทุนสำหรับจัดหาบริการ สาธารณสุขแทนประชาชน (purchaser)

ปัจจุบัน บทเฉพาะกาลยังคงยินยอมให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ (provider) โดยรับเงินเหมาจ่ายรวมเป็นก้อนใหญ่มาจัดการเองในช่วงเปลี่ยนผ่านไม่เกิน 3 ปี แต่หลังจากนั้นระบบบริการที่เคยอยู่ภายใต้การบริหารด้วยระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข อาจจะต้องมีการปรับตัวไปสู่สถานภาพที่เป็นหน่วยบริการที่มีความคล่องตัว และมีอิสระในการจัดการสูงมากกว่าที่จะต้องอยู่ภายใต้พันธนาการของระบบและระเบียบราชการอีกต่อไป เพราะแหล่งเงินจัดบริการหลักได้เปลี่ยนไปแล้ว การจะได้เงินมาจัดบริการจะกลายเป็นเรื่องของพันธสัญญา ไม่ต้องรอการจัดสรรจากหน่วยเหนือแบบเดิม และการจัดบริการให้ได้มาตรฐานตามกฎเกณฑ์กติกาใหม่ เพื่อให้สามารถแข่งขันได้ ต้องอาศัยความคล่องตัวในการบริหารจัดการสูงกว่าเดิมมาก

การเตรียมการปรับเปลี่ยนครั้งนี้เป็นงานที่ยากเพราะกระทบกับบุคลากรในระบบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก จึงต้องอาศัยภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์เชิงก้าวหน้า มีความมุ่งมั่นและมีความสามารถในการบริหารจัดการความเปลี่ยนแปลงสูง การเตรียมการเพื่อเปลี่ยนแปลงที่ดีจึงจะเกิดขึ้นได้

สำหรับทิศทางของสถานบริการสาธารณสุขในอนาคต ไม่ว่าจะแต่ละแห่งจะอยู่ในสถานะใด สังกัดใด อาจจะต้องบริหารจัดการในรูปแบบของเครือข่ายบริการสาธารณสุขตามพื้นที่ (local area networking) ที่มีความเป็นอิสระ บริหารจัดการได้คล่องตัว มีบริการทุกระดับอย่างครบวงจรในเครือข่ายหนึ่งๆ รับสัญญาจัดบริการสาธารณสุขตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และจัดบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสม) แต่ละแห่งอาจมีสถานะที่หลากหลาย แต่ไม่แยกกันทำงานแบบหน่วยใครหน่วยมัน (stand alone) แต่ก็อาจไม่จำเป็นต้องเป็นหน่วยราชการขึ้นตรงกับราชการส่วนกลางหรือถ่ายโอนไปขึ้นตรงต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดก็อาจจะได้

9. นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพเฉพาะในส่วน of ระบบบริการสาธารณสุข โดยเน้นที่การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 ยังไม่ใช้การปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งระบบ และแม้แต่ในส่วนของระบบบริการสาธารณสุขก็ยังเกิดการปฏิรูปที่ไม่ครบถ้วน เพราะนโยบายนี้เน้นที่การปรับกลไกการเงินการคลัง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้าเป็นสำคัญ

ก่อนหน้าที่รัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณฯ ดำเนินนโยบายนี้ ประเทศไทยมีการสร้างกระบวนการผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบ โดยรัฐบาลสนับสนุนให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่จัดกระบวนการชวนคนไทยทุกฝ่ายเข้าร่วมจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อ

จะใช้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ สำหรับเป็นเครื่องมือปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเป็นพลวัต ซึ่งมีการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....เสร็จเรียบร้อยและส่งมอบให้รัฐบาลเป็นเจ้าภาพผลักดันให้เป็นกฎหมายตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2545 แล้ว แต่การพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ยังคงค้างอยู่ที่รัฐบาลจวบจนถึงปี พ.ศ. 2547

หากศึกษาและพิจารณาอย่างรอบด้านแล้ว จะพบว่าร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.... จะช่วยเสริมการดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ซึ่งมี พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นเครื่องมือ และจะเป็นกลไกทำให้เกิดการปฏิรูประบบย่อยต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างสร้างสรรค์ สมานฉันท์และค่อยเป็นค่อยไป โดยจะมีกลไกที่ทุกฝ่ายสามารถเข้ามาช่วยกันดูแล ช่วยกันแก้ปัญหา และช่วยกันดำเนินการเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับทุกๆ คน

รัฐบาลจึงควรเร่งผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....ให้ออกมาเป็นกฎหมายโดยเร็ว ซึ่งจะหนุนเสริมให้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและมีความยั่งยืนในระยะยาว

สรุป

การสร้างหลักประกันถ้วนหน้า เป็นการดำเนินนโยบายที่มีความยุ่งยากมาก เพราะมีประเด็นทางวิชาการที่สลับซับซ้อน มีหลายวัตถุประสงค์ในนโยบายเดียว เปรียบเสมือนเครื่องกลที่มีอุปกรณ์ ระบบ และกลไกภายในที่สลับซับซ้อน มองจากภายนอก อาจดูเหมือนว่าเรียบง่าย งานเช่นนี้จึงทำความเข้าใจอย่างครบถ้วนและทะลุปรุโปร่งได้ยาก

การดำเนินงานจริงยิ่งมีความยากกว่านั้นอีก เพราะต้องเกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก ซึ่งมีข้อมูล มีความเข้าใจ และมีผลประโยชน์แตกต่างกัน อีกทั้งการดำเนินนโยบายนี้ ยังต้องกล้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากขึ้นในระบบเดิม ๆ จึงย่อมมีทั้งฝ่ายที่พอใจ -ไม่พอใจ มีฝ่ายที่สนับสนุนและต่อต้านเป็นธรรมดา แต่ก็นับได้ว่าเป็นโอกาสที่จะพัฒนาให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่ดีที่สุดสำหรับคนไทยได้⁶³

การจะทำให้การดำเนินงานตามนโยบายนี้สำเร็จ ราบรื่น มีความยั่งยืนในระยะยาว จึงควรเน้นการขับเคลื่อนด้วยพลังทางปัญญาและพลังการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม ให้เข้ามามีส่วนเป็นเจ้าของและรับผิดชอบโครงการร่วมกัน แทนที่จะทำให้เป็นเสมือนโครงการที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นเจ้าของแล้วหยิบยื่นให้แก่ประชาชนเพียงเท่านั้น

การสังเคราะห์งานชิ้นนี้ หวังว่าจะมีส่วนร่วม สร้างปัญญาและสร้างพลังความร่วมมือเพื่อการดูแล แก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาล พ.ศ.ท.ทักษิณ ได้ลงมือทำไปแล้ว ให้มีความวิวัฒน์พัฒนาและยั่งยืน เกิดประโยชน์สูงสุดต่อมหาชนตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - 2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.
2. สงวน นิตยารัมพพงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, สัมฤทธิ์ ศรีธีรงค์สวัสดิ์. ผู้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; มปป.
3. จเด็จ ธรรมชัชวารี, บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทไอซ์ จำกัด; 2544.
4. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัทไอซ์ จำกัด; 2544.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งมั่น? เพื่อฝัน? จ่ายไหวหรือ? . กรุงเทพฯ: เอกสารเผยแพร่ของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ 1; 2543.
6. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก ราชกิจจานุเบกษา 11 ตุลาคม 2540.
7. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธีรงค์สวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2543.
8. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ ประสพการณ์ 10 ประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
9. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ; 2545.
10. คณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานระบบสุขภาพประชาชนชาติ. เอกสารข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ; 2543
11. อัมพล จินดาวัฒน์. ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2546.
12. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. The introduction of the UC in Thailand. เอกสารร่างวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต. Department of public health and policy, LSHTM.; 2003.
13. Kutzin, J. Enhancing the insurance function of the health systems: a proposal conceptual framework. In Achieving universal coverage of health care: experiences from middle and upper income countries, edited by Nitayarumphong, S., and Mills, A. Nonthaburi: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand; 1998
14. Mills, A.J., and Ranson, M.K. Design of health system. In M.H. Merson, Black, R.E., and mills, A.J. (Ed), International public health : Diseases, Programs, Systems, and Policies. Maryland: Aspen; 2001.
15. วิโรจน์ ณ ระนอง. ถ้วนหน้าหรือช่วยคนจน เส้นทางสู่นาคตของโครงการ 30 บาท. กรุงเทพฯ: บริษัทแสวงสว่าง เวิลด์เพรส; 2545.
16. อัมมาร สยามวาลา. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : เป้าหมายเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 10 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย.2544 หน้า189 -93.
17. สงวน นิตยารัมพพงศ์. บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารอัดสำเนา: มปป.; มปป.
18. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. ศาสตร์การรักษาพยาบาลของข้าราชการบนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค?. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.

19. สัมภาษณ์ นพ.วิพุธ พูลเจริญ, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, วันที่ 9 ตุลาคม 2546.
20. คณะที่ปรึกษาของกระทรวงการคลัง, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. ตามสัญญาจ้างที่ปรึกษาเพื่อประมวลและเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กรกฎาคม 2543.
21. สัมภาษณ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ช่วงเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค), วันที่ 1 กันยายน 2546.
22. สัมภาษณ์ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นักวิชาการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเริ่มต้นการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค, วันที่ 13 ตุลาคม 2546.
23. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8, แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544), กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก ; 2539.
24. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผน 9 พ.ศ. 2545 - 2549, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2544.
25. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ, 25 ปีขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย, กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก, 2546.
26. ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ นานาทัศนะจากองค์กรภาคีเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ, ผลสรุปจากการประชุมระดมความคิดเห็นขององค์กรต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์, กรุงเทพฯ : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2542.
27. สงวน นิตยารัมพพงศ์, ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย พิมพ์ครั้งที่ 5, กรุงเทพฯ : โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2542.
28. โครงการณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 5 หมื่นชื่อร่วมรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ผลักดัน (ร่าง) พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร, เอกสารอัดสำเนา.
29. รายงานการประชุมพัฒนายุทธศาสตร์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคครั้งที่ 3 เรื่อง แนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี วันที่ 24 เมษายน 2543.
30. สรุปการประชุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1 ณ สำนักงานคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านแอดส์ งามวงศ์วาน นนทบุรี, วันที่ 16 พฤษภาคม 43.
31. สัมภาษณ์นางระกาวิณ ลิขณะวานิชพันธ์, หนึ่งในแกนนำของเครือข่ายรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคประชาชน, วันที่ 15 ตุลาคม 2546.
32. สำเนาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 117 ตอนพิเศษ 75 ง, ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2543.
33. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด; 2544.
34. พรรคไทยรักไทย, จุดยืนนโยบายสุขภาพเพื่อประชาชน กำแพงพิงหลังสุดท้ายของผู้ยากไร้, เอกสารของพรรคไทยรักไทย : มปป. ; มปป.
35. พรรคไทยรักไทย, สร้างชาติด้วย 11 วาระแห่งชาติ, เอกสารของพรรคไทยรักไทย, มีนาคม 2543.
36. พรรคไทยรักไทย, 17 คำถามคำตอบ การประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 ต่อครั้งรักษาได้ทุกโรค หนึ่งในนโยบายสุขภาพเพื่อประชาชน ของพรรคไทยรักไทย, ตุลาคม 2543.
37. www.thaigov.go.th, นโยบายรัฐบาล พ.ศ. ท. ทักษิณ แดงต่อรัฐสภา 26 กุมภาพันธ์ 2544: สำนักโฆษกรัฐบาล ; 2546.

38. คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 2, เม.ย.-มิ.ย. 2544.
39. สรุปสาระการประชุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล วันที่ 17 มีนาคม 2544 ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปี 10 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย.2544. หน้า 203 - 4.
40. สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะได้อะไร 30 บาทรักษาทุกโรค ถ้าสงสัยในนี้ก็มีคำตอบ เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
41. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 30 บาทรักษาทุกโรคสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
42. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.
43. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
44. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,ยศ ศิริวัฒนานนท์,ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2544. หน้า 381 - 90.
45. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 20 ธ.ค. 2544 ในแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
46. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งคณะกรรมการและคณะเลขานุการศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 14 ต.ค. 2544 ในแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 ตามมติศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.
47. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1076 / 2544 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2544.
48. สัมภาษณ์แกนนำวิชาชีพแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนและองค์กรวิชาชีพท่านหนึ่ง (ไม่ออกนาม) วันที่ 29 ตุลาคม 2546.
49. วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนองและสรชัย เจริญวรกุล.หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในรายงานความก้าวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-2547) ฉบับแก้ไขปรับปรุง 25 พฤศจิกายน 2546. เอกสารอัดสำเนา. ; 2546.
50. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm. โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิ.ย.2546.
51. สัมภาษณ์แกนนำผู้บริหารโรงพยาบาลใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่ง (ไม่ออกนาม). วันที่ 14 ตุลาคม 2546.

52. <http://www.thaifammed.org/fammeddr.php>. วิทยาลัยแพทยศาสตร์ศรีนครินทร์แห่งประเทศไทย. วันที่ 11 พฤศจิกายน 2546.
53. สุรพงษ์ สืบวงศ์ดี. ทบทวนรายละเอียดยิบ. มติชน. วันที่ 14 มกราคม 2544. หน้า 6.
54. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบร่าง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6 ร่างเรียงมาตรา. กรุงเทพฯ : ฝ่ายกฎหมายและระเบียบ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
55. กระทรวงสาธารณสุข คำชี้แจงประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.....; ตุลาคม 2545.
56. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 116 ก. วันที่ 8 พฤศจิกายน 2545.
57. Hogwood B. W. and Gunn L A. Policy Analysis for the Real World. Oxford : Oxford University Press ;1984.
58. Barrett S. and Fudge.C. Policy and action : essays on the implementation of public policy. London : Methuen ; 1981.
59. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างถึงในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิ.ย.2546.
60. อัมมาร สยามวาลา. คนจน คนรวยกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (1) และ (2) มติชน วันที่ 30 เม.ย.และ 7 พ.ค. 2546.หน้า 6.
61. http://intranet.nesdb.go.th/data_index/social/data/menu2.htm. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยอ้างถึงในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค. เสนอที่ประชุมประจำปี สศช. 2546 . วันที่ 30 มิ.ย.2546
62. ผลวิจัย 30 บาท พบปัญหาเพียบ ชาวบ้านขอเป็นกรรมการด้วย. คมชัดลึก วันที่ 31 ตุลาคม 2546. หน้า 9.
63. ประเวศ วะสี. โอกาสที่คนไทยจะมีระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุด : จาก 30 บาทรักษาทุกโรคสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มติชน. วันที่ 21 พฤศจิกายน 2546.หน้า 5.
64. ขงยุทธ ขจรธรรมและคณะ. กองทุนออมทรัพย์ตำบลคลองเปรี๊ยะ. มุลินธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดขอนแก่น : 2544.