

บทที่ 4

วิเคราะห์ ปัญหาและเสนอแนวการแก้ไขปัญหาตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่าย ในการเข้ารับบริการบริการสาธารณสุขและส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ สาธารณสุขของรัฐ

จากการที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “30 บาท รักษาทุกโรค” เมื่อพิจารณาจากการจัดระบบประกันสุขภาพของทั่วโลกพบว่าได้แบ่ง “ระบบหลักประกันสุขภาพ” ออกเป็น 2 ระบบใหญ่ ๆ คือ ระบบประกันสังคมที่มีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสุขภาพหรือการจ่ายภาษี เพื่อให้รัฐนำเงินรายได้มาจัดบริการรักษาพยาบาล ถือเป็นาร่วมจ่ายตั้งแต่แรก เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลก็ไม่ต้องจ่ายเพิ่มเติมอีก มีหลายประเทศใช้วิธีการดังกล่าวนี้ เช่น ประเทศเยอรมนีที่ใช้วิธีการนี้มาตั้งแต่ยุคมาร์กซิสต์ เมื่อ 100 ปีมาแล้ว ด้วยแนวคิดที่ว่าเมื่อประชากรในประเทศแข็งแรงก็จะสร้างผลผลิตให้กับประเทศได้มากขึ้น ส่วนในระบบที่ประเทศไทยใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ระบบรัฐสวัสดิการ รัฐบาลจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้ทั้งหมด โดยหักจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี และประชาชนไม่ต้องร่วมจ่ายเหมือนในระบบประกันสังคม แต่ประชาชนต้องร่วมจ่าย (Co-payment) 30 บาททุกครั้งที่มาใช้บริการ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศฝรั่งเศส และหลายประเทศในยุโรปได้ใช้วิธีนี้ อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยตอนนี้พยายามปรับทิศทางจาก “รัฐสวัสดิการ” มาเป็น “ประกันสังคม” และทิศทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบประกันสุขภาพโดยกำหนดให้ “ร่วมจ่าย” ด้วยเหตุผลเดียวที่ไม่อาจปฏิเสธได้นั้นคือ “งบประมาณด้านการคลังสุขภาพที่มีไม่เพียงพอ” ส่วนในประเทศสวีเดนเป็นประเทศแรก ๆ ที่นำแนวคิดระบบหลักประกันสุขภาพมาใช้ ช่วงแรกได้เก็บเงินจากผู้เข้ารับบริการบริการสุขภาพครั้งละ 7 โครน ต่อมาก็ต้องปรับระบบมาเป็นการมีส่วนร่วมจ่าย ในประเทศฝรั่งเศสก็มีการกำหนดส่วนร่วมจ่าย ยกเว้นผู้มีฐานะยากจน การร่วมจ่ายจะกำหนดลงไปอย่างชัดเจนว่าการรักษาพยาบาลรูปแบบใดต้องร่วมจ่าย และร่วมจ่ายจำนวนเท่าใด ส่วนในประเทศเพื่อนบ้านของไทยอย่างประเทศสิงคโปร์ทุกคนต้องจ่ายเงินประกันสุขภาพให้กับรัฐบาล เมื่อบุคคลใดเจ็บป่วย รัฐบาลก็จะเอาเงินที่สะสมไว้มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อดูจากฐานจำนวนประชากรของทั้งสองกองทุนแล้ว จะเห็นได้ชัดเจนถึงความแตกต่าง ของความเสี่ยงในการเข้ารับ

การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพราะในขณะที่กองทุนประกันสังคม สมาชิกส่วนมากเป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่ยังแข็งแรง นาน ๆ ครั้งจะเจ็บป่วย ส่วนในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกลับมีแต่คนแก่ เด็ก คนว่างงาน และคนที่มีฐานะยากจน

จากการศึกษาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของหลายประเทศไม่ว่าจะเป็น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศไต้หวัน ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเยอรมนี ประเทศสิงคโปร์ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศไทย ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐของแต่ละประเทศโดยสามารถกำหนดเป็นประเด็นที่สำคัญ ๆ ของแต่ละระบบได้ดังนี้

4.1 วิเคราะห์รูปแบบและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข

ประเทศไทย มีระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนรวมทั้งสิ้น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดสิทธิให้แก่บุคคลทุกคนที่มีสัญชาติไทยได้สิทธิรับสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้บุคคลทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิทางด้านสุขภาพในระบบอื่น ๆ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ และระบบประกันสังคมให้มีสิทธิและได้รับความคุ้มครองในระบบสวัสดิการด้านสุขภาพดังกล่าวจากรัฐได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะ ความเป็นอยู่หรือความแตกต่างในด้านอื่น ๆ

ระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศมีระบบที่หลากหลาย ในแต่ละประเทศสามารถแบ่งกลุ่มตามลักษณะหลักของระบบประกันสุขภาพได้ 3 ประเภท คือ ระบบหลักประกันที่ขึ้นกับฐานประชากร (population based) ระบบหลักประกันที่ขึ้นอยู่กับฐานการจ้างงาน (employment based) และระบบฐานการจ้างงานผสมกับระบบรัฐบาลดูแล ในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับฐานประชากร (population based) มักมีระบบประกันสุขภาพจำนวนน้อย ๆ เช่น ประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศออสเตรเลีย คือ มีระบบประกันสุขภาพหลัก 1 ระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันสุขภาพเอกชนเสริม เพื่อความครอบคลุมในบริการบางด้านที่ระบบประกันสุขภาพหลักมิได้จัดให้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของส่วนแบ่งทางการคลัง พบว่า ทั้ง 2 ประเทศมีสัดส่วนของงบประมาณทางการคลังสุขภาพค่อนข้างสูงกว่าประเทศอื่น ๆ เป็นผลมาจากลักษณะของระบบที่มีระบบประกันสุขภาพเพียงระบบเดียว งบประมาณการคลังสุขภาพบริหารจัดการโดยรัฐ จากเงินภาษีทั่วไป ประเทศสหราชอาณาจักรเป็นประเทศเดียวที่ใช้ภาษีเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็ยังมีการร่วมจ่ายตาม

รายการยาในประชาชนบางกลุ่ม สำหรับประเทศออสเตรเลียก็มีการผสมผสานทั้งจากระบบประกันสังคม ภาษีและประชาชนซื้อประกันสุขภาพเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มากกว่าสิทธิพื้นฐานที่รัฐกำหนด เช่น การเลือกยาที่ราคาแตกต่างกันได้ เพราะรัฐจ่ายตามราคามาตรฐานเลือกห้อง หรือเลือกโรงพยาบาลได้แต่ต้องจ่ายเพิ่ม หรือให้ระบบประกันเอกชนที่ซื้อไว้ดูแล ในขณะที่ประเทศที่ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับการทำงาน (employment based) มักจะมีระบบประกันสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ มีรายละเอียดในการดำเนินการ และการจัดการแต่ละระบบแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศเยอรมนี มีระบบประกันสุขภาพ 2 ระบบเป็นแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบประกันสุขภาพหลักคือ sickness funds ที่เป็นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่และผูกติดกับการจ้างงาน แต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่ม ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าระบบประกันสุขภาพหลัก หรือจะซื้อประกันสุขภาพจากเอกชน หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบประกันสุขภาพหลัก จะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหลักในภายหลังได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ระบบประกันสุขภาพหลักต้องแบกรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากการที่มีผู้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนในช่วงที่ไม่ป่วย หรือในขณะอายุน้อยแล้วเปลี่ยนกลับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหลักหรือ sickness funds เมื่อป่วยหรือสูงอายุ และระบบฐานการทำงานผสมกับระบบรัฐบาลดูแลมักเป็นประเทศที่รัฐจะเข้ามาดูแลระบบสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ตลอดจนกำหนดรายละเอียด งบประมาณ และการร่วมจ่ายของประชาชน ควบคุมการเข้ารับบริการ เช่น ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย เป็นต้น

ข้อแตกต่างในด้านรูปแบบและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยกับต่างประเทศแล้วนั้น ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คล้ายกับ ประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย ในลักษณะที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบในงบประมาณด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก แต่มีลักษณะที่แตกต่างกับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชน และประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างบางประการกับต่างประเทศ เช่น ในประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศไต้หวัน ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเยอรมนี และประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเหล่านี้มีระบบประกันสุขภาพที่ผูกติดกับระบบฐานการทำงาน และระบบฐานการทำงานควบคู่กับการที่รัฐบาลเข้ามาดูแลระบบประกันสุขภาพเป็นสำคัญ แต่ประเทศไทยนอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วยังมีระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และลูกจ้างของรัฐ เป็นสวัสดิการที่แบ่งแยกเฉพาะสิทธิของผู้เป็นข้าราชการ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ หรือลูกจ้างของรัฐ ตลอดจนบุคคลในครอบครัว ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการดังกล่าว และยังมีระบบ

ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างที่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ทั้งมีโชอันเนื่องมาจากการทำงานและเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง

4.1.1 วิเคราะห์แหล่งที่มาของเงินทุนในระบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดแหล่งที่มาของเงินกองทุน เป็นเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข เงินค่าปรับทางปกครอง เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินอื่นใดที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน หรือเงินสมทบอื่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) มีที่มาของเงินกองทุนจากการหักรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงานอันมีลักษณะคล้ายกับระบบประกันสังคมของประเทศไทย ที่มีการหักเงินสมทบจากลูกจ้างผู้ประกันตน ส่วนโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้มีฐานะยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) มีที่มาของเงินกองทุนที่ได้รับจากเงินภาษีส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลาง และภาษีที่จัดเก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ ในส่วนของประเทศเกาหลีใต้มีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพจาก 3 แหล่งที่สำคัญ คือ บุคคลจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพและร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุข โดยนายจ้างสมทบค่าเบี้ยประกัน และรัฐใช้เงินภาษีสนับสนุนกองทุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน ทั้งนี้ ประชาชนหรือผู้ป่วยมีการทางการเงินโดยเบี้ยประกันจ่ายตามสัดส่วนของเงินเดือน ร่วมจ่ายร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร่วมจ่ายร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่มข้าราชการและครู ทั้งนี้ นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครึ่ง (นายจ้างจ่ายสมทบกองทุนร้อยละ 30) สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำจะคำนวณตามอัตราดอกเบี้ยประกันจากรายได้ ทรัพย์สินและขนาดของครัวเรือนโดยรัฐบาลช่วยสนับสนุนสมทบงบประมาณ ประมาณร้อยละ 30 ของรายการจ่ายทั้งหมด ส่วนในประเทศญี่ปุ่นมีแหล่งที่มาของงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพจากการที่ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนและงบประมาณของรัฐ โดยผู้ที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนจะถูกหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนเป็นรายเดือน ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายคนละครึ่ง โดยอัตราเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ของผู้ประกันตน อัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่าย ทำให้อัตราเบี้ยประกันแตกต่างกันตามแต่ละกองทุน มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกันด้วย และในประเทศสิงคโปร์สำหรับการคลังสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ระบบ Medisave และ Medishield มาจากการเงินหักจากรายได้ของบุคคลผู้เป็นลูกจ้างและเงินสมทบจากนายจ้าง ประชาชนแต่ละคนถูกหักประมาณร้อยละ 6 - 8

ของเงินเดือน แล้วเก็บเข้าสู่กองทุน Medisave (อัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น มีการกำหนดมูลค่าขั้นต่ำและเพดานขั้นสูงไว้) ในขณะที่ Medifunds นั้นจ่ายจากเงินภาษี ทั้งนี้ การใช้บริการในระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าบริการเอง และบริการโรงพยาบาลมีการกำหนดเพดานค่าบริการที่เบิกได้ สำหรับผู้ป่วยที่ใช้บริการพื้นฐานหรือระดับปฐมภูมิที่กำหนดไม่ต้องร่วมจ่าย ถ้าเลือกบริการโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐที่เป็นหอผู้ป่วยระดับพิเศษต้องร่วมจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในส่วนที่เกินเองด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่างบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้มาจากงบประมาณทางด้านภาษีที่รัฐเก็บจากประชาชน เป็นเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข เงินค่าปรับทางปกครอง เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินอื่นใด ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน หรือเงินสมทบอื่น ถือเป็นงบประมาณประจำปีเพียงอย่างเดียว ต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์ ที่มีระบบการร่วมจ่ายในลักษณะแตกต่างกันไป เช่น จ่ายในลักษณะกองทุน การซื้อประกันชีวิต การจ่ายสมทบในลักษณะของประกันสังคม ฯลฯ ในขณะที่ประเทศสหราชอาณาจักรเป็นประเทศเดียวที่ใช้ภาษีเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็ยังมีการร่วมจ่ายตามรายการยาในประชาชนบางกลุ่ม สำหรับประเทศแคนาดาและประเทศออสเตรเลีย ก็มีผสมผสานจากระบบประกันสังคม ภาษีและประชาชนซื้อประกันสุขภาพเพื่อบริการที่มากกว่าสิทธิพื้นฐานที่รัฐกำหนด เช่น การเลือกยาที่ราคาแตกต่างกัน เพราะรัฐจ่ายยาตามราคามาตรฐาน เลือกห้องหรือเลือกโรงพยาบาลได้แต่ต้องจ่ายเพิ่มหรือให้ระบบประกันเอกชนที่ซื้อไว้ดูแล

4.1.2 วิเคราะห์คุณสมบัติของบุคคลผู้มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพ

ในประเทศไทย บุคคลที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทยทุกคน มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมาย มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย และจะต้องเป็นบุคคลที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา บุคคลที่มีสิทธิในโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้จ่าย Medicare Taxes ไปได้แล้วตั้งแต่ในช่วงวัยทำงาน หรือสมัครเข้าซื้อประกันสุขภาพเมื่อมีอายุครบ 65 ปี ส่วนโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) เป็นสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดให้ผู้ที่มิฐานะยากจน หรือผู้ที่มีรายได้น้อย ในประเทศสหราชอาณาจักร กำหนดให้ประชากรทุกคนทั่วทั้งประเทศรวมทั้งผู้ที่เข้าไปอยู่อาศัยในประเทศ

มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) กำหนดให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิในความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) และมีลักษณะคล้ายกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่อยู่นอกเหนือระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ และในประเทศญี่ปุ่น ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Kai Hoken)

4.1.3 วิเคราะห์ข้อบ่งชี้และสิทธิประโยชน์ของระบบบริการด้านสุขภาพ

ประเทศไทยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกำหนดขอบเขตและสิทธิประโยชน์การให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยให้ความคุ้มครองการบริการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือจากสถานบริการสาธารณสุขที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมถึงค่าเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าตรวจและรับฝากครรภ์ ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียม ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาต้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ค่าทำคลอด ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหรือจิตใจ และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ หรือครอบคลุมโดยกองทุนอื่น หรือกลุ่มบริการอื่น ๆ ประชาชนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุขที่ระบบให้ความคุ้มครองถึงแต่เดิมต้องจ่ายเงินค่าบริการรวมจำนวน 30 บาทต่อครั้ง ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดสิทธิประโยชน์ ให้ความคุ้มครองพื้นฐานทางการแพทย์ จะกำหนดให้ผู้ป่วยมีแพทย์เวชปฏิบัติประจำตัว หรือประจำครอบครัวและจะเป็นผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยคนแรก และส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระดับที่สูงขึ้น มีข้อแตกต่างกับประเทศไทยที่ไม่มีการกำหนดตัวแพทย์ให้เป็นแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยหรือประจำครอบครัว โดยสามารถรับบริการจากแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในประเทศเกาหลีใต้ส่วนของผู้ป่วยในนั้น ต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30.55 เป็นต้นไป นอกจากนี้ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการส่งยาของแพทย์ และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย หากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ประชาชนก็ต้องจ่ายเอง สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ทั้งผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิจะได้รับค่าบริการแบบร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) ตามรายการบัญชีราคาสินค้าบริการต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาล เป็นการร่วมจ่ายในลักษณะเดียวกับประเทศไทย คือการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ หรือ Co - payment และในส่วนของประเทศเยอรมนี

สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Sickness Funds จะทำการเจรจาโดยตรงกับโรงพยาบาลและจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอัตรารายวัน ประชาชนมีสิทธิที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนใดก็ได้แล้วแต่ความต้องการ มีการร่วมจ่ายเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายที่ทาง Sickness Funds จ่ายนั้นเกือบทั้งหมดเป็นเงินสำหรับดำเนินการทางการแพทย์ แต่งบลงทุนทางการแพทย์นั้นรัฐบาลของแต่ละมลรัฐเป็นผู้ลงทุนให้ แม้แต่งบลงทุนในภาคเอกชน การลงทุนนั้นอยู่ในแผนการดำเนินการของแต่ละรัฐ บทบาทของระบบประกันสุขภาพเอกชน หลักการที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ รัฐธรรมนูญกำหนดให้ประชาชนในแต่ละรัฐ (Länder) มีสภาพความเป็นอยู่ (Living Condition) ที่เสมอภาคกัน โดยสุขภาพ (Health) เป็นองค์ประกอบหนึ่ง รัฐบาลกลางจึงไม่ได้มีบทบาทที่เด่นชัดมากนักเกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ระดับประเทศมีกระทรวงสุขภาพโดยเฉพาะรัฐ (Länder) ส่วนใหญ่ก็มีกระทรวงที่ดูแลสุขภาพของตนเอง มักมีหน้าที่ดูแลเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคมด้วย แต่ในประเทศไทยต่างจากประเทศเยอรมนีตรงที่ประเทศไทยให้รัฐบาลกลางบริหารงบประมาณ โดยหักจากรายจ่ายประจำปีของรัฐแต่ในส่วนของประเทศเยอรมนีนั้นรายได้จะมาจากรัฐบาลมลรัฐเป็นหลัก ตลอดจนประชาชนของประเทศเยอรมนีสามารถเข้ารับการรักษาที่ใด โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยไม่จำกัดสถานที่เข้ารับการรักษา เพราะมลรัฐจะจัดสรรงบประมาณให้ทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องเป็นสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น แตกต่างจากประเทศไทยที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้

4.2 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อประชาชนดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัญหาและผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีต่อประเทศไทย

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ประชาชนที่ไม่มีสิทธิในการคุ้มครองสุขภาพจากระบบสวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และระบบประกันสังคม ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลโดยการร่วมจ่ายเงินครั้งละ 30 บาท เมื่อเข้ารับการรักษาโรครุนแรงทุกครั้งที่ ตั้งแต่ปี 2545 ทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจนประมาณ 24 ล้านคน ได้รับการตรวจรักษาโรครุนแรง ในขณะที่ประชาชนอีก 24 ล้านคน ได้รับการตรวจรักษาโรคโดยการร่วมจ่าย 30 บาท ไม่ต้องคำนึงถึงว่าโรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับงบประมาณ

ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้จ่ายงบประมาณนั้นให้แก่โรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง

ภายหลังจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แล้ว มีการกล่าวถึงผลกระทบจากการรักษาพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากมาย เช่น 30 บาทเป็นโครงการชั้นสอง ไม่รักษาบางโรคบ้างและอื่น ๆ นอกจากประชาชนจะได้รับผลกระทบจากราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งโรงพยาบาลที่ต้อง “ถูกบังคับ” ให้เข้าไปเป็นโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนโดยรับเงินค่าใช้จ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับเงินงบประมาณจากรัฐบาลมาจ่ายเป็นค่าดูแลรักษาประชาชนต่างก็ได้รับผลกระทบจากโครงการนี้โดยทั่วกัน

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติขึ้นสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 ความว่า “ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้” และมาตรา 80 บัญญัติว่า รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรมดังต่อไปนี้ 80 (2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญข้างต้น เป็นการรับรองสิทธิทางด้านสาธารณสุขของประชาชนไทย และเป็นกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดการด้านการสาธารณสุข โดยรัฐต้องให้

¹ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และทันต่อเหตุการณ์.

“ความคุ้มครอง” แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ที่ได้ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ”

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเป้าประสงค์ที่จะช่วยเหลือผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาสรวมทั้งประชาชนทั่วไปให้มีโอกาสเข้ารับบริการสาธารณสุข ในขณะที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลกระทบต่อระบบความเสมอภาคทางด้านบริการสาธารณสุข ดังจะได้อธิบายต่อไปนี้

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 9 ได้บัญญัติในวรรคท้ายว่า “เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสามใช้บังคับแล้ว ให้รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ แล้วแต่กรณี ดำเนินการจัดสรรเงินในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคลตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกานั้นให้แก่กองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และระยะเวลาที่ตกลงกับคณะกรรมการ” จากบทบัญญัติดังกล่าวทำให้เห็นว่ามีความคิดว่าจะนำกองทุนของข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพนักงานรัฐวิสาหกิจรวมทั้งครอบครัวของเจ้าหน้าที่ดังกล่าวรวมเข้ามาเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและให้อำนาจคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำความตกลงร่วมกันและไม่ได้มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดว่าจะรวมกองทุนเมื่อเวลาใด ในเรื่องการเข้ารับบริการสาธารณสุขของข้าราชการเป็นเสมือนการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ข้าราชการซึ่งได้รับเงินเดือนต่ำกว่าการจ้างงานในภาคเอกชน เพราะฉะนั้นรัฐซึ่งเป็นนายจ้างจึงได้ให้สิทธิประโยชน์แก่ข้าราชการและครอบครัวให้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ถือว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐมอบให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างที่สูงกว่าสวัสดิการที่รัฐจัดให้ประชาชนทั่วไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น มีสิทธิเลือกโรงพยาบาลที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุขได้โดยไม่ต้องเป็นสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้และมีสิทธิได้รับยาที่มีคุณภาพดี เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ข้าราชการได้หายจากการเจ็บป่วยและสามารถกลับมาปฏิบัติงานได้โดยเร็วเพื่อประโยชน์ของประชาชนทั่วไป แต่ถ้ามีการโอนเงินโดยการรวมกองทุนสวัสดิการและการบริหารจัดการด้านประกันสุขภาพหรืองานบริการสาธารณสุขมาจากส่วนราชการต่าง ๆ ไปเป็นของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วสิทธิประโยชน์ของข้าราชการตลอดจนบุคลากรของรัฐในด้านการรับบริการสาธารณสุขอาจถูกระทบกระเทือนไปในทางที่ลดลงได้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยจะเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลโดยการเบิกจากกรมบัญชีกลางเป็นรายงวดและนำเงินไปบริหารจัดการทำงานประมาณประจำปี ในส่วนขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลสำหรับหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะเป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วย

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานท้องถิ่น พ.ศ. 2541 และประกาศกระทรวงมหาดไทย และมาตรา 39 ได้กำหนดให้กรณีที่มาของเงินกองทุนไว้ 8 กรณี ในมาตรา 39 (3) บัญญัติไว้ว่า “เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้” ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นที่จะนำเรื่องของกองทุนในการเข้ารับการบริการสาธารณสุขของข้าราชการ ลูกจ้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปบัญญัติไว้ในมาตรา 9 อีกกรณีเช่นนี้อาจเกิดความซ้ำซ้อนของบทบัญญัติกฎหมายพร้อมทั้งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาความขัดกันกับรัฐธรรมนูญที่บัญญัติรับรองเรื่องของสิทธิขั้นพื้นฐานตลอดจนความเสมอภาคของประชาชนไว้ ดังนั้นการที่จะรวมกองทุนนั้นถ้าจะให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญจะต้องปรับกลไกการจ่ายเงินรวมทั้งความช่วยเหลือต่าง ๆ ของโครงการต่าง ๆ ของสวัสดิการข้าราชการให้ใกล้เคียงกันและแนวทางที่อาจก่อให้เกิดการรักษาสองมาตรฐานในสถานพยาบาลเดียวกันอาจเกิดขึ้นได้ เช่น การกำหนดสิทธิประโยชน์โดยใช้กรอบยาหรือบัญชียาหลักเป็นตัวตัดสิน การจำกัดจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลและการยินยอมให้สถานพยาบาลเก็บเงินจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี สำหรับบริการเสริม เช่น ห้องพิเศษ และการผ่าตัดที่ใช้กระบวนการพิเศษในอัตราที่สูงกว่าใครจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สถานพยาบาล แต่ถ้ากรณีการรวมกองทุนตามมาตรา 9 แล้วมีการปรับสิทธิประโยชน์ของข้าราชการและลูกจ้างให้มีความเสมอภาคกันในการเข้ารับการบริการสาธารณสุขระหว่างสิทธิในทุกกลุ่มรวมทั้งประชาชนทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 แต่หากว่ารวมกองทุนแล้วยังไม่มีการปรับสิทธิประโยชน์ ระหว่างกองทุนของข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เท่าเทียมกัน ก็จะทำให้เกิดความเสมอภาคซึ่งขัดกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ จะเห็นได้ว่าข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้น รัฐในฐานะนายจ้างจะเป็นผู้จ่ายเงินในรูปของเงินสวัสดิการต่าง ๆ แต่ในปัจจุบันประเทศกำลังประสบปัญหาด้านงบประมาณในระยะหลังข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีการปรับขึ้นอัตราเงินเดือนในช่วงหลังจำนวนค่อนข้างมากและพอที่น่าจะจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพหรือภาษีสุขภาพให้กับรัฐ โดยรัฐจะนำเงินส่วนที่เป็นเบี้ยประกันสุขภาพเข้ากองทุนไว้พร้อมกันนั้นรัฐจะไม่ต้องจ่ายเงินในส่วนของสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจอีกต่อหนึ่ง รัฐจะได้มีรายได้สองส่วนคือ ส่วนแรกมีเบี้ยประกันสุขภาพที่เก็บจากข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนที่สอง รัฐจะไม่ต้องนำเงินงบประมาณแผ่นดินไปจ่ายให้เป็นค่าสวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐ กรณีเช่นนี้ในต่างประเทศ อาทิ ประเทศไต้หวัน และประเทศญี่ปุ่น ก็มีการกล่าวไว้ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพของประเทศดังกล่าว ได้นำส่วนของข้าราชการให้มีการจ่ายอัตราเบี้ยประกันสุขภาพเป็นเรื่องดีโดยที่ในต่างประเทศได้มีเงินกองทุนประกันสุขภาพมากขึ้นแล้วนำมาพัฒนาการบริหารจัดการในส่วนของการบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์ ประชาชนเป็นฝ่ายที่ได้รับ

ประโยชน์โดยตรงจากการนำแนวคิดความคิดในกรณีดังกล่าวไปใช้ ในประเทศไทยน่าจะนำแนวคิดในลักษณะเช่นนี้ไปประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดประโยชน์กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งเกิดประโยชน์กับประชาชนและรัฐในการพัฒนากฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกทางหนึ่งด้วย²

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 10 วรรคท้ายบัญญัติไว้ว่า “เมื่อมีพระราชกฤษฎีกาตามวรรคสองใช้บังคับแล้ว ให้สำนักงานประกันสังคมส่งเงินค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนประกันสังคมให้แก่กองทุนตามจำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน” เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกันและมีสิทธิเสมอกันในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ในความเป็นจริงแล้วไม่สามารถกระทำได้อย่างที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้เพราะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยมีการจัดการระบบประกันสุขภาพและวัตถุประสงค์ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันไป โดยที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิต อันมิได้เกิดขึ้นจากการทำงานตลอดจนกรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพและกรณีว่างงาน โดยมีกองทุนประกันสังคมประกอบด้วยเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้างและลูกจ้าง เพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในเรื่องต่าง ๆ ดังนั้นการที่จะมีการนำเงินกองทุนของทั้ง 2 กองทุนกล่าวคือกองทุนประกันสังคมรวมผนวกเข้ากับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือมีการจัดการบริหารจัดการกองทุนร่วมกันจะทำให้วัตถุประสงค์ของกฎหมายผิดเพี้ยนไป ไม่ตรงกับเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ อาจเป็นปัญหาในกรณีของลูกจ้างและนายจ้างได้จัดส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเงินประกันสังคมเพื่อให้ลูกจ้างได้รับสิทธิประโยชน์ในฐานะผู้ประกันตนหากได้มีการตัดโอนเงินสมทบดังกล่าวเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำให้เกิดผลกระทบกับกลุ่มลูกจ้างและนายจ้างในระบบหลักประกันสังคม ที่นอกจากจะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมแล้วยังต้องจ่ายภาษีให้กับรัฐบาลอีกกรณีหนึ่งจึงอาจเกิดความไม่เท่าเทียมกันตามรัฐธรรมนูญได้ เพราะลูกจ้างมีสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขอยู่แล้วตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จากการศึกษาผู้เขียนเห็นว่าถ้านำกองทุนทั้งสองมารวมกันน่าจะก่อให้เกิดปัญหามากกว่าเกิดข้อดีในประเทศญี่ปุ่นนั้นก็มีกฎหมายในลักษณะสอดคล้องกับกฎหมายของประเทศไทยสองฉบับ แต่ประเทศญี่ปุ่นกลับไม่ได้นำกฎหมายที่มีเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันมารวมกัน

² พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. มาตรา 9.

เพราะอาจทำให้ผิดวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของกฎหมายได้ โดยที่หลักกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศญี่ปุ่นยังคงเข้ามามีส่วนร่วมกับประชาชน โดยให้เงินงบประมาณช่วยเหลือบางส่วน ปล่อยให้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ต่อไปตามปกติ ส่วนกฎหมายประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีลักษณะคล้าย ๆ กับกฎหมายประกันสังคมของประเทศไทย ก็ยังคงมีกฎหมายในลักษณะดังกล่าว โดยที่ไม่นำไปปะปนรวมเข้ากับกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้เขียนเห็นว่าควรนำแนวคิดของกฎหมายในประเทศญี่ปุ่นในลักษณะที่กล่าวไปแล้วนั้นมาประยุกต์ใช้กับกรณีของประเทศไทยน่าจะเกิดประโยชน์หลายด้านอาทิเช่น ไม่ผิดเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของกฎหมายแต่ละฉบับพร้อมกันนั้นยังไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญอีกทางด้วย

ผู้เขียนเห็นควรสรุปผลกระทบของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยรอบด้านดังต่อไปนี้

1) ผลที่มีต่อประชาชน

1.1) ประชาชนเสี่ยงต่อผลเสียหายจากการตรวจรักษา เนื่องจากโครงการนี้ทำให้ประชาชนมีความสามารถมาโรงพยาบาลโดยไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายตามที่เป็จริง คือได้รับการบริการรักษาโดยจ่ายค่าบริการ 30 บาท หรือได้รับยกเว้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ก็ไม่สามารถทำให้ประชาชนมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลน้อยลงแต่อย่างใด จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องทำงานรับผิดชอบดูแลรักษาประชาชนที่มีน้อยอยู่แล้วกลับลดลงหรือเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เป็ผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจรักษาผู้ป่วยได้ลาออกมากขึ้น ทำให้ความต้องการตรวจรักษา (demand for medical care) มีมากกว่าจำนวนบุคลากร (supply of healthcare personnel) จนมีผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลของรัฐทุก ๆ แห่ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลามากในการรอคอยการรับการตรวจรักษาและการรอรับยา ถือว่าการที่ประชาชนเสียเวลานานในการมาโรงพยาบาลนั้นเป็สาเหตุให้ประชาชนยากจนลง เพราะเสียเวลาทำมาหากิน ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระบบรัฐสวัสดิการและมีจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชาชน เป็สัดส่วนมากกว่าจำนวนแพทย์ในประเทศไทย ก็ได้มีการกำหนดการไปพบแพทย์ได้ตามนัดเท่านั้น ยกเว้นการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้นที่ไม่ต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า และประชาชนต้องมีภาระความรับผิดชอบ เช่น ร่วมจ่ายค่ายา หรือต้องจ่ายเงินสมทบด้วยการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าจำนวนบุคลากรทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องรีบเร่งทำงานให้เสร็จตามความต้องการของประชาชน การรีบเร่งทำงานตรวจและรักษาผู้ป่วยนี้ จึงเสี่ยงต่อความผิดพลาดของการตรวจรักษาผู้ป่วยเนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลาที่จะใช้ดุลพินิจอย่างรอบคอบในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย ส่งผลกระทบมายังประชาชนที่ต้องรับการตรวจรักษาอย่างรีบเร่ง ทำให้มีความเสี่ยงต่อผล

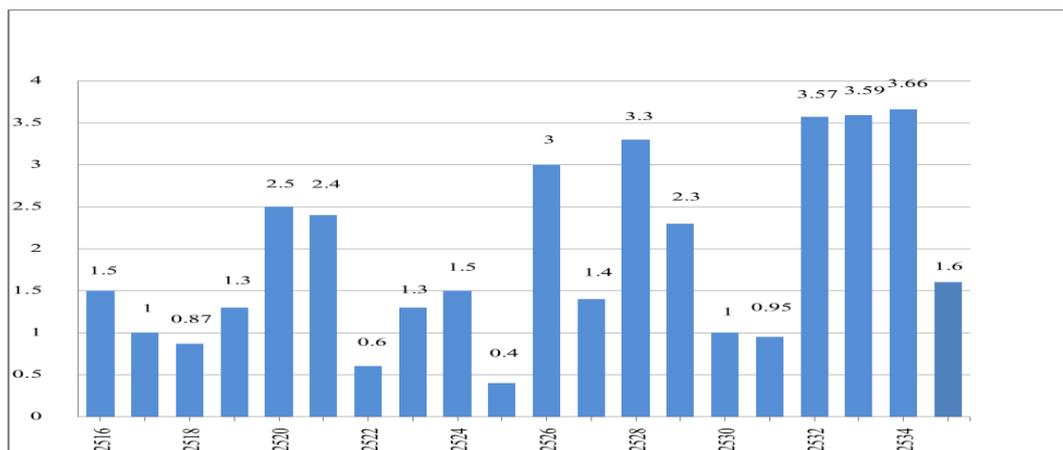
เสียหายจากความผิดพลาดนั้น ๆ หรือประชาชนเสี่ยงต่อความเข้าใจผิดในคำอธิบายของแพทย์ เนื่องจากแพทย์มีเวลาน้อยเกินไปสำหรับอธิบายกับผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้เกิดการกล่าวหาและฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้ระบบการจ่ายเงินในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นที่มีการจ่ายค่าเช่าและเงินที่จ่ายก็ไม่ครบตามที่โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยต้องจ่ายจริง ทำให้มีปัญหาในการตกลงกันระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ก่อนส่งต่อผู้ป่วยจนการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาค่าเช่าจนอาจเกิดความเสียหายแก่สุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดความเครียดต่อผลร้ายแรงที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าในการส่งต่อนี้ อัตราการเข้าใช้บริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นมากในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547 - 2553 ปรากฏตาม ตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การใช้บริการและอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 - 2553

รายการ		2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ผู้ป่วยนอก	จำนวนการใช้บริการ (ล้านราย)	112.49	111.62	114.76	119.29	128.76	147.60	153.41
	อัตราการให้บริการต่อประชากร (จำนวนครั้งเฉลี่ย)	2.41	2.37	2.42	2.55	2.75	2.99	3.22
ผู้ป่วยใน	จำนวนการใช้บริการ (ล้านราย)	4.16	4.34	4.73	4.88	5.17	5.29	5.57
	อัตราการให้บริการต่อประชากร (จำนวนครั้งเฉลี่ย)	0.089	0.092	0.100	0.105	0.1104	0.112	0.116

- ที่มา: 1) ข้อมูลผู้ป่วยนอกปี 2547 – 2552 จากรายงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข + สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) ข้อมูลผู้ป่วยนอกปี 2553 จากฐานผู้ป่วยนอกรายบุคคล เป็นข้อมูลวิเคราะห์เบื้องต้นอยู่ระหว่างการตรวจสอบ
- 3) ข้อมูลผู้ป่วยในปี 2547 – 2553 จากฐานข้อมูลเรียกเก็บเงินชดเชยผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

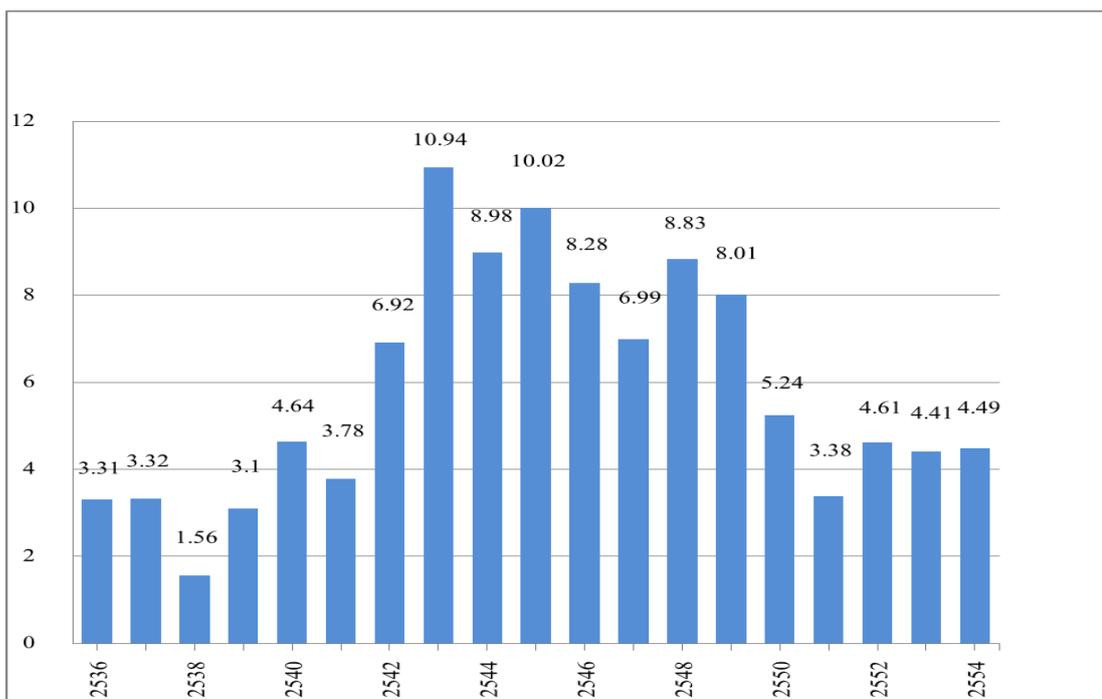
1.2) ประชาชนร้องเรียนเพื่อขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและฟ้องร้องต่อศาลมากขึ้น³ สืบเนื่องมาจากผลกระทบจากเหตุผลในข้อ 1.1) ดังกล่าวแล้วข้างต้น ประชาชนอาจได้รับผลเสียหายจากความผิดพลาดในการตรวจรักษาหรือประชาชนเข้าใจ ผิดว่าโรคแทรกซ้อนอันเป็นเหตุสุดวิสัยทางการแพทย์นั้น เกิดจากความบกพร่องของระบบ หรือเกิดจากความผิดพลาดของแพทย์และ / หรือโรงพยาบาล หรือประชาชนปักใจเชื่ออยู่แล้วว่าการบริการรักษาราคาถูกหรือไม่ต้องเสียค่าบริการในการรักษาจะเป็นบริการที่ดีได้อย่างไร ประชาชนจึงร้องเรียนเพื่อขอค่าช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และประชาชนยังฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลมากขึ้น การร้องเรียนขอค่าช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัตินี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากประชาชนจะร้องเรียนเรียกค่าช่วยเหลือเบื้องต้นดังกล่าวแล้ว ประชาชนยังฟ้องแพทย์ผ่านทางสภาวิชาชีพ หรือฟ้องศาล และร้องเรียนสื่อมวลชน เนื่องจากประชาชนไม่ยอมรับ “ผลร้ายแรง” หลังการรักษาทั้ง ๆ ที่ “ผลร้ายแรง” ที่เกิดขึ้นจากการรักษานั้นอาจเป็นไปตามความรุนแรงของโรคที่เป็นไปตามธรรมชาติ (natural history of diseases) หรือเกิดโรคแทรกซ้อนที่แพทย์ไม่อาจเฝ้าระวังรักษาได้ รายละเอียดการร้องเรียนมาที่แพทยสภาและฟ้องร้อง ตามมาตรา 41 ตามภาพที่ 4.1 – ภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.1 อัตราการร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2516-2545 (แสดงสัดส่วนเรื่องที่แพทย์ถูกร้องเรียนมาที่แพทยสภา ต่อแพทย์ 1,000 คน)

ที่มา: การดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 21

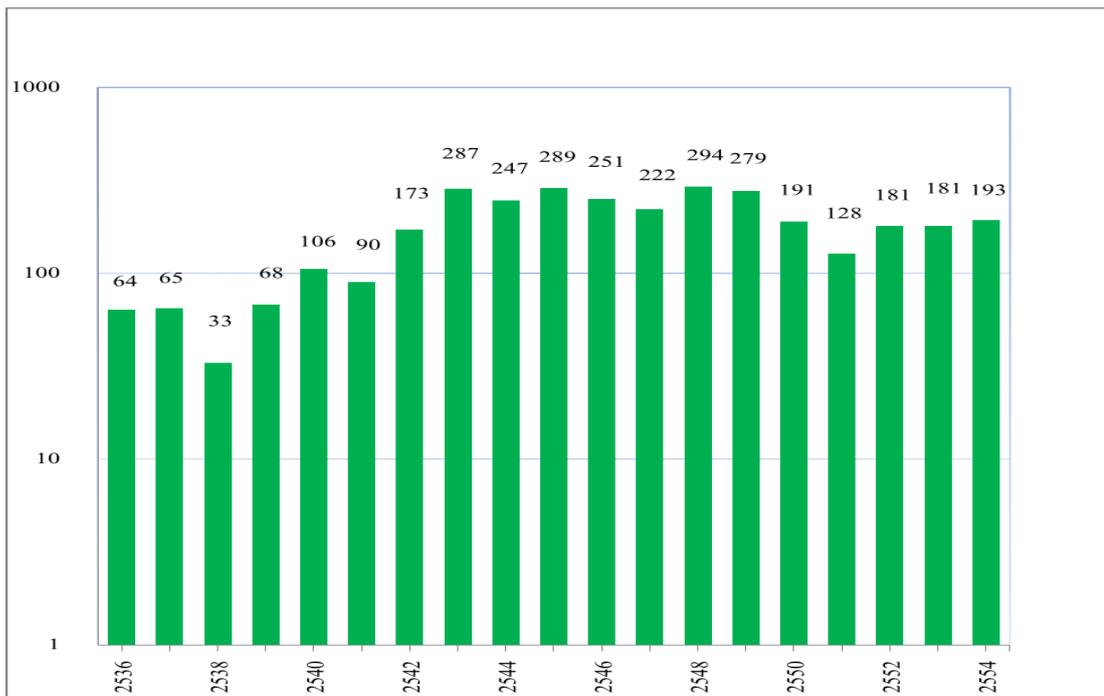
³ อิศพร คณะเจริญ. (2555). *หมอใหม่*. สารจากรองเลขาธิการแพทยสภา. “เรื่องที่แพทย์ใหม่ต้องรู้”. หน้า 11 - 13.



ภาพที่ 4.2 อัตราการร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา พ.ศ. 2536-2554 (แสดงสัดส่วนเรื่องที่ แพทย์ถูกร้องเรียนมาที่แพทยสภา ต่อแพทย์ 1,000 คน)

ที่มา: จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555

หมายเหตุ. ปี พ.ศ. ที่รับเรื่องร้องเรียน : สูงสุดในปี 2543 คือ 10.94 เรื่องต่อ 1,000 คน/ และสูงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2545 ที่เริ่มใช้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



ภาพที่ 4.3 กราฟแสดงจำนวนเรื่องที่ถูกร้องเรียน ปี 2536 - 2554

ที่มา: จดหมายข่าวแพทยสภา ปีที่ 15 ฉบับที่ 1/2555

หมายเหตุ. ปี พ.ศ. ที่รับเรื่องร้องเรียน: จะเห็นได้ว่าการร้องเรียนในปี 2552 - 2554 ใกล้เคียงกัน และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยใน 10 ปี ที่ผ่านมา

2) ผลกระทบที่มีต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

2.1) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระงานมากขึ้น เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้แพทย์ที่ทำงานในกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานสำคัญที่รองรับผู้ป่วยในระบบนี้ต้องทำงานหนัก (overwork) มีเวลาทำงานมากเกินไปกว่า 3 เท่าของการทำงานของคนทั่วไป มีภาระตรวจผู้ป่วยจำนวนมาก (overload) โดยแพทย์แต่ละคนต้องตรวจรักษาผู้ป่วย วันละ 100 - 200 คน โดยเฉพาะแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน การที่แพทย์ต้องทำงานหนักและทำงานมากเกินไปนี้ยังก่อให้เกิดเสี่ยงต่อความผิดพลาด และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

2.2) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออกมากขึ้น แพทย์ตัดสินใจลาออกมากขึ้น จำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนอยู่แล้วยิ่งขาดแคลนมากขึ้น สาเหตุของการลาออกที่สำคัญคือ ต้องรับภาระงานมากเกินไป เงินเดือนและค่าตอบแทนน้อย และยังมีความเสี่ยงต่อการที่จะถูกประชาชนร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้น ไปจนถึงการถูกตัดสินให้ถูกจำคุก

เพราะการตั้งใจรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งจึงเลือกที่จะลาออกจากราชการ จากสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้บุคลากรที่ยังเหลืออยู่ต้องรับภาระงานหนักยิ่งขึ้น ประชาชนก็ต้อง รอดตรวจและรักษานานมากขึ้น แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดหรือการตรวจรักษาที่ไม่ได้ มาตรฐานเพราะแพทย์ต้องรีบเร่งทำงานให้ทันเวลา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกฟ้องร้อง ก็จะไม่เสีย “ความรู้สึก” หมดกำลังใจที่จะทำงาน มีความรู้สึกที่เราทำดีที่สุดแล้ว แต่กลับถูกฟ้อง และ ยังต้องตกเป็นจำเลยทั้งคดีแพ่งและอาญา ต้องจ้างทนายและวิ่งเต้นหาผู้เชี่ยวชาญมาช่วยสู้คดี ถ้าโชคร้ายไม่สามารถอธิบายให้ศาลเข้าใจถึงข้อจำกัดในทางการแพทย์ได้ ก็อาจจะถูกศาลพิพากษา จำคุกในความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาท การต้องถูกจำคุกในฐานะผู้ร้ายฆ่าคนตาย แพทย์ต่างรู้สึกว่าเป็นความไม่ยุติธรรม” เพราะมีความเสี่ยงที่จะต้องตกเป็นผู้ร้ายโดยที่ไม่เคยมี เจตนาที่จะ “ฆ่า” ใคร แต่มีความตั้งใจที่จะช่วยรักษาเยียวยามนุษย์ เมื่อไม่สามารถรักษาชีวิตมนุษย์ ไม่ได้กลับต้องถูกจำคุกในฐานะฆ่าคนตายโดยประมาททำให้แพทย์ลาออกจากระทรวงสาธารณสุข มากยิ่งขึ้น และงานที่ทำก็เป็นงานที่เร่งด่วนต้องตัดสินใจทำงานในเวลาอันจำกัด ไม่สามารถเก็บงาน รอดทำในเวลาอื่นได้ เพราะเวลาเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อความเป็นความตายของผู้ป่วยหนัก ที่อยู่ตรงหน้า เวลาที่แพทย์ต้องทำงานล่วงเวลาในเวลาวิกาลและวันหยุดราชการนั้น ทำให้แพทย์มี ความเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลีย เครียด ไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดความเครียดสะสม เป็นปัจจัยที่สำคัญอีก อย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้แพทย์ตัดสินใจลาออกจากราชการ รายละเอียดการลาออกของแพทย์ ปี พ.ศ. 2537 – 2545 ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ พ.ศ. 2537 - 2545

ปี พ.ศ.	แพทย์จบใหม่	จำนวนแพทย์		จำนวน สูญเสีย	สูญเสียสุทธิ ร้อยละ
		กลับเข้ารับ ราชการใหม่	ลาออก		
2537	526	-	42	42	8.0
2538	576	-	71	71	12.3
2539	568	-	989	81	7.3
2540	579	30	205	175	30.2
2541	618	93	117	24	3.8
2542	830	168	63	-105	-12.6
2543	893	92	133	41	4.6
2544	883	67	135	68	7.7
2545	913	22	407	385	42.2

ที่มา: โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ความ
รับผิดชอบร่วมกัน

3) ผลกระทบที่มีต่อระบบบริการทางการแพทย์

3.1) โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน เนื่องจากระบบการจัดสรรงบประมาณ
ของโรงพยาบาลมิได้มาจากการคิดคำนวณงบประมาณที่ต้องใช้จริง แต่มาจากการเหมาจ่ายรายหัว
ที่มีเงินไม่เพียงพอ และเงินนี้ยังถูกหักไปจ่ายเป็นเงินเดือนบุคลากรอีกประมาณ 40 % ของงบเหมา
จ่ายรายหัว ทำให้งบประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ ถ้าเปรียบเทียบกับงบเหมาจ่าย
รายหัวของกองทุนประกันสังคมนั้น จะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนจริง ๆ
ไม่ต้องจ่ายค่าเงินเดือนบุคลากรหรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของโรงพยาบาลแต่อย่างใด ในเมื่อโรงพยาบาล
ของกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว
จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้เงินมาน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จำเป็นจริง ๆ
ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข
ต้องนำเงินที่เก็บสำรองไว้ (เงินบำรุงโรงพยาบาล) มาชดเชยงบประมาณค่ารักษาพยาบาลที่ขาดดุล
ทุก ๆ ปี จนทำให้โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงิน

3.2) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสลับส่นวนววย เนื่องจากระบบการจ่ายเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จ่ายให้โรงพยาบาลไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องจ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามสิทธิรักษาฟรี แต่คิดค่าใช้จ่ายเป็นรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับสูงที่ต้องรับผู้ป่วยอาการหนักที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัดส่งต่อมาให้รักษาต่อ ก็จะได้รับเงินที่โรงพยาบาลระดับต้นที่ส่งผู้ป่วยมาตามมาจ่ายเงิน แต่ก็มีปัญหาการติดค้างค่าใช้จ่าย ทำให้โรงพยาบาลระดับสูงเกียกกันที่จะรับผู้ป่วยมารักษาต่อ ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงต้องเข้มงวดในเรื่องการรับผู้ป่วยส่งต่อ ทำให้ประชาชนต้องเสียเวลาในการหาเตียงที่จะรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาต่อ บางครั้งอาจก่อให้เกิดอันตรายกับชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากระบบการบริหารจัดการนี้จากผู้บริหาร ทำให้แพทย์เกิดความอึดอัดกับข้อใจในการจะส่งผู้ป่วยต่อ และผู้ป่วยก็อาจเสียโอกาสที่จะรอดชีวิต เนื่องจากต้องเสียเวลาในการติดต่อหาโรงพยาบาลระดับสูงหลาย ๆ แห่งกว่าจะได้เดินทางไปโรงพยาบาลระดับสูงต่อไป

3.3) มาตรฐานการรักษาและวิชาการแพทย์ถูกจำกัด ไม่สามารถพัฒนาได้เต็มที่ การที่รัฐบาลออกเงินค่ารักษาพยาบาลแทนประชาชนทั้ง 48 ล้านคน ทั้งคนที่มั่งมีเงินและไม่มีเงิน โดยจัดสรรงบประมาณแบบจำกัด โดยการบังคับให้โรงพยาบาลใช้จ่ายตามระบบบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อประหยัดงบประมาณ ทำให้แพทย์ไม่สามารถเลือกสั่งยาได้ตามความจำเป็นของข้อบ่งชี้ในการรักษาโรค และบางโรคก็ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษา ทำให้มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ดีที่สุดในระดับความก้าวหน้าและพัฒนาการด้านการค้นคว้าและผลิตยาใหม่ ๆ ทำให้ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีความสามารถในการซื้อยาที่จำเป็นบางอย่างมาได้ นอกจากนั้นประชาชนมารับบริการมากขึ้นโดยไม่เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการกินยา การปฏิบัติตนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (positive health behavior) เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารให้ถูกโรค การงดเว้นสิ่งเสพติดหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การไม่เห็นถึงคุณค่าของยา และการตรวจรักษา ผู้ป่วยมาเรียกร้องจะให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สั่งยาให้ตามที่ตนต้องการทั้ง ๆ ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและการที่ประชาชนมารับการตรวจรักษามากเกินไปทำให้ต้องรอตรวจนาน รอรับยานาน ทำให้โรงพยาบาลเสี่ยงต่อการร้องเรียนในความล่าช้า

4) ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

4.1) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่เป็นลูกจ้างต้องจ่ายเงินของตนเองทุกเดือนเพื่อสมทบกองทุนประกันสังคม จึงจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบประกันสังคม และ

บางครั้งยังมีสิทธิน้อยกว่าประชาชนที่มีสิทธิบริการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บางคนอาจจะมีรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าลูกจ้างเหล่านี้เสียอีก

4.2) ประชาชนมาใช้บริการตรวจรักษาสุขภาพอย่างฟุ่มเฟือย เนื่องจากประชาชนมาเรียกร้องสิทธิโดยไม่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเลย ทำให้ประชาชนไม่สนใจ “สร้างสุขภาพและป้องกันโรคหรืออุบัติเหตุ” ไม่สนใจที่จะดูแลรักษาตนเองเบื้องต้น (ปฐมพยาบาล) บาดเจ็บหรือป่วยเพียงเล็กน้อยก็ไปเรียกร้องให้แพทย์หรือทางโรงพยาบาลรักษาให้ได้ตลอดเวลา และเรียกร้องจะเอายาหลาย ๆ ประเภท ยังไม่เห็นคุณค่าของยาเพราะได้มาฟรี ๆ หรือ ร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อย ทำให้ประชาชนใช้จ่ายทั้ง ๆ ข้าง ๆ เกิดการสิ้นเปลืองยาโดยไม่จำเป็น ประชาชนไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพ เช่น ดื่มเหล้าแล้วขับรถ สูบบุหรี่ โดยไม่หวั่นกลัวการเจ็บป่วย

4.3) งบประมาณของรัฐบาลไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด แต่ถูกใช้อย่างไม่สมเหตุผล ทำให้ประชาชนมีสิทธิแต่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในการ “สร้างสุขภาพ” ดังที่รัฐกล่าวอ้างมาตั้งแต่แรก ทำให้ประชาชนมาใช้บริการตรวจรักษาโรคและเรียกร้องการตรวจรักษาโดยอาจยังไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทำให้ต้องจ่ายเงินในสิ่งที่ไม่จำเป็น ต้องสูญเสียเงินมากมายเป็นแสนล้านในเรื่องที่ยังไม่ควรถูกจ่าย

5) ปัญหาของการไม่มีพระราชกฤษฎีกาเพื่อรองรับการใช้สิทธิ ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกลไกสำคัญ และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้เพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อดีของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.⁴ สำหรับผู้เขียนเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ยังไม่มีผลบังคับใช้ และเมื่อมีผลบังคับใช้ก็ต้องพัฒนากลไกต่าง ๆ ให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพ การนำมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้ให้เต็มศักยภาพในระหว่างที่ยังไม่มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. จึงเป็นทางเลือกที่ไม่ควรละเลย และเมื่อมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ที่ได้รับการยอมรับ เห็นพ้องต้องกัน และมีผลใช้บังคับ ก็สามารถ

⁴ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ขณะนี้บรรจุอยู่ในระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร.

เปลี่ยนไปใช้กลไกที่เกิดขึ้นใหม่นั้นได้ โอกาสที่ผู้รับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันเสียไป จากการไม่นำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ จึงเป็นเรื่องน่าเสียดาย เพราะมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีบทบัญญัติว่า มาตรา 41 “ให้คณะกรรมการกันเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เข้ารับบริการ ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการได้รับความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

การจะทำให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้มีผลอย่างครอบคลุมแก่ผู้รับบริการทั้งหมด สามารถทำได้ก็ต่อเมื่อได้มีการดำเนินการด้วยการนำเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาพิจารณาและดำเนินการให้ครบถ้วน แนวทางที่เป็นไปได้ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้สถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยร่วมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมบริการ หากเข้าอยู่ในระบบแล้วก็เป็นหน่วยบริการแบบใดแบบหนึ่ง แต่เพื่อขยายบทบาทของหน่วยบริการตามมาตรา 41 นี้ ก็สามารถให้หน่วยบริการที่มีมาตรฐานตามกฎหมายอื่น ๆ เป็นหน่วยร่วมให้บริการ เพื่อที่จะได้เอื้ออำนวย สามารถคุ้มครองผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขได้ตามกลไกของกฎหมายที่ได้กำหนดไว้) กรณีผู้เข้ารับบริการไม่ว่าเป็นสิทธิประโยชน์ใด เมื่อได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจเสนอหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เมื่อดำเนินการทั้งสองแนวทางนี้แล้ว พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ก็จะครอบคลุมความเสียหายของผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด และครอบคลุมไม่ว่าประชาชนจะใช้สิทธิใด ทั้งบัตรทอง ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการหรือแม้แต่บุคคลผู้ไร้สิทธิ

งบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มา เป็นงบประมาณจากรายหัวที่รัฐคำนวณให้จากประชากรที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียง 48 ล้านคน ดังนั้นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมทุกคนที่อยู่ใน

ประเทศไทย ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 5 บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 การได้รับงบประมาณที่คำนวณจากประชากร 48 ล้านคนจึงเป็นเพียงตัวเลขในการจัดการทางงบประมาณ ไม่ได้ตัดสิทธิประชากรกลุ่มอื่น ๆ และในปัจจุบันการดำเนินการเรื่องสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ครอบคลุมประชากรกลุ่มอื่น ๆ แล้ว ไม่ได้จำกัดเฉพาะประชากร 48 ล้านคน หากมีการจ่ายเงินชดเชยที่กันส่วนมาจากเงินคำนวณจากประชากร 48 ล้านคน ที่จะจ่ายให้หน่วยบริการ เงินอาจจะไม่เพียงพอและไม่เป็นธรรมกับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเจตนารมณ์ที่จะครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มในประเทศ โดยเน้นการจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชนไทยอย่างเสมอภาค และมุ่งหวังให้เกิดขึ้นของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกลไกในการจัดระบบการจัดการสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้จ่ายเงินเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขไปจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้แก่ประชาชนในสิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการราชการและสิทธิอื่น ๆ ก็เป็นบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะได้ขอรับเงินชดเชยนั้นคืนมาจากกองทุนอื่น ๆ หรือจากสำนักงบประมาณ การเรียกเงินคืนจากกองทุนอื่น ๆ จะยุ่งยากและ / หรือทำไม่ได้ นอกจากเจตนารมณ์ของกฎหมายจะกล่าวไว้ในตอนท้าย “จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 9 และมาตรา 10 ยังได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการขยายบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม เป็นการเสริมให้สิทธิที่อาจจะยังไม่ได้รับการพัฒนาในระบบเดิม เช่น กรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ หรือสิทธิอื่น ๆ หรือรายละเอียดอื่นนอกเหนือจากที่พระราชบัญญัติกำหนด พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดกลไกให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องดำเนินการ โดยจะต้องมีพระราชกฤษฎีกามารองรับ ขณะนี้ยังไม่มีพระราชกฤษฎีกา เพื่อรองรับการใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมสิทธิอื่น ๆ การเสนอให้มีการตราพระราชกฤษฎีกา จึงเป็นภารกิจสำคัญที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเร่งเสนอ เพราะแม้ว่าในบทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติมาตรา 66 ได้ให้เวลาไว้ แต่บัดนี้ได้ล่วงเลยเวลามาพอสมควร เพราะเข้าสู่ปีที่ 11 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็ยังไม่มี

การกำหนดรายละเอียดอะไรให้แน่ชัด การเสียชีวิตและเสียโอกาสหลายประการของประชาชนควร จะได้รับการปลดเปลื้อง เริ่มจากการคุ้มครองผู้เสียหายทางการแพทย์ทุกกลุ่ม จากพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เหตุที่ต้องมีพระราชกฤษฎีกาเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขตาม มาตรา 41 ประกอบมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก

(1) ประเทศไทยมีแนวโน้มของปัญหาผู้ป่วยที่ต้องบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากความ ผิดพลาดในทางการแพทย์ โดยเฉพาะกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดการ เผชิญหน้ากันระหว่างประชาชนกับบุคลากรด้านการแพทย์ที่ทวีความรุนแรงขึ้น จึงสมควรสร้าง กลไกเพื่อบรรเทาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรีบด่วน

(2) กลไกช่วยเหลือคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมี ข้อจำกัดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้เสียหายได้อย่างเป็นธรรมและมีไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมี กฎหมายที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังกล่าวได้แก่

(2.1) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 41 ที่ให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการ ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจาก การรักษาพยาบาล ซึ่งกำหนดวงเงินช่วยเหลือไม่เกิน 4 แสนบาท ในกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ แต่ก็เป็น การช่วยเหลือเยียวยาโดยจำกัด ที่คุ้มครองเฉพาะผู้มีสิทธิตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเท่านั้นและวงเงินที่ให้แก่ไม่เพียงพอที่จะเยียวยาความเสียหายได้อย่างแท้จริง

(2.2) ตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิด พ.ศ. 2539 ก็มีข้อจำกัดเฉพาะ ความเสียหายที่เกิดจากสถานพยาบาลของรัฐ ที่มีกระบวนการพิจารณาให้ค่าชดเชยล่าช้า เพราะต้อง ผ่านกระบวนการสอบสวนของทางราชการ และมีการไล่เบี้ยจากเจ้าหน้าที่ที่กระทำการโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

(3) การใช้กระบวนการทางศาล ยังก่อให้เกิดภาระแก่ผู้เสียหาย เนื่องจาก

(3.1) กระบวนการพิสูจน์สาเหตุของความเสียหายทำได้ยาก เพราะหลักฐาน เช่น เวชระเบียน ประวัติการรักษาจะอยู่กับทางสถานพยาบาล ซึ่งจะถูกปกปิดและอาจถูกแก้ไข ได้ หากเกิดกรณีพิพาทขึ้นหรือบางครั้งก็ต้องใช้พยานผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งก็เป็นบรรดาแพทย์ด้วยกัน ดังนั้น การจะยืนยันความผิดพลาดอาจจะทำได้ยาก โอกาสการชนะคดีจึงมีน้อย

(3.2) การต่อสู้ในชั้นศาล มีค่าใช้จ่ายสูง หาทนายที่เชี่ยวชาญเรื่องคดีทางการแพทย์ ได้ยาก ทั้งกระบวนการสืบพยานยังสร้างความเครียด ความทุกข์ทรมาน เจ็บซ้ำใจให้แก่ผู้เสียหาย มากขึ้นไปอีก

(3.3) ผู้เสียหายเพียงส่วนน้อยที่มีโอกาสเข้าสู่กระบวนการฟ้องร้อง เพราะกระบวนการฟ้องร้องยุ่งยาก ใช้เวลาที่ยาวนาน บางคดีใช้เวลากว่า 10 ปี โดยเฉพาะผู้เสียหายที่เป็นคนยากจน มีการศึกษาน้อยก็จะไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการฟ้องร้องแพทย์ และไม่มีเงินเป็นทุนในการต่อสู้คดี

(3.4) ทำให้เกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหาย

(3.5) ศาลเป็นระบบกล่าวโทษ และมุ่งพิสูจน์ความผิด ซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่ผู้เสียหายต้องการ เพราะผู้เสียหายต้องการการเยียวยา ชดเชยความเสียหายมากกว่ามุ่งทำให้แพทย์หรือบุคลากรอื่นต้องได้รับโทษ

ดังนั้น เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดปัญหาในระยะยาว จึงสมควรมีระบบที่มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายเป็นหลัก โดยต้องมีระบบการชดเชยอย่างรวดเร็วทันที่ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีความทุกข์ทรมานจากโรคหรือความเจ็บป่วยอยู่แล้ว จึงเข้าไปรับการรักษา เมื่อกลับต้องประสบความโชคร้ายซ้ำ คือเข้ารับบริการแล้วกลับได้รับความเสียหายอีก จึงเกิดความเดือดร้อนทวิคูณ ดังนั้น จึงสมควรที่จะมีกลไกเพื่อดูแลและเยียวยาความเสียหายอย่างรวดเร็วและเป็นธรรม ไม่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ

พระราชกฤษฎีกาที่ออกโดยอาศัยมาตรา 66 ประกอบกับมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ต้องสร้างหลักเกณฑ์ และกระบวนการช่วยเหลือ ชดเชยความเสียหาย เพื่อแก้ปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) กำหนดให้บุคคลผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ได้รับความคุ้มครองจากภาครัฐและมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น และเงินชดเชยจากกองทุน โดยไม่ต้องมีภาระการพิสูจน์ความผิดหากความเสียหายนั้นเกิดขึ้นจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือไม่ เป็นการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability) หรือการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด หรือใครเป็นคนผิด (No-fault Liability Compensation) เพื่อไม่ให้เป็นการแก่ผู้เสียหายที่ต้องนำสืบพิสูจน์ความผิดของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาอย่างเป็นธรรมและรวดเร็ว ทั้งนี้เป็นการมุ่งชดเชยความเสียหาย ไม่ใช่มุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ ประเทศที่มีการออกกฎหมายเพื่อให้เกิดระบบการชดเชยในลักษณะนี้มีอยู่หลายประเทศ เช่น ประเทศนิวซีแลนด์ มีกฎหมายนี้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1972 ประเทศสวีเดน มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ประเทศฟินแลนด์ มีมาตั้งแต่ ค.ศ. 1987 ประเทศนอร์เวย์ มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 และประเทศเดนมาร์ก มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 โดยกำหนดรายละเอียดไว้ใน

พระราชกฤษฎีกาให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชกฤษฎีกานี้โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิด โดยมีเงื่อนไข มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้วไม่มีผลกระทบต่ออาการชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจจะประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้⁵

2) ค่าชดเชยที่ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับนั้น หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ ค่าชดเชยกรณีพิการหรือทุพพลภาพ ค่าชดเชยความเสียหายต่อจิตใจ ค่าชดเชยกรณีถึงแก่ความตาย ค่าขาดไร้อุปการะ หรือความเสียหายอื่น ๆ อันไม่ใช่ตัวเงิน เป็นต้น เป็นการกำหนดไว้อย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้เสียหายได้รับการเยียวยาและชดเชยได้ตามความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุด โดยกำหนดรายละเอียดไว้ในพระราชกฤษฎีกาให้ “เงินชดเชย” หมายถึง

(1) ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ

(2) ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้

(3) ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ

(4) ค่าชดเชยความเสียหายต่อจิตใจ

(5) ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย

(6) ค่าชดเชยการขาดไร้อุปการะกรณีถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้อง

อุปการะเลี้ยงดู

(7) ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่น อันมิใช่ตัวเงิน

⁵ มาตรา 5 ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เสนอโดยคณะรัฐมนตรี.

⁶ มาตรา 6 ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เสนอโดยคณะรัฐมนตรี.

กรณีตามข้างต้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด⁷

3) พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ต้องกำหนดให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ยินยอมรับเงินชดเชยไปแล้วให้แสดงเจตนาที่จะสละสิทธิการฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่งและทางอาญากับแพทย์หรือผู้ให้บริการอันเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพ⁸ โดยกำหนดรายละเอียดไว้ในพระราชกฤษฎีกาให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยแล้ว ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหาย จัดทำสัญญาประนีประนอมยอมความ ทั้งนี้ตามวิธีการรูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ⁹

ผู้เขียนเสนอแนะให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ครอบคลุม สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม เป็นการให้สิทธิที่อาจจะยังไม่ได้รับการพัฒนา ในกรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหรือสิทธิย่อยบางสิทธิ โดยการตราพระราชกฤษฎีกาโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาเพื่อรองรับการใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมสิทธิอื่น ๆ เพื่อไม่ให้ประชาชนเสียสิทธิและเสียโอกาสหลายประการที่ควรจะได้รับ การปลดปล่อย เริ่มจากการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทุกกลุ่ม

4.2.2 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “ผู้ยากไร้ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ว่าเป็นความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับยกเว้นส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

“ยากไร้” หมายถึง ยากจน ขาดแคลนไปทุกอย่าง ตัวอย่าง คนยากไร้¹⁰

“ยากไร้” หมายถึง ยากจน ขาดแคลนไปทุกอย่าง และขยายลงไปอีกว่า ยากจนมีหลายมิติ อย่างน้อย ๆ คือ มิติทางเศรษฐศาสตร์ มิติระดับปัจเจกบุคคล และมิติระดับโครงสร้างสังคม

⁷ มาตรา 7 ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เสนอโดย นายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ.

⁸ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เสนอโดยนายเจริญ จรรย์โกมล และคณะ.

⁹ มาตรา 33 ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เสนอโดย คณะรัฐมนตรี.

¹⁰ พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. หน้า 901.

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ได้มีความพยายามที่จะมีการบัญญัตินิยาม “บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ใน มาตรา 3 ของร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ให้ชัดเจนเพื่อให้ง่ายต่อการตีความและเป็นการรักษาสิทธิที่ประชาชนพึงเคยมีไว้ โดยกรมการได้เสนอไว้ดังนี้

“บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” หมายความว่า บุคคลซึ่งไม่ได้รับสิทธิในด้านบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใดและเป็นบุคคล ดังต่อไปนี้

- (1) บุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์
- (2) บุคคลซึ่งมีอายุสูงเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
- (3) บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ
- (4) ภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช
- (5) บุคคลซึ่งได้กระทำความดี เป็นคุณแก่ชาติ หรือบุคคลซึ่งกำลังปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานให้รัฐ และรัฐเห็นสมควรให้ได้รับสวัสดิการบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”¹¹

แต่อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรมิมติเห็นด้วยกับกรมการเพียงข้างมาก 235 ต่อ 70 เสียง งดออกเสียง 1 ท่าน ที่ไม่ควรบัญญัตินิยามศัพท์ ของคำว่า “บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ในมาตรา 3 ของร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.¹²

จากนิยามศัพท์ตามข้างต้นมีความคล้ายคลึงกับหลักเกณฑ์การพิจารณาออกบัตรประกันสุขภาพประชาชนด้านการรักษาพยาบาลหรือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ก่อนการมีระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็คือบัตรที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้เฉพาะผู้ที่ยากจน และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เมื่อสมัยก่อนเรียกว่าบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) หรือบัตรสงเคราะห์ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยได้กำหนดหลักเกณฑ์ว่าผู้ใดบ้างได้รับสิทธิให้เป็นผู้ได้รับยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่ายหรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยดำเนินการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ให้มีหลักเกณฑ์อยู่ 8 ประเภท ดังนี้

- (1) เด็กอายุ 0 - 12 ปี ได้แก่เด็กอายุ 0 - 12 ปีทุกคน ยกเว้นเด็กที่พ่อแม่เบิกได้

¹¹ รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 21 ปีที่ 2 ครั้งที่ 23 (สมัยสามัญทั่วไป). (2545, 8 พฤษภาคม). ต้นฉบับ ชุดที่ 17 ของ 17 ชุด. หน้า 9 – 10.

¹² รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 21 ปีที่ 2 ครั้งที่ 24 (สมัยสามัญทั่วไป). (2545, 15 พฤษภาคม). ต้นฉบับ ชุดที่ 8 ของ 17 ชุด.

- (2) ผู้มีรายได้น้อย ได้แก่ผู้ที่อายุระหว่าง 13 - 60 ปี
 - (2.1) คนโสด มีรายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท
 - (2.2) ครอบครัว มีรายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท
- (3) นักเรียน เฉพาะนักเรียนที่อายุเกิน 12 ปีขึ้นไป และเรียนยังไม่จบชั้น ม.3
- (4) ผู้พิการ เฉพาะผู้พิการตามเกณฑ์พระราชบัญญัติ และอายุอยู่ระหว่าง 13 - 60 ปี
- (5) ทหารผ่านศึก เฉพาะตามเกณฑ์ทหารผ่านศึก และอายุระหว่าง 13 - 60 ปี
- (6) ภิกษุ ผู้นำศาสนา เฉพาะอายุระหว่าง 13 - 60 ปี
- (7) ผู้สูงอายุ ได้แก่ผู้ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ยกเว้นผู้ที่เบิกได้
- (8) บัตรชั่วคราว สำหรับผู้มีสิทธิตามข้อ 1 - 7 แต่ชื่อไม่ได้อยู่ในทะเบียนบ้าน

จากการวิเคราะห์ คำว่า “ผู้ยากไร้ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ทำให้ผู้เขียนมีความเห็นว่า ควรนิยามศัพท์ คำว่า “ผู้ยากไร้” หรือ “บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ให้ชัดเจน โดยบัญญัตินิยามศัพท์ไว้ในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ให้คงคำว่า “หรือบุคคลอื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ” ของมาตรา 5 วรรคสอง ไว้เพื่อที่จะไม่ทำให้กฎหมายมีลักษณะตายตัวหรือแข็งกระด้างเกินไป โดยการที่บัญญัตินิยามศัพท์ไว้ว่า “ผู้ยากไร้ หรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” คือใคร เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเข้าใจในสิทธิและทราบถึงสิทธิของตนที่พึงมีโดยชัดเจนตามกฎหมาย ไม่ต้องกลัวว่าจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ตลอดจนได้รับความคุ้มครองไว้โดยชัดเจนในกฎหมายโดยไม่ต้องไปตีความว่า “ผู้ยากไร้หรือบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” เป็นใคร มีขอบเขตเท่าใดเพียงใด และครอบคลุมกลุ่มบุคคลกลุ่มใดบ้างให้ชัดเจนมากขึ้น และไม่ไปตัดการใช้ดุลพินิจของรัฐมนตรีที่จะใช้ดุลพินิจในการออกประกาศกำหนดเพิ่มเติม ยกเว้น ให้บุคคลใดบ้างที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข โดยผู้เขียนขอเสนอแนะให้แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลในการกำหนดว่า ผู้ใดควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียค่าบริการหรือส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 วรรคสอง โดยบัญญัติคำนิยามศัพท์ คำว่า “ผู้ยากไร้ หรือ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการกำหนดว่าบุคคลใดบ้างได้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยกำหนดคำนิยามเพื่อเป็นเกณฑ์ที่ชัดเจนดังนี้

“ผู้ยากไร้ หรือ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” หมายความว่า บุคคลซึ่งไม่ได้รับสิทธิในด้านบริการสาธารณสุขตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่งอื่นใดและเป็นบุคคล ดังต่อไปนี้

- 1) บุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 12 ปีบริบูรณ์

- 2) บุคคลซึ่งมีอายุสูงเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์
- 3) บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ
- 4) ภิกษุ สามเณร นักพรต นักบวช
- 5) บุคคลซึ่งได้กระทำความดี เป็นคุณแก่ชาติ หรือบุคคลซึ่งกำลังปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานให้รัฐ และรัฐเห็นสมควรให้ได้รับสวัสดิการบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

4.2.3 ปัญหาถ้อยคำ ความหมายของคำว่า “บุคคลทุกคนผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข” นั้นมีความหมายและขอบเขตเพียงใด ที่ได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

“บุคคลทุกคน” ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมายถึงใครบ้าง

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามฐานะการคลังของประเทศตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายใดอยู่แล้วให้คงมีสิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป เว้นแต่พระราชบัญญัตินี้จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น”

บทบัญญัติในมาตรา 5 วรรคแรก เป็นการรับรองสิทธิของบุคคลในการรับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ภายใต้งैอนใจที่ว่าต้องเป็นไป “ตามฐานะการคลังของประเทศ” แต่เพื่อให้มาตรฐานและประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมั่นคงไม่แปรผันตามฐานะการคลังของประเทศจึงได้มีการเสนอให้ตัดถ้อยคำ “ตามฐานะการคลังของประเทศ” ออก

“บุคคลทุกคน” ตามกฎหมายนี้ หมายถึงใครบ้าง เดิมที่มีการตีความว่าถ้อยคำดังกล่าวเป็นการรับรองให้แก่ “บุคคลทุกคน” ไม่เฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้นแต่ต่อมาเพื่อให้เกิดความชัดเจนว่ารับรองสิทธินี้ให้เฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น เพราะงบประมาณที่นำมาใช้ล้วนมาจากภาษีของประชาชน อีกทั้งสิทธิการรับบริการสาธารณสุขน่าจะเป็นสิทธิพลเมืองมากกว่าสิทธิมนุษยชนประกอบกับสถานะทางการคลังหลังวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย จึงเห็นสมควรให้รับรองเฉพาะบุคคลสัญชาติไทยโดยได้เสนอให้บัญญัติให้ชัดเจน.

ในประเด็นนี้ได้มีความเห็นของผู้เสนอร่างกฎหมายเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มแรก เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลทุกคน” ไม่เฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น¹³

กลุ่มสอง เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น”¹⁴

กลุ่มสาม เห็นว่ามาตรา 5 วรรคแรกรับรองสิทธิให้กับ “บุคคลสัญชาติไทยซึ่งมีภูมิลำเนาในประเทศไทย”¹⁵

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบกับเหตุผลในการออกพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว มีหลักการและเจตนารมณ์ที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทยโดยการกำหนดให้บริการสาธารณสุขที่ทุกคนจะได้รับจากหน่วยบริการต้องมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเสมอภาคเท่ากันทุกคน ทั้งนี้เพื่อเป็นการรองรับสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และเป็นการดำเนินตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตาม มาตรา 52 และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว มาตรา 18 จึงให้อำนาจคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น รวมถึงกำหนดอัตราค่าบริการ และมาตรฐานการให้บริการเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชน ดังนั้น การที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขที่ผู้รับบริการจะร่วมจ่ายแก่หน่วยบริการให้แตกต่างกันหลายอัตราตามฐานะทางเศรษฐกิจ จึงขัดแย้งกับหลักการและเจตนารมณ์ของกฎหมาย

จากข้อมูลเบื้องต้นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรากฏว่ามีการตีความบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ในมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีข้อความตอนหนึ่งว่า “บุคคลที่จะมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข” ตาม มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ทั้งนี้เพราะพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติขึ้นตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 อยู่ในหมวด 3 ว่าด้วย สิทธิและเสรีภาพของชนชาว

¹³ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดย นายสุวัฒน์ วรรณศิริกุล และคณะ.

¹⁴ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดย นายภูมินทร์ ลีธีระประเสริฐและคณะ, ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดยนายอานวย คลังผา และคณะ, ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดยนายสิทธิชัย กิตติชนเศรษฐ และคณะ.

¹⁵ ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.ที่เสนอโดยนายปรีชา มุสิกกุลและคณะ.

ไทย ดังนั้นความหมายของคำว่า “บุคคล” ในมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และในมาตรา 52 แห่งรัฐธรรมนูญ จึงหมายถึงชนชาวไทย ตามหมวด 3 แห่งรัฐธรรมนูญ ในทางกฎหมายคำว่า “ชนชาวไทย” หมายถึงบุคคลที่มีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติจึงไม่ครอบคลุมถึงคนต่างด้าว ย่อมหมายความว่าบุคคลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ย่อมหมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย เช่นกัน นอกจากนี้ในทางปฏิบัติบุคคลที่มาของลงทะเบียนใช้สิทธิจะต้อง มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ด้วย โดยตัวอย่างบุคคลที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ ได้แก่ 1) ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปยกเว้น ลูกจ้างทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย 2) ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ และครอบครัว 3) ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ครูโรงเรียนเอกชนในระบบ หลังจการศึกษากฎหมายของสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้รับความเพิ่มเติมว่า

1. ไม่มีสัญชาติไทยไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ทางสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยืนยันคำเดิมว่าสิทธิในหลักประกันสุขภาพนั้นมีได้เฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้น แม้ว่าก่อนหน้านี้ (ครั้งที่ ระเบียบว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ยังมีอยู่) จะหมายถึงบุคคลทุกคน (จริง ๆ) ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่หลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ก็ถือเป็นจุดสิ้นสุดของระเบียบฉบับดังกล่าว ผลในครั้งนั้นตกอยู่กับประชาชน

2. ไม่มีเลข 13 หลัก ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทางของสำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบอกว่า ตอนนั้ระบบหลักประกันสุขภาพถูกผูกติดกับเลข 13 หลัก ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพจะต้องมีเลข 13 หลัก โดยมีข้อสังเกตว่าต้องผ่านด่านแรกมาก่อน คือ ต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีสัญชาติไทยหรือไม่ แล้วจึงพิจารณาเงื่อนไขต่อไปว่ามีเลข 13 หลักหรือไม่ เนื่องจากไม่เฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้นที่มีเลข 13 หลัก ดังนั้น จะใช้สิทธิบัตรทองได้ในความหมายนี้ก็ต้องมีทั้งสัญชาติไทยและมีเลข 13 หลัก

3. คนที่มีสัญชาติไทยตามข้อเท็จจริง ยังไม่ได้รับการรับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย จึงยังไม่มีเลข 13 หลัก เช่น คนที่ไม่ได้แจ้งเกิดจึงไม่มีชื่อใน ทร.1 จึงถูกกฎหมายสันนิษฐานว่าเป็นคนต่างด้าว อย่างน้อยก็ต้องมีเอกสารจากทางราชการ (กรมการปกครอง) ที่รับรอง หรือยืนยันว่ามีสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2555

ทำไมจึงตีความคำว่า “บุคคล” ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพให้แคบแต่ “คนสัญชาติไทย” เท่านั้น เพราะการตีความเช่นนั้นย่อมส่งผลให้ประชาชนไทยจำนวนหนึ่งซึ่งไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ต้องตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ สิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของ “คนทุกคน” หรือ “คนสัญชาติไทย” และปัญหาการตีความว่า “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึงเฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้น ชอบด้วยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2550 หรือไม่ แท้จริงแล้วรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2550 มีเจตนารมณ์ให้สิทธิในหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของ “คนทุกคน” หรือ “คนสัญชาติไทย”

ปัญหาของรัฐธรรมนูญไทย แต่เดิมในทางคำราชของไทยตีความรัฐธรรมนูญในหมวดที่ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพว่าบุคคลที่อยู่ในหมวด 3 นั้นหมายถึงคนไทยเท่านั้น (แนวคิดที่เคยเป็นมาโดยตลอด) แนวคิดนี้ควรถูกเปลี่ยนแปลงเนื่องจากตั้งแต่มีรัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นต้นมาได้เพิ่ม “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เข้ามาในรัฐธรรมนูญมาตรา 4 โดยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้ก็คือคุณค่าที่ตกได้เพียงคุณเป็นมนุษย์ ดังนั้น หากบอกว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในหมวดว่าด้วยสิทธิเสรีภาพตกแก่คนไทยเท่านั้นจะเป็นการขัดแย้งในตัวเองเนื่องจากสิ่งที่เอาเข้ามารับรองในหมวด 3 นั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีพรมแดน เป็นมิติที่เปลี่ยนแปลงไปจากรัฐธรรมนูญเดิม จึงมีประเด็นว่าจะเอาคำร่าเก่ามาอธิบายได้หรือไม่ โดยสรุปก็คือ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่ได้มีเฉพาะคนไทยเท่านั้น

รัฐธรรมนูญของต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐธรรมนูญของประเทศแถบยุโรปจะจำแนกผู้ทรงสิทธิไว้อย่างชัดเจน ว่าสิทธิใดเป็นสิทธิของคนทุกคน โดยจะใช้คำว่าสิทธิของคนทุกคน ทุกคนมีสิทธิ แต่หากสิทธิใดเป็นสิทธิของพลเมือง ก็จะระบุเฉพาะลงไป เช่น ในกฎหมายเยอรมันที่ระบุว่าคนเยอรมันทุกคนมีสิทธิ จำแนกชัดเจนว่าใครเป็นผู้ทรงสิทธิในเรื่องไหน อย่างไร นี่เป็นมิติเรื่องผู้ทรงสิทธิที่คำนึงถึงคนทุกคนรวมถึงต่างด้าว

ข้อพิจารณาว่าสิทธิใดเป็นสิทธิของคนทุกคน ก็คือต้องเป็นสิทธิที่บุคคลนั้นมีมาตั้งแต่เกิดโดยไม่ขึ้นอยู่กับพรมแดนของอำนาจรัฐ สิทธิในร่างกายเป็นสิทธิมนุษยชนเพราะว่าเป็นสิทธิที่ได้มาจากพระเจ้าไม่ใช่รัฐให้ ดังนั้นพรมแดนของรัฐจึงไม่ใช่ตัวจำกัดสิทธิเหล่านี้ ต่างจากสิทธิในทางการเมืองเป็นสิทธิที่รัฐเป็นผู้ให้ รัฐจึงมีความชอบธรรมที่จะกำหนดว่าจะให้ใครแก่ไหน และเพียงใด

นอกจากนี้อาจจำแนกสิทธิโดยแนวคลาสสิกของเยอรมันได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก status negativus เป็นสิทธิที่ปฏิเสธอำนาจรัฐ ได้แก่ สิทธิส่วนบุคคล สิทธิในชีวิตร่างกาย รัฐมีหน้าที่อยู่ห่าง ๆ บังเจกบุคคลสามารถใช้สิทธิได้เองโดยรัฐไม่ต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยว

กลุ่มที่สอง status positivus เป็นสิทธิที่บุคคลไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ด้วยตัวของปัจเจกบุคคลเอง รัฐต้องเข้ามาดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งให้สิทธินั้นบรรลุเป้าหมายได้ เช่น

สิทธิของคนพิการที่จะต้องได้รับการอำนวยความสะดวก เช่น รถไฟฟ้าต้องจัดลิฟท์ให้คนพิการ สิทธิในการเรียนฟรีที่รัฐต้องเข้าสร้างโรงเรียนให้เรียน สิทธิในสุขภาพที่รัฐต้องเข้ามาสร้างโรงพยาบาลให้ เป็นสิ่งที่ปัจเจกบุคคลไม่อาจบรรลุเองได้หากรัฐไม่เข้ามาดำเนินการ

กลุ่มที่สาม status activus เป็นสิทธิทางการเมือง เป็นสิทธิที่จะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของพลเมืองของรัฐ รัฐมีหน้าที่ต้องอำนวยความสะดวกให้ทุกคนได้ใช้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

โดยกลุ่ม status negativus นั้นชัดเจนว่าเป็นสิทธิมนุษยชน ส่วนกลุ่ม status activus ก็ชัดเจนว่าเป็นสิทธิพลเมือง แต่ที่มีปัญหาก็คือกลุ่ม status positivus อยู่ระหว่างกลางที่ปัจเจกบุคคลไม่สามารถบรรลุได้เอง และรัฐต้องเข้ามาช่วยดำเนินการให้¹⁶

จึงมีประเด็นว่าคนที่ตกหล่นไม่มีสัญชาติ จะมีสิทธิในการรักษาพยาบาลหรือไม่ มีพรมแดนเรื่องเชื้อชาติในเรื่องนี้หรือไม่ ดังนั้น จะเห็นว่าปัญหาสิทธิในหลักประกันสุขภาพถือเป็นหนึ่งในกลุ่ม status positivus ที่มีประเด็นว่า เฉพาะคนไทยเท่านั้น หรือคนไทยตามความเป็นจริงที่ไม่มีสัญชาติและเลข 13 หลัก เมื่อเรื่องนี้ไม่มีความชัดเจนเหมือนสิทธิอื่นจึงต้องแก้ไขโดย

1. ถ้าเป็นกรณีมีสนธิสัญญาที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีในเรื่องนี้ ก็ให้นำสนธิสัญญาทั้งหลายที่ไทยเป็นภาคีเข้ามาอธิบายว่าประเทศไทยมีพันธกรณีต้องผูกพันตามสนธิสัญญาใดบ้างแค่ไหน เพียงใด

2. แต่ถ้าเป็นกรณีที่ไม่มีสนธิสัญญา ก็ต้องใช้การอธิบายจากตัวเนื้อแห่งสิทธิ ให้เห็นว่าสิทธินี้เป็นสิทธิที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ และเป็นสิทธิที่บุคคลพึงจะมีในฐานะที่เป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุดบุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างไร หากปราศจากสิทธิในทางสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องอธิบายว่าสิทธินี้เป็นสาระสำคัญของดำรงอยู่ของชีวิต สิทธินี้จึงไม่ควรขึ้นอยู่กับการจำแนกแยกแยะคน

การตีความว่า “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา 5 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้น หมายถึงเฉพาะคนสัญชาติไทยเท่านั้น ไม่ชอบด้วยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2550

ในประเด็นนี้ก็ต้องใช้หลักในการพิจารณาเช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น ต้องย้อนกลับไปดูถึงจุดเปลี่ยนผ่านจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 มาสู่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีการแก้ไขเพิ่มเติมในมาตรา 4 โดยได้เพิ่ม “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เข้ามา

¹⁶ บรรเจิด สิงคะเนติ. แหล่งเดิม. หน้า 62 – 63.

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2548¹⁷ เป็นที่ปรากฏแน่ชัดว่าทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ตระหนักว่าประเทศไทยยังมีประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยซึ่งประสบปัญหาสถานะบุคคล และทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็มีได้เพิกเฉยต่อความจริงนี้ ดังจะเห็นได้จากมติที่ประชุมเห็นควรมีหน่วยงานเฉพาะเพื่อรับผิดชอบ และจะนำเสนอประเด็นปัญหาต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาหาแนวทางในการดำเนินการ หากคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและมอบหมายให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบบุคคลกลุ่มดังกล่าว พร้อมสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็จะได้ดำเนินการตามพระบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (14)

ประการที่สอง จากมติที่ประชุมครั้งต่อมาเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2549 ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 16/2549 ได้ยืนยันตามมติที่ประชุม ครั้งที่ 1/2548 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2548 โดยเห็นชอบให้ขยายสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานหรือเกิดในประเทศไทยและอยู่ระหว่างรอการพิสูจน์สิทธิและสถานะบุคคล¹⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลกลุ่มดังกล่าว และเตรียมเสนอต่อ คณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (14) จากมติที่ประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านมาทั้งสองครั้งช่วยยืนยันให้สังคมไทยได้โล่งใจว่า ภาครัฐและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต่างก็รับรู้ในควมมีตัวตนอยู่จริงของคนไร้สัญชาติ และต่อแต่นี้ไป “คนไร้สัญชาติ” จะมีผู้ใช้พิการทางโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพอีกต่อไป จากกรณีดังกล่าวที่มุ่งคุ้มครองบุคคลทุกคนในรัฐโดยไม่แยกว่าเป็นคนสัญชาติไทยหรือไม่ หรืออาจจะเป็นผู้ตกหล่นในระบบหลักประกันสุขภาพสามารถมีสิทธิเข้ารับบริการสาธารณสุขได้เหมือนในประเทศอังกฤษ ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) เป็นระบบการดูแลสุขภาพของประเทศอังกฤษ โดยโรงพยาบาลของรัฐบาลส่วนการรักษารักษาฟรี (สำหรับทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ) รวมถึงการรักษาในกรณีฉุกเฉินตามระเบียบขั้นตอน General Practitioner (GP) (การรักษาจากแพทย์ภายในท้องถิ่น) นั้น ๆ เป็นระบบเงินทุนของผู้เสียภาษีอากรของอังกฤษ สำหรับความชัดเจนของวัตถุประสงค์คือ “ผู้อยู่อาศัยทั่วไป” หมายความว่าทุกคนที่เข้ามาอาศัยแบบถาวรในประเทศอังกฤษ ตัวอย่าง ถ้า นายดำ มีวีซ่าหกเดือน นายดำ จะได้รับการ

¹⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548. หน้า 43.

¹⁸ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. หน้า 34.

คุ้มครองนี้ทันทีนับตั้งแต่เวลาที่นายคำเข้ามาในประเทศไทย การลงทะเบียนกับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่เรียบง่าย โดยนายคำต้องไปลงทะเบียนที่หน่วยงานดูแลสุขภาพของนายคำในท้องถิ่นที่นายคำอาศัยอยู่ จากนั้นนายคำ จะได้เลือกแพทย์ประจำตัวในการรักษา (จากสำนักงานแพทย์ท้องถิ่นของคุณ) การลงทะเบียนนายคำ ต้องมีหมายเลขระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ วันเดือนปีเกิด ชื่อและที่อยู่ และที่เห็นได้เด่นชัดอีกประเทศหนึ่งที่คุ้มครองบุคคลที่เข้ามาอยู่ในรัฐ คือ ประเทศออสเตรเลีย ในระบบ Medicare ของประเทศออสเตรเลียได้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ประชาชนชาวนิวซีแลนด์ที่อยู่ในประเทศ ตลอดจนนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน โดยหลักการผู้ประกันตนสามารถรับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลของรัฐได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ปัญหาในเรื่องสิทธิในบริการสาธารณสุข ประเด็นปัญหาดังกล่าวไม่ได้อยู่ที่การมีสิทธิในบริการสาธารณสุขหรือไม่ หากแต่แท้จริงแล้วอยู่ที่การเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขมากกว่า กล่าวคือ แม้โรงพยาบาลของรัฐจะไม่ปฏิเสธการรักษาแต่อย่างใด แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ที่มีฐานะยากจนมาก ๆ อีกทั้งไม่มีสิทธิในโครงการ 30 บาท ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขได้นั้นเกิดจาก ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตัวบุคคลผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือโครงการ 30 รักษาทุกโรค ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไว้ว่าตัวบุคคลผู้มีสิทธิตามมาตรา 5 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นต้องเป็นบุคคลผู้มีสัญชาติไทย โดยให้เหตุผลว่า พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้ออกตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 นั้นบัญญัติไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิ เสรีภาพของชนชาวไทย ฉะนั้น บุคคลผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือบุคคลผู้มีสัญชาติไทย อีกทั้งยังมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2549 ออกมาย้ำอีกว่าผู้มีสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ได้แก่ ผู้มีสัญชาติไทย การตีความกำหนดสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เฉพาะตัวบุคคลผู้มีสัญชาติไทย โดยไม่ครอบคลุมไปถึงบุคคลซึ่งไร้สัญชาติไทย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลนั้นไม่ถูกต้อง จริงอยู่ที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออกตามบทบัญญัติมาตรา 52 อยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 แต่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวนี้ได้บัญญัติขึ้นมารองรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่รัฐไทยเป็นภาคี เพื่อรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในบริการสาธารณสุข เช่นนี้เมื่อสิทธิของบุคคลในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐธรรมนูญได้รับรองไว้แล้ว ย่อมครอบคลุมไปถึงผู้ไร้สัญชาติด้วย ดังนั้นควรมองที่

เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ มากกว่ามองที่หมวดของรัฐธรรมนูญ เพราะคนที่ไม่ได้แจ้งเกิดจึงไม่มีชื่อใน ทร.1 จึงถูกกฎหมายสันนิษฐานว่าเป็นคนไร้สัญชาติ อาจจะเป็นคนไทยตามความเป็นจริงก็ได้ สิทธิตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นั้นเป็นสิทธิในบริการสาธารณสุข อันเป็นสิทธิมนุษยชน จึงไม่ต้องมีข้อเรียกร้องใด ๆ ขอให้เกิดมาเป็นมนุษย์ก็พอแล้ว สิทธิ เสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น ชีวิตทุกชีวิตมีคุณค่าเท่าเทียมกันหมด ไม่ว่าจะเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะความเป็นอยู่ใด แต่การลดทอนไปซึ่งสิทธิในบริการสาธารณสุขของคน โดยการไม่ให้เข้าถึงสิทธิที่มีอยู่ ด้วยเหตุเพราะไร้สัญชาติไทย ในกรณีกฎหมายและนโยบายที่มีครอบคลุมถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้สัญชาติ แต่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน เสนอให้มีการตีความ “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เสียใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมถึงบุคคลทุกคนอย่างแท้จริงในทางปฏิบัติหรือในกรณีกฎหมายและนโยบายที่มีไม่ครอบคลุมถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้สัญชาติ เสนอให้สร้างกฎหมายหรือนโยบายขึ้นมาใหม่เพื่อรองรับสิทธิของคนกลุ่มนี้ ผู้เขียนมีความเห็นว่า สมควรที่จะแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 5 และยกเลิกประกาศคณะรัฐมนตรี โดยผู้เขียนเสนอแนะให้สร้างความเสมอภาค และความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เสนอให้มีการตีความ “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เสียใหม่ เพื่อให้ครอบคลุมถึงบุคคลทุกคนอย่างแท้จริงในทางปฏิบัติ หรือในกรณีกฎหมายและนโยบายที่มีไม่ครอบคลุมถึงสิทธิในหลักประกันสุขภาพของคนไร้สัญชาติ และเสนอให้สร้างกฎหมายหรือนโยบายขึ้นมาใหม่เพื่อรองรับประกาศคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2549 ผู้มีสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และควรบัญญัติข้อความใหม่ ให้มีลักษณะครอบคลุม ยืดหยุ่นและคุ้มครองไปจนถึงประชาชนผู้ไร้สัญชาติที่เป็นคนไทยตามความเป็นจริงที่ขาดความรู้และความเข้าใจในสิทธิที่ตนพึงมี และไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านหรือไม่มีหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและเป็นธรรมดังเช่น ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ที่เคยบัญญัติไว้และถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อคุ้มครองสิทธิความเสมอภาค ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม ทัวถึง มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ดังนี้

“ผู้มีสิทธิได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ เว้นแต่

- 1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
- 2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ

6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง อาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ ”