

การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในต้น การบริหารจัดการและการกำกับองค์กร

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร*
ธิปไตย แสละวงค์*
ชนิสรา คำคำ*
จิราภรณ์ แผลงประพันธ์*
นครินทร์ อมเรศ*
ธนรัตน์ โชติกเสถียร*
มนัชญา ชูยิ่งสกุลทิพย์*
อามานี หะมุ*
ธงชัย นาพิมพ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร

บทคัดย่อ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามานานกว่า 20 ปี โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนและจัดบริการตามนโยบายดังกล่าว ที่ผ่านมา แม้หลายหน่วยงานได้ติดตามและประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในระดับประเทศและสากลอย่างต่อเนื่อง แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเน้นผลลัพธ์ด้านบริการและการเข้าถึงของประชาชน ขณะที่การประเมินการบริหารจัดการของ สปสช.ยังมีจำกัด โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (governance) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ครอบคลุมการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร ในการประเมินการบริหารจัดการครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและความรับผิดชอบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แนวทางการประเมินใช้หลัก “3E” ได้แก่ execution (การดำเนินงานในทางปฏิบัติ) evidence (การใช้ข้อมูลหลักฐานมาประกอบการตัดสินใจ) และ efficiency (การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ) ผู้วิจัยใช้หลักฐานจากเอกสาร รายงานการประชุม งานวิจัย ฐานข้อมูลของ สปสช. พร้อมทั้งเสริมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนจากเครือข่ายหรือองค์กรที่มีส่วนได้เสียในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการประเมินสะท้อนผลสัมฤทธิ์ของนโยบายพร้อมข้อเสนอแนะที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการประเมินการกำกับองค์กรของ

* สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

Received 22 August 2025; Revised 12 November 2025; Accepted 8 December 2025

Suggested citation: Wichitaksorn N, Saelawong T, Dumkum C, Plangpraphan J, Amarase N, Chotikasathian T, Chuyingsakultip M, Hamu A, Naphim T. An assessment of the national health security scheme: governance and management perspectives. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):338-61.

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, ธิปไตย แสละวงค์, ชนิสรา คำคำ, จิราภรณ์ แผลงประพันธ์, นครินทร์ อมเรศ, ธนรัตน์ โชติกเสถียร, มณัชญา ชูยิ่งสกุลทิพย์, อามานี หะมุ, ธงชัย นาพิมพ์. การประเมินหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในด้านการบริหารจัดการและการกำกับองค์กร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):338-61.

สปสข. พบว่าโครงสร้างการกำกับองค์กรยังขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 14 และ 15 ที่มุ่งเน้นการถ่วงดุลอำนาจและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เนื่องจากกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระสลับกัน นอกจากนี้ กรรมการหลักฯ บางรายยังดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดบทบาทซ้ำซ้อนระหว่างผู้กำหนดนโยบาย (principal) และผู้ดำเนินงาน (agent) โดยเฉพาะเมื่อบุคคลเดียวกันมีบทบาทในระดับเขตพื้นที่ร่วมด้วย ดังนั้น เพื่อลดการผูกขาดอำนาจ ควรป้องกันการสลับการดำรงตำแหน่งระหว่างกรรมการหลักฯ กับกรรมการควบคุมฯ โดยกำหนดให้มีช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งภายหลังครบ 2 วาระ พร้อมจำกัดการเป็นอนุกรรมการไม่เกิน 2 คณะต่อวาระ และทบทวนการแต่งตั้งกรรมการส่วนกลางเป็นอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การประเมินการบริหารจัดการ

An Assessment of the National Health Security Scheme: Governance and Management Perspectives

Nuttanan Wichitaksorn, Tippatrai Saelawong, Chanisara Dumkum, Jiraporn Plangpraphan, Nakarin Amarase, Thanarat Chotikasathian, Manatchaya Chuyingsakultip, Amanee Hamu, Tongchai Naphim
Thailand Development Research Institute

Corresponding author: Nuttanan Wichitaksorn, nuttanan@tdri.or.th

Abstract

Thailand has maintained a commitment to the universal coverage (UC) scheme for over 20 years, with the National Health Security Office (NHSO) playing a central role in driving its implementation and service delivery. Although various organizations have monitored and evaluated Thailand's UC, research has largely focused on health outcomes and access to care, whereas assessments of the NHSO's governance remain relatively unexplored. This study thus aimed to evaluate the NHSO's governance, including its management of the National Health Security Fund. This evaluation applied the principal-agent theory to analyze power dynamics and accountability within the UC system. The assessment was guided by the "3E" framework: execution (practical implementation), evidence (evidence-based decision-making), and efficiency (operational performance). Key data sources included official documents, meeting records, research studies, and NHSO databases, complemented by in-depth interviews with experts and representatives from stakeholder organizations in the UC system. The findings offer insight into policy performance along with concrete recommendations for improving the governance and management of Thailand's UC system. The evaluation of NHSO's governance revealed that the current governance structure contradicted the intent of Sections 14 and 15 of the National Health Security Act, which emphasize checks and balances and inclusive participation. Members of both the National Health Security Board and the Quality and Standards Control Board have consecutively rotated across multiple terms, with some members concurrently serving on more than three subcommittees. This led to role overlaps between policymakers (principals) and implementers (agents), especially when individuals held dual roles at the central and regional levels. To prevent concentration of power, the study recommends introducing legal safeguards, including mandatory breaks after two consecutive terms when rotating between the main boards, limiting each member to no more than two concurrent subcommittees, and reconsidering the appointment of central board members to regional subcommittees.

Keywords: universal coverage scheme, National Health Security Office, governance assessment

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเริ่มใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage scheme: UCS) ครอบคลุมทุกพื้นที่ใน พ.ศ. 2545 โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณอุดหนุนรายหัวต่อปีให้เพิ่มขึ้นเรื่อยมา จากปีแรกประมาณ 48,000 ล้านบาทเป็น 217,628 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2567 เพื่อมุ่งหวังสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยให้ได้ รับบริการด้านสุขภาพตามความจำเป็นอย่างครอบคลุมทั่วถึงและไม่มีภาระค่าใช้จ่าย ณ จุดรับบริการ UCS เป็นระบบหลักประกันสุขภาพหลักหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก⁽¹⁾ ผลสำเร็จสำคัญคือการขยายความครอบคลุมและช่วยทำให้สัดส่วนของประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพลดลงจากร้อยละ 29 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2552 การที่ประชาชนใช้บริการนี้มากขึ้น ทำให้สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เงินตัวเองจ่ายต่อค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของคนไทยลดลงอย่างมากจากประมาณร้อยละ 40 ใน พ.ศ. 2538 เหลือเพียงไม่เกินร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2555⁽²⁾

นับตั้งแต่เริ่มมี UC หน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ติดตามและประเมินผลเรื่อยมา ประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นศึกษาคือ (1) ด้านผู้ให้บริการ เช่น การดำเนินงานตามนโยบาย แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการระดับต่างๆ ความเพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ ภาระที่รัฐบาลจ่ายเพื่อจัดหาหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ผลกระทบต่อการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย คุณภาพการให้บริการ ตลอดจนการหมุนเวียนของแพทย์และสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล และ (2) ด้านผู้รับบริการ เช่น ความครอบคลุมประชากร การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ความเสมอภาคในการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ในด้านต่างๆ คุณภาพของบริการที่ได้รับ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพ รายได้ และรายจ่าย ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านยาและการได้รับยา

นอกจากนั้นแล้ว งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ UC ของไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาด้านการให้บริการสุขภาพ ความครอบคลุมประชากร ภาระการคลัง และการลดอุปสรรคทางการเงินของประชาชน ประเด็นเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดบริการ UC มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้แก่คนไทย หากพิจารณาในแง่ของการสาธารณสุข (public health) แล้ว UC ยังมีภารกิจรวมถึงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (prevention and promotion หรือ P&P) ด้วย

ในประเด็นของการประเมิน UC นั้น งานวิจัยหลายชิ้นพิจารณาผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายและระบบ เช่น กระบวนการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบ บริบทด้านนโยบายรัฐและการปฏิรูปของรัฐ การดำเนินนโยบายการบริหารจัดการระบบ และผลกระทบของนโยบายที่มีต่อระบบสาธารณสุข^(1,3,4) ขณะที่ธรรมาภิบาลในระบบการจัดการสุขภาพเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การประเมิน UC โดยเฉพาะการบริหารจัดการ (governance) ยังมีไม่มากเท่าใดนัก ประเด็นดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่น่าสนใจเนื่องจาก สปสช. ในฐานะหน่วยงานที่ดำเนินงานตามนโยบายมากกว่า 20 ปี ควรต้องได้รับการประเมินถึงผลสัมฤทธิ์ในด้านการบริหารจัดการว่าประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ หรือไม่ อย่างไร และมีการบริหารจัดการด้านใดที่ควรปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของหน่วยงานและนโยบายที่ได้วางไว้

แผนปฏิบัติราชการของ สปสช. ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570 กล่าวถึง 5 ประเด็นยุทธศาสตร์อันประกอบไปด้วย (1) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2) การมีบริการสาธารณสุขรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชน (3) การคุ้มครองหลักประกันสุขภาพของ

ประชาชน (4) การมีส่วนร่วมของภาคียุทธศาสตร์และผู้มีส่วนได้เสีย และ (5) กลไกอภิบาลและระบบบริหารจัดการองค์กร ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์มีกลยุทธ์/แผนงานสำคัญที่สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการประเมินการบริหารจัดการ สปสช. ได้เป็นอย่างดี

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. อย่างเป็นระบบเพื่อสะท้อนถึงผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับนโยบายและองค์กร การประเมินครั้งนี้วิเคราะห์ว่า สปสช. ได้ดำเนินการตามกรอบยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการไว้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินการบริหารจัดการครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและความรับผิดชอบในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁶⁾ ผู้มอบอำนาจ (principal) และผู้รับมอบอำนาจ (agent) ในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับมอบอำนาจที่ต้องรับผิดชอบทางอ้อมต่อประชาชนผ่านฝ่ายการเมือง (2) สปสช. ที่ต้องรับผิดชอบต่อคณะกรรมการหลักฯ ในการบริหารจัดการกองทุน และ (3) หน่วยบริการซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อ สปสช.

ภายใต้ความสัมพันธ์นี้ ปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลมักเกิดขึ้นเมื่อผู้รับมอบอำนาจมีข้อมูลมากกว่าผู้มอบอำนาจ ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหา adverse selection และ moral hazard ต่อไป ด้วยบริบทข้างต้น กลไกการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงถูกออกแบบเพื่อถ่วงดุลอำนาจ เพื่อให้ตรวจสอบได้ และเน้น

ประสิทธิภาพของผลลัพธ์เป็นสำคัญ

การบริหารจัดการกองทุนเริ่มต้นจากการกำกับองค์กรและการกำหนดกรอบนโยบาย ซึ่งเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการหลักฯ และคณะกรรมการควบคุมฯ ทั้งสองคณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายและมีกลไกที่ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ทางอ้อมผ่านผู้แทนในคณะกรรมการที่มาจากภาคประชาชน ภาควิชาชีพ และภาคบริการสาธารณสุข (หน่วยบริการ)

เมื่อได้กำหนดกรอบนโยบายหรือชุดสิทธิประโยชน์ คณะกรรมการหลักฯ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ สปสช. มีหน้าที่จัดทำข้อเสนองบประมาณประจำปี (งบประมาณขาขึ้น) เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติ จากนั้นจึงจัดสรรงบประมาณ (งบประมาณขาลง) ให้กับหน่วยบริการตามกรอบนโยบายหรือแผนการดำเนินงาน

ในระดับปฏิบัติการ หน่วยบริการรับหน้าที่ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด เมื่อบริการเกิดขึ้น สปสช. รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลบริการและดำเนินการเบิกจ่ายค่าชดเชยแก่หน่วยบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระบบควบคุมตรวจสอบภายในและเทคโนโลยีสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงจากการเบิกจ่ายเกินจริงหรือไม่ถูกต้อง

กระบวนการทั้งหมดข้างต้นดำเนินภายใต้กรอบกฎหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลของหน่วยงานต่างๆ ไว้อย่างเป็นระบบ

ท้ายที่สุด ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการบริหารจัดการดังกล่าวคือการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี อันเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้กรอบแนวคิดและกลไกการบริหารจัดการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประเมินการบริหารจัดการ (governance) กองทุนหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ครอบคลุมการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ผนวกทฤษฎีข้างต้นกับหลัก “3E” ได้แก่ execution, evidence และ efficiency ในการประเมินการบริหารจัดการ กล่าวคือประเมินทั้งการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง (execution) กระบวนการใช้ข้อมูลหลักฐานในการตัดสินใจ (evidence) และความมีประสิทธิภาพคุ้มค่าในการบริหารจัดการทรัพยากร (efficiency) เพื่อให้เห็นภาพรวมของการบริหารจัดการขององค์กร

นอกจากทฤษฎีข้างต้น ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดด้าน governance จาก health system performance assessment⁽⁴⁾ การทำงานของระบบหลักประกันสุขภาพแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการ การสร้างทรัพยากร การเงิน และการบริการสุขภาพ ทั้งนี้ การบริหารจัดการถือเป็นหน้าที่สำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินการด้านการบริหารจัดการเป็นทั้งรากฐานและกลไกสำหรับการทำงานในด้านอื่นๆ เช่นกัน

อย่างไรก็ตาม หลักการบริหารจัดการสามารถพิจารณาผ่านองค์ประกอบ 4 ด้านคือ (1) policy and vision (2) stakeholder voice (3) information and intelligence และ (4) legislation and regulation ขณะที่ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเหล่านี้มักสะท้อนผ่านความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ให้เป็นไปตามเป้าหมายและความโปร่งใส

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตการประเมินการบริหารจัดการด้านการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร 5 ด้านสำคัญของ สปสช. ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

1. องค์ประกอบของคณะกรรมการและอนุกรรมการ (composition of boards) ผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการหลักและคณะอนุกรรมการตามที่กฎหมายกำหนดว่ามีการถ่วง

ดุลตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ อย่างเหมาะสมหรือไม่

2. กลไกตรวจสอบการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ (accountability) ผู้วิจัยประเมินระบบและกระบวนการที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบในการใช้อำนาจและตัดสินใจ เช่น กระบวนการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3. การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ผู้วิจัยพิจารณานโยบายและมาตรการขององค์กรในการป้องกันมิให้เจ้าหน้าที่หรือกรรมการมีส่วนได้เสียส่วนตัวที่ขัดกับประโยชน์ส่วนรวม และการกำกับดูแลด้านจริยธรรมภายในองค์กร

4. ความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูล (transparency) ผู้วิจัยประเมินระดับความโปร่งใสของ สปสช. ในการดำเนินงาน เช่น การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะตามกฎหมาย การสื่อสารข้อมูลที่สำคัญต่อผู้มีส่วนได้เสียและความโปร่งใสในการจัดการด้านการเงินและทรัพยากร

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการใช้อำนาจ (public participation) ผู้วิจัยประเมินกลไกที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือในการตัดสินใจของ สปสช. ในระดับต่างๆ เช่น ผู้แทนภาคประชาชนในคณะกรรมการการรับฟังความคิดเห็น และช่องทางให้เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การประเมินทั้งห้ามิติที่กล่าวถึงข้างต้นชี้ให้เห็นการบริหารจัดการแต่ละด้านของ สปสช. ว่ามีประสิทธิภาพและความเหมาะสมเพียงใด

ระเบียบวิธีศึกษา

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงผสมผสาน (mixed methods) ผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. โดยการประเมินครั้งนี้ได้ใช้หลัก “3E” ที่ได้กล่าวถึงข้างต้น ผู้วิจัยใช้ scoring rubric ประเมินความสอดคล้อง

ระหว่างข้อค้นพบและเกณฑ์การให้คะแนน โดยแบ่งระดับความพร้อมด้านการบริหารจัดการเป็น 4 ระดับคือ สูงที่สุด สูง ต่ำ และต่ำที่สุด (ผู้วิจัยกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อถัดไป) การประเมินใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เป็นหลักเพื่ออธิบายกลไกการทำงานให้เกิดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของกรรมการ อนุกรรมการ และการทำงานของ สปสช. ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น เว็บไซต์ของ สปสช. ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การอธิบายกลไกการทำงานของกรรมการ อนุกรรมการ และการทำงานของ สปสช. ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่

1. กฎหมายและระเบียบรับรองชัดเจน เช่น ประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักฯ รวมถึงกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

2. เอกสารที่แสดงการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ เช่น รายงานการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประจำปี 2563-2566 และข้อมูลสถานะหัวข้อที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพฯ บนเว็บไซต์โครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UCBP (universal coverage benefit package)

3. เอกสารหรือหลักฐานทางการที่แสดงรายละเอียดของการประชุมหรือมติที่ประชุม เช่น รายงานการประชุม คณะกรรมการหลักฯ

4. เอกสารที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ เช่น รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ และข้อมูลที่สำรวจจากเว็บไซต์ของ สปสช.

นอกจากการใช้หลักฐานจากเอกสาร รายงานการประชุม งานวิจัย และฐานข้อมูลของ สปสช. ข้างต้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้มีบทบาทสำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย เลขาธิการ รองเลขาธิการ ผู้ช่วยเลขาธิการ และเจ้าหน้าที่ สปสช. ส่วนกลางรวม 19 ราย และคณะทำงานฝ่ายวิชาการ 3 ชุด อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) และ/หรืออนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) และเจ้าหน้าที่ สปสช. เขตพื้นที่ทั้ง 13 เขตสุขภาพ นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ราย ตลอดจนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลรัฐ 23 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน 13 และ 12 แห่ง ตามลำดับ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เพื่อใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูลเชิงประจักษ์ข้างต้น

เกณฑ์การประเมินการบริการจัดการด้านรอบนโยบาย

ตามที่กล่าวถึงในหัวข้อกรอบแนวคิด ผู้วิจัยยึดกรอบแนวคิดด้านการบริหารจัดการจาก Papanicolas et al.⁽⁷⁾ โดยดัดแปลงกรอบแนวคิดข้างต้นและขยายหัวข้อการประเมินให้ครอบคลุมการบริหารจัดการภายในของ สปสช. ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การประเมินการกำหนดนโยบายและการกำกับบังคับการจำแนกออกเป็น 5 ด้าน (หัวข้อ) โดยใช้ scoring rubric (ตารางที่ 1) เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อค้นพบและเกณฑ์การให้คะแนนที่แบ่งระดับความพร้อมของการบริหารจัดการเป็น 4 ระดับ คือ สูงที่สุด สูง ต่ำ และต่ำที่สุด

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
1. องค์ประกอบของ คณะกรรมการฯ และ อนุกรรมการชุดต่างๆ (composition of boards)	องค์ประกอบของ คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ ส่วนกลางและอนุกรรมการ ระดับเขตพื้นที่	ไม่มีกฎหมายที่ชัดเจน	มีกฎหมายที่ชัดเจน ผู้แทนไม่หลากหลาย และไม่ปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์	มีกฎหมายที่ชัดเจน แต่ไม่มีผู้แทนที่ หลากหลาย แม้จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์	มีกฎหมายที่ชัดเจน มีผู้แทนที่หลากหลาย และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ ซึ่งเป็นไปตามหลักการ
2. ระบบตรวจสอบ การทำงาน (accountability)	2.1 บทบาทหน้าที่ของ คณะกรรมการฯ ในการเพิ่มขีดสิทธิ ประโยชน์ (role conflict)	ไม่มีกฎหมาย	มีกฎหมายแต่ขั้นตอน การพิจารณาทับซ้อนกัน (กรรมการฯ มีบทบาท ทับซ้อน)	มีกฎหมายที่ชัดเจน แต่การเผยแพร่ข้อมูล มีจำกัด	มีกฎหมายที่ชัดเจน และ มีการเผยแพร่ข้อมูล ให้ประชาชนทราบ
	2.2 คณะกรรมการและ อนุกรรมการกลั่นกรอง พิจารณา UCBP จาก หลักฐานเชิงประจักษ์	การพิจารณา UCBP ทั้งหมดไม่พบหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการตรวจ สอบแบบ peer-reviewed	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศเป็นสิทธิ ประโยชน์ไม่มีหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศเป็นสิทธิ ประโยชน์มีหลักฐาน เชิงประจักษ์และข้อมูล เชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed แต่บางส่วนไม่พบข้อมูล	การพิจารณา UCBP ที่ประกาศ เป็นสิทธิประโยชน์ ต้องมี หลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อมูลเชิงสถิติที่ผ่านการ ตรวจสอบแบบ peer-reviewed
	2.3 สปสช.ประเมินผลสัมฤทธิ์ ชุดสิทธิประโยชน์	ไม่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์ และ แผนการดำเนินงานชัดเจน แต่ไม่เผยแพร่รายงานให้ ประชาชนทราบ	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ สิทธิประโยชน์ และ แผนการดำเนินงานชัดเจน แต่เผยแพร่รายงานอย่างจำกัด	มีการประเมินผลสัมฤทธิ์สิทธิ ประโยชน์ และแผนการดำเนินงาน ชัดเจน และเผยแพร่รายงานให้ ประชาชนทุกกลุ่มทราบ
	2.4 สปสช.พิจารณาและนำ ข้อเสนอจากเครือข่าย ภาคประชาชนไป ประกอบการดำเนินงาน	นำข้อเสนอแนะน้อยกว่า 20% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะ 20% - 49% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะ 50% - 79% ไปดำเนินการต่อ	นำข้อเสนอแนะมากกว่า 80% ไปดำเนินการต่อ



ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร (ต่อ)

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
3. ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest)	3.1 สปสข.มีกฎระเบียบ กำหนดมาตรฐานจริยธรรม และการป้องกันผล ประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบประเมินผล การปฏิบัติตามกฎระเบียบ	ไม่มีกฎระเบียบ	มีกฎระเบียบบางเรื่อง และไม่มีระบบประเมินผล	มีกฎระเบียบ แต่ไม่มี ระบบประเมินผล	มีกฎระเบียบ มีระบบประเมินผล และมีการรายงานผล
	3.2 มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผล ประโยชน์ทับซ้อน ได้แก่ ไม่เปิดเผยข้อมูล ขาด ระบบควมลงมติ แต่งตั้ง แบบเฉพาะกลุ่ม ขาดระบบ การประเมินจริยธรรม และความเสี่ยง	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผล ประโยชน์ทับซ้อนทั้งหมด และไม่มีระบบและแนว ปฏิบัติที่ชัดเจน	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผล ประโยชน์ทับซ้อน แต่ บางส่วนปัจจัยไม่มีระบบ และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	มีปัจจัยที่เอื้อให้เกิด ผลประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบและแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจน	ไม่พบปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผล ประโยชน์ทับซ้อนทั้งหมด
4. ความโปร่งใส (transparency)	4.1 สปสข.เปิดเผยข้อมูลต่อ ประชาชนเป็นไปตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของ ราชการ พ.ศ. 2540	มีกฎหมาย แต่ สปสข. ไม่เปิดเผยข้อมูล	มีกฎหมาย แต่ สปสข. เปิดเผยข้อมูลบางส่วน	มีกฎหมาย แต่ สปสข. เปิดเผยข้อมูลบางส่วน และการเข้าถึงจำกัด	มีกฎหมาย และสปสข. เปิดเผย ข้อมูลครบถ้วน
	4.2 การเผยแพร่ข้อมูลของ สปสข. มีลักษณะที่เป็น อุปสรรคต่อการเข้าถึง อย่างน้อยเพียงใด	การเผยแพร่ข้อมูลไม่เอื้อ ต่อการเข้าถึงทั้งหมด	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อ การเข้าถึงในระดับต่ำ (ผ่านเกณฑ์คุณลักษณะ ของข้อมูลเปิด 20% - 49%)	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อ การเข้าถึงในระดับสูง (ผ่านเกณฑ์ฯ 50% - 79%)	การเผยแพร่ข้อมูลเอื้อต่อการ เข้าถึงในระดับสูงที่สุด (ผ่านเกณฑ์ฯ มากกว่า 80%)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กร (ต่อ)

หัวข้อ	ประเด็น	ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ			
		ต่ำที่สุด (0 คะแนน)	ต่ำ (1 คะแนน)	สูง (2 คะแนน)	สูงที่สุด (3 คะแนน)
5. การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย (public participation)	5.1 คณะกรรมการฯ และอนุกรรมการต่างๆ มีตัวแทนจากหลากหลายกลุ่ม	มีแต่ตัวแทนจากภาครัฐและภาควิชาการหรือวิชาชีพ และไม่มีตัวแทนผู้ให้บริการภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ แต่ขาดตัวแทนภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ แต่ให้สัดส่วนภาคประชาชนน้อย	มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการหรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการและภาคประชาชนหรือผู้รับบริการและสัดส่วนภาคประชาชนเท่ากันหรือมากกว่า
	5.2 สปสช.มีกลไกให้ภาคประชาชนหรือผู้รับบริการได้นำเสนอข้อเสนอแนะ	ไม่มี	มีช่องทางหลากหลาย แต่ไม่รายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะ	มีช่องทางหลากหลาย และรายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะ แต่ไม่ต่อเนื่อง	มีช่องทางหลากหลาย และรายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง

- หมายเหตุ: 1) ผู้วิจัยพิจารณาจากรายชื่อคณะกรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ วาระที่ 1-6 ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2567 และอนุกรรมการฯ 3 วาระ ได้แก่ วาระ 4, 5 และ 6 (ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงรายชื่ออนุกรรมการ วาระที่ 1-3 ได้ อีกทั้ง รายชื่ออนุกรรมการมักบันทึกให้อยู่ในรูปแบบผู้แทนโดยตำแหน่ง)
- 2) ผู้แทนที่หลากหลายคือกรรมการต้องไม่ดำรงตำแหน่งหลายวาระติดต่อกันและต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ คือ การได้มาขององค์ประกอบกรรมการและอนุกรรมการเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ และมติคณะกรรมการฯ ซึ่งเป็นไปตามหลักการ คือ ไม่ขัดต่อหลักเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 เพื่อป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ
- 3) จากการทบทวนงานศึกษาของ HITAP พบว่ามีข้อกำหนดให้คัดเลือกหัวข้อที่ได้คะแนนสูงสุดเพื่อประเมินประมาณ 10 หัวข้อต่อปี
- 4) การเผยแพร่รายงาน/ข้อสรุปให้ประชาชนทุกกลุ่มทราบ ตรวจสอบผ่านความหลากหลายของช่องทางในการเผยแพร่ ได้แก่ เว็บไซต์ และช่องทางอื่นๆ เช่น Facebook
- 5) การเปิดเผยข้อมูลบัญชีทรัพย์สิน ตามข้อกำหนดของกฎหมาย ปปช. มีหลายรูปแบบ เช่น (1) มีข้อมูลที่ต้องแจ้งและต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ และ (2) มีข้อมูลต้องแจ้ง แต่ไม่ต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ
- 6) เกณฑ์คุณลักษณะของข้อมูลเปิด อ้างอิงจากสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล⁽⁶⁾
- ปปช. = สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, HITAP = Health Intervention and Technology Assessment Program, UCBP = universal coverage benefit package

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute Ethics Committee) เอกสารรับรองเลขที่ TDRI-IRB/2024/05 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ผลการประเมินการบริหารจัดการของ สปสช. ด้านการประเมินกรอบนโยบายและการกำกับองค์กรแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 องค์ประกอบของคณะกรรมการและอนุกรรมการ

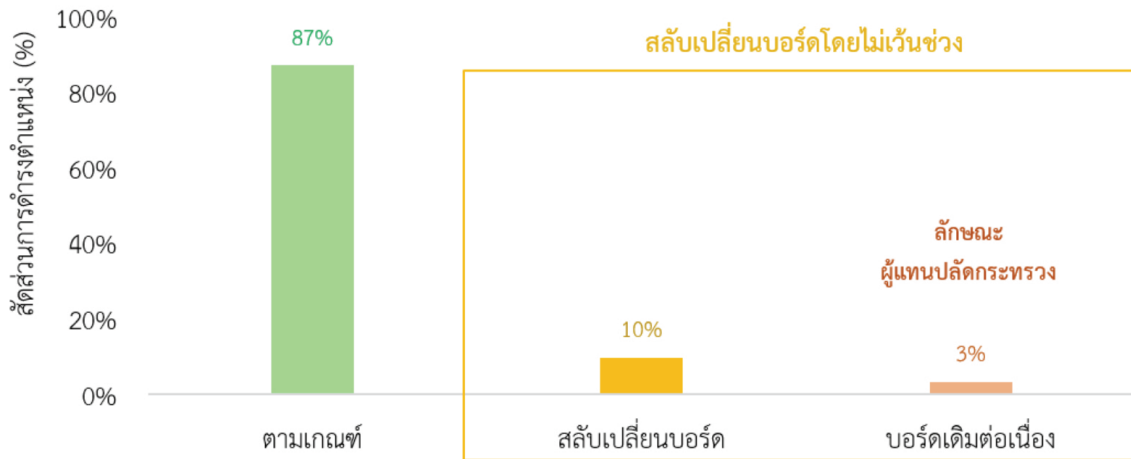
การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยพิจารณาว่าข้อค้นพบที่เกิดขึ้นขัดหรือไม่ต่อหลักการสำคัญของเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 14 การถ่วงดุลอำนาจกัน และมาตรา 15 เพื่อป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ

หลักการสำคัญสำหรับการพิจารณาองค์ประกอบคณะกรรมการ ได้แก่ (1) การถ่วงดุลอำนาจระหว่างคณะกรรมการหลักๆ ผู้ดำเนินนโยบายและกำหนดหลักเกณฑ์ต่างๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ ซึ่งเป็นผู้ควบคุมกำกับการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ดังนั้น ผู้ดำเนินนโยบายจึงไม่ควรเข้ามาเป็นผู้ตรวจสอบนโยบาย (กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน) และ (2) การป้องกันการผูกขาดการเป็นกรรมการ โดยกำหนดวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่า 2 วาระติดต่อกันไม่ได้ ดังนั้น การคัดเลือก

กรรมการควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียใหม่ๆ เข้ามาเป็นผู้กำหนดนโยบายเพื่อเสนอแนวคิดที่หลากหลายและลดอำนาจการผูกขาด

ผู้วิจัยได้ทบทวนรายงานประจำปีและประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติตั้งแต่มี พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อประเมินการดำรงตำแหน่งของกรรมการ การทบทวนดังกล่าวพบว่า (1) การคัดเลือกคณะกรรมการหลักๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ เป็นไปตามมาตรา 13 ของ พ.ร.บ. ทั้งในด้านกระบวนการและสัดส่วนผู้แทนกลุ่มต่างๆ ขณะที่ (2) การทบทวนการดำรงตำแหน่งข้างต้นพบว่ามีแนวโน้มที่กรรมการมักดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่องระหว่างคณะกรรมการหลักๆ และคณะกรรมการควบคุมฯ

การดำรงตำแหน่งของกรรมการมีลักษณะสลับตำแหน่งระหว่างสองคณะโดยบุคคลกลุ่มเดิมอย่างต่อเนื่อง (revolving door) แม้ พ.ร.บ.ฯ ไม่มีมาตราใดห้ามบุคคลเดิมเข้าดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการอีกชุดหลังจากดำรงตำแหน่งครบ 2 วาระ แต่ถือว่าขัดต่อหลักการถ่วงดุลอำนาจและการป้องกันการผูกขาดอำนาจ ซึ่งควรส่งเสริมความครอบคลุม ความเป็นกลาง และการหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน ทั้งนี้ การสลับตำแหน่งระหว่างสองคณะโดยไม่เว้นช่วงข้างต้นอาจกระทบต่อความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือของกลไกตรวจสอบ (checks and balances) ผู้วิจัยพบว่าแม้กรรมการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) ปฏิบัติตามเกณฑ์แต่กรรมการบางส่วน (ร้อยละ 13) ดำรงตำแหน่งไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ เช่น สลับเปลี่ยนตำแหน่งระหว่างคณะกรรมการโดยไม่เว้นช่วง (ร้อยละ 10) และดำรงตำแหน่งเกิน 2 วาระ (ร้อยละ 3) ซึ่งมักอยู่ในรูปแบบผู้แทนหน่วยงานรัฐ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 สัดส่วนกรรมการดำรงตำแหน่งไม่ผิดหลักเกณฑ์ แต่ไม่ถูกหลักการ

แม้กฎหมายมิได้กำหนดวาระสำหรับกรรมการที่มาจากตำแหน่งโดยตรง แต่ลักษณะการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องอาจลดโอกาสในการเปิดรับผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มใหม่ๆ ให้เข้ามามีบทบาทในการกำกับและพัฒนาระบบ ดังนั้น อาจพิจารณากำหนดช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งสำหรับกรรมการที่ดำรงตำแหน่งครบสองวาระ เพื่อห้ามการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหรือสลับกันระหว่างคณะกรรมการหลักๆ กับคณะกรรมการควบคุมฯ และส่งเสริมให้ระบบเป็นสถาบัน (institutionalization) มากกว่าการยึดโยงกับตัวบุคคล

การประเมินในประเด็นที่สองนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง “ตัวการ” กับ “ตัวแทน” ตามทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน เพื่อสะท้อนระดับความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในบริบทนี้ คณะกรรมการหลักๆ ทำหน้าที่เป็นตัวการ (principal) ที่กำหนดกรอบนโยบาย วางทิศทางการบริหารกองทุน และมอบหมายอำนาจให้คณะกรรมการภายใต้ตนเป็นตัวแทน (agent) ในการวางแผนการดำเนินงานและปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบาย ขณะเดียวกัน คณะกรรมการควบคุมฯ ทำหน้าที่ถ่วงดุลคณะกรรมการ

หลักๆ ผ่านการกำกับ ตรวจสอบมาตรฐานและคุณภาพการจัดบริการภายใต้นโยบาย และให้ข้อเสนอแนะเชิงระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ โดยมีคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการควบคุมฯ เป็นตัวแทนดำเนินการติดตามและประเมินมาตรฐานและคุณภาพบริการโดยเฉพาะในระดับพื้นที่

ผู้วิจัยพบว่า กรรมการหลักๆ บางรายดำรงตำแหน่งอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะในวาระเดียวกันซึ่งขัดต่อหลักเกณฑ์ตามมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2559 ครั้งที่ 5/2563 และครั้งที่ 8/2567 การดำรงตำแหน่งเช่นนี้อาจก่อให้เกิดอำนาจกระจุกตัว ทำให้การตรวจสอบถ่วงดุลไม่มีประสิทธิภาพและเปิดช่องให้ตัวการกับตัวแทนเกิดภาวะกลืนขบหาจนไม่สามารถแยกหน้าที่กำกับกับการปฏิบัติได้ชัดเจน ลักษณะดังกล่าวยังขัดต่อหลักการข้อที่ 1 กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและการรักษาความรับผิดชอบตามทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน ทั้งนี้ แม้ สปสช. จะพยายามบูรณาการงานของคณะกรรมการต่างๆ และจำกัดจำนวนอนุกรรมการให้มีเท่าที่จำเป็น แต่ในทางปฏิบัติอาจยังไม่บรรลุผล

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง “ตัวการ” ซึ่งหมายถึงกรรมการระดับชาติ กับ “ตัวแทน” ซึ่งหมายถึงอนุกรรมการระดับพื้นที่ โดยใช้กรอบทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน พบว่า กรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ เข้าดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ การดำรงตำแหน่งเช่นนี้อาจขัดต่อหลักการข้อที่ 1 กรรมการต้องไม่มีบทบาทซ้ำซ้อนกัน เนื่องจากบุคคลเดียวกันมีบทบาททั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า แม้ สปสช. จะพยายามเชื่อมโยงการทำงานและการสื่อสารนโยบายระหว่างส่วนกลางกับเขตพื้นที่ แต่การที่กรรมการระดับชาติเข้ามามีบทบาทในคณะอนุกรรมการระดับพื้นที่อาจทำให้ขอบเขตอำนาจและหน้าที่ระหว่างสองระดับไม่ชัดเจน ความไม่ชัดเจนดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความโปร่งใสและลดทอนประสิทธิภาพของกลไกตรวจสอบ-ถ่วงดุลอำนาจภายในองค์กร

ข้อค้นพบทั้งสามประเด็น ได้แก่ (1) กรรมการบางรายดำรงตำแหน่งหลายวาระต่อเนื่อง (2) กรรมการหลักฯ บางส่วนดำรงตำแหน่งอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักฯ มากกว่า 3 คณะในวาระเดียวกัน และ (3) กรรมการหลักฯ และกรรมการควบคุมฯ เข้าดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่ากรรมการบางรายมีบทบาทซ้ำซ้อนทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในขอบเขตความรับผิดชอบ

กล่าวโดยสรุป การบริหารจัดการองค์กรภายในของ สปสช. ยังไม่มีความโปร่งใสเท่าที่ควร เนื่องจากการบริหารจัดการไม่เป็นไปตามหลักการถ่วงดุลอำนาจและมีลักษณะเป็นการผูกขาดการดำรงตำแหน่งของกรรมการ อย่างไรก็ตาม การที่กรรมการดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงต้องพึ่งพาคณะบุคคล กล่าวคือ ระบบยังขาดความเป็นสถาบัน (institutionalization) ยังคงขับเคลื่อนโดยบุคคลมากกว่าจะเป็นระบบที่เข้มแข็ง เช่น การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจดำเนินนโยบายในทุกกระบวนการ ดังนั้น ผล

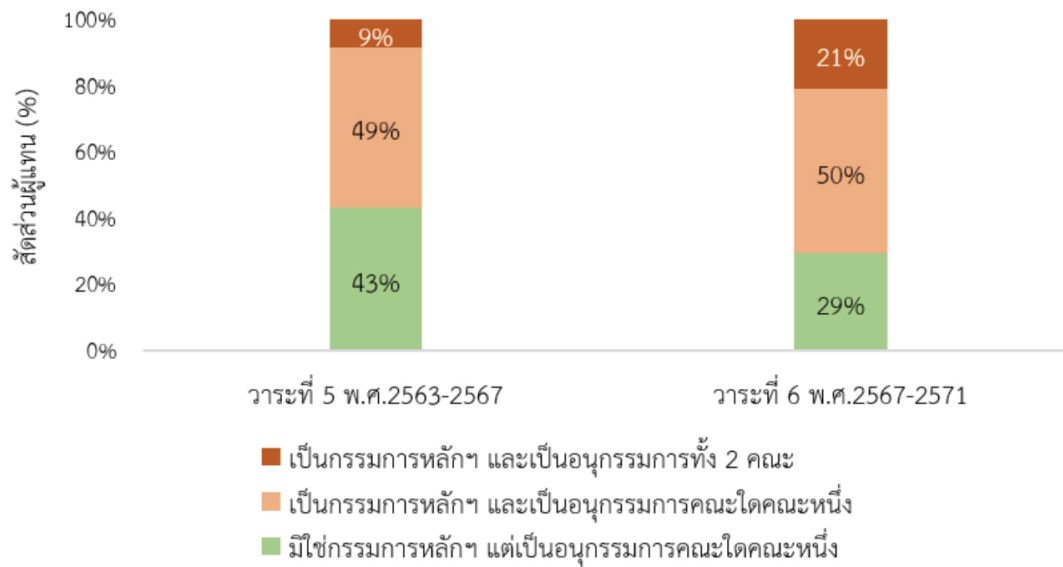
การประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรโดยพิจารณาองค์ประกอบกรรมการและอนุกรรมการอยู่ใน “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 หัวข้อที่ 1)

ส่วนที่ 2 กลไกตรวจสอบการทำงานและความรับผิดชอบ

การประเมินในประเด็นแรกเกี่ยวกับบทบาทของกรรมการในการพิจารณาและเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ ผู้วิจัยนำทฤษฎีตัวการ-ตัวแทน (principal-agent theory) มาใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และสะท้อนความรับผิดชอบระหว่างกรรมการหลักฯ กับอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการในกระบวนการพิจารณาและจัดลำดับความสำคัญของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCBP)

ตามทฤษฎีข้างต้น คณะกรรมการหลักฯ ทำหน้าที่เสมือน “ตัวการ” ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ รวมถึงวางกรอบมาตรการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผล โดยมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้าน เช่น คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนและคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข คณะอนุกรรมการเหล่านี้จึงทำหน้าที่ในฐานะ “ตัวแทน” ที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายที่กำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่าคณะอนุกรรมการฯ ทั้งวาระที่ 5 (พ.ศ. 2563–2567) และวาระที่ 6 (พ.ศ. 2567–2571) มีผู้แทนในคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดที่เป็นกรรมการหลักฯ มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนอนุกรรมการทั้งหมด นอกจากนี้ กรรมการหลักฯ ที่ดำรงตำแหน่งในคณะอนุกรรมการทั้งสองชุดพร้อมกันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9 ในวาระที่ 5 เป็นร้อยละ 20.8 ในวาระที่ 6 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 สัดส่วนผู้แทนในอนุกรรมการทั้งสองชุดที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณา UCBP (universal coverage benefit package)

ลักษณะดังกล่าวสะท้อนถึงบทบาททับซ้อน (role overlapping) ระหว่างคณะกรรมการหลักฯ และคณะอนุกรรมการฯ กล่าวคือ กรรมการบางรายมีบทบาททั้งในฐานะผู้กำหนดนโยบายและผู้กลั่นกรองในเวลาเดียวกัน การดำรงตำแหน่งเช่นนี้ส่งผลให้ขาดความเป็นอิสระในการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์และลดประสิทธิภาพของกลไกตรวจสอบภายในระบบ ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้ความพร้อมด้านการบริหารจัดการด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์อยู่ใน “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.1)

การประเมินในประเด็นที่สอง ผู้วิจัยพิจารณาว่า กระบวนการกลั่นกรองข้อเสนอ UCBP มีการอ้างอิงข้อมูลเชิงสถิติและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed) หรือไม่ เนื่องจากหลักที่สำคัญคือการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจมากกว่าการใช้ดุลยพินิจของบุคคล โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้

จากการรวบรวมข้อมูลชุดสิทธิประโยชน์ที่ผ่าน

กระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายบนหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2567 พบว่า หลายหัวข้อได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยทั้งภายในเว็บไซต์ UCBP และจากแหล่งภายนอก เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) อย่างไรก็ตาม ชุดสิทธิประโยชน์บางหัวข้อ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งก่อนระยะลุกลามด้วยวิธี stereotactic breast biopsy และการตรวจผู้ป่วยสงสัยโรคไขเลือดออกด้วยชุดตรวจอย่างรวดเร็ว Dengue nonstructural 1 (NS1) antigen rapid diagnostic test (RDT) (ปีงบประมาณ 2567) ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนตามที่เผยแพร่ผ่านช่องทางสาธารณะที่เข้าถึงได้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากเงื่อนไขของผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยที่จำกัดการเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านช่องทางอื่นนอกเหนือจากเว็บไซต์ของผู้ให้ทุนหรือยังไม่อนุญาตให้เผยแพร่ต่อสาธารณะในบางกรณี

จากข้อค้นพบข้างต้นสรุปได้ว่า คณะกรรมการและอนุกรรมการกลั่นกรองพิจารณา UCBP จากหลักฐานเชิง

ประจักษ์ ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดหลักคือ สปสช. ไม่เปิดเผยข้อมูลหรือเอกสารวิชาการที่ใช้ประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบต่อสาธารณะและขาดระบบติดตามความคืบหน้าของการเสนอ UCBP ดังนั้น ความพร้อมด้านการบริหารจัดการการกลั่นกรองพิจารณา UCBP จากหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.2)

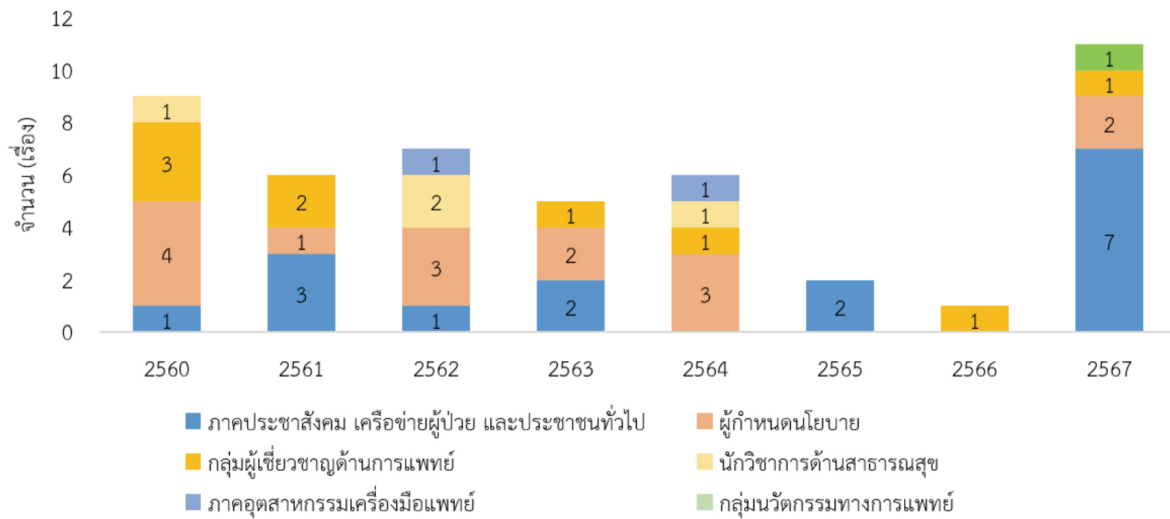
การประเมินในประเด็นที่สาม ผู้วิจัยประเมินว่าสิทธิประโยชน์ได้รับการประเมินผลสัมฤทธิ์ และมีแผนการดำเนินงานชัดเจนต่อหรือไม่ ผู้วิจัยทบทวนรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2566 พบว่า การประเมินผลสัมฤทธิ์ของ สปสช. ถูกนำเสนอผ่านตัวชี้วัด 2 ด้าน คือ (1) เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรหรือผลงานตามหมวดบริการในงบเหมาจ่ายรายหัวและงบบริการเพิ่มเติมในกลุ่มเฉพาะ (ยึดเป้าหมายการให้บริการ) และ (2) ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในแง่ของการให้บริการสาธารณสุขในงบเหมาจ่ายรายหัวและงบเพิ่มเติมเพื่อดูแลกลุ่มเฉพาะ (ยึดผลงานการให้บริการ)

ผู้วิจัยทบทวนการขยายสิทธิประโยชน์นอกงบเหมาจ่ายรายหัวและพบว่าไม่สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ยกตัวอย่างเช่น กองทุนบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (primary care cluster: PCC) ในปีงบประมาณ 2566 พบว่าสิทธิประโยชน์ด้านบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 6 รายการจากปีงบประมาณ 2565 เช่น บริการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (home ward) และบริการการแพทย์ทางไกลในลักษณะผู้ป่วยนอกทั่วไป (outpatient tele-medicine) ขณะที่งบประมาณที่จัดสรรให้กลับลดลงจาก 319.28 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2565 เหลือเพียง 188.85 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2566 ข้อค้นพบนี้สะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการบริหารกองทุนหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ หาก สปสช. ไม่ปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์อาจกระทบต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาวได้

สปสช. มีระบบประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุดสิทธิประโยชน์ แต่การเผยแพร่ผลการประเมินต่อสาธารณะ เช่น ผ่านรายงานประจำปี ยังมีจำกัด นอกจากนี้ สปสช. ยังขาดเกณฑ์หรือตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงกว่าการวัดเพียงระดับความครอบคลุมของบริการโดยเฉพาะในกรณีของชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะด้าน เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคเรื้อรัง หรือบริการสำหรับกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น การบริหารจัดการด้านการประเมินผลสัมฤทธิ์ของชุดสิทธิประโยชน์จึงจัดอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.3)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาว่า สปสช. นำข้อเสนอจากเครือข่ายภาคประชาชนไปประกอบการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด โดยใช้ข้อมูลจากสถานะของหัวข้อที่ผ่านการพิจารณาและประกาศเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ระหว่างปีงบประมาณ 2560–2567 พบว่ามีหัวข้อที่ได้รับการเพิ่มเป็นชุดสิทธิประโยชน์รวมทั้งสิ้น 47 หัวข้อ โดยมาจากภาคประชาชน (ครอบคลุมภาคประชาสังคม เครือข่ายผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป) มากที่สุด จำนวน 16 หัวข้อ หรือคิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมาคือกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 15 หัวข้อ (ร้อยละ 31.9) และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ จำนวน 9 หัวข้อ (ร้อยละ 19.2) (ภาพที่ 3) ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญในการเสนอแนะปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ และ สปสช. ให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของประชาชนโดยนำข้อเสนอเหล่านั้นมาพิจารณาคัดเลือกและประกาศใช้เป็นชุดสิทธิประโยชน์จริง



ภาพที่ 3 หัวข้อที่ผ่านการพิจารณาและประกาศเพิ่มเป็นชุดสิทธิประโยชน์ (รวม 47 หัวข้อ)

ทั้งนี้ สปสช. มีกลไกให้ประชาชนสามารถเสนอข้อเสนอแนะผ่านการประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ข้อเสนอที่ได้รับจะผ่านการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญภายในกลุ่ม ก่อนคัดเลือกเหลือ 5 หัวข้อเพื่อเสนอสู่กระบวนการ UCBP สำหรับปีงบประมาณ 2567 ภาคประชาชนได้เสนอข้อเสนอทั้งหมด 9 หัวข้อ เมื่อผ่านกระบวนการ UCBP แล้วพบว่ามี 7 หัวข้อที่ได้รับการพิจารณาให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ (คิดเป็นร้อยละ 77.8 ของข้อเสนอทั้งหมด) ความพร้อมด้านการบริหารจัดการในการนำข้อเสนอจากเครือข่ายภาคประชาชนไปประกอบการดำเนินงานจึงอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 2.4)

ส่วนที่ 3 การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยประเมินกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนโดยมีกรอบการประเมินว่า สปสช. มีกฎระเบียบกำหนดมาตรฐานจริยธรรม การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือไม่

ผู้วิจัยสำรวจกฎระเบียบของ สปสช. มาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะกรรมการของ สปสช. และมาตรฐานจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ พบว่า สปสช. มีกฎระเบียบ มาตรฐานจริยธรรม มีวินัย การอุทธรณ์ และการร้องทุกข์เพื่อป้องกันและเป็นมาตรการประเมินผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยยังพบว่า สปสช. มีมาตรการป้องกันการทุจริตในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพประจำปีงบประมาณต่างๆ เช่น ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการภายในเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสและป้องกันการทุจริต พ.ศ. 2562 แผนบริหารความเสี่ยงด้านการทุจริตและการประเมินความเสี่ยงด้านการทุจริตประจำปี แผนการปฏิบัติราชการด้านการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม ป้องกันปราบปรามการทุจริตและการประพฤติมิชอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) และแผนปฏิบัติการส่งเสริมคุณธรรมป้องกันปราบปรามการทุจริตและการประพฤติมิชอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยพบว่า สปสช. มีกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติ

งานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนเช่นเดียวกับหน่วยงานอื่นๆ และเพื่อตรวจสอบว่ากฎระเบียบดังกล่าวมีการติดตาม ประเมินผลและกำกับดูแลหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้สำรวจเพิ่มเติม สปสช. กำหนดตัวชี้วัด (key performance indicator: KPI) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน เช่น ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานตามมาตรฐานการประเมินของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ภายใน พ.ศ. 2570

นอกจากนี้ สปสช. ยังได้วางแผนประเมินผลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน สปสช. ได้มอบหมายให้งานคุณภาพองค์กรและธรรมาภิบาล (quality management system: QMS) เป็นฝ่ายติดตามและประเมินผล โดยมีบทบาทในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และเสนอมาตรการปรับปรุงเมื่อจำเป็น ทั้งนี้ สปสช. ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ (integrity and transparency assessment: ITA) ตามที่ ป.ป.ช. กำหนดเป็นประจำทุกปี เพื่อปรับปรุงพัฒนาการบริหารงาน

กล่าวโดยสรุป สปสช. มีกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติงานเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในองค์กร และประเมินผลการปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ดังนั้น ความพร้อมด้านการบริหารจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนอยู่ใน “ระดับสูงที่สุด” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 3.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินว่า กรรมการและอนุกรรมการมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดไว้ดังตารางที่ 1 ปัจจัยที่สะท้อนปัญหาดังกล่าว ได้แก่ (1) การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (2) การขาดระบบดเว้นลงมติ (3) การแต่งตั้งแบบเฉพาะกลุ่ม (4) การขาดระบบการประเมินจริยธรรมและความเสี่ยง และ (5) การขาดการรายงานผลการประเมินความเสี่ยง

ผู้วิจัยพบปัจจัยที่ยังคงสุ่มเสี่ยงและขาดแนวปฏิบัติ

ที่ชัดเจน ได้แก่ (1) การไม่เปิดเผยข้อมูลผลประโยชน์ส่วนบุคคล (บัญชีทรัพย์สินและหนี้สิน) ของกรรมการต่อสาธารณะ (2) ระบบดเว้นการลงมติที่ยังขาดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการพิจารณาว่ากรรมการใดมีส่วนได้เสียและควรดเว้นการลงมติ รวมถึงวิธีการประกาศการดเว้นต่อสาธารณะ และ (3) การขาดการประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมในระดับผู้กำหนดนโยบาย (คณะกรรมการและอนุกรรมการ) หรือการเปิดเผยผลการประเมินดังกล่าวต่อสาธารณะอย่างชัดเจน

จากข้อค้นพบข้างต้น ผู้วิจัยสรุปว่า สปสช. มีโครงสร้างและมาตรการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในระดับพื้นฐานที่ชัดเจน ทั้งในด้านกฎระเบียบ แนวทางจริยธรรม และระบบตรวจสอบภายใน โดยกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง เช่น ดัชนีคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านคุณธรรมและธรรมาภิบาลอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้หน่วยงานเฉพาะ เช่น งาน QMS รับผิดชอบติดตามและรายงานผล

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบจุดอ่อนสำคัญด้านผลประโยชน์ทับซ้อน ได้แก่ สปสช. ไม่มีข้อกำหนดให้กรรมการต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลต่อสาธารณะ ขณะที่การดเว้นการลงมติเมื่อต้องพิจารณา UCBP นั้นไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แม้ว่ากรรมการจะมาจากผู้แทนที่หลากหลายก็ตาม นอกจากนี้ การประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมของคณะกรรมการและอนุกรรมการยังไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนในระดับผู้พิจารณา นโยบายและงบประมาณ ดังนั้น การประเมินการกำกับองค์กรโดย สปสช. พบว่าการบริหารจัดการเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนอยู่ในระดับ “ระดับต่ำ” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 3.2)

ส่วนที่ 4 ความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูลต่อประชาชน

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยได้ทบทวนกฎหมาย

ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และศึกษาข้อมูลบนเว็บไซต์ของ สปสช. ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 หน่วยงานของรัฐมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูล 3 ประเภท ได้แก่ (1) ข้อมูลตามมาตรา 7 เช่น โครงสร้างองค์กร อำนาจหน้าที่ และนโยบายที่มีผลต่อประชาชน (2) ข้อมูลตามมาตรา 9 เช่น ผลการพิจารณางบประมาณ คู่มือการปฏิบัติงานและรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง และ (3) ข้อมูลที่เปิดเผยได้เมื่อมีการร้องขอเป็นรายกรณี ตามมาตรา 11 โดยต้องไม่กระทบต่อความมั่นคงของรัฐหรือสิทธิส่วนบุคคล

จากการสำรวจเว็บไซต์ของ สปสช. พบว่า สปสช. ดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามที่กฎหมายกำหนดเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะกฎระเบียบ รายงานผลการดำเนินงาน และข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สปสช. ตระหนักและดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามหลักการของกฎหมายข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นในการสร้างระบบบริหารจัดการภาครัฐที่โปร่งใส

ตรวจสอบได้และเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ขณะเดียวกัน เอกสารบางรายการไม่พบบนเว็บไซต์ของ สปสช. คือ รายงานข้อเสนอของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น การประเมินการเปิดเผยข้อมูล อยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 4.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้าย ผู้วิจัยประเมินการเผยแพร่ข้อมูลของ สปสช. ว่ามีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงมากนักน้อยเพียงใด โดยเลือกประเมินเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งประชาชนมีสิทธิรับรู้ได้แก่ มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานประจำปี แผนการใช้จ่ายงบประมาณ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างของ สปสช.

การสำรวจเอกสารที่ระบุข้างต้นจากเว็บไซต์ของ สปสช. เพื่อประเมินความง่ายและความยุ่งยากของการเข้าถึงข้อมูล พบว่า สปสช. เปิดเผยข้อมูลสำคัญ เช่น มติคณะกรรมการฯ รายงานประจำปี แผนการใช้จ่ายงบประมาณ และเอกสารจัดซื้อจัดจ้างต่อสาธารณะ

คุณลักษณะของข้อมูลเปิดภาครัฐ	มติคณะกรรมการหลักฯ	รายงานประจำปี	แผนการใช้จ่ายงบประมาณขาขึ้น	แผนการใช้จ่ายงบประมาณขาลง	เอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง
1. สมบูรณ์ (complete)	×	✓	×	×	✓
2. ปฐมภูมิ (primary)	✓	✓	✓	✓	✓
3. เป็นปัจจุบัน (timely)	✓	✓	×	✓	✓
4 เข้าถึงได้ง่าย (accessible)	×	✓	×	×	×
5. อ่านได้ด้วยเครื่อง (machine-readable)	✓	✓	✓	✓	✓
6. ไม่เลือกปฏิบัติ (non-discriminatory)	✓	✓	×	✓	✓
7. ไม่จำกัดสิทธิ (non-proprietary)	✓	✓	✓	✓	✓
8. ปลอดสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (license-free)	✓	✓	✓	✓	✓
9. คงอยู่ถาวร (permanence)	✓	✓	×	×	×
10. ไม่มีค่าใช้จ่าย (free of charge)	✓	✓	✓	✓	✓

✓/ใช่ × ไม่ใช่

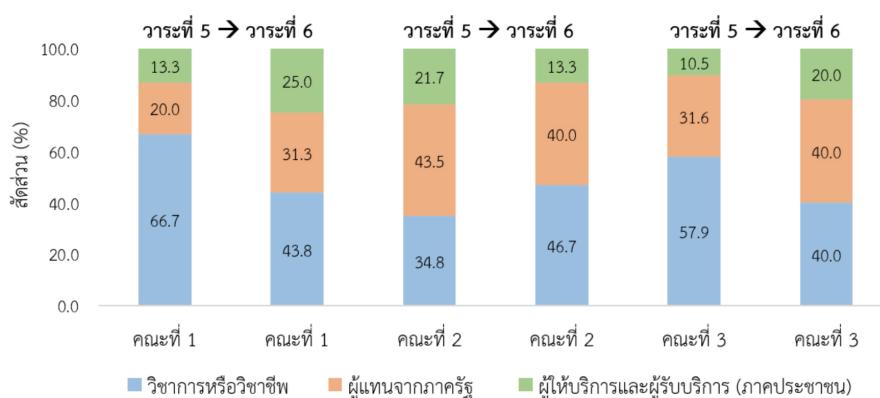
ภาพที่ 4 ผลการประเมินลักษณะข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการประเมินคุณลักษณะของข้อมูลเปิดของ สปสช. ตามหลักการเปิดเผยข้อมูลของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล⁽⁸⁾ พบว่าผ่านเกณฑ์ 38 จากทั้งหมด 50 ช่อง คิดเป็นร้อยละ 76 (ภาพที่ 4) ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ข้อมูลมีลักษณะเอื้อต่อการเข้าถึงในระดับดี โดยมีจุดเด่นคือการเข้าถึงข้อมูลไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่จำกัดสิทธิการเข้าถึง และเป็นข้อมูลที่มาจาก สปสช. โดยตรง ขณะเดียวกัน ในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยพบข้อจำกัดบางประการ เช่น ไม่ระบุรายละเอียดเชิงรายการ บางรายการประชาชนต้องร้องขอเป็นรายกรณี และยังขาดความต่อเนื่องของชุดข้อมูล

สปสช. ตระหนักและดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 การบริหารจัดการองค์กรด้านการเปิดเผยข้อมูลถือว่ามีความโปร่งใสสูง ขณะเดียวกัน การเผยแพร่ข้อมูล เช่น มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แผนการใช้จ่ายงบประมาณฯ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างของ สปสช. (ยกเว้นรายงานประจำปี) ยังมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงอยู่ ดังนั้น การประเมินด้านความโปร่งใสและการเปิดเผยข้อมูลต่อประชาชนของ สปสช. ระดับการประเมินที่ได้รับคือ “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 4.2)

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการใช้อำนาจและตัดสินใจ

การประเมินในประเด็นแรก ผู้วิจัยมุ่งประเมินคณะกรรมการหลักเท่านั้น ประกอบด้วย 3 คณะ ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข (2) คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และ (3) คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข เนื่องจากคณะอนุกรรมการดังกล่าวมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน และกำหนดมาตรฐานการให้บริการซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการบริหารจัดการองค์กรของ สปสช. ผู้วิจัยทบทวนรายชื่อผู้แทนกลุ่มต่างๆ ในคณะอนุกรรมการทั้งสามคณะที่กล่าวถึงข้างต้น โดยพิจารณาเฉพาะวาระที่ 5 พ.ศ. 2563-2567 และวาระที่ 6 พ.ศ. 2567-2571 (เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลวาระที่ 4 ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบเพียงสองวาระเท่านั้น) พบว่า กลุ่มวิชาการหรือวิชาชีพ มีสัดส่วนสูงที่สุดในทั้งสามคณะ รองลงมาคือผู้แทนภาครัฐ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ภาคประชาชน) ตามลำดับ (ภาพที่ 5) ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงถึงโอกาสในการมีส่วนร่วมที่ยังคงมีอย่างจำกัด ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ภาคประชาชน) มีสัดส่วนน้อยและสม่ำเสมอในทั้งสองวาระ



คณะที่ 1 อนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข, คณะที่ 2 อนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน, คณะที่ 3 อนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข

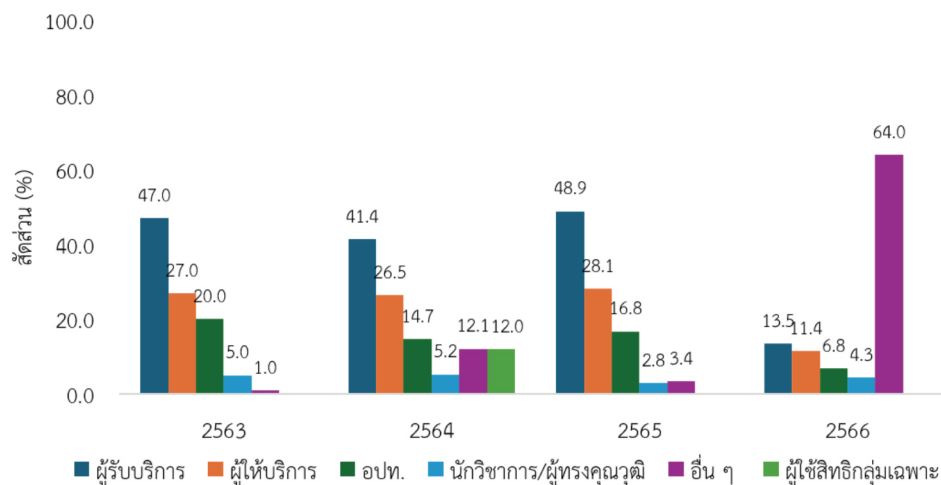
ภาพที่ 5 สัดส่วนผู้แทนกลุ่มต่างๆ ในคณะอนุกรรมการ 3 คณะที่สำคัญ

กลไกขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมี คณะอนุกรรมการทำหน้าที่ศึกษารายละเอียดและปฏิบัติหน้าที่ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อาจ ดำเนินการได้เองทั้งหมด และนำเสนอต่อกรรมการหลักฯ ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและตัดสินใจในขั้นสุดท้าย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในคณะอนุกรรมการ 3 คณะหลัก พบว่า อนุกรรมการมีตัวแทนจากภาครัฐ ภาควิชาการ หรือวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และภาคประชาชนหรือผู้รับบริการ แต่สัดส่วนภาคประชาชนยังคงน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น ผลการประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ องค์การโดยพิจารณาการมีส่วนร่วมของกรรมการและ อนุกรรมการอยู่ใน “ระดับสูง” (ตามตารางที่ 1 ประเด็น ที่ 5.1)

การประเมินในประเด็นสุดท้ายนี้ ผู้วิจัยประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียผ่านกลไกการ

มีส่วนร่วมระดับปฏิบัติการ และมีกรอบการประเมินว่า สปสช. มีกลไกให้ภาคประชาชนหรือผู้รับบริการได้นำเสนอ ข้อเสนอแนะ โดยมีช่องทางหลากหลาย และรายงานผล ดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่องหรือไม่

สปสช. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลรายงานการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการประจำปีงบประมาณ 2563-2566 ผู้วิจัยพบว่า สัดส่วนผู้เสนอ ความคิดเห็นประจำปีประเภทต่างๆ ไม่แตกต่างกันในสาม ปีแรก แต่ในปีงบประมาณ 2566 กลุ่มผู้รับบริการมีสัดส่วน ลดลง ซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากปัญหาด้านช่องทาง หรือกระบวนการรับฟังเสียงประชาชน เนื่องจากกลุ่มผู้รับ บริการเปลี่ยนรูปแบบการเข้าถึงจากการเข้าร่วมผ่านเวทีรับ ฟังความคิดเห็นเป็นเข้าร่วมผ่าน Facebook Live มากขึ้น (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 สัดส่วนประเภทผู้เสนอความคิดเห็นประจำปีงบประมาณ 2563-2566

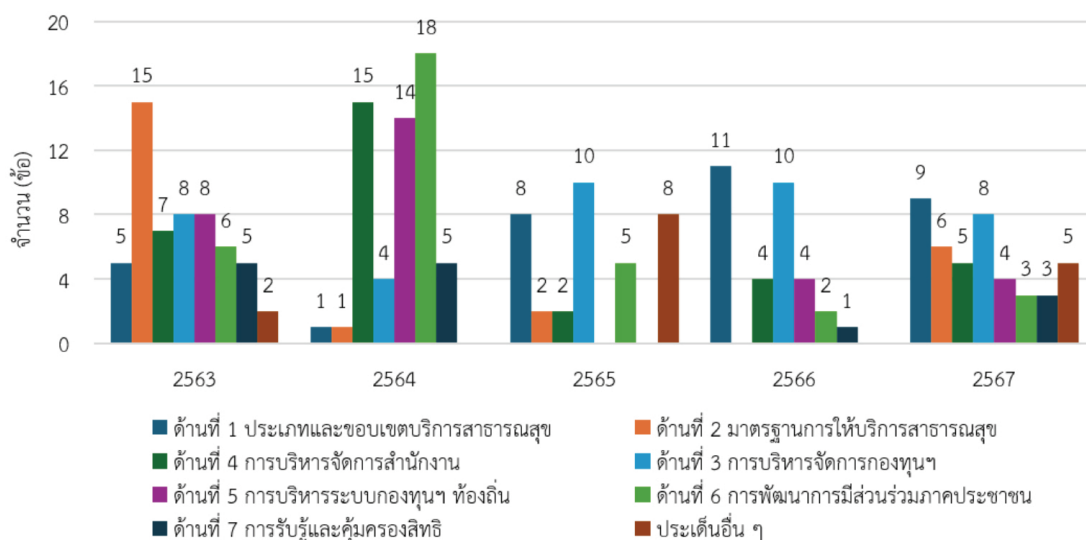
ผู้วิจัยยังพบว่า สปสช. รับฟัง กลั่นกรองและตอบ สอนความคิดเห็นจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจาก ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดย สปสช. รวบรวมข้อคิดเห็น ผ่านช่องทางนี้ประมาณ 300-400 เรื่อง ก่อนจะกลั่นกรอง โดยคณะทำงานวิชาการฯ และคณะอนุกรรมการสื่อสาร สังคมและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับ

บริการ เสนอต่อคณะกรรมการหลักฯ เพื่อพิจารณาอบ หายคณะกรรมการควบคุมฯ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการต่อไป

คณะอนุกรรมการสื่อสารสังคมและรับฟังความคิด เห็นโดยทั่วไปฯ จะสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นที่ผ่าน การกลั่นกรองจนเหลือข้อเสนอประจำปีเพื่อนำไปจัดทำ

ข้อเสนอนโยบาย 8 ด้าน ผู้วิจัยพบว่าประเภทของข้อเสนอเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอขึ้นอยู่กับบริบททางนโยบายและสถานการณ์สาธารณสุขในแต่ละช่วงเวลา ทั้งนี้ ข้อเสนอด้านที่ 1 ประเภทและขอบเขตบริการกลับมาเป็นประเด็นหลักในช่วงหลัง (ปีงบประมาณ 2565–2567) เช่นเดียวกับด้านที่ 3 การบริหารจัดการกองทุนฯ ข้อเสนอตั้ง

กล่าวสะท้อนถึงความต้องการพัฒนาและขยายขอบเขตบริการหรือชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมมากขึ้น ขณะเดียวกัน ข้อเสนอด้านที่ 6 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงมีการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ดีขึ้น (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 ประเภทข้อเสนอประจำปีเพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบายระหว่างปีงบประมาณ 2563-2567

อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับปฏิบัติการสำคัญไม่น้อยไปกว่าระดับนโยบาย เนื่องจากข้อเสนอ มักสะท้อนปัญหาที่ประชาชนต้องเผชิญโดยตรง การเปิดให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมตามกรอบการมีส่วนร่วมของ International Association for Public Participation (IAP2) คือการให้ร่วมคิด (involve)⁽⁹⁾ โดย สปสช. เปิดเวทีให้ประชาชนร่วมวิเคราะห์ ประเมินผล และเสนอแนวทางปรับปรุงบริการ

กลไกการมีส่วนร่วมระดับปฏิบัติการ โดยประชาชนมีสิทธิแจ้งปัญหาหรือนำเสนอหัวข้อสิทธิประโยชน์ เทคโนโลยี และข้อเสนอแนะต่างๆ สปสช. มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย นอกจากประชาชนทั่วไปจะสามารถ

เสนอปัญหาแล้ว สปสช. ยังจัดเตรียมประชุมกลุ่มเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ทหารเกณฑ์ กลุ่มชาติพันธุ์และผู้ให้บริการ เพื่อให้การมีส่วนร่วมครอบคลุมทุกกลุ่มคนที่มีสิทธิบัตรทอง สปสช. รายงานผลดำเนินการตามข้อเสนอแนะอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำรายงานสรุปผลการรับฟังความคิดเห็นทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นประจำทุกปี ดังนั้น การประเมินด้านโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กร โดยพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะของประชาชนหรือผู้รับบริการแล้ว ระดับการประเมินที่ได้รับคือ “ระดับสูงที่สุด” (ตามตารางที่ 1 ประเด็นที่ 5.2)

วิจารณ์และข้อยุติ

ตลอดระยะเวลาที่ทศวรรษของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ ในช่วงทศวรรษแรก (พ.ศ. 2544–2553) ประเด็นท้าทายหลักคือการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการ (สปสช.) และผู้ให้บริการ (ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง สปสช. กับกระทรวงฯ⁽¹⁾ ต่อมาในทศวรรษหลัง ความขัดแย้งดังกล่าวลดลงอย่างมาก สปสช. มีอำนาจบริหารงบประมาณชัดเจนขึ้นและได้รับความร่วมมือจากกระทรวงฯ ในการกำกับหน่วยบริการภาครัฐ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบประเด็นอื่นที่น่ากังวลเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบ UC และ สปสช.

ผู้วิจัยพบว่ากรรมการบางรายดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระหรือเป็นอนุกรรมการหลายคณะ เช่น อนุกรรมการด้านสิทธิประโยชน์ (UCBP) อนุกรรมการระดับเขตพื้นที่ ในเวลาเดียวกัน การดำรงตำแหน่งลักษณะนี้อาจมีข้อดีในแง่ของการสร้างความต่อเนื่องของนโยบายและการรักษาบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในระบบที่ซับซ้อนไว้ในองค์กร แต่ประโยชน์ดังกล่าวอาจไม่เพียงพอที่จะชดเชยความเสี่ยงจากการรวมศูนย์อำนาจ การขาดมุมมองใหม่ในการตัดสินใจ และการบั่นทอนกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลเนื่องจากผู้กำหนดนโยบายและผู้ดำเนินงานมีบทบาททับซ้อนกัน แม้ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในช่วงทศวรรษแรกสะท้อนว่ากรรมการและอนุกรรมการมีความโปร่งใสในระดับสูง⁽¹⁾ แต่ความน่าเชื่อถือของระบบอาจลดลงจากการผูกขาดอำนาจของกรรมการในระยะหลัง อย่างไรก็ตาม สปสช. ยังคงมีจุดแข็งในเรื่องการประเมินความเสี่ยงด้านผลประโยชน์ทับซ้อนเพื่อป้องกันการทุจริตภายในองค์กรโดยมีกฎระเบียบและมาตรการที่

ชัดเจน

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า สปสช. มีกลไกรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเฉพาะ เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และกลุ่มชาติพันธุ์ อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของคณะกรรมการที่สำคัญกลับมีสัดส่วนของผู้แทนภาคประชาชนที่น้อยกว่าผู้แทนกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าภาคประชาชนยังมีอำนาจต่อรองและบทบาทในการกำหนดทิศทางของนโยบายที่จำกัดอยู่

อย่างไรก็ดี การพิจารณา UCBP ในปัจจุบันส่วนใหญ่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เหมือนกับการดำเนินงานในช่วงทศวรรษแรก โดย HITAP มีบทบาทสำคัญในการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพก่อนบรรจุเป็น UCBP⁽¹⁾ นอกจากนี้ สปสช. ประเมินผลสัมฤทธิ์ของ UCBP อย่างต่อเนื่องในรูปแบบผลงานการให้บริการหรือความครอบคลุมตามหมวดบริการ แต่ยังคงขาดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่เจาะจงสำหรับ UCBP เฉพาะด้าน เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มโรคเรื้อรัง

การเปิดเผยข้อมูลของ สปสช. ครอบคลุมตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมาจากหน่วยงานโดยตรง อย่างไรก็ตาม เหมือนกับช่วงทศวรรษแรก⁽¹⁾ สปสช. มีจุดบกพร่องในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลบางรายการที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน หรือไม่สะดวกต่อสาธารณชนในการเข้าถึง ตัวอย่างข้อมูลดังกล่าว เช่น ข้อมูลทรัพย์สินและผลการประเมินความเสี่ยงด้านจริยธรรมของกรรมการและอนุกรรมการ แผนการใช้จ่ายงบประมาณ ขาขึ้นและขาลง และข้อมูลวิจัยที่ใช้อ้างอิง UCBP บางหัวข้อ



สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, UCBP = universal coverage benefit package

ภาพที่ 8 สรุปผลการประเมินการกำหนดนโยบายและการกำกับองค์กร

ข้อจำกัดของการศึกษา

การประเมินองค์ประกอบคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่พบว่า มีการมรดำรงตำแหน่งหลายวาระและต่อเนื่องซึ่งอาจสะท้อนกลไกการคัดเลือกกันเองหรือการคัดเลือกโดยตำแหน่ง ทั้งนี้ รายงานการประชุมคณะกรรมการยังขาดรายละเอียดบางส่วนเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้แทนแต่ละกลุ่มทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินบทบาทการทำหน้าที่ของแต่ละกลุ่มได้อย่างชัดเจน การวิจัยในอนาคตควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินคุณภาพการทำงานของกรรมการร่วมด้วย การศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจที่มาบทบาทและการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของผู้แทนแต่ละกลุ่ม ตลอดจนคณะทำงานเบื้องหลังได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ในประเด็นการประเมินกลไกตรวจสอบการทำหน้าที่ให้เกิดความรับผิดชอบนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาหัวข้อสิทธิประโยชน์แล้ว พบว่า มีจำนวน 47 หัวข้อที่ระบุแหล่งที่มาของหัวข้อสิทธิประโยชน์ได้ แต่ยังมีสิทธิประโยชน์อื่นๆ อีกจำนวนมากที่มิได้ระบุผ่านเว็บไซต์ UCBP ซึ่งควรจะศึกษาต่อในอนาคต ทั้งนี้ สถานะหัวข้อที่เสนอไม่สามารถติดตามได้แบบ real-time เป็นอีกหนึ่งข้อจำกัดในการประเมินนี้

นอกจากนี้ การตีความผลในส่วนของการเสนอจากการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการปีงบประมาณ 2565–2567 เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนอาจมีข้อจำกัด ผู้วิจัยไม่ได้พิจารณาระดับความซับซ้อนของแต่ละประเด็นข้อเสนอ ทำให้ไม่สามารถจำแนกได้ว่าประเด็นใดยากหรือง่ายต่อการดำเนินการ เช่น ประเด็นเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยค่าบริการที่ผู้ให้บริการบางส่วนยังคงกังวลอยู่ การวิจัยในอนาคตควรศึกษารายละเอียดเหล่านี้เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการประเมินพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังเปราะบางในเรื่องกลไกการบริหารจัดการและการใช้อำนาจหน้าที่โดยเฉพาะของคณะกรรมการและของคณะอนุกรรมการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความชัดเจนในความรับผิดชอบต่ออำนาจหน้าที่ (accountability) และการถ่วงดุลอำนาจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมายเป็นหลัก ดังนี้

กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขหลายรายดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหลายวาระสลับกันระหว่างสอง

คณะ ซึ่งอาจขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 ที่มุ่งเน้นการป้องกันการผูกขาด การดำรงตำแหน่งกรรมการ ดังนั้น ฝ่ายพัฒนากฎหมาย ควรแก้ไขมาตราดังกล่าวโดยกำหนดให้มีช่วงเว้นว่างจากตำแหน่งหลังดำรงตำแหน่งครบ 2 วาระ เพื่อห้ามการดำรงตำแหน่งต่อเนื่องหรือสลับกันระหว่างคณะกรรมการหลักๆ กับคณะกรรมการควบคุมฯ

ผู้วิจัยพบว่า กรรมการหลักๆ ดำรงตำแหน่งในอนุกรรมการมากกว่า 3 คณะ ซึ่งอาจขัดต่อเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 15 และเกิดบทบาทซ้ำซ้อนระหว่างผู้ดำรงตำแหน่งระดับนโยบาย (principal) และระดับปฏิบัติการ (agent) ฝ่ายพัฒนากฎหมายจึงควรกำหนดให้กรรมการหลักๆ และกรรมการควบคุมฯ ดำรงตำแหน่งอนุกรรมการได้ไม่เกิน 2 คณะต่อวาระ

นอกจากนี้ กรรมการหลักๆ และกรรมการควบคุมฯ สามารถแสดงความจำนงเข้าดำรงตำแหน่งอนุกรรมการ (อปสข. และ อคม.) ในแต่ละเขตพื้นที่ได้ไม่เกิน 2 คนต่อหนึ่งชุดคณะอนุกรรมการ การมอบอำนาจดังกล่าวสะท้อนการทำงานแบบ “บนลงล่าง” (top-down) ซึ่งทำให้การสะท้อนปัญหาจากพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับการทำงานแบบ “ล่างขึ้นบน” (bottom-up) คณะกรรมการหลักๆ จึงควรทบทวนการแต่งตั้งกรรมการจากส่วนกลางไปเป็นอนุกรรมการในเขตพื้นที่และเพิ่มบทบาทและอำนาจของ อปสข. และ อคม. ให้สามารถร่วมพิจารณาและเสนอความเห็นเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ได้อย่างมีผลผูกพัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปีงบประมาณ 2567 ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีได้เป็นเพียง

แหล่งข้อมูลหลักอันมีคุณค่าสำหรับการศึกษาเท่านั้น หากยังให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการประสานงาน อำนวยความสะดวกด้านข้อมูล เอกสาร และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการทำงานของหน่วยงานอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการแสดงความเห็นและให้ข้อเสนอแนะ ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเติมเต็มมุมมองทางวิชาการของการวิจัยครั้งนี้ อนึ่ง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในเชิงบริหารจัดการต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับคำติชม และขอเสนอแนะด้วยความยินดี เพื่อนำไปปรับปรุงในการดำเนินงานวิจัยในอนาคต

References

1. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). -- Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://tile.loc.gov/storage-services/service/gdc/gd-covop/2013341727/2013341727.pdf>.
2. Huang X, Yoshino N. Impacts of universal health coverage: Financing, income inequality, and social welfare. ADBI Working Paper; 2016 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/214481/adbi-wp617.pdf>.
3. Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S, Apibunyopas Y, Nipaporn S, Prasitsiriphon O, Bamrunghet W, et al. Evaluation of emergency accident care services under the “Emergency care for all” policy across the three major health insurance schemes. Nonthaburi: Thai Health Insurance System Research Office; 2012 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3749?locale-attribute=th>. (in Thai)
4. Nikomborirak D, Paibuljitari V, Srisuwankes T, Lilhawess P. Development of governance guidelines for the Universal Health Coverage system. Nonthaburi: Thai Health Insurance System Research Office; 2013. (in Thai)
5. Srisasalux J, Singthipphun E. Good governance in health

- system management. *J Health Syst Res* 2008;2(2):172-8. (in Thai)
6. Gailmard S. Accountability and principal-agent theory. *The Oxford handbook of public accountability*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 90-105.
 7. Papanicolas I, Karanikolos M, Figueras J, Rajan D, editors. Working towards a common approach: the HSPA Framework for UHC. In: *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022: 26 p.
 8. Digital Government Development Agency. Open government data guideline version 1.0. Bangkok: Digital Government Development Agency; 2020 [cited 2025 Jul]. Available from: https://gdhelppage.gdcatalog.go.th/data/05/files/Final_GD-Catalog-Guideline-v1.0.pdf. (in Thai)
 9. International Association for Public Participation. IAP2 core values, code of ethics and spectrum for public participation. Denver (CO): International Association for Public Participation; 2024 [cited 2025 Jul]. Available from: <https://www.iap2.org/page/pillars>.