

## ระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิ ทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มิปัญหาสถานะบุคคล<sup>1</sup>

### Accessibility System of Health Services and Mechanisms of Health Service Rights for the Stateless Persons

ณภัทร ประกาสุชาติ<sup>2</sup>

#### บทคัดย่อ

บทความการวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล จังหวัดเชียงราย กลุ่มเป้าหมายรวม 27 คน ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลาง, จังหวัด คือ คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ, คณะทำงานจังหวัด, NGOs รวม 9 คน, และระดับพื้นที่ คือหน่วยบริการสุขภาพ, ศูนย์ประสานงานฯ, ล่ามชุมชน รวม 16 คน และผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลไกการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) กลไกส่วนกลาง ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและสนับสนุน (2) กลไกจังหวัดทำหน้าที่พัฒนา กลไกและระบบบริการ (พัฒนาหลักสูตรและอบรมล่ามชุมชน) (3) กลไกภาคประชาชน ทำหน้าที่สื่อสารและประสานงาน (4) กลไกพื้นที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพและเป็นพี่เลี้ยงล่ามชุมชน สำหรับระบบบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบที่ (1) ฐานข้อมูลและลงทะเบียน (2) งบประมาณ (3) บริการสุขภาพ (4) ประชาสัมพันธ์และ (5) ติดตามประเมินผล พบว่าทุกระบบกลไกพื้นที่

---

<sup>1</sup> บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาพระดับประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

<sup>2</sup> คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์ พื้นที่ศาลายา, อีเมลล์ naphat.pra@rmutr.ac.th

ดำเนินงานตามแนวทางการทำงานเดิม ระดับจังหวัดและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในสื่อสารระหว่างผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและหน่วยบริการในระบบที่ 3 และพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ในระบบที่ 4 ส่วนระบบอื่นยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ (1) เพิ่มระบบการติดตามประเมินผลภายใน (2) ปรับปรุงหลักสูตรล่ามชุมชน

**คำสำคัญ:** การเข้าถึงสิทธิ / ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล / สิทธิบริการด้านสุขภาพ

### Abstract

This qualitative research article aimed to present the access to health system and mechanisms to provide access to the health service rights of stateless persons at Chiang Rai province. The key informants were 27, the central and provincial levels 9: the committee for setting guidelines of health care services for stateless person, the provincial working group and NGOs, the local levels 16: the health service units, the center's coordinator, community interpreters) and the stateless persons 2. The research instruments used the focus groups discussion, depth- interviews. The content analysis was using for data analysis.

The finding showed mechanisms to provide access to the health service rights of stateless persons were consisted of (1) the central mechanisms who defined policies, (2) the province mechanisms who developed mechanisms, access to health system and community interpreter curriculum, and trained community interpreters, (3) the people sector mechanisms who communicated and coordinated and (4) the local mechanisms who acted health service and were mentors of community

interpreters. The accessibility system of health services was consisted of five systems: (1) database and register, (2) budget, (3) health services, (4) public relations, and (5) monitoring and evaluation. It found that the local mechanisms performed all systems in accordance with their original works, while province mechanisms and people sector mechanisms participated in the third system about the communication between stateless persons and health service units and in the fourth system about public relations, but their participation in the other systems were not clear.

Suggestions: Relevant people should (1) add the internal evaluation into systems and (2) improve the community Interpreter curriculum.

**Keywords:** Provide Access to the Rights / Stateless Persons / the Rights of Health Service

## บทนำ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2488 เป็นต้นมา ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนที่พักอาศัยในประเทศไทยโดยจัดบริการสาธารณสุขจำแนกตามความแตกต่างของรายได้และกลุ่มอาชีพตามการจ้างงาน ต่อมาในปี พ.ศ.2545 เริ่มจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน” ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นองค์การของรัฐ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อมามีการตีความผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ว่าต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ไม่ว่าจะเป็นคนที่พักอาศัยอยู่เมืองไทยมาแต่กำเนิดและไม่เคย

เดินทางออกนอกประเทศเลย หรือคนต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยมานานแล้ว ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย ชาวเขา คนไร้รัฐ คนไร้รากเหง้า และคนไร้สถานะทางทะเบียน ซึ่งอาจเรียกรวมกันว่า “ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล” (ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ได้แก่ ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแต่ตกหล่นจากทะเบียนที่คณะกรรมการมีมติในห้วงเวลาต่างๆ รับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวรในประเทศไทย ประกอบด้วย 4 กลุ่ม (1) กลุ่มที่อพยพเข้ามาและอาศัยอยู่มานาน มีหมายเลขบัตรประจำตัวเลข 6, 7 นำหน้าเลข 13 หลัก (2) กลุ่มเด็กนักเรียน (3) บุคคลไร้รากเหง้า และ (4) ผู้ทำคุณประโยชน์ และกลุ่มที่สอง ได้แก่ ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่คณะกรรมการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวและอยู่ระหว่างแก้ปัญหา มีเลขประจำตัว 13 หลักขึ้นต้นหลักแรกด้วยเลข 0 ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เคยได้รับมาก่อน (หิริญญา ปะตุกา, บรรณานิการ, 2558, หน้า 2-4)

การถูกทำให้เป็นคนไร้หลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคนยากจนและด้อยโอกาส เมื่อเจ็บป่วยมากกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จำเป็นต้องเข้าสู่หน่วยบริการของรัฐ ซึ่งต้องรักษาตามหลักมนุษยธรรม และตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 51 ได้บัญญัติไว้ชัดเจนในวรรคแรกว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่เลือกบุคคล” ทำให้หน่วยบริการของรัฐเหล่านี้ต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมหาศาล ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2551 พบว่า โรงพยาบาลของรัฐ 172 แห่ง ใน 15 จังหวัด แบกรับค่าใช้จ่ายเฉพาะคนกลุ่มนี้ 468 ล้านบาท ส่งผลต้องเบียดบังงบประมาณส่วนอื่นเพื่อดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553) ส่งผลกระทบต่อสถานบริการสาธารณสุขโดยตรงต่อโอกาสในการพัฒนาสถานบริการด้านต่างๆ ผลกระทบต่อขวัญ/กำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มากขึ้น ทำให้ดำเนินการอย่างยากลำบาก ผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่

อาจลดลงจากภาระงานที่มากขึ้น (บุญมา สุนทรวิรัตน์ และคณะ, 2552, หน้า 372) ขณะเดียวกัน สิ่งที่สำคัญคือ ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคนั้น จำเป็นต้องดูแลภาพรวมทั้งระบบ การละเลยกลุ่มคนบางกลุ่มย่อมก่อให้เกิดผลกระทบโดยเฉพาะโรคระบาดต่างๆ เช่น โรคเอดส์ อหิวาตกโรค วัณโรค ทำให้ยากต่อการควบคุม และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุขในที่สุด (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553)

ต่อมาคณะรัฐมนตรีในสมัยนั้น (พ.ศ.2553) ได้มีมติเห็นชอบต่อยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ตามที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เสนอเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548 ที่เห็นว่า คนไร้รัฐไร้สัญชาติมีสิทธิในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน ซึ่งรวมถึงสิทธิด้านสุขภาพด้วย แต่ยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ (ดร.ณิ ไพศาลพาณิชย์กุล, 2553, หน้า 19) ด้วยเหตุนี้จึงมีความพยายามของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วนร่วมกันผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมมากขึ้น จนกระทั่งเกิดหลักประกันสุขภาพขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ พ.ศ.2553 ที่ประกาศนโยบายคืนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยังมีปัญหาระยะสถานะ กระจายอยู่ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลชายแดน 172 แห่งใน 15 จังหวัดทั่วประเทศนับตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 เป็นต้นไป โดยตั้งกองทุนขึ้นมาเป็นการเฉพาะ ในนามของ “กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” เป็นการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยมีมติ ครม. เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 และมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) กับบุคคลผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลโดยใช้งบกลาง และรายงานเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นในการดำเนินการ (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553)

แม้ว่ากองทุนฯ จะส่งผลดีต่อบุคคลผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ป้องกันสภาวะการเจ็บป่วยไม่ให้เกิดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ฯลฯ ก็ตาม แต่มติ ครม. เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งทางด้านผู้รับบริการ เช่น กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิบางส่วนไม่ได้รับ

สิทธิหรือตกหล่นจากการสำรวจ ผู้รับบริการส่วนใหญ่มักขาดการรับรู้สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เป็นต้น และข้อจำกัดของสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการ อาทิ ปัญหาด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ การจัดสรรงบประมาณในการให้บริการ ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการ (ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร) ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ไม่มีระบบฐานข้อมูลของบุคคลกลุ่มนี้ หรือ ความไม่ยั่งยืนของงบประมาณที่อยู่ในรูปของกองทุนที่ได้รับอนุมัติปีต่อปี เป็นต้น (อุประพร เหล่านี้ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลยังเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาวะมากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสังคมไทย) (วิวัฒน์ ตามี่, 2556, หน้า 3-4; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2556, หน้า 142)

ต่อมาได้มีการจัดทำโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการระดับจังหวัดที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับมีปัญหาละเลยบุคคลและมีข้อจำกัดทางสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553 ขึ้นในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัดและกลุ่มชุมชนขึ้น จนเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (สสจ.) และมูลนิธิพัฒนาชุมชนเขตภูเขา (พชภ.) และเกิดมีโรงพยาบาลต้นแบบในการใช้ล่ามชุมชน (เพื่อแก้ปัญหาการสื่อสาร) ที่เอื้อต่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีปัญหาละเลยบุคคลในโรงพยาบาลนำร่อง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และจากรูปธรรมความสำเร็จดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้ เพราะหากมีระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาละเลยบุคคลระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพแล้วก็จะทำให้สามารถลดปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวในพื้นที่อื่นได้ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มามีปัญหาสถานะบุคคล กรณีศึกษาโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย
2. ศึกษาปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล ในโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะกรณีศึกษา ใช้วิธีการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง คือ โครงการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการระดับจังหวัดที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มามีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553 พื้นที่จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดให้ ระบบการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบฐานข้อมูลและการลงทะเบียนใช้สิทธิทางด้านการบริการสุขภาพ ระบบการเผยแพร่ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ ระบบการบริหารจัดการงบประมาณ ระบบการบริการสุขภาพ เช่น การส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ และระบบการติดตามประเมินผล สำหรับกลไกการจัดบริการทางด้านสุขภาพระดับจังหวัด หมายถึง (1) คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติ ครม.23 มีนาคม พ.ศ.2553 (2) คณะทำงานจังหวัด (3) กลไกภาคประชาชน เช่น ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพและกลุ่มชุมชน (4) หน่วยบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ (5) กลไกอื่นที่สนับสนุนการขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย อาทิ เครือข่ายหมอชายแดน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสัญชาติและสถานะบุคคล เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ที่เกี่ยวข้อง คือ โครงการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการระดับจังหวัดที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มามีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553 พื้นที่จังหวัดเชียงราย ได้มาโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ

เจาะจะ (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ (1) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างกระจายไปตามกลไกการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่ปัญหาสถานะบุคคลแต่ละระดับ (2) เป็นผู้ที่เข้าร่วมในโครงการนำร่องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว ทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็น (1) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลในสวนกลางและจังหวัด ดังนี้ สวนกลาง ได้แก่ คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553 และระดับจังหวัด ได้แก่ คณะทำงานจังหวัด, คณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงาน (กองเลขา), เครือข่ายหมอชายแดน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสัญชาติและสถานะบุคคล เป็นต้น จำนวนรวมทั้งสิ้น 9 คน และ (2) กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล จังหวัดเชียงราย ระดับพื้นที่ ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลชุมชน, ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล, ล่ามชุมชน รวมทั้งหมดจำนวน 16 คน และ (3) ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลที่ใช้บริการสุขภาพตามระบบการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพของผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล จังหวัดเชียงราย จำนวน 2 คน รวมกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยทั้งหมดจำนวน 27 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ร่วมกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็น และความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (1) ด้านข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในสถานที่ บุคคลและช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และ (2) ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร และการคืนข้อมูลผลการศึกษาเบื้องต้นให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และให้ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมต่อผลการศึกษา รวมระยะเวลา



ดำเนินงานศึกษาวิจัย 6 เดือน (1 พฤศจิกายน 2558 – 30 เมษายน 2559) การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Certificate of MU-SSIRB Approval No. 2015/340.0311

## ผลการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่ปัญหาสถานะบุคคล กรณีศึกษาโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดเชียงรายมีพัฒนาการในการพัฒนาระบบและกลไก การนำเสนอครั้งนี้จึงแบ่งการนำเสนอพัฒนาการดังกล่าวเป็น 2 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ 1 ก่อนการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการด้านสุขภาพระดับจังหวัดฯ (1 เมษายน 2553– มิถุนายน 2556) และระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการด้านสุขภาพระดับจังหวัดฯ (ปีที่ 1 ระหว่าง 15 มิ.ย.56 – 14 มิ.ย.57, ปีที่ 2 ระหว่าง 1 ก.ค.57-30 มิ.ย.58)

ระยะเวลาที่ 1 ก่อนการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพฯ

การดำเนินการของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่ปัญหาสถานะบุคคลมีกลไกการดำเนิน 3 ระดับ คือ (1) กลไกส่วนกลางมีบทบาทด้านนโยบาย ประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพหลักในการดูแลบริหารจัดการกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีคณะกรรมการกำหนดแนวทางปฏิบัติตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553 ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทางการดำเนินงานตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 เรื่องการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อส่งต่อให้กลไกระดับจังหวัดและระดับปฏิบัติการในพื้นที่นำไปดำเนินการต่อ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังกล่าว กลไกการจัดระบบบริการฯ ในช่วงต้นนี้จะอิงกับระบบบริการ

สุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสำหรับประชาชนคนไทยเป็นหลัก เป็นไปตามโครงสร้างการบริหารจัดการปกติของกระทรวงสาธารณสุข (2) กลไกระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพภาพรวมของทั้งจังหวัด บริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกองทุนฯ สนับสนุน ติดตามการดำเนินงานของกลไกระดับพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรฝ่ายปฏิบัติการผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะบุคคล สิทธิประโยชน์ต่างๆ และการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นต้น จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมจากที่ได้รับจากส่วนกลางให้กลไกระดับพื้นที่ ใช้งาน เป็นต้น (3) กลไกระดับพื้นที่ที่อยู่ในกรอบแนวทางการปฏิบัติของกองทุนคืนสิทธิ คือ โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายตามระบบบริการสุขภาพปกติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยอิงแนวทางการบริหารจัดการตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานการให้สิทธิ (คืนสิทธิ)

ระบบการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล ประกอบด้วย ระบบการลงทะเบียน ระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ระบบบริหารจัดการงบประมาณ ระบบการติดตามประเมินผลและระบบบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ ในระยะนี้ การจัดบริการด้านสุขภาพจะมีลักษณะเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพตามแนวทางปฏิบัติปกติของกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายพึงจะได้รับ โดยไม่แบ่งแยกกลุ่มผู้รับบริการ และมีกลไกดำเนินงานตามระบบงานปกติของกระทรวงสาธารณสุข

ในการขับเคลื่อนงานในระยะเริ่มต้นนี้ มีประเด็นท้าทายร่วมที่พบระหว่างกา  
ดำเนินงานในหลายพื้นที่ กล่าวคือ ในระยะแรกนโยบายและแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของเงื่อนไขบ่อย ก่อให้เกิดความสับสนต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ, การขึ้นทะเบียนสิทธิไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ที่กำหนด และหรือไม่ตรงตามสถานการณ์ความเป็นจริงในพื้นที่ ส่งผลต่อการให้และรับบริการสุขภาพ และในการเข้ารับบริการของผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล พบว่า ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล

บางกลุ่มในบางพื้นที่มีข้อจำกัดในการใช้ภาษาสื่อสารกับหน่วยบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเนื้อหาสาระที่สื่อสารระหว่างกัน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพ ถูกออกแบบให้มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ (1) **กลไกจังหวัด** ได้แก่ คณะทำงานขับเคลื่อนโครงการพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการฯ ระดับจังหวัดที่เชื่อมต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ จังหวัด เชียงราย ประกอบด้วย กลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ อาทิ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน, สาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง, ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดเชียงราย, ตัวแทนแทนมูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา เป็นต้น ทำหน้าที่เชื่อมโยงประสานการทำงานกับคณะกรรมการกำหนดแนวทางการทำงานตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553 กลไกภาคประชาชน และหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่, จัดทำหลักสูตรและพัฒนาลุ่มชุมชน, ติดตามการปฏิบัติงานของลุ่มชุมชนในโรงพยาบาล (2) **กลไกภาคประชาชน** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) ศูนย์ประสานงานสุขภาพแห่งชาติพันธุ์ (ศูนย์ประสานงานที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นกลไกการดำเนินงานผลักดันให้ความช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มเป้าหมายตามมติ ครม. 23 มีนาคม พ.ศ.2553) ทำหน้าที่สรรหาผู้เข้ารับการอบรมลุ่มชุมชน, ประสานงานและเป็นพี่เลี้ยงลุ่มในชุมชน, ร่วมติดตามการปฏิบัติงานของลุ่มชุมชนในโรงพยาบาล รณรงค์ให้ข้อมูลความรู้ และบริการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องสิทธิบริการสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิและบริการ เป็นต้น ซึ่งในกระบวนการสรรหาและคัดสรรผู้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพลุ่มชุมชนได้ผู้ที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่กำหนดไว้เบื้องต้น ต้องปรับลดคุณสมบัติลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของลุ่มชุมชนที่ผลิตขึ้น (2) ลุ่มชุมชน (อาสาสมัครชาติพันธุ์ต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน) และลุ่มชุมชนในโรงพยาบาล (อาสาสมัครลุ่มที่อยู่ประจำโรงพยาบาล)

ปฏิบัติงานใน รพช. อำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ (ผู้ที่มีปัญหาสถานะ) และผู้ให้บริการ (หน่วยบริการสุขภาพ) ณ จุดบริการต่างๆ, ปฏิบัติงานในชุมชนของตนเองให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเตรียมเอกสารหลักฐาน การลงทะเบียนสิทธิ การใช้สิทธิ เป็นต้น รวมถึงเข้าร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ในชุมชนด้วย ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล มีความพึงพอใจที่มีกลุ่มชุมชนช่วยอำนวยความสะดวกในการรับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้รู้สึกอุ่นใจ สบายใจที่จะไปโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

“...ลูกผมคนนี้ พี่เขา (กลุ่มชุมชน) ก็มาบอกว่าไม่ต้องซื้อบัตรสุขภาพแล้ว เพราะมีสิทธิรักษาฟรี...ได้หมดด้วย... (ตามมติ ครม. 23 มีนาคม 2553) ...ทำให้ผมไม่ต้องเสียเงิน...” (ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล, 2558, สัมภาษณ์)

(3) **กลไกพื้นที่** ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพ (รพช.) ทำหน้าที่ให้บริการตามระบบบริการสุขภาพ, จัดระบบพี่เลี้ยงดูแลให้คำแนะนำการทำงานกับกลุ่มชุมชนในโรงพยาบาล และเข้าร่วมเป็นคณะทำงานจังหวัด เป็นต้น ในการจัดบริการครั้งนี้มีกลไกสำคัญที่ยังคงมีบทบาททั้งโดยทางตรงและทางอ้อม คือ (4) **กลไกส่วนกลาง** ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และสนับสนุนเครื่องมือการทำงาน เช่น ระบบฐานข้อมูล สื่อประชาสัมพันธ์ งบประมาณ เป็นต้น โดยมีคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน พร้อมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการที่จำเป็นต่างๆ

สำหรับระบบการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิด้านบริการสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล พบว่า มีการดำเนินการดังนี้ (1) ระบบฐานข้อมูลและการลงทะเบียนใช้สิทธิ พบว่า ฐานข้อมูลถูกรวบรวมไว้ในระบบของส่วนกลางผ่านระบบออนไลน์ พื้นที่สามารถตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียนสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตนเองได้

“... (การเตรียมเอกสารหลักฐานเพื่อขอขึ้นทะเบียน) ... เขาจะรู้ว่าต้องใช้อะไรบ้าง...ผ่านมา 2 ปี ปีนี้กระทรวงทำระบบการตรวจสอบสิทธิด้วยตนเองทุกคนรู้ว่าตัวเองอยู่ที่ไหน เพราะในมือถือตรวจสอบได้...” (หน่วยบริการสุขภาพ, 2558, สัมภาษณ์)

(2) ระบบบริหารจัดการงบประมาณ พบว่า กรอบบริหารจัดการคงเดิม การบริหารจัดการทุกระดับจะอิงกับกรอบการบริหารจัดการที่ส่วนกลางกำหนด และจัดสรรเหมือนหมวดเงินงบประมาณปกติ (3) ระบบบริการสุขภาพ พบว่า การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการจะปฏิบัติตามหลักการดำเนินงานปกติเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยยึดหลัก “ไม่แยกชนชั้น เท่าเทียม ยุติธรรม” (4) ระบบการเผยแพร่ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ พบว่า ส่วนกลางจัดทำสื่อ, สิ่งพิมพ์เผยแพร่ (เช่น แผ่นพับ) แจกจ่ายไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งมีการจัดสื่อทำเพิ่มเติมเพื่อให้เพียงพอกับหน่วยบริการระดับพื้นที่ รวมถึงจัดให้มีการประชุมเพื่อให้ความรู้ และจัดช่องทางการสื่อสารระหว่างกันผ่านไลน์กลุ่มและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น โดยหน่วยบริการสุขภาพจะจัดทำสื่อเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และส่งต่อไปยัง รพสต. ที่จะดำเนินการเผยแพร่สื่อที่หน่วยบริการบางส่วน อีกส่วนหนึ่งแจกจ่ายไปยังชุมชน นอกจากนี้ยังเผยแพร่ผ่านวิทยุชุมชนและเวทีการประชุมต่างๆ ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด (5) ระบบการติดตามประเมินผล การติดตามประเมินผลของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการติดตามประเมินผลตามลำดับสายงานการบังคับบัญชาของหน่วยงาน กล่าวคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ในการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการฯ ตามกรอบระยะเวลา หน่วยบริการสุขภาพ (รพช.) ในพื้นที่ดำเนินการติดตามประเมินผล รพสต. ในพื้นที่รับผิดชอบ สำหรับรูปแบบการติดตามประเมินผลจะใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการลงพื้นที่ การพิจารณาจากรายงานผลการดำเนินงานที่หน่วยบริการจัดส่งให้

ในภาพรวมพบว่าการดำเนินงานของระบบการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิ ด้านบริการสุขภาพ ทุกระบบนั้นกลไกพื้นที่ดำเนินงานตามแนวทางการทำงานปกติ ระดับจังหวัดและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในสื่อสารระหว่างผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล และหน่วยบริการสุขภาพและพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ในระบบการเผยแพร่ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์ (เช่น การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ชนเผ่า) ส่วนระบบอื่นยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการติดตามประเมินผลกลไก นั้นส่วนใหญ่ยังไม่มีการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม มีเพียงการประชุมหารือเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น กลไก ล่ามชุมชน ที่มีการติดตามประเมินผลโดยกลไกจังหวัดและศูนย์ประสานงานและหน่วยบริการ ด้วยวิธีการลงเยี่ยม สอบถาม สังเกต และใช้กระบวนการถอดบทเรียนเป็น เครื่องมือในการประเมินตนเองของล่ามชุมชน และผลจากการทบทวนการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครล่ามชุมชน ล่ามชุมชนในโรงพยาบาล พบประเด็นท้าทายสำคัญ คือเรื่องความยั่งยืนของล่ามอาสาสมัครล่ามชุมชน และหากจะให้หน่วยบริการสุขภาพ จัดจ้างหรือจ่ายค่าตอบแทนให้กับอาสาสมัครล่ามชุมชนก็ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วย ติตระเบียราชการหลายประการ นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องคุณสมบัติและศักยภาพ ของบุคคลที่ไม่เพียงพอจะเข้ามาเป็นล่ามชุมชนในโรงพยาบาลอีกด้วย

สำหรับวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการ จัดบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสนับสนุนคือการมีนโยบายสนับสนุน ระดับประเทศ, การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีปัญหาสถานะในการจัดการแก้ปัญหาของตนเอง และพี่น้องกลุ่มชาติพันธุ์โดยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลไก (ล่ามชุมชน, ศูนย์ ประสานงาน) และระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีอยู่เดิมทั้งด้านบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และองค์ความรู้ เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการพัฒนากลไก คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการ พัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยังพบ จำกัดในบางภาคส่วน, ความแตกต่างของวัฒนธรรมองค์กรระหว่างองค์กรภาค ประชาชนและภาครัฐ กล่าวคือกลไกภาคประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชนส่วนใหญ่

มีวัฒนธรรมการทำงานแบบเครือข่ายแนวระนาบ (ทำงานแบบยืดหยุ่น มีแนวทางการทำงานหลวมๆ เป็นต้น) ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐมีวัฒนธรรมการทำงานแบบเครือข่ายแนวตั้ง (มีความเป็นทางการ, มีการสั่งการ/คำสั่ง แนวทางการทำงานต้องชัดเจน เป็นต้น) และประการสุดท้าย คือ ความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ของกลไกแต่ละระดับที่เกี่ยวข้องที่ไม่ชัดเจนตรงกันตั้งแต่เริ่มต้น

### สรุปและอภิปรายผล

ในการออกแบบเพื่อพัฒนาระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มิปัญหาสถานะบุคคลในพื้นที่นำร่องจังหวัดเชียงราย มีการประยุกต์ใช้หลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ประกอบด้วย การสร้าง/ใช้ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคมหรือการสร้างแนวร่วมภาคประชาชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556, หน้า 5) จึงออกแบบให้มีกลไกการจัดบริการสุขภาพฯ ประกอบด้วย (1) กลไกส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน พร้อมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติการในพื้นที่ (2) กลไกจังหวัดที่มีตัวแทนจากหลายภาคส่วน ทำหน้าที่พัฒนา กลไกและระบบบริการสุขภาพ (3) กลไกภาคประชาชนซึ่งส่วนหนึ่งเป็นอาสาสมัครที่เป็นตัวแทนของผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลมาก่อน ทำหน้าที่สื่อสารและประสานงาน (4) กลไกพื้นที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพและเป็นพี่เลี้ยงกลุ่มชุมชน จะเห็นได้ว่ามีการนำกลไกส่วนกลางเข้ามาเกี่ยวข้องโดยเชื่อมโยงความรู้และการเคลื่อนไหวสังคมไปกับการดำเนินการทางการเมืองเพื่อเคลื่อนระดับนโยบาย แต่ด้วยวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน ความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไกไม่ชัดเจนทำให้การจัดระบบบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิ ยังคงอิงกับรูปแบบเดิม การมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ในการจัดระบบบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิ มีน้อย ประกอบด้วย ระบบที่ (1) ฐานข้อมูลและลงทะเบียน (2) งบประมาณ (3) บริการสุขภาพ (4) ประชาสัมพันธ์และ (5) ติดตาม

ประเมินผล พบว่าทุกระบบกลไกพื้นที่ดำเนินงานตามแนวทางการทำงานเดิม ระดับจังหวัดและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในสื่อสารระหว่างผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและหน่วยบริการในระบบที่ 3 และพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ในระบบที่ 4 ส่วนระบบอื่นยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบที่ 5

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของกลไกระดับต่างๆ ให้ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และกลไกทุกระดับควรมีการวางแผนการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

2. ควรออกแบบให้มีระบบการติดตามประเมินผลภายในที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาระบบและกลไกการจ้ดบริการ ระดับจังหวัด โดยควรเป็นระบบการประเมินที่อยู่บนฐานคิดการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) และการประเมินเพื่อการพัฒนา (Evaluation for Development) เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานของระบบและกลไกการจ้ดบริการสุขภาพฯ ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรลุ่มชนอย่างต่อเนืองเพื่อให้ได้หลักสูตรการพัฒนาลุ่มชนที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นจึงควรมีการวิเคราะห์และถอดบทเรียนหลักสูตรการพัฒนาลุ่มชนโดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเป็นระยะๆ และหรืออาจเชิญภาคีภายนอกที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในประเด็นสำคัญต่างๆ (เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล ภาษากลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น) มาร่วมในกระบวนการวิเคราะห์และถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรลุ่มชนให้เหมาะสมต่อไป

4. การทำงานขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมที่มีความสลับซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งแต่ละภาคส่วนต่างมีวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระเบียบปฏิบัติในการบริหารจัดการ



งบประมาณที่ต่างกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนภาคประชาสังคม/ภาคประชาชน ดังนั้นหากรัฐบาลเห็นความสำคัญของการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการกำหนดกฎระเบียบปฏิบัติในการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคส่วนอื่นๆ

### เอกสารอ้างอิง

ดร.ณิ ไพบูลย์พาณิชย์กุล. (2553) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อสิทธิในระบบหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 4 ฉบับที่ 1, 19.

บุญมา สุทธาวีรัตน์ และคณะ. (2552) ความเป็นธรรมทางสุขภาพกับสิทธิมนุษยชน:

กรณีชาวเขาไร้สัญชาติในประเทศไทย, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 3 ฉบับที่ 3, 372.

พงศธร พอกเพิ่มดี. (2553) *ต้องสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยไร้สถานะ,*

จาก <https://sites.google.com/site/ta telessthaicenter/knowledge/txngsranghlakprakansukh phaphsahrabkhnthiyristhana>  
[ค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2558]

วิชัย โชควิวัฒน์. (2556) “วิจัย” สร้างรอยต่อ “พัฒนาระบบสุขภาพไทย”,

HSRI FORUM พื้นที่แบ่งปันความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน, ปีที่ 2 ฉบับที่ 1, 5.

วิวัฒน์ ตามี่. (2556) *โครงการพัฒนาระบบและบริกาสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหา*

*สถานะบุคคลและสิทธิ, ม.ป.ท.: ม.ป.พ.*

วิรัตน์ ปะดุกา (บรรณาธิการ). (2558) *รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพ*

*บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ, กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิง.*