

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทที่ 2 เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายการให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไปปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนา กระบวนการ และปัจจัยที่มีผลกระทบของการนำนโยบายให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไปปฏิบัติ ในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งสาระสำคัญของเป็น 8 ส่วน ได้แก่

- 2.1. ความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2.2. ทฤษฎีและตัวแบบ
 - 2.2.1. ทฤษฎีบนลงล่าง
 - 2.2.2. ตัวแบบการกระจายอำนาจ
- 2.3. แนวคิดขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2.4. ปัจจัยกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2.5. กฎหมายที่เกี่ยวข้องและความสำคัญของการมีนโยบายด้านสาธารณสุข
- 2.6. นโยบายให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- 2.7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ความหมายและความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1.1 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

Williams (1971) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการรวบรวมทรัพยากรทางการบริหารในองค์กรให้สามารถปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ซึ่งต้องมีการจัดหา/เตรียมวิธีการทั้งหลายเพื่อจะทำการดำเนินงานตามนโยบายสำเร็จลุล่วง โดยต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ จนสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

Pressman และ Wildavsky (1973) ได้เน้นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการดำเนินของรัฐบาลให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ดังนั้น จึงต้องมีนโยบายเกิดขึ้นก่อน แล้วจึงมีการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ออกมา

Van Horn และ Van Meter (1976) ได้ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยรัฐบาลและเอกชน ซึ่งมีผลต่อการบรรลุ ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า จากการตัดสินใจกำหนดนโยบาย

Bardach (1977) ได้ชี้ให้เห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการทางการเมืองที่จะนำการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกของนโยบายไปปฏิบัติให้สำเร็จ กิจกรรมในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มุ่งแก้ไขปัญหาสังคมเป็นกิจกรรม ซึ่งรัฐบาลต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

Mazmanian และ Sabatier (1989) ได้ให้ความคิดเห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การนำการตัดสินใจกำหนดนโยบายที่ได้กระทำไว้ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของกฎหมาย คำพิพากษาของศาล คำสั่งของรัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ โดยมีกระบวนการซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้คือ การพิจารณาผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย การยินยอมปฏิบัติตามของผู้ที่เกี่ยวข้อง และการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ตัดสินใจกำหนดนโยบาย และหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (มยุรี อนุমানราชชน, 2553: 218)

ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การนำนโยบายที่รัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีการจัดหาทรัพยากรต่างๆ สนับสนุน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง จนสามารถดำเนินงานได้สำเร็จลุล่วง

2.1.2 ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นแนวความคิดที่อยู่ในความสนใจทั้งของนักรัฐศาสตร์ และนักรัฐประศาสนศาสตร์ ในส่วนของรัฐประศาสนศาสตร์นั้น ความสนใจอยู่ที่ กระบวนการของการบริหารนโยบาย ได้แก่ กิจกรรมการแปลงนโยบายออกเป็นแผน แผนงาน โครงการ และ กิจกรรมต่างๆ ความสนใจถึงองค์การที่เกี่ยวข้องงบประมาณ และ บุคลากร ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีขอบข่ายครอบคลุมทั้งในระดับการเมืองและ การบริหาร และอาจกล่าวว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะทำให้เป้าหมายของนโยบายที่กำหนด

ไว้กลายเป็นความจริง และผลของนโยบายจะตกสู่ประชาชน (ชันขวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2554: 200)

นโยบายให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ เป็นการกำหนดนโยบายโดยรัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญของบุคคลที่มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ รัฐบาลมีการมอบนโยบายไปให้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวเพื่อมอบให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบในการนำนโยบายนี้ เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการในการดำเนินนโยบาย ผู้รับผิดชอบและแหล่งงบประมาณ โดยหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่างๆ ให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากนโยบายให้ทราบถึงการนำนโยบายดังกล่าวมาปฏิบัติ เพื่อให้นโยบายที่รับมาเกิดประโยชน์แก่บุคคลเหล่านี้มากที่สุด

2.2 ทฤษฎีและตัวแบบ

2.2.1 ทฤษฎีบนลงล่าง

ทฤษฎีบนลงล่าง (Top-Down Theory) มีรากฐานมาจากตัวแบบขั้นตอน (Stage Model) ในการวิเคราะห์กระบวนการนโยบาย (Hill อ้างใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2551 : 49-50) กล่าวคือ การนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มจากการตัดสินใจของรัฐบาลกลาง นอกจากนี้ยังได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีระบบ (System Theory) ถือว่านโยบายเป็นผลโดยตรงที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ และมักไม่สนใจผลกระทบที่มาจากตัวผู้ปฏิบัติ ทฤษฎีนี้จึงกำหนดให้นโยบายเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ส่วนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลผลิต (output) (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2551: 49-50)

การนำนโยบายให้สิทธิ (คินสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไปปฏิบัติ เป็นการกำหนดนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง (top-down policy implementation) เนื่องจากการกำหนดนโยบายจากรัฐบาลผ่านทางกลไกมติคณะรัฐมนตรีให้มีความเห็นชอบในการคินสิทธิขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เคยได้รับสิทธิขึ้นพื้นฐานดังกล่าวมาก่อน ให้สามารถกลับมาใช้สิทธิขึ้นพื้นฐานในด้านนี้ได้ อีก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องมีการนำนโยบายดังกล่าวกลับมาปฏิบัติ

2.2.2 ตัวแบบการกระจายอำนาจ

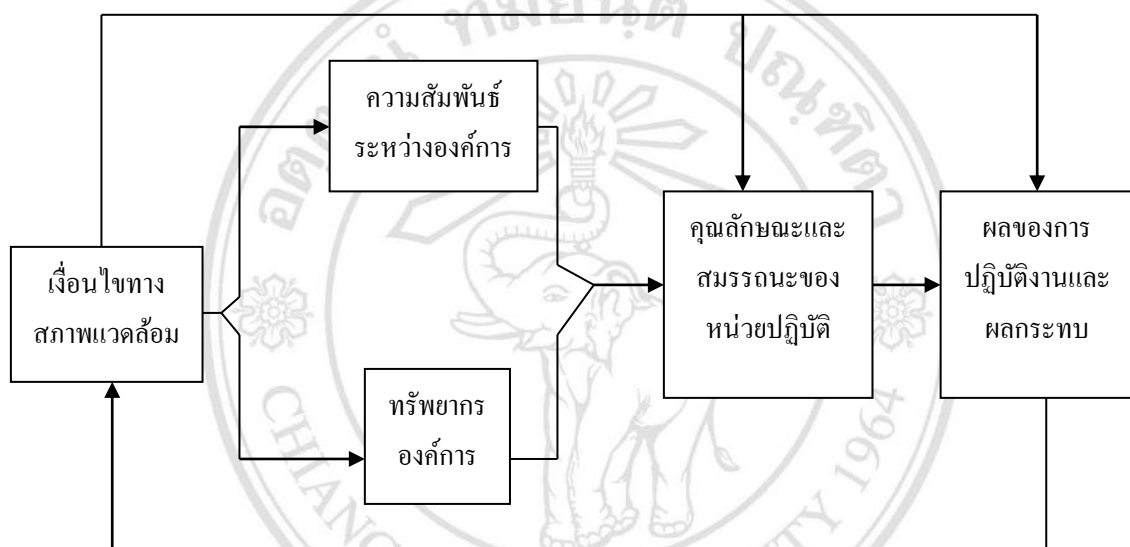
ตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process) เป็นตัวแบบที่ G. Shabbir Cheema และ Dennis A. Rondinelli ซึ่งเป็นตัวแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ไว้ว่าธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและทรัพยากรองค์การสำหรับการนำแผนงานไปปฏิบัติ เป็นตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานและผลกระทบของแผนงาน และเงื่อนไขทางสภาพแวดล้อมเป็นตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการปฏิบัติงานและผลกระทบของแผนงาน

บทบาทของแต่ละปัจจัยมีดังนี้

- 1) เงื่อนไขทางสภาพแวดล้อมและโครงสร้างทางสังคมมีอิทธิพลต่อปัจจัยต่างๆ ที่เห็นในตัวแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้น ความเข้าใจในเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการบรรลุความสำเร็จของแผนงาน โดยเฉพาะอิทธิพลของปัจจัยสภาพแวดล้อมอาจมีลักษณะเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จของแผนงานก็ได้ อันได้แก่ รูปแบบทางการเมือง โครงสร้างการกำหนดนโยบาย ข้อจำกัดทางทรัพยากร ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ผลประโยชน์ของแผนงานต่อองค์กร และความพอเพียงของโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ
- 2) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติในแง่ของการประสานงานระหว่างองค์กร ดังนั้น ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สมบูรณ์ ของกิจกรรมของหน่วยงานตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ และบทบาทของกลุ่มประโยชน์ต่างๆ ดังนั้น กลไกและทฤษฎีเพื่อการประสานงานและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ จึงเป็นลักษณะสำคัญที่สุดในการออกแบบองค์กร
- 3) ทรัพยากรองค์การสำหรับการนำแผนงานไปปฏิบัติ ซึ่งองค์กรที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับสนับสนุนทั้งทางการเมือง การบริหาร งบประมาณในเรื่องของการกระจายอำนาจในการนำแผนงานนั้นไปปฏิบัติ
- 4) คุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ ซึ่งลักษณะภายในของหน่วยงานที่นำแผนงานไปปฏิบัติเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการนำแผนงานไปปฏิบัติ และเป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญในการตัดสินผลงานของแผนงาน

- 5) ผลการปฏิบัติและผลกระทบของแผนงาน สามารถทำการประเมินผลการกระจายอำนาจได้ 2 แบบ คือ การประเมินผลโดยพิจารณาจากพื้นฐานของวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในเอกสารนโยบายรัฐบาล และการประเมินผลงานจากผลกระทบทางสังคมและผลการพัฒนาที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การใช้ตัวแบบการกระจายอำนาจในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวข้องกับ การถ่ายโอนอำนาจของส่วนกลางไปสู่ส่วนท้องถิ่น อาจจะต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ประกอบตาม ลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมและกรณีเป็นสำคัญด้วย (สมบัติ ชำรงชัญญะ, 2550: 458-463)



ภาพที่ 2.1 ตัวแบบกระจายอำนาจ
ที่มา : สมบัติ ชำรงชัญญะ, 2550

การที่ผู้วิจัยได้นำตัวแบบกระจายอำนาจมานำเสนอ เพื่อให้เห็นว่าตัวแบบนั้นมีความคล้ายคลึงกับการนำนโยบายให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไปปฏิบัติ ในเขตพื้นที่อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแบบอื่น ภายใต้ปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมไปถึงเป็นการนำเสนอตัวแบบเพื่อเป็นพื้นฐานว่านโยบายดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับตัวแบบดังกล่าวอย่างไร และสามารถนำตัวแบบดังกล่าวเป็นตัวแทนให้หน่วยงานที่มีลักษณะเดียวกันที่มีบริบท เวลา และพื้นที่ใกล้เคียงกันได้

2.3 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค และขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค (วรเดช จันทรศร, 2545)

2.3.1 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค

ขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค แบ่งย่อยออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนของการแปลงนโยบายออกเป็นแนวทางปฏิบัติหรือออกมาในรูปของแผนงานหรือโครงการ แล้วแต่กรณี ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นตอนในการทำให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นยอมรับแนวทาง แผนงาน โครงการหรือผลของการแปลงนโยบายไปปฏิบัติต่อไป

1. ขั้นตอนของการแปลงนโยบาย

เมื่อฝ่ายการเมืองได้กำหนดนโยบายออกมาในรูปแบบของกฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี หรือกฎกระทรวง หรือในรูปใดรูปหนึ่งแล้ว โดยปกตินโยบายนั้นก็จะมีการระบุให้หน่วยงานราชการใดหน่วยงานราชการหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่แปลงนโยบายนั้นออกมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ แผนงาน และหรือโครงการ เพื่อให้หน่วยปฏิบัติในระดับล่างหรือในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นถือปฏิบัติ

ขั้นตอนของการแปลงนโยบายนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก เพราะหากเมื่อใดที่มีการแปลงนโยบายให้เบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์แล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่าความล้มเหลวของนโยบายนั้นย่อมเกิดขึ้นเสียตั้งแต่เบื้องต้นแล้ว จากการศึกษาของวรเดช จันทรศร พบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลทำให้นโยบายต้องถูกแปรเปลี่ยนไปจากวัตถุประสงค์เดิม ได้แก่ ความคลุมเครือหรือขาดความเฉพาะเจาะจงของนโยบายเอง ยิ่งนโยบายมีความคลุมเครือมากเท่าไร หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติก็จะมีอิสระหรือมีดุลยพินิจในการแปลงนโยบายมากยิ่งขึ้นเท่านั้น, ความหลากหลายในเป้าหมายของนโยบาย ทำให้ยากที่จะจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังได้ ทำให้นโยบายมีความขัดแย้งกันเอง, หน่วยงานรับผิดชอบในการแปลงนโยบายนั้นมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบายนี้เพียงใด และปัจจัยสุดท้ายหน่วยงานที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบายนั้นมีความร่วมมือและความจริงใจในการนำนโยบายไปปฏิบัติเพียงใด

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติในเบื้องต้นอยู่กับความชัดเจน ความสัมพันธ์ของเป้าหมาย ประกอบกับการที่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการแปลงนโยบายมีความ

เข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนให้ความร่วมมือกับฝ่ายการเมือง และมีความจริงใจที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติเพียงใด

2. ขั้นตอนการยอมรับ

ขั้นตอนต่อไปของการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาคก็คือการทำให้หน่วยงานในระดับท้องถิ่นยอมรับแนวทาง แผนงาน โครงการ หรือผลของการแปลงนโยบายนั้นไปปฏิบัติต่อไป ในขั้นตอนนี้ การที่ราชการบริหารส่วนกลางจะสามารถทำให้หน่วยปฏิบัติในระดับล่างหรือระดับท้องถิ่นยอมรับ และจัดทำโครงการสนองนโยบายที่ส่วนราชการวางไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะของหน่วยงานในท้องถิ่นนั้น สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของท้องถิ่นนั้น ตลอดจนประโยชน์ที่รัฐบาลควรจะให้กับหน่วยงานท้องถิ่น ปัจจัยหลังนี้จะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในอันที่จะสร้างความเต็มใจให้หน่วยงานท้องถิ่นรับนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนกลางหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องเจรจาเกี่ยวกับระยะเวลา เป้าหมายของการดำเนินโครงการ พิจารณาจัดสรรเงินหรือทรัพยากรอื่นๆที่จำเป็นจะต้องใช้ในโครงการให้กับหน่วยงานท้องถิ่น หากสิ่งข้างต้นนี้มีไม่พร้อม ความล่าช้าในการดำเนินโครงการก็ย่อมจะเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การยอมรับโครงการของหน่วยงานท้องถิ่นยังไม่สามารถประกันได้ว่านโยบายนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ การยอมรับอย่างเดียวย่อมไม่เป็นการพอ ถ้าหากหน่วยงานท้องถิ่นขาดความร่วมมือร่วมใจ ถึงแม้ส่วนกลางจะมีอำนาจในการควบคุมและตรวจสอบ แต่อำนาจดังกล่าวถือได้ว่ามีอิทธิพลต่อหน่วยงานท้องถิ่นโดยอ้อมเท่านั้น (วรเดช จันทรศร, 2545: 35-40)

2.3.1 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค

ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาคนี้อาจแยกออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นการระดมพลัง (mobilization) ขั้นการปฏิบัติ (deliverer implementation) และขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง (institutionalization or continuation)

1. ขั้นการระดมพลัง (Mobilization)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่หน่วยงานในระดับท้องถิ่น จะต้องดำเนินการใน 2 กิจกรรม คือ การพิจารณารับนโยบาย และการแสวงหาความสนับสนุน ในกิจกรรมแรก หน่วยงานส่วนท้องถิ่นจะพิจารณานโยบายดังกล่าวมีความเหมาะสม มีความสำคัญเร่งด่วน ตรงกับเป้าหมายของหน่วยงานและสามารถสนองตอบกับความต้องการของท้องถิ่นหรือไม่เพียงใด

หากเป็นกรณีที่หน่วยงานท้องถิ่นให้การยอมรับนโยบาย เนื่องจากเห็นว่าเป็นความสำคัญเร่งด่วน และตรงกับเป้าหมายของหน่วยแล้ว การยอมรับโดยหน่วยงานท้องถิ่นอย่างเดียวนั้นจะไม่เป็นประกันต่อความสำเร็จของนโยบายนั้นในระยะยาว ดังนั้น ในขั้นระดมพลังนี้ กิจกรรมที่สองซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแสวงหาความสนับสนุนส่วนตัวจากสมาชิกในหน่วยงาน ตลอดจนบุคคลสำคัญหรือองค์กรอื่นๆ ที่อยู่ในท้องถิ่นนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญ มีผลงานหรือประสบการณ์ในอดีตที่ชี้ให้เห็นว่าการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในท้องถิ่นเข้ามาร่วมกันออกแบบ หรือกำหนดโครงการของท้องถิ่นที่จะจัดทำเสียตั้งแต่เบื้องต้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความสำเร็จและความต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2. ขั้นการปฏิบัติ (Deliverer Implementation)

ขั้นตอนนี้มีความครอบคลุมถึงกระบวนการในการปรับเปลี่ยน โครงการที่ได้มีการยอมรับแล้วออกมาในรูปของการปฏิบัติจริง ในขั้นนี้จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับตัวผู้ปฏิบัติ หรือผู้ให้บริการตามโครงการโดยตรง หรือในบางกรณี ผู้ปฏิบัติอาจจะยอมทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ให้เข้ากับแผนหรือโครงการที่กำหนดไว้ ในบางกรณี ผู้ปฏิบัติอาจจะทำการปรับแผนหรือโครงการนั้นให้เข้ากับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของตนเองก็ได้ ดังนั้น การสร้างความสำเร็จของการปฏิบัติให้เกิดขึ้นในขั้นนี้ จึงขึ้นอยู่กับ การแสวงหาวิธีการในการปรับแนวทางในการปฏิบัติงาน หรือปรับโครงการ และ/หรือแผนงานที่ส่วนกลางกำหนดให้สอดคล้องสนองตอบกับความต้องการของท้องถิ่น ในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้งหน่วยงานท้องถิ่นจะต้องแสวงหาวิธีการที่จะปรับพฤติกรรมของตัวผู้ปฏิบัติให้กับแนวทางในการปฏิบัติหรือเข้ากับแผนและ/หรือโครงการนั้นด้วย

3. ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่น หรือความต่อเนื่อง (Institutionalization or Continuation)

ขั้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่อง แท้จริงแล้วขั้นตอนนี้เป็นผลพลอยได้ ที่เกิดมาจากขั้นตอนที่สอง เพราะความสำเร็จหรือผลลัพธ์ในระยะยาวของนโยบายใดก็ตามจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากนโยบายนั้นไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยผู้ปฏิบัติ การที่จะให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนี้หมายความว่านโยบายนั้นจะต้องถูกปรับเปลี่ยน และได้รับการยอมรับเป็นหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติด้วย ฉะนั้น การสร้างความสำเร็จให้เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบใน

นโยบายทุกระดับ โดยเฉพาะระดับท้องถิ่นจะต้องหาทางทำให้การปฏิบัติตามขั้นตอนที่สองสืบทอดมาสู่ขั้นตอนที่สาม ซึ่งก็คือการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่องในการปฏิบัติให้เกิดขึ้นกับนโยบายนั้นให้ได้

การหาทางทำให้นโยบายนั้นได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจกล่าวได้ว่าเป็นความหวังที่หน่วยงานส่วนกลางจะต้องฝากไว้กับผู้บริหารในระดับท้องถิ่น และตัวผู้ปฏิบัติในระดับท้องถิ่นเองเป็นสำคัญ ในส่วนของตัวผู้บริหารในระดับท้องถิ่นเอง จะต้องเป็นผู้นำในการชักจูงให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง และจะต้องหาทางแปลงนโยบายนั้นให้เป็นภารกิจประจำวันของผู้ปฏิบัติไปโดยตลอด ในส่วนของผู้ปฏิบัติเองก็ต้องพร้อมและมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามนโยบายนั้น โดยถาวร เสมือนหนึ่งเป็นภารกิจประจำวัน (วรเดช จันทรศร, 2545: 40-46)

สรุปได้ว่า ขั้นตอนในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ๆ ซึ่งในขั้นตอนแรกจะเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติในส่วนกลาง คือ การแปลงนโยบาย โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ และส่งต่อไปหน่วยงานท้องถิ่นยอมรับ โดยทั่วไปการรับนโยบายจากส่วนกลางส่วนใหญ่แล้วท้องถิ่นจะยอมรับมาปฏิบัติ แต่จะนำไปปฏิบัติอย่างไร ก็เป็นดุลยพินิจต่อไปของท้องถิ่น และในขั้นตอนต่อมา คือ การนำนโยบายนั้นมาปฏิบัติโดยท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับล่างลงมาจากส่วนกลาง โดยมีการพิจารณารับนโยบายและแสวงหาความสนับสนุน เช่นเดียวกับที่กล่าวมาเบื้องต้นว่านโยบายที่มาจากส่วนกลาง ส่วนใหญ่แล้วท้องถิ่นก็ยอมรับนำมาปฏิบัติ ซึ่งในการปฏิบัตินั้นจะมีการปรับพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติให้เข้ากับงานหรือเปลี่ยนแผนงานให้เข้ากับผู้ปฏิบัติก็แล้วแต่ความสะดวกของแต่ละหน่วยงาน และในท้ายที่สุดสามารถปฏิบัติงานดังกล่าวให้เป็นภารกิจประจำวันได้

2.4 ปัจจัยกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีดังนี้ (Donald Van Meter and Carl Van Horn อ้างใน วรพจน์ พรหมสัจยพรด : 2550)

2.4.1. ลักษณะของนโยบาย

2.4.2. วัตถุประสงค์ของนโยบาย

2.4.3. ความเป็นไปได้ทางการเมือง

2.4.4. ความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยี

2.4.5. ความพอเพียงของทรัพยากร

2.4.6. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4.7. กลไกภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4.8. ทักษะของผู้ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4.1 ลักษณะของนโยบาย

ลักษณะของนโยบายที่มีส่วนในการกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ได้แก่ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550 : 204-205)

- 1) ประเภทของนโยบาย : การปฏิบัติตามนโยบายจะมีโอกาสประสบความสำเร็จมากที่สุด หากนโยบายนั้นเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ น้อยที่สุด และมีความเห็นพ้องต้องกันในวัตถุประสงค์ในระดับสูง
- 2) ผลประโยชน์ของนโยบายนั้นๆ : ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นกับ ประสิทธิภาพที่ผ่านมา น้ำหนักของผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่นโยบายนั้น ผลักดันให้เกิดขึ้นมา ถ้าการรับรู้มีมากกว่านโยบายอื่น ให้ประโยชน์มากกว่านโยบายอื่น โอกาสความสำเร็จจะมีมาก
- 3) ความสอดคล้องกับค่านิยมที่มีอยู่และความต้องการของผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากนโยบายนั้น
- 4) ความเป็นไปได้ในการทดลองปฏิบัติ : หากสามารถนำมาทดลองในเชิงปฏิบัติใน ลักษณะของโครงการทดลองก่อน โอกาสสำเร็จจะมีมากกว่านโยบายที่ไม่สามารถทำ เป็นโครงการทดลองก่อนได้
- 5) ความเห็นผลได้ของนโยบาย : นโยบายที่สามารถส่งผลที่สามารถเห็นได้ชัดเจนจะมี โอกาสในการประสบความสำเร็จในทางปฏิบัติมากกว่านโยบายที่ไม่สามารถ ชี้ให้เห็นถึงผลที่ชัดเจน
- 6) คุณภาพของการส่งข้อมูลย้อนกลับ : คุณภาพของการส่งข้อมูลย้อนกลับมีความสำคัญ มากต่อความสำเร็จของนโยบาย โดยเฉพาะถ้าเป็นนโยบายที่เสนอการเปลี่ยนแปลง ใหม่ๆ

2.4.2 วัตถุประสงค์ของนโยบาย

ในเรื่องวัตถุประสงค์ที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะให้การกำหนดนโยบายไปปฏิบัติสำเร็จ ดังนี้ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550 : 205)

- 1) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ : หากวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจน โอกาสการตีความผิดจะเป็นเหตุทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติล้มเหลวได้
- 2) ความสอดคล้องต้องกันของวัตถุประสงค์ : นอกจากวัตถุประสงค์จะต้องชัดเจนแล้วยังจำเป็นต้องมีความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
- 3) ความยากง่ายในการรับรู้วัตถุประสงค์ คือ ง่ายต่อความเข้าใจ ความรับรู้ของผู้ที่จะนำไปปฏิบัติ นโยบายนั้นๆ มีวัตถุประสงค์เช่นไร
- 4) ตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบาย : จะทราบว่าความสำเร็จของนโยบายนั้นแสดงให้เห็นได้อย่างไร อะไรคือตัวชี้วัดว่านโยบายประสบผลสำเร็จ ฉะนั้นจำเป็นต้องมีดัชนีชี้วัดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายนั้นๆ
- 5) ความเที่ยงตรงของข่าวสารต่อผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ : หากแหล่งข้อมูลข่าวสารให้ข้อมูลไม่สอดคล้องในการแปลวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือมาตรฐานต่างๆ ของนโยบาย ข้อขัดแย้งเหล่านั้นจะทำให้การปฏิบัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายที่แท้จริงนั้นยาก

2.4.3 ความเป็นไปได้ทางการเมือง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในเรื่องความเป็นไปได้ทางการเมือง ได้แก่ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550 : 206)

- 1) การเจรจาระหว่างรัฐบาลกับเอกชน: ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนหรือคัดค้านที่เอกชนมีต่อนโยบาย ถ้านโยบายใดจำเป็นต้องมีการเจรจากับกลุ่มธุรกิจเอกชนอยู่เสมอ โอกาสที่จะประสบปัญหาจะมีเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2) ความสนับสนุนจากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง: นโยบายที่ขาดการสนับสนุนจากกลุ่มผลประโยชน์ และบุคคลที่สำคัญในวงการรัฐบาลและรัฐสภา มีโอกาสที่จะถูกคัดค้านเมื่อนำเข้าพิจารณาในกระบวนการทางนิติบัญญัติ
- 3) ผลกระทบของนโยบายที่มีต่อกลุ่มอาชีพที่มีอิทธิพล: กลุ่มอิทธิพลจะใช้วิถีทางการเมืองและเศรษฐกิจ เพื่อที่จะยับยั้งการปฏิบัติไม่ให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าว

- 4) การสนับสนุนจากชนชั้นนำ: โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาหากขาดการสนับสนุนจากชนชั้นนำ โอกาสนานโยบายไปปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าวก็จะมีน้อยมาก
- 5) การสนับสนุนจากสื่อมวลชน: นโยบายที่ขาดการสนับสนุนจากสื่อมวลชนมักประสบปัญหาในทางปฏิบัติ
- 6) การสนับสนุนจากผู้มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง ว่าชอบหรือไม่กับนโยบายนั้น

2.4.4 ความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยี

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย เทคโนโลยีที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติตามนโยบายที่วางไว้ต้องสอดคล้องกับสถานการณ์หรือสภาวะแวดล้อมที่จะน่านโยบายไปปฏิบัติ ข้อเสนอของนักวิชาการที่ปรึกษาต่างประเทศ จะต้องนำมาพิจารณาให้รอบคอบ เพราะอาจไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ในประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นไปได้ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550 : 206)

2.4.5 ความพอเพียงของทรัพยากร

นโยบายที่จะนำไปปฏิบัติให้สำเร็จนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนทางทรัพยากรทั้งด้านการเงิน บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และปัจจัยด้านการบริการ ซึ่งจะกระทบกระเทือนกับประสิทธิภาพของนโยบาย (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550: 206)

2.4.6 ลักษณะของหน่วยงานที่น่านโยบายไปปฏิบัติ

โครงสร้างของหน่วยงานที่น่านโยบายไปปฏิบัติจะมีส่วนอย่างมากต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายนั้น ดังนี้ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550: 206-207)

- 1) ประเภทของหน่วยงาน: หน่วยงานที่มีกำลังคน ทรัพยากรอื่นๆ พร้อมอยู่แล้ว มีโอกาสที่นโยบายจะประสบความสำเร็จในการน่านโยบายไปปฏิบัติมากกว่าหน่วยงานที่ไม่พร้อม
- 2) โครงสร้างและลำดับการบังคับบัญชา: หน่วยงานขนาดเล็กที่มีระดับชั้นการบังคับบัญชาน้อย จำนวนผู้อยู่ใต้บังคับบัญชามาก จะมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการน่านโยบายไปปฏิบัติมากกว่าหน่วยงานขนาดใหญ่ที่มีระดับชั้นและสายการบังคับบัญชามากแต่ผู้ใต้บังคับบัญชาน้อย

- 3) ความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย: ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่างหน่วยงานที่กำหนด และหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้ามีความสัมพันธ์มีมาก โอกาสความสำเร็จจะมีมากขึ้น

2.4.7 กลไกภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

- 1) จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: หากจำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมากขึ้นเท่าใด ปัญหาในเรื่องการประสานงานก็จะมากขึ้น และหากไม่สามารถประสานงานกันได้ โอกาสที่นโยบายจะล้มเหลวก็มีมากขึ้น
- 2) จำนวนจุดตัดสินใจ: จำนวนจุดตัดสินใจของนโยบายถ้ามีมากขึ้นเท่าใด ความล่าช้าในการปฏิบัติจะมีมากขึ้นเท่านั้น
- 3) ความสัมพันธ์ดั้งเดิม: ความสัมพันธ์ดั้งเดิมของหน่วยงานที่ร่วมกันปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย ถ้าร่วมมือกันดีก็จะทำให้นโยบายสามารถสามารถนำไปปฏิบัติได้ผลสำเร็จ ตรงกันข้ามความขัดแย้งดั้งเดิมก็จะพาไปสู่ความล้มเหลว
- 4) การแทรกแซงของหน่วยงานระดับบน: นโยบายอาจประสบปัญหา หากถูกแทรกแซงจากหน่วยงานระดับบนมากเกินไป (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550: 207)

2.4.8 ทักษะของผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ

นโยบายที่ขัดกับความรู้สึกรู้สึกพื้นฐาน หรือผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติอาจได้รับการคัดค้านหรือปฏิบัติอย่างไม่เต็มใจ ทักษะที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย พิจารณาได้ดังนี้

- 1) ทักษะที่มีต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย: นโยบายที่ผู้ปฏิบัติจะนำไปปฏิบัติได้ดีต้องเป็นนโยบายที่ผู้ปฏิบัติเข้าใจ เห็นด้วย และมีความรู้สึกผูกพัน
- 2) ผลกระทบที่จะมีต่อพฤติกรรมของผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ: นโยบายที่มีผลให้ผู้ปฏิบัติต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปจากแนวเดิมที่เคยปฏิบัติเป็นเวลานานมักจะประสบความล้มเหลว
- 3) ความขัดแย้งที่มีต่อค่านิยมของผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ: ถ้าผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติไม่เห็นด้วยกับนโยบาย หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะส่วนที่ไม่ขัดกับค่านิยมที่ตนยึดถือ โอกาสที่จะทำให้นโยบายล้มเหลวจะมีสูง
- 4) ผลกระทบที่มีต่ออำนาจ ศักดิ์ศรี และผลประโยชน์ของผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติ: ผู้ดำเนินนโยบายไปปฏิบัติมักจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือดื้อไม่ปฏิบัติตามนโยบายที่ขัดกับผลประโยชน์ของตน (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550: 207-208)

ปัจจัยในการกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการรวบรวมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นการค้นคว้าของนักวิชาการต่างประเทศในการนำนโยบายไปปฏิบัติ บางครั้งอาจมีปัจจัยที่นอกเหนือจากการค้นคว้าออกมาได้ เนื่องจากพื้นที่ และบริบทต่างๆ ในแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน ดังนั้น การนำข้อกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวมาทำการศึกษา ก็ควรมีการสังเกตปัจจัยที่นอกเหนือที่กำหนดมาด้วย

2.5 กฎหมายที่เกี่ยวข้องและความสำคัญของการมีนโยบายด้านสาธารณสุข

2.5.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข

บริการด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ประชาชนทุกคนควรจะได้รับบริการอย่างทั่วถึง เพราะบริการด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิก็เช่นเดียวกันที่ควรจะได้รับสิทธิในการบริการด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับ พงศธร พอกเพิ่มดี ได้รวบรวมข้อตกลงระหว่างประเทศไว้ในงานวิจัย ดังนี้

ข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้แก่ ปฏิญญาว่าด้วยมนุษยชน ข้อ 25 (1) “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็น”

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ระบุในข้อความที่กล่าวถึงการดำเนินงานของรัฐบาลว่า “รัฐบาลควรสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลสุขภาพพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย”

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิการเมือง ข้อ 25 (ค) “พลเมืองทุกคนย่อมมีสิทธิและโอกาส โดยปราศจากความแตกต่างในการที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในประเทศของตน ตามหลักเกณฑ์แห่งความเสมอภาค”

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ ข้อ 5 (จ) 4) กล่าวเน้นถึงการที่รัฐภาคีจะ “ห้ามและจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบและจะประกันสิทธิของทุกคนให้มีความเสมอภาคกันตามกฎหมายด้านสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข การดูแลสุขภาพทางการแพทย์ การประกันสังคม และการบริการทางสังคม”

อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ข้อ 12 (1) “รัฐภาคีจะใช้มาตรการที่เหมาะสมทุกอย่างเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในด้านการรักษาสุขภาพ เพื่อประกันการมีโอกาสได้รับการบริการในการรักษาสุขภาพ”

และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ข้อ 24 กล่าวถึงหน้าที่ของรัฐที่ต้อง “จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาลเพื่อให้เด็กทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่” และยังเน้นย้ำว่า “รัฐควรสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของเด็กให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งอนุสัญญานี้ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา”

จะเห็นได้ว่า ข้อตกลงระหว่างประเทศเหล่านี้เป็นสิ่งที่ประเทศไทยจะต้องดำเนินการ และมีเหตุผลพอที่จะสนับสนุนให้รัฐบาลให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้กับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเหล่านี้ (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2554: 92)

ในส่วนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้กล่าวไว้เช่นเดียวกันว่าทุกคนย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยการบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (สถาบันพระปกเกล้า, 2551: 32)

และตามมติคณะรัฐมนตรีที่มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พ.ศ. 2553 ก็เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่ทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสำหรับผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ส่งผลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาพยาบาลตามที่มติดคณะรัฐมนตรีกำหนดออกมา (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545: ระบบออนไลน์)

2.5.2 ความสำคัญของการมีนโยบายด้านสาธารณสุข

การสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความอยู่ที่ดี มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การบริหารสาธารณสุขจึงมีขอบเขตที่กว้างขวางครอบคลุมถึงการจัดบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) ด้านการป้องกันโรค (Prevention) ด้านการรักษาพยาบาล (Curative) และด้านการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของมนุษย์ในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยการบริหารด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้นมุ่งเน้นจัดการกิจกรรมสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนให้ปฏิบัติตามหลักสุขวิทยา สำหรับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ด้วยการจัดบริการสาธารณสุขที่สำคัญและจำเป็นให้ครอบคลุมทุกชนชั้นทั้งในเมืองและชนบท

การป้องกันโรค เป็นกิจกรรมสาธารณสุขที่ครอบคลุมไม่เพียงแต่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเท่านั้น ยังครอบคลุมไปถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ด้วย กิจกรรมจึงประกอบด้วยการจัดให้มีขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ หรือความเจ็บป่วยต่อประชาชนโดยรวม

การรักษาพยาบาล เป็นกิจกรรมที่กระทำต่อบุคคลที่มีพยาธิสภาพหรือเรียกโดยทั่วไปว่าผู้ป่วย คือ การรักษาพยาบาล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 ประการ คือ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และบริการที่จัดให้ โดยผู้ให้บริการ หมายถึงสถานให้บริการสาธารณสุขทั้งของภาครัฐและเอกชนทุกประเภท เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนผู้รับบริการหรือผู้ใช้บริการ คือ กลุ่มเป้าหมายที่จะมารับบริการหรือใช้บริการในสถานบริการ และบริการที่สถานพยาบาลจัดให้ ซึ่งอยู่ด้วยความสามารถของสถานบริการแต่ละแห่ง โดยพิจารณาถึงความต้องการของชุมชนประกอบกับทรัพยากรการบริหารที่มีอยู่

การฟื้นฟู เป็นกระบวนการที่ช่วยบุคคลพิการหรือที่มีปัญหาและอุปสรรคในการดำรงชีวิตอย่างปกติ ให้ทราบศักยภาพและเป้าประสงค์ของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การลดหรือจำกัดความพิการให้น้อยลงด้วยการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ตามอาการที่ปรากฏ (Physical Therapy) และการช่วยพัฒนาความแข็งแรงและความสามารถของบุคคล โดยการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมบุคคลให้พร้อมต่อการออกไปเผชิญสภาพภายนอกในสังคม (Rehabilitative) (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2550: 24-28)

ขอบเขตของการบริการทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมการบริการด้านสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ โดยเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพ เป็น

ขั้นตอนการระมัดระวังเหตุการณ์หรือโรคต่างๆที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงห่างจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่เมื่อประชาชนเกิดโรคขึ้นมาก็จะมาถึงขั้นตอนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู ซึ่งการเกิดโรคนั้นไม่ได้เกิดเฉพาะความไม่สบายที่เกิดจากเชื้อต่างๆ แต่อุบัติเหตุก็ถือเป็นโรคอย่างหนึ่งที่ต้องการรักษา เมื่อมีการรักษาแล้วก็จะมีการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย

นโยบายทางด้านสาธารณสุขเป็นนโยบายที่สำคัญของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทยหรือเป็นบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิต่างล้วนต้องการปัจจัยต่างๆทางด้านสาธารณสุขเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต การให้สิทธิ (ถิ่นสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะ ก็ถือเป็นนโยบายหนึ่งที่ครอบคลุมการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน โดยกลุ่มเป้าหมายของนโยบายดังกล่าวคือผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กลุ่มคนเหล่านี้ถือว่าเป็นกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางสังคมอย่างมาก การที่รัฐบาลมีนโยบายออกมา ก็ถือว่าเป็นช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งเป็นการควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ ที่เกิดจากกลุ่มคนเหล่านี้ ที่จะแพร่กระจายไปยังบุคคลต่างๆ ภายนอกอีกด้วย

2.6 นโยบายให้สิทธิ (ถิ่นสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ก่อนมีการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข 6 และ 7 มีสิทธิที่จะซื้อบัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยจากโรงพยาบาลใกล้บ้านใน “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) ราคา 300-500 บาทต่อครอบครัว (รัฐสมทบ 500 บาท และ 1,000 บาท) สามารถใช้สิทธิรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เมื่อเกิดโครงการบัตรทอง (หรือชื่อเดิมคือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ในรัฐบาลของพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่ง สิทธิดังกล่าวให้เฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้น คนไร้สัญชาติจึงถูกริบสิทธิที่เคยมีอยู่เดิมไป (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554: ระบบออนไลน์)

นับตั้งแต่มีการระงับสิทธิรักษาพยาบาลของบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ก็มีความพยายามรณรงค์ให้รัฐบาลคืนสิทธินี้ โดยการผลักดันจากภาคภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ทำงานกับผู้มีปัญหาด้านสิทธิ เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนาเพื่อเฝ้าระวังสถานะไร้รัฐ (SWIT) เป็นต้น จนมาประสบ

ความสำเร็จในต้นปี พ.ศ. 2553 ที่รัฐบาลประกาศนโยบายคืนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่มีปัญหาเรื่องสถานะและสิทธิ (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554: ระบบออนไลน์)

2.6.1 กลุ่มเป้าหมาย

วันที่ 23 มีนาคม 2553 คณะรัฐมนตรีมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยรัฐบาลมีการจัดสรรงบประมาณให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขซึ่งให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวมาเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการด้านสาธารณสุข คือ กลุ่มที่คณะรัฐมนตรีรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร และกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1. กลุ่มที่คณะรัฐมนตรีรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร ได้แก่

1.1 กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 3 และ 4 ที่เข้าเมืองโดยชอบ ได้สิทธิอาศัยถาวร (พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2552) ประเภททะเบียนราษฎร ตร.14

1.2 กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 5 และ 8 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายมีสิทธิอาศัยถาวร ประเภททะเบียนราษฎร ตร.14

*** สำหรับกลุ่มที่ 1 สามารถออกนอกพื้นที่ได้ โดยไม่ต้องขอใบอนุญาตออกนอกพื้นที่

2. กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา

2.1 กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจทำทะเบียนประวัติและบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ปัญหา

1) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นบัตรประจำตัวบุคคล เลข 6 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว (ม.12, 13, 34, 35 พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ.2522) และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบ

ด้วยกฎหมาย (ม. 17 พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522) ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.13

- 2) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคล เลข 7 เป็นบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทย (ม.12, 13, 34, 35 พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ.2522) และบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายที่เกิดในประเทศไทย (ม. 17 พ.ร.บ.คนเข้าเมือง พ.ศ.2522) ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.13

2.2 กลุ่มที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล เฉพาะกลุ่มต่อไปนี้

- 1) กลุ่มนักเรียนในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านการศึกษามีเลขขึ้นต้นด้วยเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก
- 2) กลุ่มไร้รากเหง้า มีเลขประจำตัวในบัตรประชาชน เลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก
- 3) กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้กับประเทศ มีเลขขึ้นต้นในบัตรประชาชน เลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก

ในกลุ่ม 2.2 เลขประจำตัวหลักที่ 6 และ 7 จะต้องเป็นเลข 89 ตัวอย่างเช่น 0-5004-89022-45-3 และในการขอขึ้นทะเบียนจะต้องมีแบบสำรวจเพื่อจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (แบบ 89) ที่ระบุประเภทตาม 1) หรือ 2) หรือ 3) เท่านั้น

*** สำหรับกลุ่มที่ 2 กรณีออกนอกพื้นที่ที่ต้องขอใบอนุญาตออกนอกพื้นที่

2.6.2 สิทธิประโยชน์

1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำแนะนำและการให้ความรู้ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยาและการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

- 1.1 การตรวจและการบริการสุขภาพ พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/

หรือแนวทางการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทย
สภา

- 1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ของประเทศ
- 1.3 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามแนวทางการตรวจ
สุขภาพของประชาชนไทย
- 1.4 การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุขและ/หรือแนวทางการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนไทย
- 1.5 การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 1.7 การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ
การให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยแก่
ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้
ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.8 การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - 1.8.1 การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
 - 1.8.2 การแนะนำด้านทันตสุขภาพ
 - 1.8.3 การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่ม
เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
2. การตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจ
ยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
3. การตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อ
เสริมสร้างสุขภาพของหญิงมีครรภ์ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข และ/หรือขององค์การอนามัยโลก
4. การบำบัดและการบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 การบำบัดและการบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผน
ไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ
จนสิ้นสุดการศึกษา
 - 4.2 การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการ
ล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
(Hemodialysis)

- 4.3 การบำบัดและการบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ยาและเวชภัณฑ์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมการบริการยาด้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
6. อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
7. การคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิต นับแต่มีมติ ครม. วันที่ 23 มีนาคม 2553
8. ค่าอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
9. การบริการทารกแรกเกิด
10. ค่ารพยาบาลรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
11. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด และบริการที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่
- กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน
- (1) การรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก
 - (2) การผสมเทียม
 - (3) การเปลี่ยนเพศ
 - (4) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - (5) การตรวจวินิจฉัยและการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - (6) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง
 - (7) การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากจรด ซึ่งอยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมาย ว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากจรด เฉพาะส่วนที่บริษัท หรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย
 - (8) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วย ในเกิน 180 วัน ยกเว้น กรณี ที่จำเป็น ต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(9) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Transplantation)

2.6.3 การเข้ารับบริการสาธารณสุข

1. กรณีทั่วไป

1.1 กลุ่มเป้าหมายใช้บริการ ณ หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้และสามารถใช้บริการข้ามเขต ภายในจังหวัดเดียวกัน ยกเว้น กลุ่มเป้าหมายในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถใช้บริการได้ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ตามที่กลุ่มเป้าหมายได้ทำการลงทะเบียนไว้ ดังนี้

- 1) โรงพยาบาลเลิดสิน
- 2) โรงพยาบาลราชวิถี
- 3) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2.2 กลุ่มเป้าหมายสามารถใช้บริการข้ามจังหวัดได้ สำหรับกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา (กลุ่มที่ 2) หากใช้บริการข้ามจังหวัดต้องมีใบอนุญาตออกนอกพื้นที่หรือใบส่งตัวตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อของหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุข

2. กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.1 กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลข้ามเขตภายในจังหวัดหรือข้ามจังหวัด ณ หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา (กลุ่มที่ 2) จะเข้ารับการรักษาพยาบาลข้ามจังหวัดได้ต้องมีใบอนุญาตออกนอกพื้นที่ของกรมการปกครอง ใช้บริการจากหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยบริการของรัฐได้ โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็น (กรณีประสบภัยจากรถสามารถใช้สิทธิต่อเนื่องจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถหรือบริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่าย) โดยการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

2.1.1 โรคหรืออาการของโรคมียุทธศาสตร์รุนแรง ต้องรักษาเป็นการเร่งด่วน หากปล่อยไว้จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพ หรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

- 2.1.2 โรคที่ต้องผ่าตัดด่วน หากปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต
สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย 2.1.1.-2.1.2. ได้แก่ ความดันโลหิต
ชีพจรอาการของโรค การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาและความ
เร่งด่วนในการรักษา รวมทั้งคำนึง ถึงการรับรู้ของผู้รับบริการที่มี
ต่ออาการป่วยด้วย

3. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

- 3.1 การส่งต่อผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามระบบการส่งต่อของหน่วยบริการในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข
- 3.2 กรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ดังนี้ 1)
โรงพยาบาลเลิดสิน 2) โรงพยาบาลราชวิถี 3) โรงพยาบาลนพรัตนราช
ธานี ยกเว้นกรณีที่โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ไม่สามารถรับการส่งต่อได้
สามารถทำใบส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นของรัฐได้ตามความ
เหมาะสม (ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชน)

2.6.4 แนวทางการลงทะเบียนและการตรวจสอบสิทธิ

1. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อหน่วยบริการตาม
ทะเบียนบ้าน โดยใช้แบบคำขอลงทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ที่มีปัญหา
สถานะและสิทธิ พร้อมแนบหลักฐาน ดังนี้
- บัตรประจำตัวบุคคล สูติบัตร หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและ
เลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก
- สำเนาทะเบียนบ้าน
สำหรับกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ไขปัญหา
ที่เลขประจำตัวบุคคลขึ้นต้นด้วย 0 ให้ใช้หลักฐานเพิ่มเติมคือ แบบสำรวจเพื่อ
จัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (แบบ 89)
2. หน่วยบริการตรวจสอบสิทธิจากสำนักบริหารการทะเบียน (สน.บท.) กรมการ
ปกครอง กระทรวงมหาดไทย และส่งข้อมูลให้กลุ่มประกันสุขภาพเพื่อใช้เป็น
ฐานข้อมูลกลาง
3. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ไม่มีชื่อปรากฏในฐานข้อมูลของสำนัก
บริหารการทะเบียน (สน.บท.) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ให้ยื่นคำ
ขอลงทะเบียนต่อหน่วยบริการ ตามแบบคำแบบขอลงทะเบียนสิทธิ

รักษาพยาบาลของผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พร้อมแนบหลักฐาน ตามข้อ 1 โดยให้เก็บหลักฐานเอกสารดังกล่าวไว้ที่หน่วยบริการเพื่อการตรวจสอบ และลงทะเบียนผ่านทางเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://state.cfo.in.th>

4. การลงทะเบียนให้ลงทะเบียนภายในเขตอำเภอและเครือข่ายบริการเท่านั้น

5. การตรวจสอบสิทธิ สามารถตรวจสอบสิทธิได้จากเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://state.cfo.in.th>

2.6.5 หลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนกลาง

จากการที่คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้กำหนดแนวทางหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจัดสรรตามรายหัวประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยนอก (OP Normal) ผู้ป่วยนอกฉุกเฉินในเขตจังหวัด (OP AE) ผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) และ การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) ส่วนที่สองสำรองไว้เป็นกองทุนกลางที่กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

2.6.5.1 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนกลาง จ่ายในกรณีต่อไปนี้

1. บริการผู้ป่วยใน

- บริการผู้ป่วยในทั่วไป (IP Normal)
- บริการผู้ป่วยในส่งต่อ (IP Refer)
- บริการผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (IP HC)
- บริการผู้ป่วยในกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (IP AE)

2. บริการผู้ป่วยนอก

- บริการผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูง (OP HC)
- บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน (OP AE) นอกเขตจังหวัด

3. กรณีการใช้ยาระเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดโรค (Instrument : INST)

4. กรณีตรวจวินิจฉัยราคาแพง และการทำหัตถการของผู้ป่วยนอกที่เป็น บริการแบบAmbulatory care

หมายเหตุ การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การ
เบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้อัตราการจ่าย
OP เบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงไม่เกิน 700 บาท และ IP จ่ายด้วยอัตรา 9,000 บาท
ต่อ Adj RW โดยใช้ DRGs Version 4

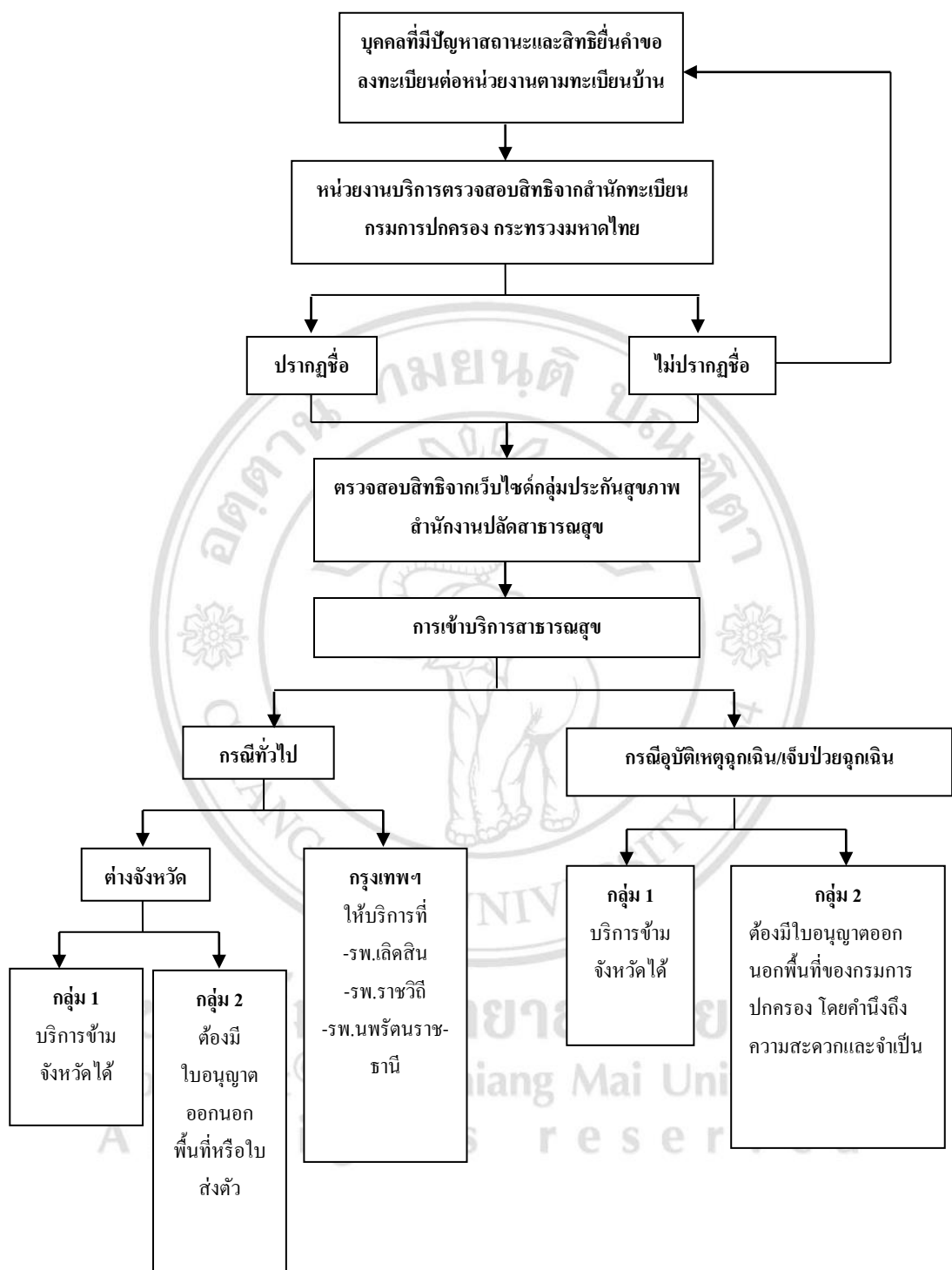
2.6.5.2 ส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชย

1. ให้นำหน่วยบริการส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุก
รายการ ตามโครงสร้างชุดข้อมูลมาตรฐาน โรงพยาบาลของกระทรวง
สาธารณสุข (12 แฟ้ม) หรือ Key In ผ่านเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ
<http://state.cfo.in.th>
2. ให้นำหน่วยบริการส่งข้อมูลการให้บริการ ผ่านระบบ E-claim ทางเว็บ
ไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <http://state.cfo.in.th> เพื่อดำเนินการขอเบิก
ค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
3. กำหนดการส่งข้อมูลให้ส่งเป็นรายเดือนภายใน 30 วัน กรณีผู้ป่วยใน
ให้นับแต่วันจำหน่าย (Discharge) กรณีผู้ป่วยนอกให้นับตั้งแต่วันที่
ให้บริการ

2.6.5.3 การรายงานผลการดำเนินงาน

1. การรายงานข้อมูลผู้ป่วยนอกเฉพาะสถานีนอนมัยให้รายงานข้อมูล
ผ่านระบบ 18 แฟ้ม สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับให้รายงานข้อมูล
ผ่านระบบ 12 แฟ้ม ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
2. กรณีที่สถานีนอนมัยไม่มีโปรแกรมการรายงานข้อมูล 18 แฟ้ม และมี
กลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก อาจมีความจำเป็นต้องติดตั้งระบบการ
รายงาน 18 แฟ้ม

การรายงานข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทั้งกรณีปกติ
ค่าใช้จ่ายสูง และฉุกเฉิน ให้ส่งข้อมูลมายังกลุ่มประกันสุขภาพ
(กระทรวงสาธารณสุข, 2555: 2-15)



ภาพที่ 2.2 กระบวนการในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
ที่มา : ดัดแปลงจาก กระทรวงสาธารณสุข, 2555

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณดี จันทศิริ (2545) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพื้นที่หมู่ที่ 8 ตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี มี วัตถุประสงค์งานวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การชี้นำด้านสุขภาพ การเพิ่มความสามารถ และการใกล้ชิดผลประโยชน์ด้านสุขภาพ และกระบวนการเรียนรู้คือ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคต ร่วมกัน และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นเสริมพลังความคิด และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนามและข้อมูลทุติยภูมิของชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 กระบวนการอย่างต่อเนื่องผสมผสาน กับการพัฒนาทักษะองค์ความรู้ตามความต้องการของชุมชน ทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สภาพปัญหาและ ความต้องการที่แท้จริงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ชุมชน ปัจจัยภายนอก

อมรรัตน์ ผิวทอง (2550) การนำนโยบายโครงการคาราวานแก็งนไปปฏิบัติ ในอำเภอมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำนโยบายโครงการคาราวานแก็งนไปปฏิบัติ และศึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายโครงการแก็งนไปปฏิบัติ โดยมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นคณะทำงานในองค์กรการบริหารอำเภอมืองจังหวัดชัยนาท

ผลการศึกษาพบว่า อำเภอมือง จังหวัดชัยนาท สามารถปฏิบัติงานตามนโยบายโครงการคาราวานแก็งน ไปประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายของกรมการปกครองปี 2549 คิดเป็นร้อยละ 40 ของผู้จด ทะเบียนในจังหวัดชัยนาท โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จมีสามประการ คือ ด้านงบประมาณ มีการ จัดทำแผนงาน/โครงการอย่างเป็นระบบ และผู้บริหารมีภาวะผู้นำสูง รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรคที่ พบคือ นโยบายโครงการคาราวานแก็งนไม่มีความชัดเจน การสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ มีจำนวนน้อย เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ขาดจิตสำนึกในการปฏิบัติงาน และ ขาดความร่วมมือจากประชาชน

สุนทร ตันมันทอง (2553) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ปัจจัยแวดล้อมและข้อโต้แย้งเชิงนโยบายในการกำหนดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค, ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคและประเมินผลการนำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค มาดำเนินการในช่วงเวลาที่ผ่านมา งานศึกษาชิ้นนี้ใช้วิธีศึกษาจากเอกสาร

ผลการศึกษา เมื่อพิจารณาตามระดับรายได้ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำมีแนวโน้มที่จะได้รับประโยชน์จากโครงการมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนลดลงสอดคล้องกับแนวโน้มที่ลดลงของจำนวนครัวเรือนที่ยากจนเพราะค่ารักษาพยาบาล ในเรื่องความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ค่อนข้างพอใจโดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ สถานพยาบาลหลายแห่งได้รับผลกระทบด้านการเงินอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกของการดำเนินโครงการ ในขณะเดียวกัน จำนวนแพทย์ที่ลาออกก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปีแรกที่ดำเนินโครงการ เมื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเกี่ยวกับผลที่มีต่อประชาชน มากกว่าผลที่มีต่อผู้ให้บริการเอง โดยสิ่งที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วนคือความขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินโครงการ

ประเสริฐ ขวนบุญ (2554) การศึกษาการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติ ในองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติในองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติในองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร และเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้สถานที่ออกกำลังกายในสวนสุขภาพและสนามกีฬาในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้าราชการฝ่ายบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 4 คน ข้าราชการและบุคลากรฝ่ายปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 10 คน และประชาชนในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 400 คน

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางในการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สรุปได้ว่า ในทุกด้านยกเว้นการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้นใน

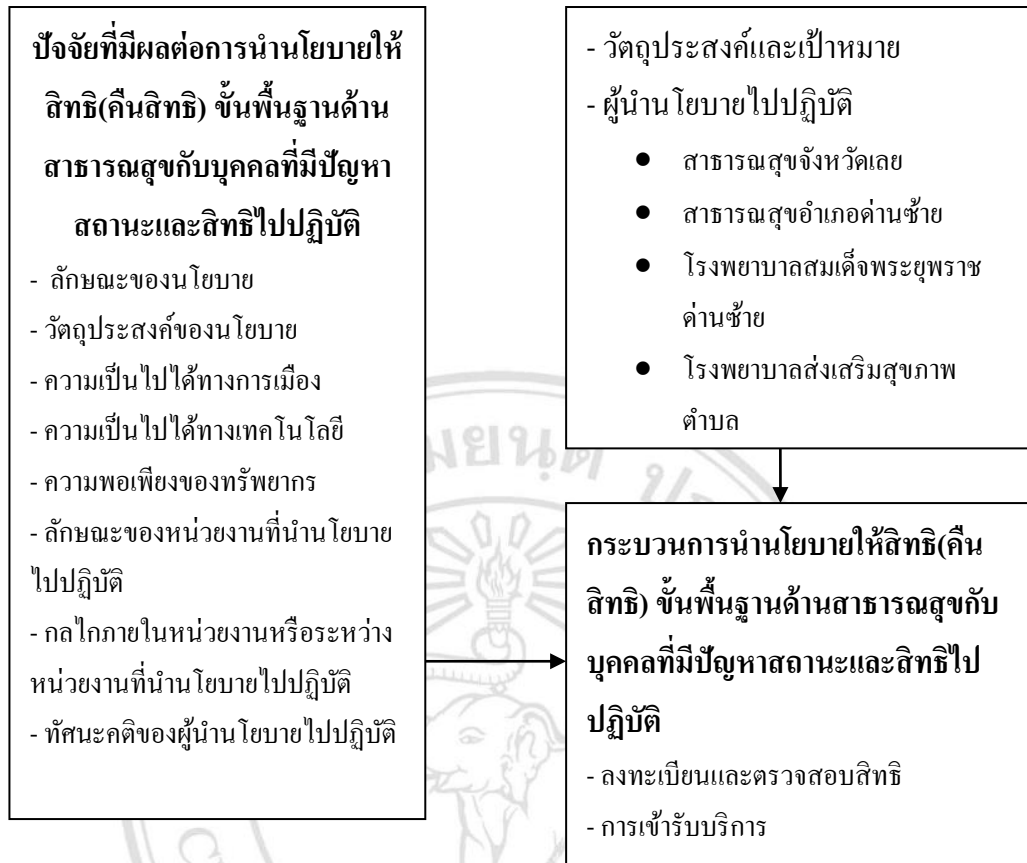
ภาพรวมยังพบปัญหาและอุปสรรคต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณในการดำเนินงาน การให้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากทางภาครัฐยังมีไม่เพียงพอ ส่วนความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นมีความสำเร็จ และความพึงพอใจของประชาชนในการที่มาใช้บริการในส่วนกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการอยู่ในระดับมาก และส่วนในด้านความสะดวก ด้านผลของการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนที่มาใช้บริการสถานที่ออกกำลังกายในสวนสุขภาพและสนามกีฬาอยู่ในระดับปานกลาง

2.8 กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดในงานวิจัยนี้เกิดจากการนำเอาปัจจัยความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Van Meter และ Van Horn) มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยปัจจัยดังกล่าวจะนำมาศึกษาผ่านผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่นโยบายกำหนดไว้หรือไม่ และมีกระบวนการในการนำไปปฏิบัติจริงอย่างไร

โดยการนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัยนี้ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวไว้ในกรอบแนวคิดงานวิจัยนั้นครอบคลุมไปยังบริบทต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งส่งผลไปยังการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายด้วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้แสดงถึงประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาการนำนโยบายการให้สิทธิ (ถิ่นสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิไปปฏิบัติว่าผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีการนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติจริงอย่างไร เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่นำนโยบายกำหนดไว้อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ