

## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 บทสรุป

การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มดำเนินการทั่วประเทศตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 โดยได้กำหนดให้มีการร่วมจ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอัตรา 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้น ผู้ถือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เมื่อพิจารณาจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวแล้วควรพิจารณาว่าอัตราที่เหมาะสมหรือไม่ ทั้งในด้านเป็นแหล่งรายได้ของสถานพยาบาล และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการให้บริการที่เกินความจำเป็นของผู้ป่วย ในระยะนี้พบว่า มีนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ หลายท่าน ต่างก็ออกมาแสดงความคิดเห็นถึง “ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ” ในประเทศไทย โดยเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทยนั้น เริ่มแรก มีเฉพาะในกลุ่มข้าราชการ ที่ได้รับเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้ให้สิทธิและการคุ้มครองแก่ลูกจ้างในภาคเอกชน เพื่อให้ได้รับการได้รับการรักษาพยาบาลและสิทธิในการคุ้มครองสวัสดิการอื่น ๆ ด้วย ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ให้สิทธิแก่ประชาชนที่ไม่มีสิทธิในการ “ประกันสุขภาพ” จากทั้ง 2 ระบบดังกล่าวมาแล้ว โดยให้สิทธิแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการในอัตราครั้งละ 30 บาท ในปี พ.ศ. 2550 ในรัฐบาล พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้ยกเลิกการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาทจากประชาชนที่ไปรับบริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มนี้มีจำนวน 48 ล้านคน ที่ได้รับสิทธิในการรักษาสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากในระบบบริการทางการแพทย์ ตลอดจนระบบการเงินการคลังของรัฐ และกระทบต่อสิทธิของประชาชนกลุ่มอื่น กล่าวคือ ก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในหมู่ประชาชน เกิดการขาดแคลนด้านงบประมาณ มีการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกิดปัญหาการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น เกิดการละเมิดสิทธิประชาชน และเกิดความเสียหายในมาตรฐานทางการแพทย์ ในวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาเรื่องนโยบายร่วมจ่าย 30 บาท ในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติตามคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์ ให้เรียกเก็บ 30 บาท เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2555 การเรียกเก็บต้อง

เป็นไปตามเงื่อนไข โดยให้เรียกเก็บกรณีประชาชนไปใช้บริการและได้รับการส่งจ่ายยาเท่านั้น หากไม่มีการส่งยาไม่ต้องเรียกเก็บ

ประเทศอื่น ๆ ยังมีนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป มี 2 รูปแบบ

แบบแรก คือแบบที่มีประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบ และมีประเทศออสเตรเลีย ประเทศไต้หวัน ประเทศสิงคโปร์ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศไทยได้นำเอานโยบายประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบ ระบบประกันสุขภาพหลักนั้นมาจากหลักการและเหตุผลที่ว่า โรงพยาบาลก็เป็นบริการพื้นฐานสาธารณะแบบเดียวกับตำรวจหรือศาลยุติธรรม ดังนั้นสถานพยาบาลเกือบทั้งหมด รัฐจึงควรเป็นเจ้าของและบริหาร โดยรัฐ สำหรับประเทศที่ในด้านอื่น ๆ ก่อนข้างมีความเป็นทุนนิยมเสรีสูงอย่าง ประเทศอังกฤษ ปัจจุบันมีหลายประเทศที่ยึดหลักการเดียวกันนี้ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศไต้หวัน และประเทศสิงคโปร์ ในประเทศอังกฤษนั้น โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะเป็นของรัฐ และแพทย์ส่วนใหญ่ก็เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐด้วย มีสถานพยาบาลของเอกชนอยู่บ้างแต่รับรักษาเฉพาะโรคพื้นฐานแล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนแพทย์อิสระก็มี แต่ก็เบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ คนอังกฤษไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะรัฐเป็นผู้รับภาระแทนทั้งหมด หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้เสียภาษีนั่นเอง องค์การของรัฐที่เรียกว่า National Healthcare Systems เป็นผู้กำกับนโยบายและบริหารค่าใช้จ่ายทั้งหมดของสถานพยาบาล โดยได้รับงบประมาณจากรัฐบาลข้อดีของระบบนี้คือ รัฐคอยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของคนทั้งประเทศทำให้รัฐมีอำนาจต่อรอง (Supplier) สูงมาก จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประเทศต่ำลงได้ แต่ข้อเสียก็จะเป็นระบบที่สร้างภาระทางการเงินให้กับภาครัฐค่อนข้างมาก เพราะค่ารักษาพยาบาลของคนทั้งประเทศ คือ ค่าใช้จ่ายของรัฐ และมักนำไปสู่วิกฤติการคลังอยู่บ่อย ๆ

แบบที่สอง เป็นรูปแบบที่พยายามแก้ไขข้อเสียของแบบแรกด้วยการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพขึ้นมาต่างหาก ไม่พึ่งพางบประมาณแผ่นดิน แต่ยังคงให้รัฐเป็นผู้บริหารกองทุนให้เพื่อให้เกิดอำนาจต่อรองเหมือนเดิม และรัฐจะเป็นผู้ออกกฎหมาย เพื่อบังคับให้ผู้มีรายได้ทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนนี้ โดยการหักเงินเดือน (บวกเงินสมทบจากนายจ้าง) ฯลฯ การบังคับให้ทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบขั้นต่ำเข้ากองทุนช่วยให้กองทุนมีรายได้มากพอที่จะดำรงอยู่ได้ เพราะคนจำนวนมากที่ไม่ได้เจ็บป่วยจะช่วยแชร์ค่าใช้จ่ายให้กับคนที่ป่วย ในเวลาเดียวกันก็เป็นการลดความมั่นคงของตัวเองด้วย หากกลายเป็นผู้เจ็บป่วยขึ้นมา ตัวอย่างของประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศเยอรมัน และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ปัจจุบันเยอรมนีใช้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นหลัก แต่ในเวลาเดียวกันก็สนับสนุนให้มีระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่มีเอกชนเป็น

ผู้บริหารกองทุนเป็นตัวเสริม เพื่อตอบสนองคนที่ต้องการบริการในระดับที่ดียิ่งขึ้นไป ส่วนประเทศญี่ปุ่นนั้น ถ้าเป็นเรื่องสุขภาพพื้นฐานจะเป็นระบบ co - payment กล่าวคือ รัฐและผู้ป่วยเฉลี่ยค่าใช้จ่ายกัน (70 : 30) แต่ถ้านอกเหนือจากนั้นจะใช้กองทุนประกันสุขภาพที่บริหารโดยรัฐ ข้อดีของการมี co-payment คือ ถ้าต้องฟรีทั้งหมด ประชาชนจะมีแนวโน้มที่จะใช้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ส่งผลให้สถานพยาบาลแออัดและขาดแคลน แต่ถ้าหากอย่างน้อยที่สุดประชาชนยังต้องออกค่าใช้จ่ายบางส่วน ก็จะช่วยลดจำนวนคนที่มาใช้บริการลงได้ส่วนหนึ่ง รัฐสามารถบริหารอัตราการให้บริการของทั้งระบบได้ด้วยวิธีการกำหนดสัดส่วนของ co - payment ให้เหมาะสม ภาพลักษณ์ของทั้งระบบก็จะดีขึ้น

ส่วนประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่ซับซ้อนที่สุดในเวลานี้ เพราะแตกแยกออกเป็นหลายระบบมาก ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นระบบเอกชน เพื่อสร้างประสิทธิภาพและการพัฒนา แต่ในด้านของผู้ที่ต้องร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขนั้นจะมีส่วนคล้ายกัน กล่าวคือ คนอเมริกันวัยทำงานส่วนใหญ่จะมีประกันสุขภาพของเอกชนมากที่สุด โดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันให้เพื่อเป็นสวัสดิการพนักงาน คนวัยทำงานบางส่วน จะประกันสุขภาพกับเอกชนด้วยเงินของตัวเอง เนื่องจากบริษัทที่ทำงานอยู่เป็นบริษัทขนาดเล็กที่ไม่มีสวัสดิการทำนองนี้อยู่ และมีอีกเป็นจำนวนไม่น้อยเลย ที่ไม่มีประกันสุขภาพอะไรเลย ในเวลาเดียวกันก็มีคนกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มที่อยู่ในระบบสวัสดิการสังคมของรัฐ รัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ผ่าน โปรแกรมต่าง ๆ เช่น Medicare สำหรับคนพิการและคนที่อายุเกิน 65 ปี หรือ Medicaid สำหรับกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย เป็นต้น ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลถือเป็นปัญหาที่สำคัญมากของประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะประเทศสหรัฐอเมริกา ถือเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก และยังมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น

ปัจจุบันพบว่าประชาชนฟ้องร้องและร้องเรียนแพทย์ตลอดจนโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการที่ประชาชนไปเข้ารับการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษาประชาชนแต่ละคนน้อยลง มีเวลาทำความเข้าใจกับประชาชนน้อยลง เกิดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดหรือความเข้าใจผิดของประชาชน ทำให้ประชาชนไม่พึงพอใจในการรักษาและนำเรื่องไปร้องเรียนและมีการฟ้องร้องมากขึ้นทุกปี จากสถิติของแพทยสภา และสถิติการร้องเรียนขอความช่วยเหลือตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือการฟ้องร้องต่อศาล รวมทั้งมีการจัดตั้งเครือข่ายผู้เสียหายที่พยายามจะผลักดันให้มีการยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... ต่างก็อ้างว่ามีความเสียหายมากขึ้น และต้องการได้รับเงินค่าชดเชย นอกจากนี้การที่ประชาชนรู้ว่าตนมีสิทธิในการเข้ารับ

รักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าตรวจรักษาใด ๆ หรือร่วมจ่ายในราคาที่ถูกลง จึงส่งผลให้มีการเรียกร้องสิทธิในการตรวจรักษามากยิ่งขึ้น โดยไม่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมประจำวันของคนที่อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยที่มากขึ้น และเมื่อมารักษาแล้วประสบกับผลการรักษาที่ไม่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ ก็จะไปฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องเงินช่วยเหลือหรือไปฟ้องร้องต่อศาลมากยิ่งขึ้น

จากปัญหาการไม่บัญญัติคำว่า “ผู้ยากไร้หรือบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ชัดเจนจึงเป็นปัญหาในการตีความจากการวิเคราะห์ คำว่า “ผู้ยากไร้ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” คือใคร มีความหมายครอบคลุมถึงกลุ่มบุคคลใดบ้าง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเข้าใจในสิทธิและทราบถึงสิทธิของตนที่พึงมีโดยชัดแจ้งตามกฎหมายโดยไม่ต้องเกรงว่าจะเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตลอดจนเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาการตีความที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า ส่งผลให้เกิดความชัดเจนว่าผู้ยากไร้หรือบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นใคร มีขอบเขตเท่าใด เพียงใด และครอบคลุมกลุ่มบุคคลกลุ่มใดบ้างให้ชัดเจนมากขึ้น

ความไม่เสมอภาคในสิทธิการประกันสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นในระยะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราครั้งละ 30 บาท เมื่อไปเข้าการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล จึงเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “30 บาทรักษาทุกโรค” แต่ต่อมาในรัฐบาลสมัย พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้ประกาศยกเลิกการเก็บค่าบริการส่วนร่วมจ่ายจากประชาชนครั้งละ 30 บาท ทำให้ประชาชนจำนวน 48 ล้านคน ได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาทเลย ในปัจจุบันในการเข้ารับบริการสาธารณสุขไม่ต้องทำบัตรทอง ใช้เพียงบัตรประชาชนใบเดียวก็มีสิทธิเข้ารับการรักษาได้(เกือบ)ทุกโรค เมื่อพิจารณาจากถ้อยคำในมาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 อธิบายความได้ว่า รัฐบาลจะแบ่งประชาชนออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มประชาชนผู้ยากไร้กับกลุ่มประชาชนที่ไม่ยากไร้ และรัฐบาลจะให้บริการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนผู้ยากไร้เท่านั้น โดยรัฐบาลจะเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ “ผู้ยากไร้” ขึ้นมา แน่แน่นอนว่าจะมีประชาชนจำนวนมากที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ “ผู้ยากไร้” และต้องเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาเมื่อให้รัฐบาลเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ “ผู้ยากไร้” ก็คือ จะมีประชาชนผู้ยากไร้จำนวนหนึ่งไม่ได้รับสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ประชาชน “ผู้ยากไร้” คือ ผู้มีฐานะการเงินดีช่วยเหลือตัวเองได้กลับเป็นผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแทน แต่ “ผู้ยากไร้” ตามความเป็นจริง กลับไม่ได้รับสิทธิเหมือนดังเช่นที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว สาระสำคัญของ มาตรา 51 นี้ นอกจากจะเป็นการยกเลิกสิทธิที่จะได้รับ

การรักษาพยาบาลจากรัฐ ที่ประชาชนคนไทยทุกคนมีอย่างเท่าเทียมกัน ในปัจจุบันนี้ไม่ว่าจะยากดีมีจน ก็มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่รัฐจัดให้และเป็นการเพิ่มภาระทางงบประมาณของรัฐมากขึ้น ยังเป็นการเปิดโอกาสให้คนที่มีความรู้เฉพาะทางเศรษฐกิจที่สามารถร่วมจ่ายได้ มีการเอาโรคเอาเปรียบประชาชนคนยากจน ด้วยการได้รับยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อเข้ารับบริการสาธารณสุขอีก ปัญหาในเรื่องสิทธิในบริการสาธารณสุขประเด็นปัญหาดังกล่าวไม่ได้อยู่ที่การมีสิทธิในบริการสาธารณสุขหรือไม่ หากแต่แท้จริงแล้วอยู่ที่การเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขมากกว่า กล่าวคือ แม้โรงพยาบาลของรัฐจะไม่ปฏิเสธการรักษาแต่อย่างใด แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ที่มีฐานะยากจนมาก ๆ อื่นที่ไม่มีสิทธิในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขได้นั้นเกิดจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตัวบุคคลผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ใ้ว่าตัวบุคคลผู้มีสิทธิตาม มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้นต้องเป็นบุคคลผู้มีสัญชาติไทย โดยให้เหตุผลว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้ออกตามมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 นั้นบัญญัติไว้ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิ เสรีภาพของชนชาวไทย ฉะนั้น บุคคลผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือบุคคลผู้มีสัญชาติไทย อีกทั้งยังมีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2549 ออกมาชี้ชัดอีกว่าผู้มีสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ได้แก่ ผู้มีสัญชาติไทย การตีความกำหนดสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เฉพาะตัวบุคคลผู้มีสัญชาติไทย โดยไม่ครอบคลุมไปถึงบุคคลซึ่งไร้สัญชาติไทย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลนั้นหาถูกต้องไม่ แท้จริงแล้วพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออกตามบทบัญญัติมาตรา 52 อยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 แต่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวนี้ได้บัญญัติขึ้นมารองรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่รัฐไทยเป็นภาคี เพื่อรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในบริการสาธารณสุข เช่นนี้เมื่อสิทธิของบุคคลในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐธรรมนูญ ได้รับรองไว้แล้ว ย่อมครอบคลุมไปถึงผู้ไร้สัญชาติ ดังนั้น ควรมองที่เจตนารมณ์ที่แท้จริงของรัฐธรรมนูญ มากกว่ามองที่หมวดใดหมวดหนึ่งของรัฐธรรมนูญ

การที่ไม่ตราพระราชกฤษฎีกา เพื่อรองรับการใช้สิทธิ ตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นกลไกสำคัญและมีความเป็นไปได้

ในการนำมาใช้เพื่อคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และข้อดีของร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... สำหรับผู้เขียนเห็นว่า เมื่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... มีผลบังคับใช้แล้ว ต้องมีการพัฒนากลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง การนำมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาใช้ให้เต็มศักยภาพในระหว่างที่ยังไม่มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... จึงเป็นทางเลือกที่ไม่ควรละเลย และเมื่อมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. .... ที่ได้รับการยอมรับ เห็นพ้องต้องกัน และมีผลใช้บังคับ ก็สามารถเปลี่ยนไปใช้กลไกที่เกิดขึ้นใหม่นั้นได้ โอกาสที่ผู้รับบริการสาธารณสุขในปัจจุบันเสียไป จากการไม่นำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 มาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่เพราะมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ความว่า “ให้คณะกรรมการกักเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้ หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้เข้ารับบริการ ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหาย ที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”<sup>1</sup> การจะทำให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นี้ มีผลอย่างครอบคลุมแก่ผู้เข้ารับบริการสาธารณสุขทั้งหมด สามารถทำได้ก็ต่อเมื่อได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการนำเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาพิจารณาและดำเนินการให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ เมื่อดำเนินการทั้งสองแนวทางนี้แล้ว พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ก็จะครอบคลุมความเสียหายของผู้รับบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมด และครอบคลุมไม่ว่าเขาใช้สิทธิใด ทั้งบัตรทอง ประกันสังคมสวัสดิการข้าราชการหรือแม้แต่บุคคลผู้ไร้สิทธิ

<sup>1</sup> มาตรา 41 ให้คณะกรรมการกักเงินจำนวนไม่เกินร้อยละหนึ่งของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ โดยหาผู้กระทำความผิดมิได้หรือหาผู้กระทำความผิดได้ แต่ยังไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด.

จากการศึกษาปัญหาาระบบสุขภาพของไทย จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ประชาชนไทย ยังไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันและทั่วถึง โดยมีประชาชนเพียง 48 ล้านคน ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ เหนือกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ในขณะที่กลุ่มผู้ประกันตนจากระบบประกันสังคมได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเพียง 20% โดยนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมฝ่ายละ 40% ยิ่งไปกว่านั้นประชาชนได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่ไม่มีมาตรฐานเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิครอบคลุมมากกว่าระบบประกันสังคม และสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ศึกษาเฉพาะกรณีการมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในครั้งนี เห็นว่าได้มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในหลาย ๆ ส่วนยังมีความจำเป็นที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการให้สมดังเจตนารมณ์ในการให้ความคุ้มครองความเสมอภาคดังกล่าวแก่ประชาชนและเพื่อเป็นการรักษามาตรฐานและประสิทธิภาพของระบบการให้บริการสาธารณสุขของรัฐให้มีความมั่นคงและยั่งยืนต่อไป ผู้เขียนขอเสนอแนะมาตรการทางด้านกฎหมายในด้านต่าง ๆ เพื่อให้รัฐนำไปพิจารณาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย กฎ ระเบียบ ประกาศหรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องต่อไป

1. เสนอแนะให้แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลในการกำหนดว่า ผู้ใดควรได้รับสิทธิไม่ต้องเสียค่าบริการหรือมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 วรรคสอง โดยบัญญัติค่านิยามศัพท์ คำว่า “ผู้ยากไร้ หรือ บุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” ไว้ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการกำหนดว่าบุคคลใดบ้างได้รับการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กำหนดค่านิยามเพื่อเป็นเกณฑ์ที่ชัดเจน ดังนี้

“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”

2. เสนอแนะแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และยกเลิกประกาศคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2549 ผู้มีสิทธิตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และควรบัญญัติข้อความใหม่ให้มีลักษณะครอบคลุม ยืดหยุ่นและคุ้มครองไปจนถึงประชาชนที่ไร้สัญชาติที่เป็นคนไทยตามความเป็นจริงที่ขาดความรู้และความเข้าใจในสิทธิที่ตนพึงมี และไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านหรือไม่มีหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและเป็นธรรม เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความเสมอภาค ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม ทัวถึง มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ดังนี้

“ผู้มีสิทธิได้แก่ บุคคลที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ  
เว้นแต่

- 1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
- 2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
- 4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล
- 5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ
- 6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น

คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลาง อาจกำหนดให้บุคคลที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้ บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ ”

3. เสนอแนะให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555 โดยออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับใหม่ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดอัตราส่วนร่วมจ่าย โดยลักษณะการร่วมจ่ายนั้นให้มีลักษณะเหมือนกับประเทศสหรัฐอเมริกาโดยให้ผู้ที่มีความสามารถร่วมจ่ายได้ ร่วมจ่ายในลักษณะของการซื้อประกันสุขภาพ

เอกชนและรัฐจะเป็นผู้ดูแลผู้ยากไร้ให้ได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดจนทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาที่ใด โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ได้ โดยไม่จำกัดสถานที่เข้ารับการรักษามือถือกับระบบ Sickness funds ของประเทศเยอรมนี

4. เสนอแนะให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำระบบการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ครอบคลุม สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม เป็นการให้สิทธิที่อาจจะยังไม่ได้รับการพัฒนา ในกรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุขหรือสิทธิย่อยบางสิทธิ โดยการตราพระราชกฤษฎีกาโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 66 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาเพื่อรองรับการใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมสิทธิอื่น ๆ เพื่อไม่ให้ประชาชนเสียสิทธิและเสียโอกาสหลายประการที่ควรจะได้รับการปลดปล่อย ทั้งในส่วนการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทุกกลุ่ม โดยพระราชกฤษฎีกาต้องมีรายละเอียดดังนี้

1) ให้ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยจากกองทุนตามพระราชกฤษฎีกานี้โดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดชอบ โดยมีเงื่อนไข มิให้ใช้บังคับในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ความเสียหายที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมดาของโรคนั้น แม้มีการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(2) ความเสียหายซึ่งหลีกเลี่ยงมิได้จากการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรฐานวิชาชีพ

(3) ความเสียหายที่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้บริการสาธารณสุขแล้ว ไม่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตตามปกติ

ทั้งนี้ คณะกรรมการอาจจะประกาศกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมภายใต้หลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นได้

2) “เงินชดเชย” หมายถึง

(1) ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ

(2) ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้

(3) ค่าชดเชยในกรณีพิการหรือทุพพลภาพ

(4) ค่าชดเชยความเสียหายต่อจิตใจ

(5) ค่าชดเชยในกรณีถึงแก่ความตาย

(6) ค่าชดเชยการขาดรายได้ผู้ประกอบการถึงแก่ความตายและมีทายาทที่จะต้อง  
อุปการะเลี้ยงดู

(7) ค่าชดเชยเพื่อความเสียหายอย่างอื่น อันมิใช่ตัวเงิน

กรณีตามข้างต้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

3) ให้ผู้เสียหายหรือทายาทที่ตกลงยินยอมรับเงินชดเชยแล้ว ให้ผู้ให้บริการ  
สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายและผู้เสียหาย จัดทำสัญญาประนีประนอม  
ยอมความ ทั้งนี้ตามวิธีการ รูปแบบ และรายละเอียดที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ