

## บทที่ 3

### วิธีวิทยาการวิจัย

การศึกษาและวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาคำตอบอันเป็นเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนากฎหมายคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม คำตอบดังกล่าวนี้ย่อมจะมาจากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีวิทยาการวิจัย (Research Methodology) ที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การพัฒนากฎหมายโดยการจัดทำเป็นกฎหมายต้นแบบ (Model Law) เพื่อคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์หาคำตอบจึงได้กำหนดวิธีวิทยาการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการวิจัยภาคสนาม (Field Research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่มเจาะจง (Focus Group) และการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design ,Co-design: CD) ข้อมูลที่ได้จากการใช้วิธีวิทยาการวิจัยมีวัตถุประสงค์ที่จะนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแนวทางในการจัดทำเป็น (Model Law) เพื่อการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยโดยมีรายละเอียดแต่ละวิธีวิทยาการวิจัย ดังนี้

#### 1. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

การวิจัยเอกสารเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสาร โดยกำหนดประเภทของเอกสารและประเด็นที่ต้องการใช้ในการวิเคราะห์ คือ กฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย กฎหมายระหว่างประเทศ ข้อตกลงระหว่างประเทศ และรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพต่างประเทศและเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องในลักษณะของการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และหลักการ รวมทั้ง รายงานวิจัย ตำรา และบทความทั้งของไทยและต่างประเทศ ข้อมูลเอกสารที่ได้มานั้นมีทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่

เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ เอกสารที่ ทบทวนและวิเคราะห์นั้นกำหนดประเด็นหัวข้อ ดังนี้

1) แนวคิด ทฤษฎี หลักการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ  
แนวคิด ทฤษฎี หลักการ ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

- การประกันสุขภาพ
- รัฐสวัสดิการและสวัสดิการสังคม
- สิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพว่าด้วยการบริการสาธารณะ
- หลักความเสมอภาค
- ความยุติธรรมและ
- การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ

2) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

กฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ มี 10 ฉบับคือ

- (1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560
- (2) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
- (3) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540
- (4) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- (5) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- (6) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558
- (7) พระราชบัญญัติแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- (8) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559
- (9) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553
- (10) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

3) กฎหมายระหว่างประเทศและข้อตกลงระหว่างประเทศ จำนวน 6 ฉบับ คือ

- (1) ธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1948 (Constitution of the World Health Organization, 1948: CWHO)
- (2) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Rights, 1948: UDHR)
- (3) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ. 1966 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966: ICESCR)

(4) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ. 1996  
(International Covenant on Civil and Political Rights, 1966: ICCPR)

(5) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ ค.ศ. 1979  
(Convention on the Elimination of All Discrimination against Women, 1979)

(6) อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ว่าด้วยความมั่นคงทางสังคม  
(มาตรฐานขั้นต่ำ) ฉบับที่ 102 ค.ศ. 1952 (International Labor Organization No.102 Social Security  
(Minimum Standards) Convention, 1952)

4) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ถึง ฉบับที่  
12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

5) ข้อมูลหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพของต่างประเทศมีทั้งหมด 6 ประเทศ แยกตาม  
รูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพ 2 ระบบ คือ

(1) ระบบกองทุนเดี่ยว คือ ประเทศอังกฤษ ประเทศนิวซีแลนด์ และราชอาณาจักร  
สวีเดน

(2) ระบบหลายกองทุน คือ สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี  
และประเทศญี่ปุ่น

## 2. การวิจัยภาคสนาม (Field Research)

การวิจัยภาคสนามเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ  
โดยตรงจากการคุ้มครองสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐใน  
หลักประกันสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีกระบวนการในการเก็บข้อมูลซึ่งการศึกษานี้กำหนด  
ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็น 3 วิธี คือ

### 2.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews)

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบ  
หลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบ  
หลักประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามประเด็นที่  
ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า และดำเนินการสัมภาษณ์โดยตรงระหว่างผู้วิจัยกับประชากรสัมภาษณ์

### 1) ประชากรสัมภาน์

ประชากรสัมภาน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญจากกลุ่มผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ผู้แทนกลุ่มเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนกลุ่มภาคประชาสังคม ผู้แทนกลุ่มด้านกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 2) ประเด็นสัมภาน์

ประเด็นสัมภาน์กำหนดไว้ 9 ประเด็น ดังนี้

- (1) สถานการณ์ปัจจุบันการที่กฎหมายให้สิทธิหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนยังมีปัญหาต่อการเข้าถึงในการได้รับบริการสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร
- (2) ความคิดเห็นอย่างไรต่อการที่ประชาชนผู้มีสิทธิตามบัตรทองในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิรักษาพยาบาลต้องลงทะเบียนแจ้งสิทธิที่ภูมิลำเนา เพื่อจะได้สิทธิเฉพาะโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภูมิลำเนาที่อยู่ของตนเท่านั้น โดยไม่มีสิทธิเลือกใช้โรงพยาบาลที่อื่นได้นั้น เป็นปัญหาต่อผู้ต้องการใช้สิทธิอย่างไร
- (3) ความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับประเภทของยา และโรคที่มีสิทธิได้รับการตรวจและรักษาพยาบาลที่มีปัญหาความเหลื่อมล้ำกันอยู่ระหว่าง 3 ระบบนั้น จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- (4) ความคิดเห็นอย่างไรต่อกฎหมายที่กำหนดระยะเวลาได้รับสิทธิของกลุ่มประชาชนในระบบประกันสังคม กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนและกรณีคลอดบุตรต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือนจึงจะได้รับสิทธิประโยชน์รักษาพยาบาลและคลอดบุตร
- (5) ความคิดเห็นกับการที่ประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบสวัสดิการสังคม ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
- (6) ความคิดเห็นอย่างไรต่อการที่กฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการจากสถานพยาบาลได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในการเยียวยาความเสียหาย เฉพาะกลุ่มประชาชนผู้ได้รับสิทธิในบัตรทองและประกันสังคม แต่ไม่คุ้มครองกลุ่มข้าราชการ
- (7) แนวทางหรือความคิดเห็นอย่างไรเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนที่ได้รับสิทธิในหลักประกันสุขภาพระหว่าง ระบบสวัสดิการเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบ

หลักประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในปัจจุบันมีการกำหนดไว้เป็น 2 แนวทางคือ

(7.1) รวมหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้เหลือเพียงระบบเดียว หากรวมกัน จะมีหลักการ และลักษณะ โครงสร้างข้อดีและข้อด้อยของการรวมระบบหลักประกันสุขภาพ อย่างไร

(7.2) ให้หลักประกันสุขภาพคงมีอยู่หลายระบบเช่นเดิมแต่ควรต้องปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องหรือบูรณาการ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

(8) ข้อเสนอแนะหรือข้อแนะนำอื่นๆที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากฎหมาย เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในหลักประกันสุขภาพและเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและให้มีความเสมอภาคกัน

## 2.2 การระดมความคิดเห็นด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเจาะจง (Focus Group)

เป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยการดำเนินการจัดประชุมสัมมนากลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยใช้วิธีเจาะจงเลือก (Population Selection) มาให้ข้อมูลด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ดังนี้

### 1) ประชากรสนทนา

กลุ่มประชากรผู้เข้าร่วมสัมมนา ระดมความคิดเห็นกลุ่มเจาะจงในครั้งนี้ เป็นกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มผู้แทนข้าราชการผู้เคยใช้สิทธิรับบริการด้านสุขภาพ ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้แทนผู้ให้บริการ ประกอบด้วยผู้แทนจากโรงพยาบาล ผู้แทนหน่วยงานสาธารณสุข กลุ่มผู้แทนเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นองค์การพัฒนาเอกชน (NGO) และผู้แทนกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน มีจำนวน 3 กลุ่มกำหนดกลุ่มละ 7 คน รวมเป็น 21 คนซึ่งประชากรผู้เข้าร่วมสัมมนา ระดมความคิดเห็น เป็นผู้แทนกลุ่มภาคใต้เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการเรียกร้องสิทธิและมีส่วนร่วมแสดงออกเพื่อให้ได้มาซึ่งการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบสวัสดิการสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### 2) ประเด็นสนทนา

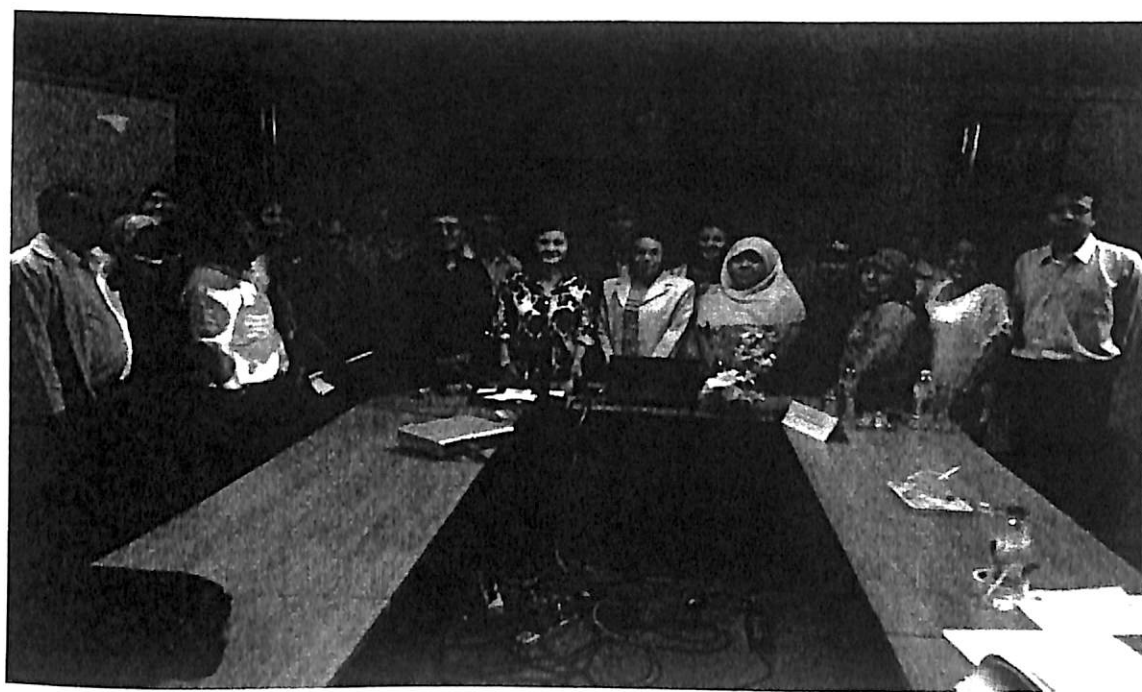
ประเด็นสนทนาเกี่ยวข้องโดยตรงกับปัญหาจากประสบการณ์ที่ประชากรสนทนากลุ่มได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

- (1) การที่ปัจจุบันกฎหมายกำหนดสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพไว้ 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบสวัสดิการสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น เช่น ประเภทของยา และโรคที่มีสิทธิได้รับการตรวจและรักษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างไร
- (2) การที่ประชาชนผู้มีสิทธิตามบัตรทองในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้รับสิทธิรักษาพยาบาลเฉพาะ โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของคนที่ได้ลงทะเบียนแจ้งสิทธิไว้เท่านั้น โดยไม่มีสิทธิเลือกใช้โรงพยาบาลที่อื่น เป็นปัญหาต่อผู้ต้องการใช้สิทธิอย่างไร
- (3) ปัญหาการที่ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- (4) การที่กฎหมายประกันสังคมได้บัญญัติถึงข้อจำกัดสิทธิและเงื่อนไขการเกิดสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการคลอดบุตร เช่น กรณีเจ็บป่วยต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นเวลา 3 เดือน และกรณีคลอดบุตรต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นเวลา 7 เดือน มีปัญหาต่อสิทธิของผู้ประกันตนอย่างไร
- (5) ความคิดเห็นอย่างไรต่อการที่ประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีเมื่อเจ็บป่วยและคลอดบุตร
- (6) ความคิดเห็นอย่างไรต่อการที่กฎหมายคุ้มครองผู้รับบริการจากสถานพยาบาลได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในการเยียวยาความเสียหาย เฉพาะกลุ่มประชาชนผู้ได้รับสิทธิในบัตรทองและประกันสังคม แต่ไม่คุ้มครองกลุ่มข้าราชการ
- (7) ความคิดเห็นอย่างไรถ้าจะรวมหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบสวัสดิการสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เหลือเพียงระบบเดียว เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบัน
- (8) หากมีการรวมระบบหลักประกันสุขภาพเป็นระบบเดียว ควรจะมีหลักการ และลักษณะ โครงสร้าง ข้อดีและข้อด้อยอย่างไรของการรวมระบบหลักประกันสุขภาพ
- (9) หากจะให้คงระบบหลักประกันสุขภาพที่มี 3 ระบบเช่นเดิม มีความคิดเห็นอย่างไรต่อการปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง หรือบูรณาการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

(10) ข้อเสนอแนะหรือข้อเสนออื่นๆที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากฎหมาย เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

3) พื้นที่ดำเนินการระดมความคิดเห็นด้วยวิธีการสนทนากลุ่มเจาะจง

พื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมมนาระดมความคิดเห็นกลุ่มเจาะจง (Focus Group) กำหนดเป็นเขตพื้นที่ภาคใต้โดยมีประชากรมาจากหลายจังหวัดของภาคใต้ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดกระบี่ จังหวัดสตูล และจังหวัดนราธิวาสสำหรับเหตุผลที่ใช้ภาคใต้เป็นพื้นที่จัดทำFocus groupในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการเรียกร้องสิทธิและมีส่วนร่วมแสดงออก เพื่อให้ได้มาซึ่งการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ การดำเนินการจัดขึ้นที่มหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาลัยเขตสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2558 (ภาพประกอบที่ 3.1)



ภาพประกอบที่ 3.1 กลุ่มประชากรการระดมความคิดเห็นสนทนากลุ่มเจาะจง (Focus Group)

### 2.3 การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-design)

การมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-design) เป็นการกระบวนวิธีการให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ในการร่วมกันออกแบบโครงสร้างกฎหมายด้านหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการที่ สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ (2558, หน้า 79-82) ได้นำมาใช้ในการออกแบบร่างประมวลกฎหมายสารบัญญัติยาเสพติดของประเทศไทย การมี

ส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีประยุกต์จากเทคนิคทาง การตลาดเพื่อสังคมชุมชนที่กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแนวคิดที่ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยจะ นำมาใช้วิเคราะห์หาคำตอบตามโจทย์วิจัยนั้น ควรจะต้องคำนึงถึงความต้องการของกลุ่ม ประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงที่จะเป็นผู้หาคำตอบให้ผู้วิจัยมากกว่าการที่วิจัยเป็นฝ่ายคิด คำตอบเอง แนวคิดนี้จึงใช้วิธีการให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียหรือเกี่ยวข้องโดยตรง เป็นประชากรที่จะมี ส่วนร่วมออกแบบคำตอบตาม โจทย์วิจัย จึงจะทำให้ได้คำตอบที่ตรงกับความต้องการและ ต้องการของพวกเขา ในกรณีการพัฒนากฎหมายหรือปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อให้ได้กฎหมาย ที่ดีสามารถใช้บังคับอย่างได้ผลนั้น ผู้วิจัยควรที่จะให้ผู้มีส่วนได้เสียกับกฎหมายฉบับนั้นๆ ได้มี โอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการออกแบบสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมาย ที่เห็นว่าควรจะมี บัญญัติไว้ในกฎหมายโดยที่ผู้วิจัยมีหน้าที่ในการนำเอาคำตอบจากการใช้วิธีวิทยาการวิจัยนี้ไป วิเคราะห์ตามหลักวิชาการและวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่กำหนด ไว้

ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดตามวิธีวิทยาการวิจัยที่ใช้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็น แนวทางในการจัดทำกฎหมายต้นแบบที่เหมาะสมต่อการใช้บังคับ ทั้งนี้ เพราะกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในการบังคับใช้และการปฏิบัติตาม เพราะกฎหมายมัก มุ่งเน้นไปที่การบังคับกับประชาชนให้มีการปฏิบัติตาม กฎหมายที่ดีควรที่จะคำนึงถึงประโยชน์ ของประชาชนและปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่ง Kennedy (2010) ได้ นำวิธีการนี้ไปใช้กับการออกกฎหมายสิ่งแวดล้อมครั้งที่ สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และพราวพรรณราย มัลลิกะมาลย์ (2555) กับสุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ (2555) ได้นำเอาแนวคิดการเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ทำให้ได้คำตอบที่เกิดจากความต้องการของผู้ มีส่วนได้เสีย และเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย รวมถึงการพัฒนากฎหมายหรือปรับปรุง แก้ไขกฎหมาย ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงได้นำเอาวิธีการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-design) มาใช้

การพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกัน สุขภาพในครั้งนี้ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญที่จะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายได้มีส่วน ร่วมในการจัดทำจึงได้นำวิธีการที่เรียกว่า “การมีส่วนร่วมออกแบบ,ร่วมออกแบบ (Participatory Design, Co-design) ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เนื่องจากวิธี Participatory Design, Co-design เกิดจาก แนวคิดที่มุ่งประสงค์จะให้การออกแบบในเรื่องใดก็ตามสมควรที่จะให้ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องจะได้รับผลกระทบจากรูปแบบที่จะกำหนดขึ้นเข้ามามีส่วนร่วมในการ ออกแบบ เพื่อให้แน่ใจว่ารูปแบบที่จัดทำขึ้นมานั้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่



เกี่ยวข้องและนำไปใช้ได้จริง สิ่งที่จะได้มาจากการออกแบบนี้จะมีลักษณะเป็นรูปธรรมจับต้องได้ (Physical artifacts) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีนี้จะมีความแตกต่างจากการเก็บรวบรวมที่ทำกันตามปกติของการวิจัย ซึ่งเป็นลักษณะ Top-down approach แต่วิธีการนี้เป็น Bottom-up approach หมายความว่า ความคิด ความต้องการและกระบวนการต่าง ๆ จะมาจากผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องโดยตรง การได้ข้อมูลด้วยวิธีการ Co-design นี้ (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์ และคณะ, 2558, หน้า 79 - 82) ได้นำมาใช้แล้วกับการจัดทำร่างประมวลกฎหมายสารบัญญัติยาเสพติดของประเทศไทยดังกล่าว ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้นำเอากระบวนการมีส่วนร่วมออกแบบ ร่วมออกแบบของผู้มีส่วนได้เสียกับหลักประกันสุขภาพมาร่วมออกแบบสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายเพื่อพัฒนากฎหมายในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในการได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค อย่างทั่วถึงและมีความเป็นธรรม

#### 1) ประชากรร่วมออกแบบ

ประชากรที่ร่วมออกแบบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉพาะ และกลุ่มผสม

กลุ่มประชากรที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการบังคับใช้กฎหมาย แบ่งเป็น 2 ชุด ๆ ละ 4 กลุ่ม รวม 24 คน ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นประชากรกลุ่มเฉพาะ ประกอบด้วย

- กลุ่ม 1 กลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน
- กลุ่ม 2 กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 6 คน
- กลุ่ม 3 กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 6 คน
- กลุ่ม 4 กลุ่มภาคประชาชน ที่รวมถึงผู้นำชุมชน นักวิชาการ จำนวน 6 คน

ชุดที่ 2 เป็นประชากรกลุ่มผสมที่มาจากประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่ม ในสัดส่วนกลุ่มละ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรกลุ่มเฉพาะ ดังนั้น ในแต่ละกลุ่มประชากรกลุ่มผสม ประกอบด้วยประชากรที่มีข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค และภาคประชาชนรวม 6 คนในแต่ละกลุ่มซึ่งมี 4 กลุ่มผสม

เหตุผลของการจัดให้มีประชากร 2 ชุด คือ ชุดประชากรกลุ่มเฉพาะนั้นประชากรในแต่ละกลุ่มเฉพาะมีประสบการณ์และการพบกับปัญหาด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพ ในกลุ่มของตนไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้น ความคิดเห็นและต้องการให้มีสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายจึงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับกลุ่มผสมนั้นประชากรมีความแตกต่างกันด้านประสบการณ์และปัญหาที่พบ ดังนั้น เมื่อมารวมกลุ่มกันอภิปรายเพื่อให้ได้คำตอบร่วมกันจึงเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กันจนกระทั่งได้คำตอบที่เป็นข้อยุติร่วมกันและเมื่อมีการร่วมอภิปรายระหว่างต่างกลุ่ม ย่อมจะเกิดการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และปัญหาที่พบต่อกันทำให้ความคิดเห็นและความต้องการให้มีบทบัญญัติกฎหมายอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปจากกลุ่มเฉพาะก็ได้

ประชากรในแต่ละกลุ่มดังกล่าวจะร่วมกันออกแบบสาระสำคัญที่เห็นว่าสมควรที่จะพัฒนาเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

ประเด็นหรือหัวข้อที่จะให้ประชากรแต่ละกลุ่มร่วมออกแบบ จะเป็นสาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมาย 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นร่างกฎหมายไว้แล้วจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์เชิงลึก และการระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่มเจาะจง

## 2) ขั้นตอนในการดำเนินการ

ขั้นเตรียมการผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ด้วยการกำหนดประชากรผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพในแต่ละส่วนงาน และมีหนังสือเชิญประชากรให้เข้ามีส่วนร่วมออกแบบ สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกแบบประกอบด้วย กระดาษสำหรับเขียนคำตอบ เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมกลุ่มทุกกลุ่ม ปากกาสำหรับเขียนคำตอบ

การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ช่วง คือช่วงเช้า เป็นการมีส่วนร่วมออกแบบของประชากรกลุ่มเฉพาะ 4กลุ่ม ช่วงบ่าย เป็นประชากรกลุ่มผสม 4 กลุ่ม ทั้ง 2 ช่วงแม้กลุ่มประชากรจะแตกต่างกัน แต่ที่ใช้ประเด็นหรือหัวข้อที่จะให้ออกแบบเดียวกันการดำเนินการทั้ง 2 ช่วงเวลาแต่ละกลุ่มจะมีการเลือกประธานกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่นำเสนอคำตอบของกลุ่มตนต่อที่ประชุม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำเสนอร่างกฎหมายทั้ง 3 ฉบับเพื่อให้เป็นตัวอย่างของบทบัญญัติกฎหมายที่ต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม สำหรับเป็นประเด็นตัวอย่างที่กลุ่มประชากรที่กำหนดไว้ร่วมออกแบบ

ขั้นตอนที่ 2 ให้แต่ละกลุ่มเฉพาะ 4 กลุ่มในชุดแรก แยกกันดำเนินการร่วมออกแบบด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายร่วมกัน พร้อมหาข้อยุติของคำตอบของกลุ่มในแต่ละประเด็นที่กำหนดไว้ โดยมีผู้ช่วยของผู้วิจัยอยู่ประจำกลุ่มแต่ละกลุ่ม เพื่ออำนวยความสะดวกในการจดเนื้อความที่ได้จากการออกแบบของแต่ละกลุ่ม เป็นคำตอบจากการตกลงร่วมกันภายในกลุ่มนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้แทนแต่ละกลุ่มของ “กลุ่มประชากรเฉพาะ” นำเสนอรูปแบบที่จัดทำขึ้นมาแล้ว ต่อที่ประชุมเพื่อรับฟังและรับรู้รูปแบบของกลุ่มตน

ขั้นตอนที่ 1-3 จะใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งโดยปกติจะเป็นเวลาช่วงเช้า

ขั้นตอนที่ 4 จัดกลุ่มประชากรใหม่อีกครั้งเป็นกลุ่ม “ประชากรกลุ่มผสม” ที่มาจากตัวแทนของประชากรกลุ่มเฉพาะ แต่ละกลุ่มมารวมเป็นกลุ่มผสมกลุ่มใหม่ ได้ 4 กลุ่ม และดำเนินการเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 1-3

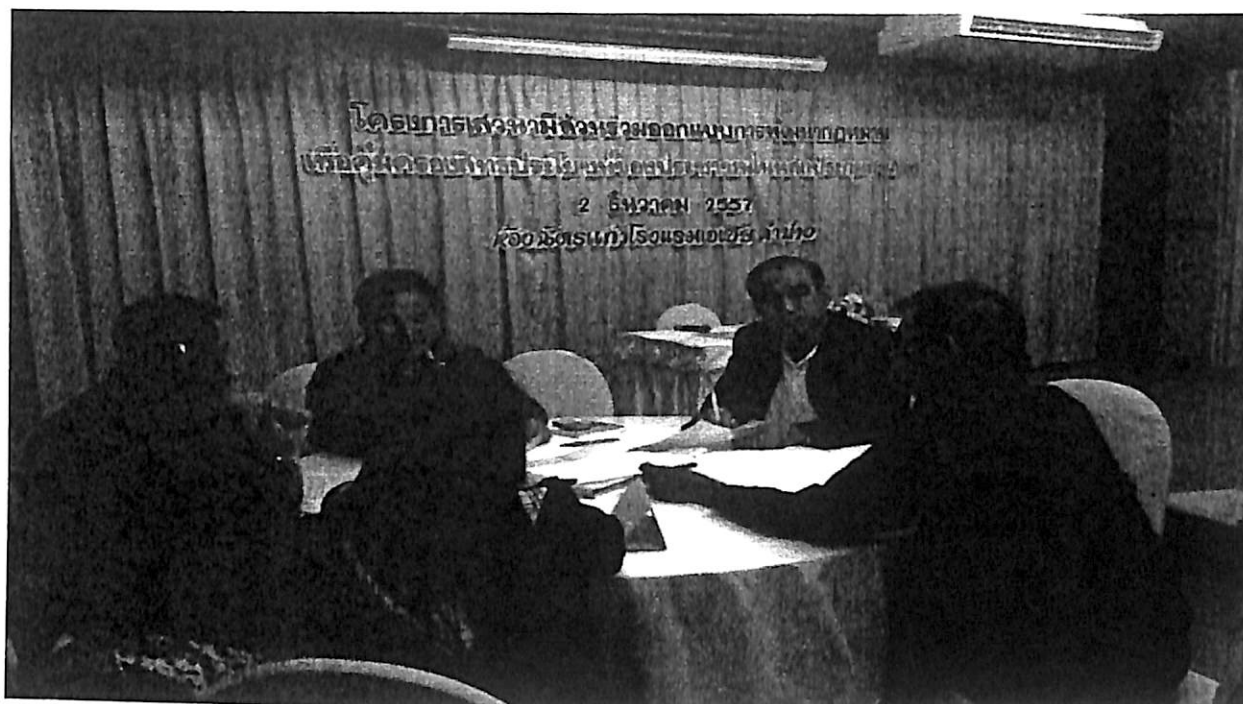
ขั้นตอนนี้จะใช้เวลาเท่ากับขั้นตอนที่ 1-3 คือประมาณ 2 ชั่วโมง ดังนั้นการดำเนินการจึงเป็นช่วงบ่ายในวันเดียวกัน เพื่อจะได้ความต่อเนื่องของความคิด เมื่อได้คำตอบของรูปแบบมาแล้วผู้แทนกลุ่มจะนำเสนอแบบที่ร่วมกันจัดทำโดยเสนอต่อที่ประชุมเช่นเดียวกับการดำเนินการในช่วงเช้า

ผู้ที่เข้าร่วมออกแบบจะเห็นความเหมือนและความต่างของสาระสำคัญของกฎหมายที่จัดสร้างขึ้นมา คำตอบที่ได้มาของแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ และเป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำร่างบทบัญญัติกฎหมายเพื่อการพัฒนากฎหมายในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่มีความเสมอภาคในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนในทุกสถานภาพตามที่กฎหมายกำหนดไว้

### 3) พื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการมีส่วนร่วมออกแบบ-ร่วมออกแบบ (Participatory Design and Co-design) ไว้ 4 ภาค ได้แก่ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ละภาคแบ่งกลุ่มประชากรเป็น 2 ชุม ดังกล่าวแล้ว จึงมีประชากรในแต่ละภาค จำนวน 24 คนรวม 4 ภาค เป็น 96 คนมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ภาคเหนือ ที่จังหวัดลำปาง ดำเนินการที่โรงแรมเอเชียลำปาง ห้องประชุมภัตตรแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2557 (ภาพประกอบที่ 3.2 และ 3.3)



ภาพประกอบที่ 3.2 กลุ่มประชากรผู้ร่วมออกแบบภาคเหนือ



ภาพประกอบที่ 3.3 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอการร่วมออกแบบ

(2) ภาคใต้ ที่จังหวัดสงขลา ดำเนินการที่มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยเขตสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2558 (ภาพประกอบที่ 3.4 และ 3.5)



ภาพประกอบที่ 3.4 ประชากรกลุ่มผู้ร่วมออกแบบภาคใต้

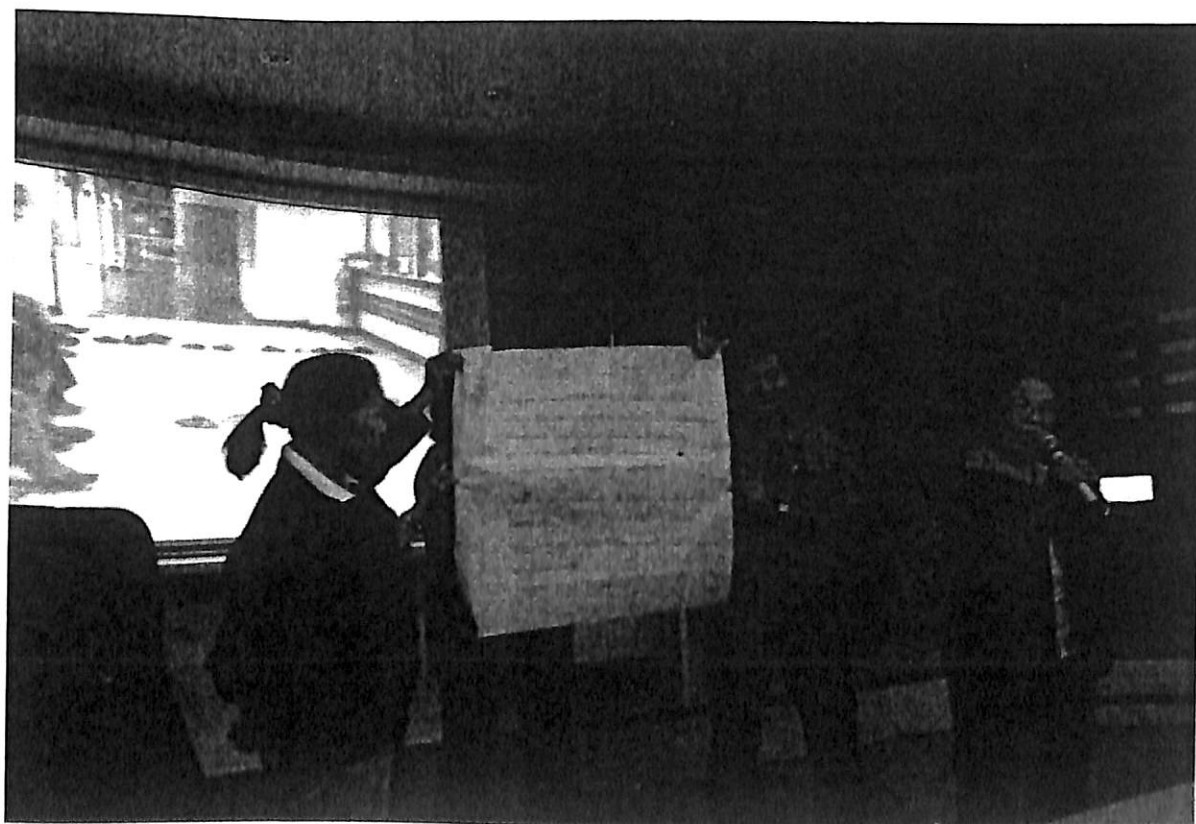


ภาพประกอบที่ 3.5 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอการร่วมออกแบบ

(3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่จังหวัดชลบุรี ดำเนินการที่องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกิว อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2558 (ภาพประกอบที่ 3.6 และ 3.7)

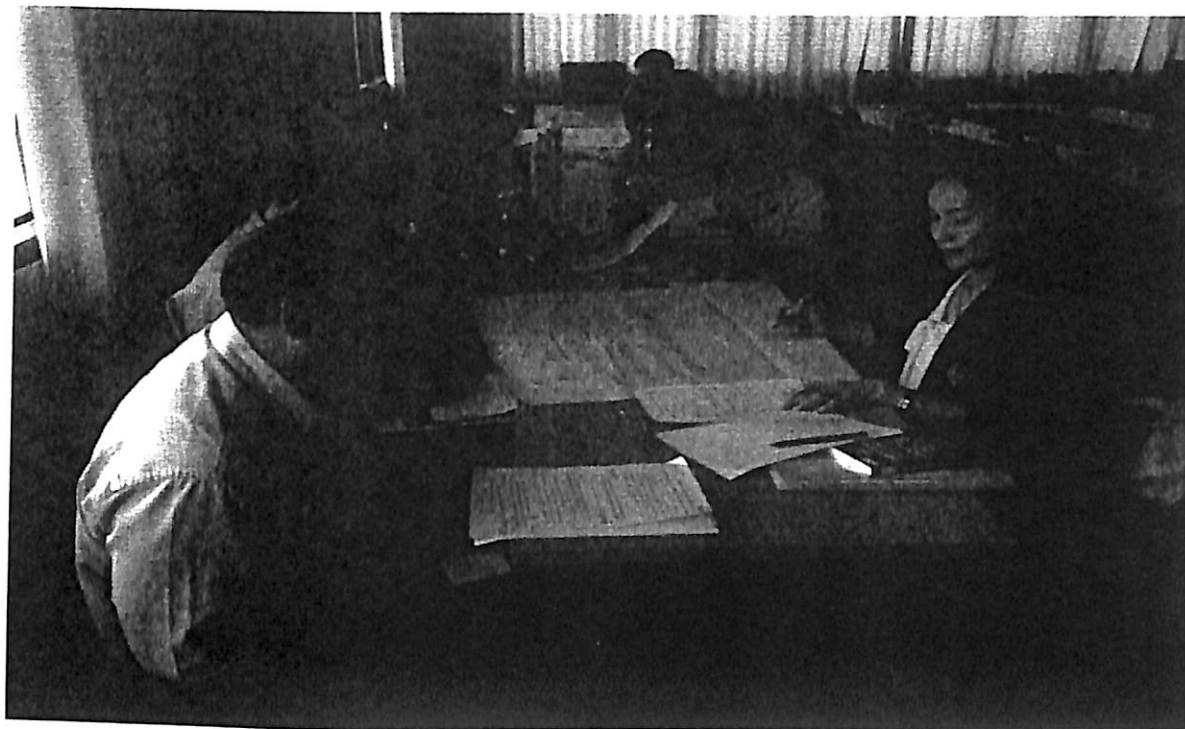


ภาพประกอบที่ 3.6 กลุ่มประชากรผู้ร่วมออกแบบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

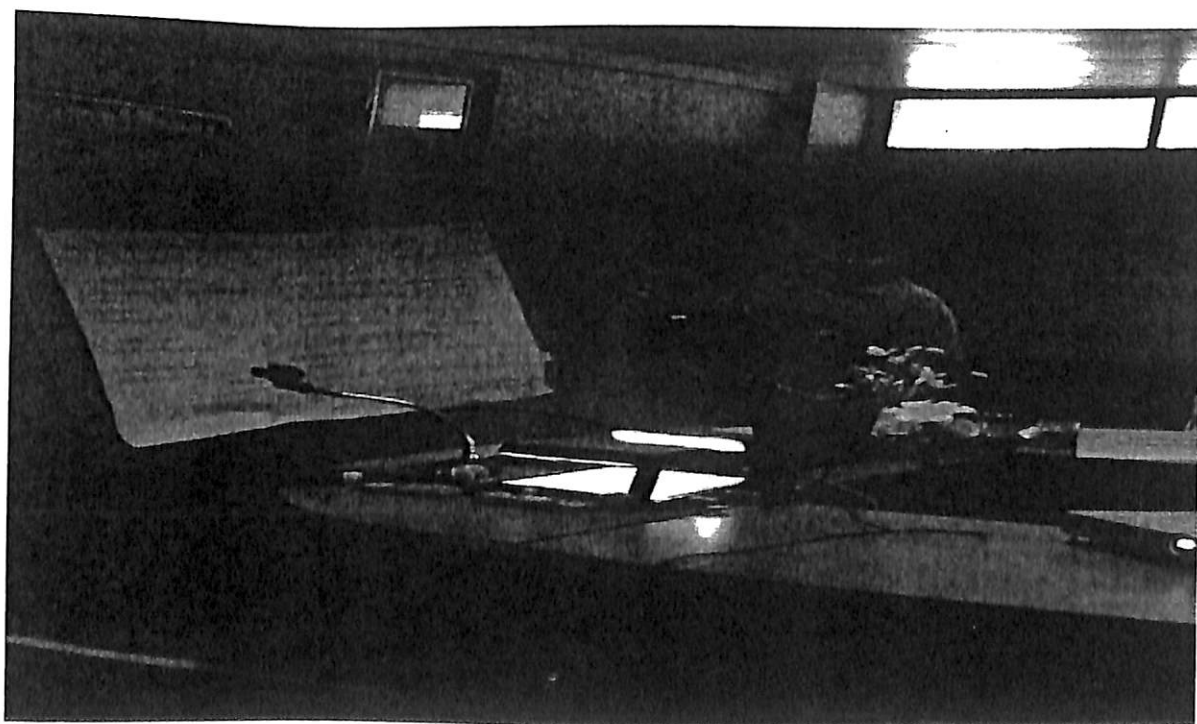


ภาพประกอบที่ 3.7 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอการร่วมออกแบบ

(4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการที่มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2558 (ดูภาพประกอบที่ 3.8 และ 3.9)



ภาพประกอบที่ 3.8 ประชากรกลุ่มผู้ร่วมออกแบบภาคอีสาน



ภาพประกอบที่ 3.9 ตัวแทนกลุ่มนำเสนอการร่วมออกแบบ

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

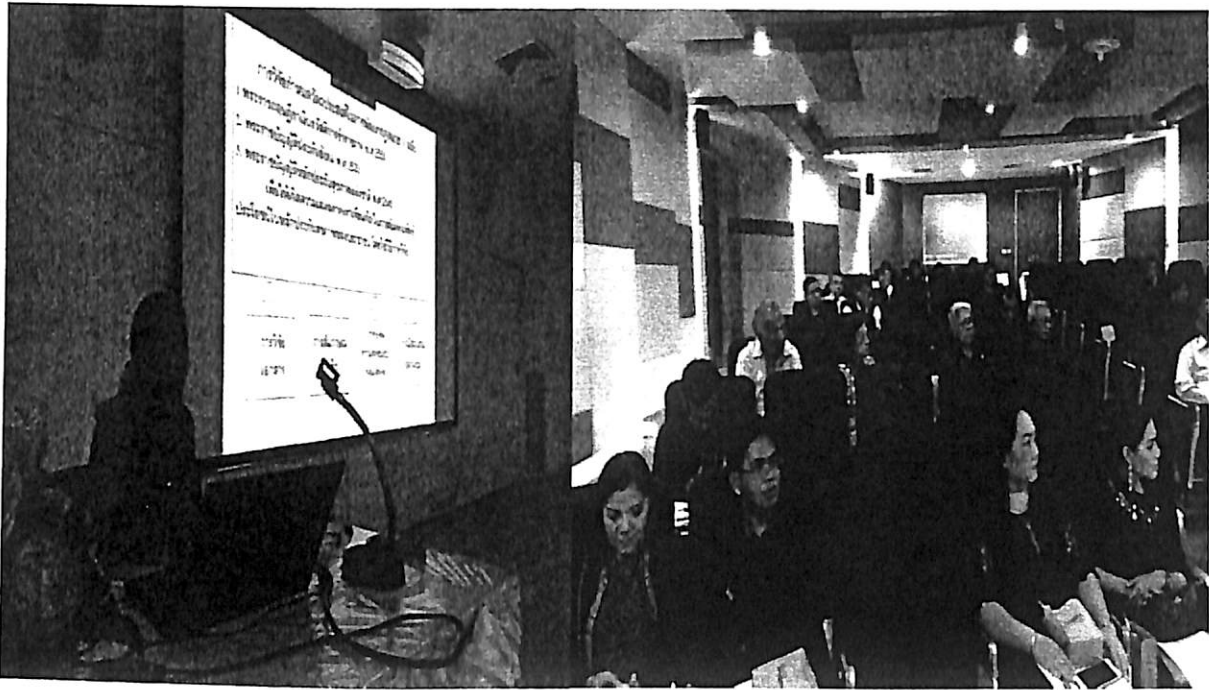
ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมตามวิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เป็นการวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การระดมความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่มเจาะจง มาเป็นข้อมูลร่วมกันในการวิเคราะห์และจัดทำเป็นร่างปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้วจึงนำไปเป็นตัวอย่างบทบัญญัติเพื่อให้ประชากรผู้มีส่วนได้เสียใช้เป็นตัวอย่างสาระสำคัญของกฎหมายในการจัดทำกรมีส่วนร่วมออกแบบ, ร่วมออกแบบ เมื่อได้คำตอบจากวิธีการนี้แล้วผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์อีกครั้งเพื่อให้ได้คำตอบที่มีความสมบูรณ์มากที่สุดในรูปแบบของกฎหมายต้นแบบ (Model Law) ด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งเป็นพัฒนากฎหมายตามโจทย์วิจัย

### 4. การรับฟังความคิดเห็น (Hearing)

เป็นการจัดประชุมสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อข้อค้นพบจากการจัดทำกฎหมายต้นแบบ (Model Law) ด้านการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยมีประชากรที่เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นประกอบด้วย ผู้แทนจากสังกัดหน่วยงานต่างๆ เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ตัวแทนผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลและฝ่ายกฎหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค ตัวแทนฝ่ายกฎหมายสำนักงานประกันสังคม นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพ และกลุ่มภาคประชาชน รวมทั้งสิ้น 30 คนได้ร่วมกันวิพากษ์ข้อค้นพบที่เป็นร่างกฎหมาย 3 ฉบับ คือ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายแต่ละฉบับเฉพาะในส่วนที่แสดงถึงความไม่เสมอภาคกันในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ความคิดเห็นจากการทำ Hearing นี้ผู้วิจัยได้นำเอาไปวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ตัวต้นแบบของบทบัญญัติมีความสมบูรณ์มากที่สุด ที่จะนำไปใช้บังคับให้เกิดผลดีต่อประชาชนทุกคน โดยคาดหวังว่าจะทำให้ปัญหาเกี่ยวกับการได้รับคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้รับการปฏิบัติอย่างทั่วถึงด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน จำนวนประชากรที่ร่วมรับฟังความคิดเห็นจะเป็นเจ้าหน้าที่ของหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ



การรับฟังความคิดเห็น (hearing) ดำเนินการ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2560 ณ ห้องประชุม มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร (ดูภาพประกอบที่ 3.10)



ภาพประกอบที่ 3.10 กลุ่มรับฟังความคิดเห็น